



Strategier för storskalig förändring i komplexa hälso- och sjukvårdssystem

Systemperspektiv på förbättringsarbete inom utmanande
problemområden



Monica E. Nyström

Mars 2026

Medförfattare: Helena Strehlenert, Sara Tolf, Emma Granström, Vibeke Sparring, Elin Larsson, Mariel Taxén, Karin Pukk Härenstam

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

Forskningsrapport

*Följeforskning av den Nationella satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa
ht 2015 – 2025*

Deltagande forskare:

Monica Nyström, Docent – Projektansvarig	2017–2025
Elin Larsson, Docent	2017–2021
Karin Pukk Härenstam, Docent	2017–2021
Vibeke Sparring, PhD	2018–2024
Helena Strehlenert, PhD	2019–2025
Sara Tolf, PhD	2019–2025
Emma Granström, PhD	2021–2024
Mariel Taxén, Forskningsassistent/doktorand	2023–2024

Citering av rapporten:

Nyström, Monica E. (2026). *Strategier för storskalig förändring i komplexa hälso- och sjukvårdssystem - Systemperspektiv på förbättringsarbete inom utmanande problemområden*. Forskningsrapport, Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik, Karolinska Institutet.

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	3
Översikt.....	4
1. SATSNINGEN PÅ FÖRLOSSNINGSVÅRD OCH KVINNORS HÄLSA	6
2. FÖLJEFORSKNINGENS SYFTE OCH ÖVERSIKTLIGA UPPLÄGG	8
3. GRUNDLÄGGANDE ANGREPPSSÄTT ATT HANTERA KOMPLEXA PROBLEM INOM VÅRD OCH OMSORG	9
3.1 Tre olika synsätt på hur komplexa och svårlösta utmaningar ska hanteras	9
4. STRATEGIER FÖR STORSKALIG FÖRÄNDRING INOM KOMPLEXA VÅRD OCH OMSORGSSYSTEM – NATIONELL NIVÅ	11
4.1 STUDIE 1. Initialt arbete med satsningen 2017–2019 - Test av en normativ modell över drivkrafter som påverkar framgången vid storskalig förändring	11
4.2 STUDIE 2. Strategier för systemtänkande inom en nationell satsning – ett praktiskt stöd för programteam..	16
4.3 STUDIE 3. Varierande förändringsstrategier i tre nationella, storskaliga förbättringssatsningar inom svensk vård och omsorg	24
5. DECENTRALISERAT HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEM: HANTERING AV EN NATIONELL SATSNING PÅ REGIONAL NIVÅ	40
5.1 STUDIE 4. Mottagarsystemets komplexitet - Regionernas varierande förutsättningar.....	41
5.2 STUDIE 5. Regionala kontaktpersoners roll och förutsättningar – administratör, systemövergripande brobyggare och/eller förändringsagent?	43
5.3 STUDIE 6. Regionernas genomförandeorganisation – från obefintlig och fragmentiserad till en stödjande struktur	46
6. REGIONERNAS ARBETE MED OLIKA FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN	54
6.1 STUDIE 7. En mer jämlik och personcentrerad vård för utlandsfödda kvinnor? – Mix av enkla, komplicerade och komplexa insatser	54
6.2 STUDIE 8. Fokus på delar eller helhet vid utveckling av en sammanhållen vårdkedja	65
6.3 STUDIE 9. Mångdimensionella förbättringsinsatser – Regionala insatsers koppling till personalens arbetssituation	74
6.4 STUDIE 10. Systemperspektiv på förbättring av vårdens kompetensförsörjning och personalens arbetssituation	91
7. LÄRDOMAR OCH MEDSKICK	117
7:1 Nationell nivå – Lärdomar kring hantering och val av strategier vid storskalig förändring	117
7:2 Regional/lokal nivå – Lärdomar kring hantering av förändring inom ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem.....	119

Översikt

Denna forskningsrapport sammanfattar studier och lärdomar som gjorts vid följeforskning av satsningen på Förlossningsvård och kvinnors hälsa bedriven mellan maj 2017 och december 2025. Rapporten berör s.k. mjuk styrning som rör överenskommelser mellan parter i vård och omsorgssystemet. Sammantaget framstår satsningen som ett exempel på hur nationella program kan stödja lokalt utvecklingsarbete i komplexa system – men också hur krävande denna typ av förändring är. Rapporten visar att storskalig förändring i vården både behöver förstås och hanteras som ett komplext systemproblem där framgångsrikt arbete med svåra, sammansatta och dynamiska problem gynnas av:

- En kombination av strategier baserade på logik bakom både planerad och framväxande förändring
- Ett inbyggt lärande med god återkoppling och en flexibilitet i insatser över tid
- En tillitsbaserad styrning snarare än tvingande åtgärder med anpassning till regioners varierande förutsättningar och behov
- Ett starkare fokus på samverkan, systemförståelse och koppling till mottagarnas basala förutsättningar för att genomföra förändring t.ex. personalsituation, arbetssätt för förändring, och ledarskap

I slutet av rapporten återfinns de lärdomar vi vill skicka med som kompletterar denna sammanfattning och översikt.

Rapporten består av totalt sju kapitel och tio studier:

Kapitel 1 ger en kort beskrivning av den nationella satsningen på Förlossningsvård och kvinnors hälsa.

Kapitel 2 beskriver översiktligt följeforskningens syfte, mål och upplägg.

Kapitel 3 beskriver och diskuterar tre grundläggande synsätt på hur svåra, sammansatta och dynamiska problem ska hanteras. Dessa återkommer i flera kapitel samt i de lärdomar som avslutar rapporten.

Kapitel 4 (Studie 1–3) beskriver tre studier på nationell nivå där tre ramverk/modeller tillämpats för att beskriva och förstå hur storskalig förändring hanteras på övergripande nivå.

Studie 1 – Syfte: att i ett initialt skede av satsningen testa användbarheten i ett normativt ramverk över storskaliga förbättringsinitiativ i syfte att beskriva komplexiteten i strategier för att stödja storskalig förändring och därmed bidra till lärande i satsningens uppbyggnadsskede.

Studie 2 – Syfte: att testa ett nytt ramverk för organisatoriskt systemtänkande på en nationell satsning för att undersöka om och hur en praktisk tillämpning av systemtänkande kunde visa sig under utvecklingsprocessen.

Studie 3 – Syfte: att identifiera, undersöka och jämföra hur strategier och information använts för att driva förändring inom tre storskaliga förbättringsprogram med fokus på svåra och komplexa problem (s.k. wicked problems) inom vård och omsorg.

Kapitel 5 (Studie 4–6) beskriver tre studier på regional nivå i syfte att öka kunskapen om organiseringen av satsningen i ett decentraliserat välfärdssystem. Data insamlade mellan 2017 och 2022 består av upprepade intervjuer med regionala aktörer, observationer av möten där regionernas hantering, organisation, utmaningar och underlättande faktorer diskuterats, samt olika typer av dokumentation.

Studie 4 – Syfte: att lyfta mottagarsystemets variation och komplexitet och ge exempel på några av regionernas varierande förutsättningar.

Studie 5 – Syfte: att undersöka synen på och variationen i förutsättningar att utöva rollen som kontaktperson.

Studie 6 – Syfte: att undersöka hur regionerna organiserat mottagandet av och arbetet med satsningen inklusive ev. förändringar över tid.

Kapitel 6 (Studie 7–10) beskriver fyra studier på regional/lokal nivå. De bygger på analyser av kvalitativ information i regionernas årliga aktivitetsrapporter, vilka bygger på en detaljerad mall.

Studie 7 – Syfte: att utforska egenskaper och komplexitet hos regionala insatser med målet att förbättra vården och hälsan för utlandsfödda kvinnor, samt att ge kunskap om hur regionala vårdaktörer uppfattar och hanterar problem inom dessa områden. 2017–19 genomfördes 54 regionala insatser riktade mot utlandsfödda kvinnor, med varierande innehåll och fokus.

Studie 8 – Syfte: var att undersöka och beskriva vilka typer av insatser som regionerna bedömde höra till att säkerställa en sammanhållen vårdkedja, samt relatera dem till aktuell forskning. Studien av regionernas insatser

för 2020 ger inblick i regionernas förståelse av en sammanhållen vårdkedja, vilka verksamheter som involverats och vilka typer av förbättringsinsatser som använts. Den visar hur ett komplext problemområde adresseras med hjälp av antingen enkla, komplicerade eller komplexa insatser.

Studie 9 – Syfte: att förstå hur regionerna hanterade en viktig förutsättning för att kunna förbättra och utveckla verksamheten, vårdpersonalens situation, och relaterar insatser till personalens arbetssituation. Alla regioners insatser 2021 och 2022, totalt 740 insatser, analyserades för att förstå om och hur olika typer av insatser kunde kopplas till personalens arbetssituation, även de med fokus på patientarbete och organisation.

Studie 10 – Syfte: att bidra till ökad kunskap om faktorer och interventioner över systemnivåer, som påverkar personalens beslut att stanna eller avsluta sitt arbete inom vården. Förutom aktivitetsrapporterna bygger studien på analyser av regionernas kompetensförsörjningsplaner samt intervjuer med nyckelpersoner inom 10 regioner.

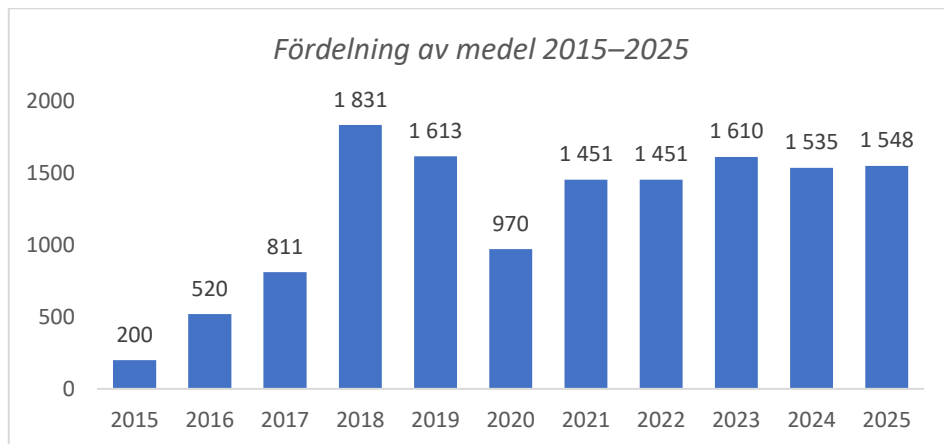
Kapitel 7 sammanfattar lärdomar från följeforskning av denna och andra nationella satsningar som alla syftar till storskalig förändring. Dessa kan bidra vid planering och genomförande av kommande förändringsinitiativ.

1. SATSNINGEN PÅ FÖRLOSSNINGSVÅRD OCH KVINNORS HÄLSA

Monica Nyström

Den nationella satsningen på Förlossningsvård och kvinnors hälsa (här kort kallad Kvinnors hälsa) bygger på överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) som representerar för de 21 regionerna som omfattades av satsningen. Den initierades i slutet av 2015 och kom att pågå till 2025, från 2026 har Socialstyrelsen fått uppdraget att fördela fortsatta stadsbidrag inom området och följa upp regionernas fortsatta arbete. I denna rapport rapporteras den följeforskning som pågått mellan maj 2017 och december 2025. För mer detaljer om satsningen hänvisas till SKRs slutrapport över satsningen: Förlossningsvård och kvinnors hälsa 2015–2025 - Strategier, insatser, resultat och lärdomar från över tio års satsningar som publiceras under våren 2026.

Satsningen på Kvinnors hälsa har succesivt förlängts och utökats via tilläggsöverenskommelser och nya överenskommelser. Fördelning av medel över åren har följt överenskommelserna och varierat över åren (se Figur 1:1). De har främst fördelats till regionerna baserat på befolkningsunderlag. En mindre del har gått till SKR för att samordna och stödja satsningen samt till en specifik satsning på lands- och glesbygd de sista tre åren.



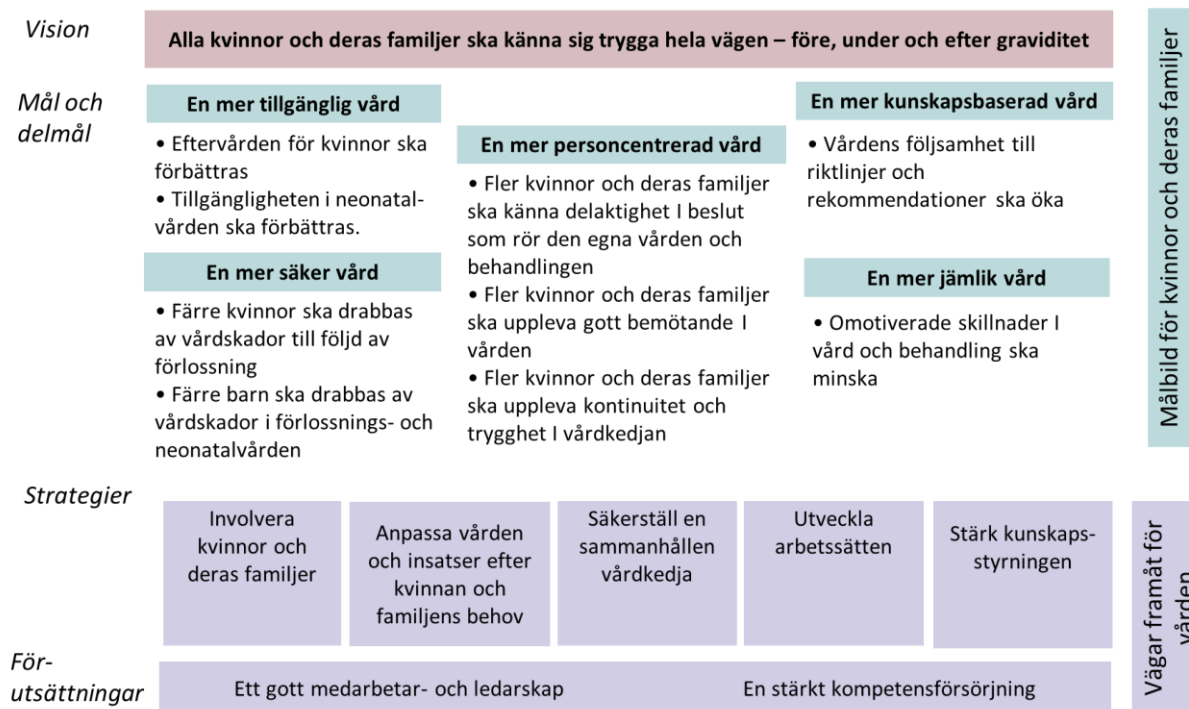
Figur 1:1. Fördelning av medel (miljoner kr) över satsningens olika år.

Vid SKR har det funnits ett team ansvarigt för satsningen, i våra studier kallat nationellt team alternativt programteam, om ca 5–6 personer på hel och deltid (har varierat mellan 2–9 personer). I några delstudier i denna rapport benämns satsningen som policyprogram och begreppen storskaligt förändrings- respektive förbättringsprogram används också beroende på vilka områden som berörs i dessa studier. De avser alla nationella satsningar baserade på överenskommelser eller s.k. 'soft laws', dvs en annan typ av styrning är genom lagar och regelverk som främst kopplas till sanktioner. Mer om detta finns i kapitel 3:1 samt i studier av strategier för storskalig förändring i kapitel 4.

Det formella uppdraget för uppföljning av vad satsningen i sin helhet har lett till har Myndigheten för vård och omsorgsanalys haft, vilket resulterat i flera rapporter och en slutlig rapport kommer 2026.

Under 2018 utvecklade och visualiserade programteamet en strategisk plan som lanserades under våren 2019. Planen utgår från överenskommelserna och tydliggör och visualiserar satsningens mål, övergripande

strategier och förutsättningar (se Figur 1:2). De fem målen med satsningen var att åstadkomma en mer jämlik, tillgänglig, personcentrerad, kunskapsbaserad, och säker vård. Detta skulle åstadkommas genom strategierna att involvera kvinnor och deras familjer, anpassa vården och insatser efter kvinnans och familjens behov, säkerställa en sammanhållen vårdkedja, utveckla arbetssätten samt stärk kunskapsstyrningen. Grundläggande förutsättningar i form av en stärkt kompetensförsörjning och ett gott medarbetar- och ledarskap skulle också säkras och förbättras (vid behov).



Figur 1:2. Den strategiska planen som programteamet utvecklade och lanserade 2018–19 baserat på överenskommelserna (anpassad figur).

2. FÖLJEFORSKNINGENS SYFTE OCH ÖVERSIKTLIGA UPPLÄGG

Monica Nyström

Följeforskningen av den nationella satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa (Kvinnors Hälsa) har bedrivits av forskare vid Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME) vid Karolinska Institutet under ledning av docent Monica Nyström (2017–2025). Följande forskare ingått i teamet: docent Karin Pukk Härenstam (2017–2021), docent Elin Larsson (2017–2021), forskarna Vibeke Sparring (2018–2024), Sara Tolf, Helena Strehlenert (2019–2025) och Emma Granström (2021–2025) samt forskningsassistent/doktorand Mariel Taxén. Följeforskningen startade i mindre skala i maj 2017 med en rekognoserande fas. Det multidimensionella upplägget inriktat på flera systemnivåer klargjordes 2018.

Syftet med följeforskningen var att öka kunskapen om hur nationella och regionala strategier för stöd och implementering kan bidra vid storskaliga förändringsinitiativ - samt att stödja lärande under pågående satsning. Delstudier med fokus på regionala insatser inom några förbättringsområden har genomförts för fördjupad kunskap. Delstudierna är ett sätt att följa förändringsprocesser, en långsiktig process-utvärdering som samtidigt lyfter aktuella områden och utmaningar att jobba vidare med.

Målet med följeforskningen var att undersöka, beskriva och dra lärdomar av den implementeringsprocess och de stödstrategier för utveckling och lärande som använts på nationell och regional nivå för att nå ut med satsningens intentioner. Det innefattar att belysa viktiga förutsättningar och faktorer som påverkar prioriteringar och val av handlingsstrategier för att genomföra satsningen samt hur man inom regioner väljer att rigga en genomförandestruktur för nationella satsningar

Forskarnas iakttagelser och identifierade lärdomar har diskuterats med nationella och regionala aktörer för att främja lärande och bidra till att optimera möjligheter för utveckling inom satsningens områden. Baserat på aktuella forskningsfrågor har litteraturgenomgångar och urval av modeller och ramverk genomförts. Kunskap som genererats syftar till att kunna utgöra ett stöd vid framtida nationella satsningar som adresserar s.k. wicked problems (Rittel & Webber 1973; Strehlenert 2017) och förändring inom stora, komplexa vård- och omsorgssystem. Årliga rapporter samt återkopplingar till det nationella teamet och regionala kontaktpersoner har belyst och lyft aktuella frågor att diskutera inför kommande år. Totalt genomfördes 10 studier 2017–2025, tre på nationell nivå och sju på regional/lokal nivå. Publicering av vetenskapliga artiklar har möjliggjorts via kompletterande medel främst från ett Forteprojekt (Dnr 2018-00220).

Studier på nationell nivå

1. Test av en normativ modell över strategier för storskalig förändring (2017–2019)
2. Strategier för systemtänkande inom en nationell satsning för att förbättra vården för kvinnor (2021–2023)
3. Förändringsstrategier i tre nationella förbättringssatsningar inom svensk sjukvård – Viktiga val och överväganden vid komplex förändring (2021–2025)

Studier på regional/lokal nivå

4. Kontaktpersonernas roll och förutsättningar (2018–2022)
5. Variationen i regionernas arbetssätt och organisering av arbetet med satsningen (2017–2020)
6. Regionernas inre och yttre förutsättningar att arbeta med satsningen och förändring över tid (2019–2022)
7. Variation i typer av insatser som riktats till utlandsfödda kvinnor (2018–2020)
8. Regionernas arbete med att utveckla en sammanhållen vårdkedja (2020–2021)
9. Mångdimensionella insatser - Koppling till kompetensförsörjning och personalens arbetssituation (2022–2025)
10. Systemperspektiv på förbättring av vårdens kompetensförsörjning och personalens arbetssituation (2022–2025)

2. Referenser

Rittel HWJ, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sci.* 1973;4(2):155–69.

Strehlenert, Helena. *From policy to practice: exploring the implementation of a national policy for improving health and social care*. PhD thesis, Karolinska Institutet (Sweden), 2017.

3. GRUNDLÄGGANDE ANGREPPSSÄTT ATT HANTERA KOMPLEXA, PROBLEM INOM VÅRD OCH OMSORG

3.1 Tre olika synsätt på hur komplexa och svårlösta utmaningar ska hanteras

Monica Nyström och Helena Strehlenert

Hälso- och sjukvårdssystem blir alltmer komplexa, där en mängd olika organisationer och intressenter påverkar patienternas resultat både direkt och indirekt. Denna komplexitet skapar en rad utmaningar – exempelvis att kunna erbjuda en välkoordinerad och högkvalitativ vård till en växande äldre befolkning på ett hållbart sätt, att säkerställa jämlik vård för alla patientgrupper i hela vårdkedjan, samt att garantera rättvis tillgång till vård oavsett geografisk plats. Den här typen av svårhanterliga utmaningar beskrivs ofta som s.k. wicked problems – problem som är svåra att lösa på grund av begränsad eller ofullständig kunskap, motstridiga intressen och krav samt ständigt föränderliga förutsättningar.

Förändringsprocesser i komplexa system formas av en rad olika faktorer: juridiska och sociala förutsättningar, policyramar, ekonomiska incitament, organisatoriska kulturer och strukturer samt tillgången till teknik och evidensbaserad kunskap. I nationella hälso- och sjukvårds- och omsorgssystem räcker det inte att styra utvecklingen enbart genom lagar och regler. Systemets komplexitet innebär nämligen att ingen enskild aktör har eller kan ha full kontroll över helheten. Detta gör att mer innovativa och flexibla strategier behövs för att driva och stödja förändring, vilket i sin tur har lett till ett ökat beroende av långsiktiga förbättringsprogram och så kallade mjuka laginitiativ, det vill säga icke-bindande styrformer som bygger på frivilligt samarbete (Francis-Auton et al., 2024; Strehlenert et al., 2019). I den nordiska kontexten, och särskilt i Sverige, har sådana storskaliga förändringsinitiativ (large-scale change initiatives) fått en allt viktigare roll genom överenskommelser mellan staten och regionala beslutsfattare (Fredriksson et al., 2012). Samtidigt gör den inneboende komplexiteten i hälso- och sjukvårdssystem att dessa program ofta är svåra att genomföra, utvärdera och sprida i större skala (Green, 2014).

Att leda förändring i komplexa system är utmanande. Det kräver att man väver samman olika, ibland motstridiga, perspektiv och samtidigt hanterar långsiktiga processer samt anpassar sig till föränderliga omständigheter. Att ta sig an svåra problem förutsätter därför kapacitet, reflektion, motståndskraft, lyhördhet och förmåga till re-vitalisering. Detta innebär att kunna navigera mellan flera perspektiv, hantera osäkerhet, svara på skiftande agendor och förväntningar samt komma vidare när utvecklingen riskerar att stanna av (Termeer et al., 2015). Även om systemtänkande allmänt erkänns som ett värdefullt förhållningssätt för att förstå och leda förändring (Peters, 2015; Greenhalgh & Papoutsis, 2018), är den praktiska vägledningen för hur sådana perspektiv ska omsättas i konkreta arbetssätt fortfarande begränsad (Nyström et al., 2023). För att ytterligare belysa hur styrning inom hälso- och sjukvårdssystem tar sig an svåra problem beskriver Daviter (2017) tre generella strategier som ofta nämns i policylitteraturen för att hantera så kallade wicked problems: (1) att försöka lösa dem; (2) att tämja dem, och (3) att hantera komplexiteten genom coping.

1. *Problemlösning* syftar till att hantera komplexa problem genom att rikta in sig på deras grundorsaker. Detta angreppssätt kopplas ofta till mer heltäckande styrningsmodeller, såsom samverkansstrukturer och större reformer. Strategin bygger på att samla olika perspektiv, ta tillvara fragmenterad kunskap och resurser samt stärka samordningen mellan sektorer och nivåer i systemet. Enligt Daviter (2017) kritiseras dock detta förhållningssätt för att vara överdrivet optimistiskt. Det saknar tydliga stoppregler, det vill säga kriterier för när ett problem kan anses tillräckligt hanterat eller när processen bör avslutas. Utan sådana riskerar arbetet

att bli gränslöst och att ställa orimliga krav på offentlig förvaltning – särskilt eftersom wicked problems är både oförutsägbara och föränderliga.

2. *Problemtämjande* innebär att göra komplexa problem mer hanterbara genom att dela upp dem i mindre delar. Man avgränsar problemen så att de passar befintliga administrativa strukturer, etablerade arbetssätt hos experter och redan etablerade policyverktyg. Syftet är att skapa mer ordning och göra styrningen mer överskådlig. Men även om detta kan ge bättre kontroll finns också risken att problemen förenklas alltför mycket. Då tappar man lätt bort den mångdimensionella karaktären i komplexa frågor, vilket i sin tur kan leda till åtgärder som inte räcker till eller inte riktas mot det verkliga problemet.

3. *Coping* utgår från att wicked problems varken kan lösas helt eller göras helt hanterbara. I stället handlar det om att leva med osäkerhet och komplexitet genom flexibla och anpassningsbara strategier, små stegvisa förändringar och kontinuerligt lärande. Coping innebär också att acceptera att styrningen ofta är fragmenterad och överlappande. Här betonas pragmatiska lösningar och ett motstånd mot generella "one size fits all"-modeller. Storskalig förändring ses i detta perspektiv som en långsiktig anpassningsprocess snarare än en strävan efter definitiva lösningar.

Daviter (2017) menar att inget av angreppssätten fungerar i alla situationer. I stället krävs en kontextkänslig bedömning av vilken styrningsstrategi som är lämplig i ett visst sammanhang, tillsammans med en analys som fångar de olika dimensionerna i problemlandskapet – snarare än att behandla wicked problems som en särskild kategori. I svensk vård och omsorg kan man se inslag av alla tre synsätten. Samtidigt noterar Daviter (2017) att en mer logisk och rationell problemlösningslogik ofta dominerar. Där förutsätts att problem kan analyseras och definieras tydligt, att mål kan formuleras och följas upp, och att olika aktörer ska kunna enas om gemensamma lösningar som sedan implementeras brett. De tre grundläggande synsätten på hur man kan hantera svåra och komplexa utmaningar illustreras i kapitel 4.3, där de kopplas till en jämförande studie av tre nationella satsningar som alla syftade till att åstadkomma storskalig förändring inom hälso- och sjukvårdssystemet.

3. Referenser

- Daviter F. Coping, taming or solving: alternative approaches to the governance of wicked problems. *Policy Stud.* 2017; 38(6), 571-588.
- Francis-Auton E, Long JC, Sarkies M, et al. Four System Enablers of Large-System Transformation in Health Care: A Mixed Methods Realist Evaluation. *Milbank Q.* 2024;102(1):183-211. doi:10.1111/1468-0009.12684.
- Fredriksson M, Blomqvist P, Winblad U. Conflict and compliance in Swedish health care governance: soft law in the "shadow of hierarchy." *Scand Pol Stud.* 2012; 35:48–70. doi: 10.1111/j.1467-9477.2011.00279.x
- Green LW. Closing the chasm between research and practice: evidence of and for change. *Health Promot J Aust.* 2014; 25:25–9. doi: 10.1071/HE13101
- Greenhalgh T, Papoutsis C. Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Med.* 2018; 16, 1-6.
- Nyström ME, Tolf S, Sparring V, Strehlenert H. Systems thinking in practice when implementing a national policy program for improvement of women's healthcare. *Front. Public Health.* 2023;11:957653. doi:10.3389/fpubh.2023.957653
- Peters D H. The application of systems thinking in health: why use systems thinking? *Health Res Policy Syst.* 2014; 12, 1-6.
- Raisio H, Puustinen A, Vartiainen P. The concept of wicked problems: Improving the understanding of managing problem wickedness in health and social care. In Thomas W, Hujala A, Laulainen S, McMurray R (Eds) *The management of wicked problems in health and social care.* 2018 Routledge. (pp. 3-20).
- Strehlenert H, Hansson J, Nyström ME. et al. Implementation of a national policy for improving health and social care: a comparative case study using the Consolidated Framework for Implementation Research. *BMC Health Serv Res.* 2019;19 (730).
- Termeer C J, Dewulf A, Breeman G, Stiller SJ. Governance capabilities for dealing wisely with wicked problems. *Admin. Soc.* 2015; 47(6), 680-710.2019;19 (730).

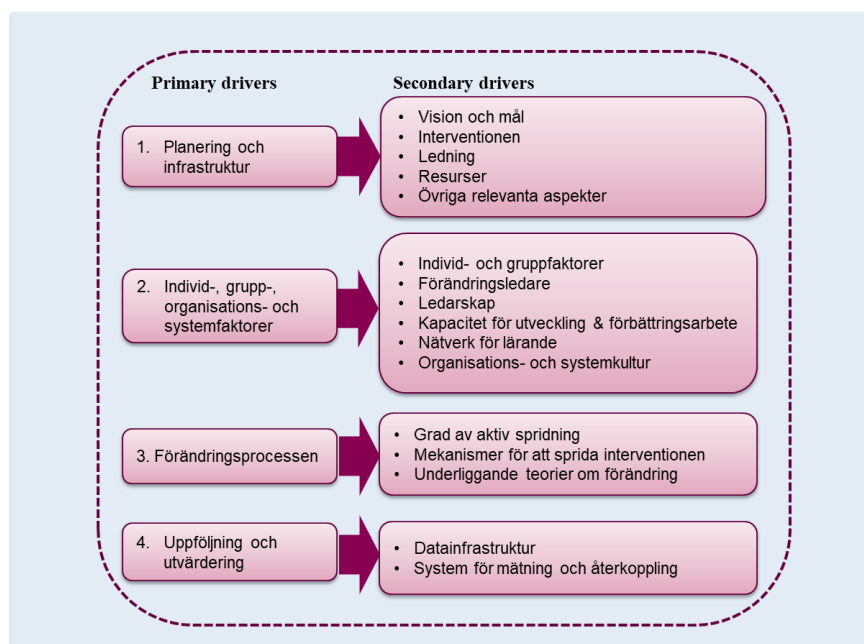
4. STRATEGIER FÖR STORSKALIG FÖRÄNDRING INOM KOMPLEXA VÅRD OCH OMSORGSSYSTEM – NATIONELL NIVÅ

Få modeller över storskalig förändring i komplexa system tar hänsyn till alla systemnivåer som är involverade i en nationell satsning – från individer och arbetsgrupper via mindre enheter, sjukhus och regioner upp till nationell och högre politisk nivå. Forskning som rör förändring pågår dessutom inom många olika forskningsfält. Forskarteamet har kontinuerligt scannat av litteraturen efter adekvata ramverk och modeller och tillämpat några av dessa i olika delstudier. Kapitel 4 beskriver tre ramverk/modeller som i kronologisk ordning använts i tre studier för att beskriva och förstå hur storskalig förändring hanteras på övergripande nivå.

4.1 STUDIE 1. Initialt arbete med satsningen 2017–2019 - Test av en normativ modell över drivkrafter som påverkar framgången vid storskalig förändring

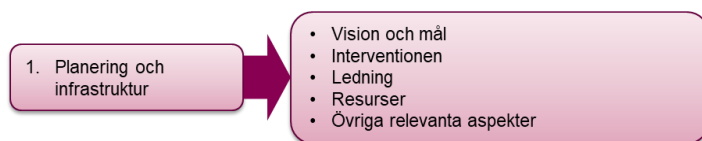
Monica Nyström

Strategier för att stödja större utvecklingssatsningar växer ofta fram över tid och kan variera i både karaktär och fokus beroende på i vilken fas en satsning och de som ansvarar för och leder arbetet, här kallat programteam, befinner sig (se ex. Nyström et al., 2014). Under åren 2017 till 2019 skalades satsningen på Kvinnors Hälsa upp och utökades. I detta initiala skede testades användbarheten i ett normativt ramverk över storskaliga förbättringsinitiativ (Perla et al., 2013) i syfte att beskriva komplexiteten i strategier för att stödja den satsningen (Figur 4:1:1). Ramverket baseras på en analys av vetenskapliga artiklar som undersökt vad som påverkat arbetet med att åstadkomma storskaliga förändringar inom hälso- och sjukvården. Primära och sekundära drivkrafter som positivt påverkar framgången i satsningarna identifierades. Nedan ges exempel från satsningen på Kvinnors hälsa under de fyra primära drivkrafterna.



Figur 4:1:1. Primära och sekundära drivkrafter som påverkar storskaliga förbättringssatsningar inom hälso- och sjukvården. Efter: Perla RJ. Large-Scale Improvement Initiatives in Healthcare: A Scan of Literature. *Journal for Healthcare Quality*. 2013 Jan;35(1):30–40.

Primär drivkraft 1 - Planering och infrastruktur



Satsningen hade adekvata *resurser* på nationell nivå och relativt omfattande resurser fördelade baserat på befolkningsunderlag till alla 21 regioner. Satsningen var långsiktig och utökades i omgångar med tilläggsöverenskommelser, förlängdes och förändrade inriktning bland annat lades neonatalvården till i tidigt skede, vilket ökade möjligheterna att strategiskt jobba med satsningen på nationell och regional nivå. Förändrade medel och ramar påverkade till exempel möjligheterna att bygga ett fungerande programteam och utveckla stödstrategier. Förändringar av förutsättningar, fokus och målgrupper, ibland med kort varsel, påverkade möjligheterna att följa upp satsningens genomslag då vad som skulle följas upp och hur detaljerat ändrades i och med nya överenskommelser. Den nationella stödstrukturen, dvs. programteamet och dess arbetssätt, till exempel mötesformer, aktörsarenor, kommunikationsplaner, koppling till andra överenskommelser, formades och tydliggjordes under 2018–19 när satsningen förlängdes och utökades. Programteamet tydliggjorde satsningens vision, mål och strategier via en s.k. *Strategisk plan* som beskrevs och visualiserades i en rapport och diskuterades vid ett flertal möten under 2018–19. Den nationella *ledningen av satsningen* var under denna period extra lyhörd för både teamets och regionrepresentanternas behov.

Primär drivkraft 2 - Individ-, grupp-, organisations- och systemfaktorer



På nationell nivå är både *individers kompetens och kunskap* liksom programteamets sammansättning viktig och detsamma gäller för regionernas kontaktpersoner och egna stödstruktur. En diskussion kring roller, vilken förändring som ska åstadkommas och hur ett lärande för både individ och grupp kan underlättas påbörjades under perioden. En viss kontinuitet i de personer som är involverade är en förutsättning för att påverka förändring och lärande under en satsning som sträcker sig över flera år.

Nätverket av kontaktpersoner samt nationella möten med en utvidgad regional målgrupp bildade en grund för lärande och är ett exempel på ett *lärande nätverk* där deltagarna ges möjlighet att lära av varandra. Kontaktpersonerna är ett slags *förändringsledare* i relation till satsningen. De ansvarar för att kommunicera och sprida satsningen inom den egna regionen – vilket kan vara lättare och svårare beroende på regionens karaktäristika. En kontaktperson har oftast begränsade möjligheter att nå ut och skapa förändring inom en komplex regionstruktur. Här behövs stöd och nära samverkan med *ledningsnivåer*, dvs. beslutsfattare och chefer på flera nivåer, vilka var svårare att nå direkt för programteamet.

Kapaciteten för utvecklings- och förbättringsarbete varierade mellan regioner. Kontaktpersonerna jobbade oftast på stabsnivå och hade varierande kunskaper i förändringsledning och utvecklingsarbete. Under 2018 och 2019 utvecklade majoriteten av regionerna sin stödstruktur och ökade utvecklingskapaciteten genom att involvera personer med uppdrag att stödja förändring och utveckling. Fortfarande fanns dock ett behov av mer kunskap och ökad kapacitet inom detta område, speciellt vad gällde utvecklingsstöd, uppföljning och utvärdering. Under 2019 vävdades återkopplingar från Myndigheten för vård och omsorgsanalys in i

utvecklingsprocessen där deras återkoppling diskuterades under olika former med regionernas representanter.

Primär drivkraft 3 - Förändringsprocessen

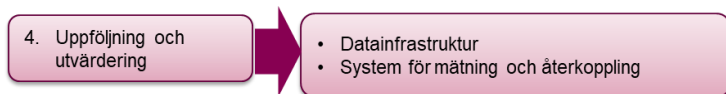


Förståelsen för vilka förändringar som krävs på regional, lokal, grupp och individnivå för att uppnå målen med satsningen är basen för att kunna stödja en förändringsprocess. Huvudansvaret för utveckling och förändring låg på regionerna som kunde anpassa valda interventioner till aktuella behov och den regionala situationen. Den strategiska planen gav en översikt över de områden och strategier som utmärkte satsningen. Den kan ses som en programteori med underliggande antaganden om vad som leder till önskad förändring (målläge) dock på väldigt övergripande nivå. Många interventioner och stödsatser genomfördes 2018–2019, bl.a. regionbesök och vidareutveckling av uppföljningen av regionernas arbete.

Programteamet använde under perioden många olika kanaler och format för att sprida information och kommunicera runt satsningen. En kommunikationsplan utarbetades och ett kontaktnät av informatörer i regionerna bildades.

Vid intervjuer med regionala representanter 2018 är de flesta att de är nöjda med programteamets stödjande arbete. Initialt fanns låga krav på uppföljning då satsningen endast var tvåårig. Regional uppföljning med hjälp av den nya redovisningsmallen som kom 2017/18 var svår att hantera och region-representanterna hade initialt under satsningen önskat klarhet i vad som skulle rapporteras och hur. Kontaktpersonerna har dock sedan dess velat behålla det etablerade Excelformatet.

Primär drivkraft 4 - Uppföljning och utvärdering



Data för att kunna följa hur satsningen utvecklas och vilken inverkan den får på vårderna och kvinnorna samlades in via flera källor med varierande datastruktur.

En årlig redovisningsmall som SKR ansvarar för användes för att följa upp regionernas arbete med satsningen fram till 2023 då Socialstyrelsen övertog ansvaret. Initialt (2016) bestod mallen av några enklare frågor då satsningen förväntades vara avgränsad till 2 år. Den utvecklades sedan till enkät under 2017. Två format av denna mer omfattande enkät har använts – en webbenkät 2017 vilken resulterade i en Excelfil över svaren. Denna Excelfil med frågor och tidigare svar gick sedan ut 2018 och 2019 och kontaktpersonerna kunde fylla i information om både nya insatser och lägga till mer information kring insatser som redan rapporterats föregående år.

De befintliga nationella kvalitetsregistren (Graviditetsregistret, information om bristningar i GynOp-registret) utgör en källa med olika utfallsmått. Exempelvis har andelen allvarliga bristningar sedan 2015 legat runt 2,3–2,5 procent. Under 2018–2019 minskade de och var som lägst till 1,9%. Variationen i allvarliga bristningar över landet var stor 2018 från 0,7 till 5%, 2019 från 0 till 3,8% (några regioners siffror saknas). Att tolka vad som ligger bakom variationen kan vara svårt och regionerna behöver själva analysera förutsättningar och förbättringsmöjligheter med hjälp av annan information. Under perioden initierades arbetet med att utveckla Graviditetsenkäten. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har det formella uppdraget att följa upp den nationella överenskommelsen. En delrapport utkom våren 2018 (<https://www.vardanalys.se/rapporter/i-vantans-tider/>). Att skapa en samlad överblick över dessa källor

föreslogs som vidareutveckling av det arbetssätt med uppföljning och återkoppling som då var under utveckling.

Återkoppling från nationell till regional nivå och övriga intressenter kring satsningen, arbetsprocessen samt den inverkan den fått genomfördes i flera format och i flera forum: regionmöten, websidor, filmer, och regionbesök. Syftet med en uppföljning styr oftast formen och det kan vara en utmaning att samordna flera intressenters perspektiv om man har olika syften med en uppföljning eller utvärdering. För lärande och uthålliga förändringar är feedback viktigt, både för praktiker och beslutsfattare.

Det finns dock utmaningar med att följa större utvecklingssatsningar och regionernas befintliga uppföljningssystem är ofta trubbiga och svåransvända instrument (Höög et al., 2016). Både i rapporteringsmallen och i forskarnas regionintervjuer märks svårigheter med uppföljning och utvärdering och här finns en stor utvecklingspotential på regionnivå som man kan stödja med nationella insatser.

Nedan sammanfattas kända utmaningar i att följa förändringsprocesser och progress mot resultatmål, att analysera och ge feedback samt att skapa förutsättningar för lärande under större förbättrings- och utvecklingssatsningar.

Några kända utmaningar med att följa processer under större utvecklingskeenden:

- *Storleken och komplexiteten i satsningen.* 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 skeenden över tid.* Ofta utvecklas satsningar dynamiskt över tid och komplexiteten växer. Att följa det som är komplext, rörligt och föränderligt är svårt men en längre tidshorisont 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 förbättrings-områden är viktig. Arbetet bygger på nätverkande och det är en fördel om nyckelpersoner som har skaffat sig förståelse för 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.

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 vara medveten om möjliga brister i alla typer av data.

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.

Några kända utmaningar med att skapa förutsättningar för lärande inom utvecklings-satsningar:

- *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 utvecklingssatsningar, grupper eller organisationer svårare.
- *Lärande och beteendeförändring kräver tid* – både för reflektion och för att beteendeförändringar som innebär 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 utvecklingssatsningar 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.

4.2 STUDIE 2. Strategier för systemtänkande inom en nationell satsning – ett praktiskt stöd för programteam

Monica Nyström, Sara Tolf, Vibeke Sparring och Helena Strehlenert

Denna studie genomföres 2021–2023 är publicerad i en vetenskaplig tidskrift och återges här i kortare drag och i artikelliknande format. För detaljer se:

Nyström, M.E., Tolf, S., Sparring, V., Strehlenert, H. Systems thinking in practice when implementing a national policy program for improvement of women's healthcare. *Front. Public Health* 2023. 11:957653. doi:10.3389/fpubh.2023.957653

Sammanfattning

Intresset för att tillämpa systemtänkande inom hälso- och sjukvårdssystemen, särskilt i förändrings-processer och inom folkhälsoområdet, har ökat under det senaste decenniet. Hur systemtänkande faktiskt används eller kan användas i praktiken är dock fortfarande oklart. Att studera hur systemtänkande omsätts i det konkreta arbetet är viktigt för att öka förståelsen för vilka mekanismer som ligger bakom interventioners effekter och effektivitet.

Inom systemtänkande förespråkas ofta en flernivåansats där insatser samordnas på individ-, organisations- och samhällsnivå, men många försök att operationalisera perspektivet fokuserar främst på individnivå, exempelvis på att utveckla färdigheter. Syftet med denna studie var att använda ett ramverk för systemtänkande på organisationsnivå (Wilkins et al., 2021) för att undersöka om och hur principerna i detta perspektiv tillämpas i praktiken inom en nationell förbättringssatsning i Sverige, med målet att åstadkomma systemförändringar inom kvinnors hälso- och sjukvård. Fallstudien bygger på omfattande kvalitativa, longitudinella data på individ-, grupp- och organisationsnivå, insamlade under genomförandet av ett flerårigt nationellt policyprogram. En deduktiv innehållsanalys baserad på ramverkets principer för systemtänkande användes för att skapa narrativa beskrivningar från intervjuer, observationer och arkivmaterial. Resultaten visade att programteamet både utvecklade och tillämpade strategier och aktiviteter som överensstämde med principerna för systemtänkande. Teamet samlade ett brett spektrum av aktörer, använde flera olika former av samarbete och drog nytta av ett brett underlag av informationskällor i strävan efter att skapa en gemensam och holistisk förståelse av förbättringssatsningen och dess kontext. Visualiseringsverktyg och adaptiva arbetssätt användes för att stödja regionala kontaktpersoner och personal i deras utvecklingsarbete. Teamet arbetade också aktivt för att identifiera tydliga synergier och lösningar med hävstångseffekt på problem som påverkar kvaliteten och samordningen av vården före, under och efter förlossning, och som samtidigt kunde anpassas till regionala förutsättningar. Ramverket visade sig användbart för att identifiera hur systemtänkande tar sig uttryck i praktiken i policyprogram. För att ytterligare fördjupa förståelsen av hur systemtänkande manifesteras i komplexa förändringsprogram föreslår vi en ny multidimensionell modell.

Introduktion

Att utveckla vården och åstadkomma förändring inom stora och komplexa hälso- och sjukvårdssystem är en betydande utmaning. Inom forskningen finns ingen konsensus kring vilka modeller eller angreppssätt som är mest ändamålsenliga för storskalig förändring, och kunskapsområdet är fortfarande under utveckling. Det sträcker sig över flera nivåer – från policynivå till grupp- och individnivå. För aktörer som får i uppdrag att leda, samordna eller stödja en storskalig satsning skulle praktiskt vägledande modeller kunna vara ett viktigt stöd. Systemtänkande (ST) är ett omfattande forskningsfält som har utvecklats sedan 1930-talet. Under senare år har intresset ökat för hur systemtänkande kan tillämpas för att stödja utveckling inom välfärdssystem (se t.ex. Best et al., 2012). Systemtänkande har sin utgångspunkt i den komplexitet som präglar ett givet problem i dess kontext. Det innebär exempelvis att man beaktar hur olika interventioner är beroende av varandra och av den miljö där de ska genomföras. Komplexa interventioner kan betraktas som

egna delsystem som interagerar med övriga systemkomponenter och utlöser reaktioner som kan vara både oförutsägbara och oavsiktliga (De Savigny et al., 2009). I detta perspektiv ersätts föreställningar om enkla, linjära orsak–verkankedjor av en strävan att förstå hur flera dynamiska komponenter och aktörer samspelar – och hur detta samspel påverkar vad som faktiskt sker när man försöker utveckla eller förändra en verksamhet.

Att tillämpa systemtänkande anses vara ett produktivt sätt att hantera komplexa problem inom välfärdssystemen (Swanson et al., 2012; Russell et al., 2014; Cabrera et al., 2008). Under de senaste decennierna har intresset för systemtänkande och komplexa system ökat, inte minst när det gäller att förstå varför innovationsprogram inom vård och omsorg ibland misslyckas eller inte ger önskad effekt (Greenhalgh et al., 2018). När både det system där förändringen ska ske och de problemområden som ska påverkas är komplexa, räcker det inte att reducera systemet eller problematiken till mindre och mer ”hanterbara” delar – komplexiteten måste i stället uppmärksammas och hanteras på ett strategiskt sätt. Trots detta är det vanligt att förändringsarbete bedrivs genom att starta många mindre, men fragmenterade, projekt inom en verksamhet, ett sjukhus eller en region. Dessa satsningar samverkar inte alltid eller drar åt samma håll. I värsta fall kan de dränera systemet på energi och utvecklingsresurser, och de olika initiativen kan komma att konkurrera eller motverka varandra, med flera potentiella negativa effekter som följd. Figur 4:2:1 sammanfattar några etablerade argument för att tillämpa ett systemtänkande perspektiv.



Figur 4:2:1. Varför systemtänkande (ST)? Några argument från forskningslitteraturen.

Trots ett växande intresse saknas fortfarande kunskap om hur systemtänkande faktiskt förstås och används i praktiken (Chungtai et al., 2017). I flera sammanhang har behovet av studier och konkreta beskrivningar av praktiska tillämpningar av systemtänkande lyfts fram (Carey et al., 2015; Rusoja et al., 2017). Hittills har forskningen framför allt fokuserat på individnivå – exempelvis på individuella förmågor och färdigheter – samt på gruppnivå, såsom hur gemensamma mentala modeller kan utvecklas.

Ramverk med principer för tillämpning av organisatoriskt systemtänkande i praktiken

Vi har använt ett ramverk för organisatoriskt systemtänkande utvecklat av Wilkins et al. (2021). Ramverket omfattar åtta handlings-principer som, när de tillämpas med utgångspunkt i en system- och processförståelse, kan underlätta arbetet med komplexa förändringar i organisatoriska system. Wilkins och kollegor har använt dessa principer för att följa upp hur systemtänkande faktiskt kommer till uttryck i praktiken vid olika förändringsprojekt. En modell som illustrerar handlingsprinciperna återfinns i Figur 4:2:2.



Figur 4:2:2. En modell över handlings-principer/strategier grundade i systemtänkande (anpassad efter Wilkins et al., 2021)

Syfte

Syftet med denna studie är:

1. att undersöka om och hur en praktisk tillämpning av systemtänkande kan visa sig under en komplex och dynamisk utvecklingsprocess, och
2. att testa ett nytt ramverk för organisatoriskt systemtänkande på en nationell satsning, här kallad policyprogram, som syftar till att förbättra vården för kvinnor och kvinnors hälsa.

Metodik

Denna studie baseras på intervjuer (n=57) med det nationella programteamet (2018 och 2020) samt med regionala kontaktpersoner (2018 och 2020). Underlaget omfattar även kortare observationer (n=20) av olika möten (2–6 timmar) och längre observationer vid konferenser och internat (1,5–2 dagar), exempelvis programteamets planeringsmöten, kontaktpersonsmöten och konferenser. Därtill ingår dokument (n=34) såsom mötesagendor och mötesanteckningar, PowerPoint-presentationer och andra handlingar som använts vid möten. Datainsamlingen genomfördes mellan 2018 och 2022.

Resultat – Användning av åtta strategier baserade systemtänkande inom satsningen

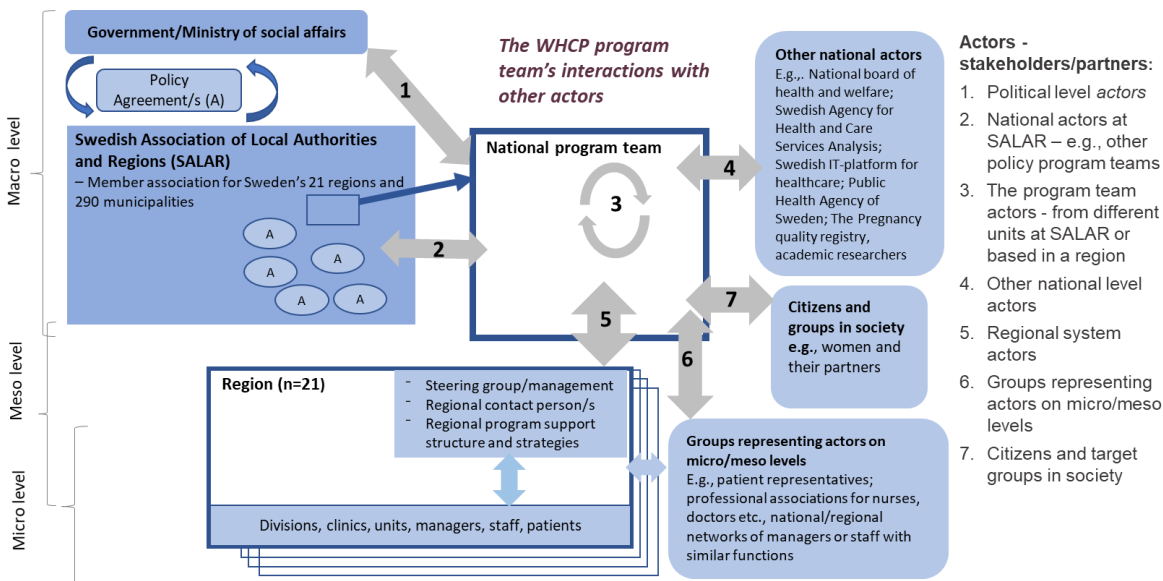
Nedan presenteras en sammanfattande bild av hur ST-principerna i ramverket tillämpades av programteamet inom satsningen. Vi identifierade indikationer på användning av samtliga åtta ST-principer, vilket kortfattat beskrivs nedan. Mer detaljerade exempel finns i den vetenskapliga artikeln.

Princip 1 – Samla viktiga intressenter och partners med olika funktioner och perspektiv

För att nå programmålen om en mer jämlik, tillgänglig, kunskapsbaserad, trygg, säker, sammanhållen och personcentrerad vård i hela landet behövde många olika aktörer och professioner inom hälso- och

sjukvårdens olika delar och nivåer involveras. I större förbättringssatsningar kan det vara en utmaning att nå och engagera rätt aktörer vid rätt tidpunkt. Det räcker inte heller att bara samla en bred grupp intressenter och partners – det avgörande är vad de faktiskt gör tillsammans, vilket beskrivs i de övriga sju principerna. Genom att tillämpa denna princip har flera perspektiv kunnat tas tillvara vid planeringen av satsningens aktiviteter och implementeringen har stärkts. Den regelbundna kontakten med andra nationella myndigheter och satsningar har också minskat risken för att parallella och konkurrerande aktiviteter startats. Att som nationellt team involvera många aktörer med skilda intressen har krävt tid samt sociala, strategiska och analytiska färdigheter (se Figur 4:2:3).

Det visade sig vara svårt för programteamet att nå ut till och engagera regionala beslutsfattare på strategisk nivå. Dessa informerades vid satsningens start och därefter vid de månatliga nationella mötena. Beroende på regional kontaktperson och regionala prioriteringar har nyckelaktörer på högre nivå i regionerna därför varit olika mycket delaktiga i genomförandet av programmet. Det nationella programteamet var placerat hos SKR, medlems- och arbetsgivarorganisationen för landets alla regioner. Detta gav teamet god överblick över nationella aktiviteter, underlättade samordning och gav tillgång till etablerade kontaktvägar till regionerna och deras verksamheter.



Figur 4:2:3. Översikt över olika typer av aktörer som involverades i den nationella satsningen.

Princip 2 – Sök gemensam förståelse av problematik/utmaning/fenomen

Denna princip handlar om att samla in information från den aktuella kontexten för att bättre förstå vad som bidrar till både utmaningar och styrkor, hur dessa faktorer hänger ihop och hur förändringar i dem kan påverka resultaten, inklusive risken för oavsiktliga konsekvenser.

Satsningen omfattar flera komplexa och mångfacetterade frågor, såsom jämlik vård, möjligheten att attrahera och behålla kompetent personal, patientsäkerhet, kunskapsbaserad och tillgänglig vård samt personcentrerad och integrerad vård. Att få en samlad förståelse av ett så brett område, samtidigt som man tar hänsyn till regionala och lokala variationer i förutsättningar och arbetssätt har varit och är fortfarande en av satsningens största utmaningar.

Problemanalyser och behovsbedömningar var en central strategi för programteamet. Kartläggningar och gapanalyser genomfördes, sammanställdes i rapporter och diskuterades därefter tillsammans med regionala

aktörer. Att kontinuerligt följa olika mediekanaler blev också viktigt för att få en fördjupad bild av regionernas situation och utmaningar. Programteamets insamling och analys av information – ofta i samarbete med programintressenter och partners – uppfattades bidra till en ökad förståelse både för hur systemet fungerar och för programmets komplexa förbättringsområden. Detta gällde särskilt för nya medlemmar i programteamet och nya regionala kontaktpersoner, men även för andra involverade aktörer, exempelvis nationella myndigheter.

En utmanande faktor var de återkommande bytena av nyckelpersoner; många kontaktpersoner har bytts ut under årens gång. Regionernas organisation och deras sätt att arbeta med satsningen påverkade också förutsättningarna för att från nationellt håll skapa och upprätthålla en gemensam förståelse. Den strategiska planen från 2018 var därför ett viktigt stöd i att tydliggöra satsningens syfte och struktur.

Princip 3 – Tydliggör underliggande antaganden

Princip 3 handlar om att identifiera de olika antaganden som viktiga partner och intressenter har om programmet och dess fokusområden, liksom om vilka utmaningar och lösningar som krävs för att förbättra vården och kvinnors hälsa.

Eftersom satsningen är ett omfattande nationellt initiativ som syftar till att påverka processer i de självstyrande regionerna behövde det nationella teamet kartlägga de underliggande antaganden som finns hos aktörer på flera systemnivåer. Genom att tydliggöra intressenters olika perspektiv och antaganden kan man minska risken för missförstånd och konflikter samt underlätta utvecklingen av strategier för implementeringsstöd.

Det nationella teamet arbetade löpande med att försöka klargöra antaganden hos olika intressenter som var involverade i genomförandet, samt hos de avtalsslutande parterna i överenskommelsen, det vill säga regeringen och SKR. Ett exempel är arbetet med att konkretisera den strategiska planen för satsningen. Överenskommelsen byggde ursprungligen på de mentala modeller och antaganden som fanns hos dem som deltog i förhandlingarna, skrev och undertecknade avtalet, och speglade främst ett politiskt perspektiv på frågorna och på vad som utgör god vård för kvinnor före, under och efter graviditeten.

För programteamets medlemmar och kontaktpersonerna kunde kunskap om olika perspektiv och antaganden bidra till ökad medvetenhet om befintliga och ibland motstridiga uppfattningar när programaktiviteter planerades eller anpassades. Mycket av analysen av aktörernas antaganden, mentala modeller och potentiella intressekonflikter skedde dock inte under möten med inbjudna intressenter, utan framför allt i efterföljande interna diskussioner. Mer djupgående analyser av intressenternas mentala modeller och den möjliga påverkan av motsägelsefulla antaganden förekom mer sällan än samtal som enbart syftade till att klargöra eller förtydliga dem. Vi fann inga indikationer på att denna princip användes av beslutsfattare på högre regional nivå, trots att deras antaganden kan påverka programmets genomförande.

Princip 4 – Reflektera och lär

Princip 4 handlar om att kontinuerligt granska ny information, antaganden och lärdomar för att tillsammans kunna utveckla och förfinas en gemensam vision för, i det här fallet, en förbättrad vård för kvinnor. En central del av denna princip är att skapa miljöer där människor uppmuntras att reflektera och lära.

I en omfattande, komplex och långsiktig förbättringssatsning finns många dimensioner och förutsättningar som behöver tas i beaktande för att möjliggöra reflektion, lärande och samverkan mellan alla inblandade aktörer. Utmaningen ligger i att skapa former och arenor för kommunikation som stödjer just samverkan, reflektion och lärande. Att åstadkomma ett fördjupat lärande och förändra människors beteenden och handlingsstrategier tar tid, ofta mer tid än man förutser. Förändrade arbetssätt behöver dessutom stödjas av exempelvis organisatoriska strukturer och processer.

I början prioriterade programteamet främst att sprida information om programmet, snarare än att skapa möjligheter för ömsesidig interaktion. Med tiden ökade dock insatserna för att utveckla arenor för reflektion och lärande. Vi fann många exempel på att denna princip tillämpades i programmets aktiviteter och

strategier. Under programperioden växte både antalet och variationen av forum för att granska ny information, tydliggöra antaganden samt reflektera och dela lärdomar. Från att ha arrangerat två kontaktpersonsträffar per år övergick teamet till månatliga möten och dessutom två årliga tvådagarskonferenser. Denna utveckling ledde till interna diskussioner inom programteamet om hur – och i vilken utsträckning – förslag, aktiviteter och lösningar från olika aktörer och perspektiv borde integreras i de nya årliga överenskommelserna eller i programmets genomförande.

Programteamets medlemmar uppfattade att dessa arenor och möjligheter till reflektion och lärande stärkte aktörernas förändringskapacitet i regionerna. Former för ömsesidig reflektion och lärande anpassades också efter mötesformatet (fysiskt eller digitalt) och de tidsmässiga ramarna (mötenas längd och frekvens). Däremot är kunskapen begränsad om vilken effekt som teamets insatser för att förbättra lärandet faktiskt hade på genomförandet i regionerna.

Den regionala förmågan och kapaciteten att implementera nationella satsningar kan vara olika utvecklad. Förståelsen för detta varierar också bland nationella aktörer och begränsade tidsramar och resurser kan skapa efterfrågan och tryck på snabba åtgärder och förändringar, något som i sin tur kan försvåra långsiktig och hållbar utveckling.

Princip 5 – Finn lösningar med stark hävstångseffekt

Princip 5 handlar om att identifiera lösningar, innovationer och åtgärder som är effektiva, hållbara, har stor genomslagskraft och svarar mot samhällets behov. Idealt sätts sådana lösningar in tidigt i processen, adresserar flera utmaningar samtidigt och är både anpassningsbara och långsiktigt hållbara.

Att inom 21 regionala system hitta lösningar med stark hävstångseffekt – det vill säga sådana som kan påverka flera olika utmaningar tidigt i en förändringsprocess – har varit viktigt men samtidigt utmanande för det nationella teamet. Betydande insatser lades på att identifiera och analysera problemområden samt sprida evidensbaserad kunskap och beprövade innovationer inom satsningens samtliga huvudmål och strategier.

Den strategiska planen ger en översikt över satsningens fokusområden och övergripande förbättringsstrategier. Programteamet använder planen som ett verktyg för att hitta, strukturera och sprida befintlig kunskap och, i viss mån, för att identifiera potentiella lösningar med stark hävstångseffekt inom varje fokusområde. Analyser av problem och identifiering av kunskapsluckor genomfördes både för att skapa förståelse (Princip 2) och för att hitta verkningsfulla lösningar (Princip 5). Sambanden mellan programmets olika områden och hur frågor kunde hanteras mer integrerat diskuterades, men de potentiella lösningarna lyftes inte lika tydligt som lösningar på enskilda problem eller specifika fokusområden.

Regionerna ansvarade därefter själva för att använda, anpassa och implementera ny kunskap eller nya arbetssätt. Även om principen alltså tillämpades på nationell nivå behöver varje region ha arbetssätt för att identifiera vilka lösningar som är lämpliga i deras lokala system – och förstå hur dessa kan anpassas och stödjas för att få genomslag regionalt. Att stärka den regionala kapaciteten att möjliggöra innovation och förbättring, samt att sprida och upprätthålla lösningar med hög effekt, identifierades som avgörande för att aktörerna i regionerna skulle kunna genomföra de förändringar som krävdes inom programmets olika områden.

Princip 6 – Hantera resurser

Att hantera resurser – finansiering, personal, teknik och utrustning – innebär att fördela dem strategiskt så att de stödjer effekten av varje vald insats och möjliggör uppföljning av resultaten. Det kan exempelvis handla om tidsaspekter, val av lösningar med stark hävstångseffekt eller prioriteringar mellan olika fokusområden. I denna satsning var det de självstyrande regionerna som i slutändan skulle genomföra de förändringar som formulerats i den nationella överenskommelsen. Jämfört med resursstyrning vid interna organisationsförändringar innebär detta att det nationella teamets mandat att hantera resurser i förhållande till förändringsprocessen var begränsat. Eftersom satsningen byggde på en serie relaterade, men separata,

överenskommelser mellan regeringen och SKR – som företrädde regionerna – varierade finansieringen över tid i takt med att nya överenskommelser slöts.

Det nationella teamet tilldelades medel för att samordna nationella aktiviteter som skulle stödja regionernas förbättringsarbete, medan huvuddelen av resurserna gick direkt till regionerna, främst utifrån befolkningsstorlek. Regionerna fördelade därefter resurserna enligt lokala behov och utifrån regionala förutsättningar och prioriteringar. Teamets medvetenhet om sina begränsningar när det gällde resursförvaltning bidrog till ett ökat fokus på uppföljning av regionernas arbete och eventuella framsteg. En successiv utveckling av uppföljningen skedde, framför allt när det gällde att välja ut och använda en kombination av insamlade data för att påverka och stödja regionala prioriteringar och resursfördelning inom viktiga förbättringsområden. Nationella kvalitetsregister, Graviditetsenkäten och regionernas årliga aktivitetsrapportering utgjorde kärnan i uppföljningen och kompletterades med mer kvalitativ information från olika källor. Uppföljningen av regionernas aktiviteter, och användningen av resultaten, blev ett centralt verktyg på nationell nivå, både för att visa hur resurserna användes och för att kunna stödja och påverka regionernas arbete.

Princip 7 – Snabb återkoppling

Princip 7 handlar om att vidta åtgärder, kontinuerligt förbättra lösningar eller utveckla strategier som inte fungerar, samt att driva på åtgärder bland intressenter och partners och ompröva strategier när det behövs. En långsiktig, nationell förbättringssatsning i ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem involverar många regioner, organisationer och människor, vilket ställer särskilda krav på samspelet mellan nationell, regional och lokal nivå.

Den nära kontakt som det nationella teamet utvecklade med de regionala representanterna skapade förväntningar på att teamet snabbt skulle kunna agera när problem uppstod eller behov uttrycktes i samtal och vid möten. Strategierna, både för hur teamet fångar upp signaler och hur man svarar på dem, har kontinuerligt utvecklats i takt med att ny information samlats in och behov identifierats.

Information inhämtades från diskussioner med regionala och nationella aktörer, genom kartläggningar och rapportering, samt via data från kvalitetsregister och Graviditetsenkäten. Öppen dialog vid kontaktpersonsmöten och regionmöten har varit viktiga forum för återkoppling.

Princip 8 – Identifiera, översätta och sprida resultat och olika rön

Principen innebär att sammanställa och dela relevanta resultat, data och information med partners, intressenter och allmänheten. I denna process involveras nyckelpartners och intressenter för att bedöma informationens betydelse och hur den bäst kan spridas.

Att identifiera, översätta och sprida relevanta resultat kan vara utmanande, beroende på hur komplexa de problemområden är som behandlas, vilka interventioner som används, vilka data som samlas in och i vilka sammanhang förändring ska ske. I en omfattande satsning blir detta en särskilt komplex uppgift. Ambitionen att identifiera och översätta relevanta resultat, det vill säga att lyfta fram den information som är viktigast att dela med nyckelaktörer, har varit genomgående under hela satsningen. Det har exempelvis skett genom bred spridning av gapanalys, enkätresultat och aktivitetsrapporter.

Teammedlemmarna beskrev att resultaten och data användes för att stödja förbättring och lärande. Delningen av data och resultat ansågs ha skapat intresse och ökat förståelsen för satsningen, dess fokus, utmaningar och effekter – både bland partners, intressenter och i media.

Diskussion och slutsatser

Det finns några centrala lärdomar och slutsatser från användningen av ST-ramverket på organisationsnivå för att identifiera och beskriva hur systemtänkande tillämpas i praktiken inom ett nationellt program som adresserar flera komplexa och utmanande problem i ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem. De

praktiska konsekvenser som beskrivs kan ge stöd till framtida försök att använda systemtänkande i storskaliga förbättringsprogram:

- 1) Det är avgörande att engagera rätt aktörer i förändringsarbetet, aktörer som representerar ett brett spektrum av perspektiv och som har mandat att agera för att möjliggöra systemtänkande på organisationsnivå. Detta är särskilt viktigt i ett nationellt program som ska påverka arbetssätt inom 21 självstyrande regionala system. Denna första ST-princip utgör en grundläggande förutsättning för att kunna tillämpa de övriga sju ST-principerna som beskrivs i Wilkins et al:s ramverk (2021).
- 2) Den höga komplexitetsnivån i programmets innehåll, tillsammans med variationen och dynamiken i de sammanhang där ett nationellt program ska verka, skapar förutsättningar som kräver särskild uppmärksamhet. En hög grad av programdynamik och komplexitet i kombination med komplexa lokala miljöer kräver en djupare förståelse för de principer som styr systemtänkande, liksom mer tid och större ansträngning när handlingsplaner ska planeras och genomföras. Strategier behöver användas och justeras upprepade gånger under en längre tidsperiod. Sådana program kräver mer resurser, tid och kompetens än program med lägre komplexitet. En alltför stark förenkling eller avgränsning innebär ofta att viktiga aspekter och perspektiv förbises, vilket i sin tur kan leda till både haverier och behov av omtag.
- 3) Även relativt enkla ST-verktyg – till exempel att skapa en visuell representation av en strategisk plan – kan fungera som kraftfulla hävstänger för systemtänkande i praktiken inom ett nationellt program som syftar till systemförändring. Visualisering är ett särskilt betydelsefullt verktyg när både programmet och dess verksamhetsmiljö präglas av hög komplexitet.

De praktiska beskrivningarna av handlingsstrategier kopplade till ST-principerna i denna studie, liksom de utmaningar som programteamet möter i arbetet med att tillämpa dem, kan vara värdefulla för andra som leder och stödjer genomförandet av mjuka laginitiativ, policyprogram och nationella förbättringsinsatser.

4.3 STUDIE 3. Varierande förändringsstrategier i tre nationella, storskaliga förbättringsatsningar inom svensk vård och omsorg

Monica Nyström, Emma Granström, Sara Tolf, Vibeke Sparring och Helena Strehlenert

Denna studie genomfördes 2021–2025 är vid skrivande stund inskickad till av en vetenskaplig tidskrift Den återges i kortare drag och i artikelliknande format. För detaljer se kommande publikation:

Nyström, M.E., Granström, E., Tolf, S., Sparring, V., Strehlenert, H. Variation in the use of strategies to leverage change in three large scale change programs addressing wicked problems in Swedish healthcare – Considerations for complex changes.

Sammanfattning

Komplexa utmaningar inom hälso- och sjukvården beskrivs allt oftare som wicked problems. För att kunna hantera sådana mångfacetterade utmaningar i ett dynamiskt sjukvårdssystem har användningen av storskaliga och långsiktiga förändringsatsningar, eller policyprogram, ökat. Även om svåra problem kan angripas på olika sätt saknas det fortfarande samsyn kring hur tillvägagångssätt och strategier för att hantera dem bör beskrivas i de policyprogram som utformas. I denna flerfalls-studie har vi analyserat data från tre fleråriga nationella satsningar i Sverige, inriktade på att förbättra olika delar av vård- och omsorgssystemet: vård och omsorg om äldre, förlossningsvård och kvinnors hälsa samt tillgång till och användning av information om vårdkvalitet. Syftet med studien är att identifiera och undersöka hur strategier och information används för att driva förändring inom dessa tre storskaliga förbättringsprogram.

Studien bygger framför allt på kvalitativa data – intervjuer, observationer och arkivmaterial – insamlade över flera år. Fem forskare genomförde analyserna i en serie gemensamma, iterativa analysmöten med både konventionell och riktad innehållsanalys, där den senare baserades på ett ramverk av Levesque et al. (2017).

Programmen visade sig skilja sig åt när det gäller hur data och förändringsstrategier användes. Variationerna kunde främst kopplas till fyra aspekter: (1) egenskaper hos systemet och dess delsystem, (2) programmets omfattning – problem- och förbättringsområden, mål och förväntade förändringar, (3) involverade aktörer och deras organisatoriska kontext, samt (4) resurser och mekanismer för resursfördelning. Programmens egenskaper inom dessa områden påverkade i hög grad vilka strategier som valdes. Programmens strategimönster speglar en varierande påverkan från tre grundläggande synsätt på hur komplexa och svårhanterliga problem bör angripas: problemlösning, tämjning eller "coping".

Utifrån resultaten föreslår vi ett empiriskt baserat ramverk som vägledning för analys av stora program eller förbättringsinitiativ. Vi drar slutsatsen att aktörer på strategisk nivå, som arbetar med omfattande förbättringsprogram riktade mot komplexa och svåra problem, behöver ha en helhetsförståelse av de fyra programrelaterade aspekterna. Det föreslagna ramverket och de centrala faktorerna kan därmed underlätta såväl analys som mer ändamålsenliga val av strategier för användning av information och för att driva förändring.

Introduktion

Förändringsprocesser i komplexa system formas av en rad olika faktorer, bland annat juridiska och sociala förutsättningar, policyramar, ekonomiska incitament, organisatoriska kulturer samt tillgång till evidens och teknik. Inom storskaliga förändringsinitiativ finns det dessutom skilda grundläggande uppfattningar om hur komplexa problem bäst bör hanteras, vilket beskrivs i kapitel 3.1 (se Daviter, 2017). Vi återkommer till dessa perspektiv och hur de relaterar till de analyserade nationella satsningarna i slutet av kapitel 4.

Data och informationsanvändning inom storskaliga förbättringsprogram

För att effektivt hantera utmaningar, så kallade wicked problems, genom storskaliga förbättringsprogram, särskilt i decentraliserade och självstyrande system, är det avgörande att ha en kontinuerlig tillgång till olika

typer av information från flera nivåer. Lika viktigt är att etablera ändamålsenliga återkopplingsloopar som kan stödja och vidmakthålla förändring (Best & Greenhalgh, 2012). För att identifiera vilken kompletterande information som behövs för att stödja förändringsprocesser kan Donabedians modell (1989) användas. Modellen kategoriserar information i tre centrala typer:

- 1) Strukturella mått, som beskriver vårdmiljön och de omgivande förutsättningarna, inklusive organisationsstrukturer och personalresurser.
- 2) Processmått, som fokuserar på de aktiviteter som genomförs för att uppnå förbättringsmål, exempelvis hur vård levereras och andra funktioner inom vårdsystemet.
- 3) Utfallsmått, som bedömer vårdens effekter för patienter eller populationer. Dessa omfattar kliniska utfall, hälsostatus samt patientrapporterade utfallsmått, PROMs, och patientrapporterade erfarenhetsmått, PREMs (Weldring et al., 2013).

Utöver dessa betonar Shah (2019) betydelsen av balanserande mått som bidrar till att förstå hur komplexa system beter sig och utvecklas under pågående interventioner. Sådana mått är centrala för att upptäcka oavsiktliga konsekvenser. I storskaliga förbättringsprogram blir det därför viktigt att identifiera förändringar, perspektivskiften och tecken på stagnation. Detta möjliggör en strategisk användning av styrningsstrategier för att justera insatser, agera vid nya förutsättningar och hantera uppkomna hinder (Termeer et al., 2015). För chefer och beslutsfattare på olika nivåer inom hälso- och sjukvården är det således nödvändigt att ha tillgång till aktuella och relevanta indikatorer på hur systemet presterar. Samtidigt formas policyaktörers sätt att använda data och information ofta av deras grundläggande syn på komplexa problem, oavsett om målet är att lösa dem, tämja dem eller att hantera dem (Daviter, 2017).

Ramverk med strategier för att driva förändring i storskaliga förändringsprogram

För att beskriva och jämföra förändringsstrategier inom storskaliga förändringsprogram använde vi ett ramverk som kopplar användningen av information till åtta olika hävstångsstrategier för att driva förändring, så kallade change levers (Levesque & Sutherland, 2017). Ramverket integrerar två dimensioner av förändring. Den första dimensionen rör motivationen bakom förändring och skiljer mellan inre och yttre drivkrafter. Inre motivation utgår från självreflektion och ökad medvetenhet, där prestationsinformation används för att skapa beredskap och initiera förändring. Yttre motivation uppstår genom externa påtryckningar, såsom direktiv, policybeslut eller ekonomiska och strukturella incitament. Den andra dimensionen skiljer mellan planerad och framväxande förändring. Planerad förändring innebär medvetna, strategiska åtgärder som syftar till att påverka individers eller organisationers beteenden. Framväxande förändring sker genom fortlöpande, adaptiva och ofta spontana reaktioner på förändrade omständigheter, med ambitionen att förbättra organisationens prestation. Tillsammans bildar dessa dimensioner en fyrfältare där varje kvadrant representerar en väg genom vilken förändring kan uppstå. Inom varje kvadrant identifierar ramverket två specifika strategier, vilket ger totalt åtta strategier: formativ, stödjande, kognitiv, imiterande, tvingande, normativ, strukturell och konkurrensinriktad. De centrala egenskaperna hos dessa strategier sammanfattas i Tabell 4:3:1. I nationella satsningar samlas vanligtvis olika typer av data in för att följa utvecklingen, och informationen används på skilda sätt av olika aktörer. Detta kan skapa hävstångseffekter som bidrar till förändring. Strategierna i ramverket handlar om hur, eller genom vilka mekanismer, process- eller utfallsdata kan verka för att driva förändring. Ramverket bygger på antagandet att storskaliga satsningar skiljer sig åt både i vilka strategier som används och i hur information samlas in och används för att stödja förändringsarbete.

Tabell 4:3:1. Nyckelegenskaper hos de åtta förändringsstrategierna i Levesque & Sutherlands (2017) konceptuella ramverk.

Internt motiverad, planerad förändring	Externt motiverad, planerad förändring
--	--

En formativ strategi innebär att ge anpassningsbar och snabb återkoppling vid rätt tidpunkt för att styra förändringsarbetet mot tydligt definierade, evidensbaserade eller bästa praxis-baserade arbetssätt. Data och information fångar centrala delar av förändringsprocessen, vägleder val av åtgärder och signalerar när det finns behov av att reagera på förändrade omständigheter eller oväntad utveckling.	En tvångande strategi används ofta i reglerande system eller program där mål, incitament och sanktioner (t.ex. nyckelindikatorer) används för att säkerställa att målen nås inom en viss tidsram. Data och information används för att övervaka kvalitet och följa upp måluppfyllelse, i kombination med sanktioner och/eller incitament, såsom prestationsbaserad ersättning.
En stödjande strategi använder information för att vägleda och främja lärande och kapacitetsuppbyggnad utifrån nuläge och identifierade behov. Informationen fungerar som underlag för vad arbetet bör fokusera på och vägleder både förändringsprocesser och prioriteringar av insatser och investeringar.	En normativ strategi används för att säkerställa att verksamheter lever upp till professionella standarder eller följer tydligt definierade normer, ofta genom mekanismer som licensiering eller certifiering. Informationen används för att identifiera var strategin bör tillämpas och för att följa upp både förväntade och oväntade effekter.
Internt motiverad, framväxande förändring	Externt motiverad, framväxande förändring
En kognitiv strategi använder data och information för att synliggöra prestationsluckor, tydliggöra resultat och stödja löpande uppföljning och förbättring. Medvetenhet om gapet mellan nuläge och önskat läge förväntas skapa motivation till förändring. Strategin används ofta i början av ett kvalitetsförbättringsarbete.	En strukturell strategi fokuserar på organisatoriska förutsättningar för att identifiera begränsningar och möjligheter, såsom verksamhetsstruktur, IT-infrastruktur och bemanning. Informationen används för att identifiera drivkrafter och var insatser behövs, samt för att bedöma vilken påverkan dessa insatser kan få.
En imiterande strategi stimulerar förändring genom att ta tillvara viljan att matcha – eller inte bli överträffad av – jämförbara organisationer. Den använder benchmarking och jämförande data för att driva förbättring.	En konkurrensinriktad strategi använder marknadsdynamik för att påverka organisatoriskt beteende, exempelvis genom att utnyttja rädslan för att förlora – eller möjligheten att öka – marknadsandelar eller kundunderlag. Data och information används för att påverka patienters val samt för att informera olika typer av finansieringsbeslut.

Syftet med denna flerfallstudie är att identifiera och undersöka hur strategier och information används för att driva förändring inom tre storskaliga förbättringsprogram med fokus på svåra och komplexa problem (s.k. wicked problems) inom vård och omsorg.

Metodik

I fallstudien analyseras tre nationella satsningar som riktat in sig på komplexa utmaningar inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet: Bättre liv för sjuka äldre 2010–2014 (Bättre Liv), Kvalitetsregistersatsningen 2012–2016 och satsningen på kvinnors hälsa 2015–2025 (Kvinnors Hälsa). Alla tre satsningar har innefattat följeforskning där minst två av författarna varit involverade. Satsningarna är utförligt beskrivna i flera doktorsavhandlingar, vetenskapliga publikationer och forskningsrapporter vilka ger kompletterande perspektiv och mer detaljerade insikter än vad som ryms i detta kapitel (se t.ex. Granström et al., 2018; Granström, 2021; Nyström et al., 2014; 2021; 2022; 2023; Sparring et al., 2018; Strehlenert, 2017; Strehlenert et al., 2015; 2019).

Underlaget för analyserna utgörs av omfattande databaser från tre separata fleråriga forskningsprojekt. Tillsammans representerar de longitudinell forskning som, ur ett systemperspektiv, följer den naturliga utvecklingen vid implementering av policyprogram. Databaserna består huvudsakligen av kvalitativa data i form av intervjuer med nationella och regionala programaktörer, observationer från möten och nätverkstillfällen, samt dokument såsom projektrapporter, mötesagendor, PM, PowerPoint-presentationer och nyhetsbrev. Här ingår även sekundärdata i form av utvärderingsrapporter från externa utvärderare. Analysarbetet har genomförts iterativt med hjälp av riktad innehållsanalys (Hsieh & Shannon, 2005), vägled av Levesque et al.s ramverk (2017).

Resultat

Satsningen Bättre Liv för sjuka äldre

Satsningen, som pågick i fem år (2010–2014), riktade sig mot långvariga problem med fragmentering och bristande vårdkvalitet för äldre med komplexa behov – en mycket sårbar patientgrupp. Fokus låg på utmaningen att skapa en god, säker, jämlik och kostnadseffektiv vård och omsorg för de mest sjuka äldre, ett område som präglas av flera så kallade wicked problems. Målet var att förbättra vården inom sex prioriterade områden: förebyggande arbete, demensvård, äldres läkemedelsanvändning, vård i livets slut samt en mer sammanhållen vård. Statskontoret ansvarade för den externa utvärderingen av satsningen. En översikt över den typ av information som användes för att driva förändring presenteras i Tabell 4:3:2. Utformningen av överenskommelsen, bland annat inslaget av prestationsbaserad ersättning, påverkade i hög grad både de strategier som användes och vilka aktörer som involverades. Socialstyrelsen var en central aktör med ett formellt uppdrag att granska och fatta beslut om fördelningen av de prestationsbaserade medlen utifrån i förväg fastställda indikatorer.

Tabell 4:3:2. Informationstyper och informationskällor som användes inom satsningen Bättre liv för sjuka äldre

Informationskälla	Kort beskrivning	Typ av information
<i>Nationella kvalitetsregister</i>	Senior Alert – riskbedömning och prevention Palliativregistret Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) Svenska Demensregistret (SveDem)	Prestation
<i>Andra nationella register</i>	Läkemedelsregistret Läkemedelsbehandlingsregistret	Prestation
<i>Vidareutvecklade indikatorer på vårdkvalitet</i>	Oplanerad återinskrivning Undvikbar sjukhusvård	Prestation
<i>Digitalt enkätverktyg</i>	Patientrapporterade mått (PROM och PREM) över orsaker till undvikbar vård och oplanerad återinskrivning	Prestation och Process
<i>Gemensamma handlingsplaner</i>	Information om hur regioner och kommuner avsåg samarbeta för att tillhandahålla integrerad vård för äldre, inkl. lokala förbättringsbehov, mål, uppföljningar och rapporteringsrutiner.	Prestation, Kontext, Process
<i>Regioners och kommuners årliga programstatusrapporter</i>	Information om aktiviteter och framsteg inom programmets förbättringsområden samt om implementering av det lagstadgade kvalitetsledningssystemet för planering, ledning, övervakning och förbättring av kvalitet inom hälso- och sjukvård och sociala omsorg.	Prestation, Kontext, Process
<i>Utvecklingscoachernas årliga aktivitetsrapporter</i>	Information om regional och lokal implementering av satsningen, inkl. innehåll och räckvidd.	Process
<i>Interna kommunikationsplattformar</i>	T.ex. nätverksmöten och webbaserad samarbetsplattform för QI-coacher, organiserade av programteamet.	Kontext, Process
<i>Externa kommunikationsplattformar</i>	T.ex. programteamets regelbundna kontakter och möten med relevanta organisationer, nätverk och myndigheter.	Kontext
<i>Extern återkoppling och utvärdering</i>	Stadskontorets årliga utvärderingsrapporter. Följeforskarnas rapporter och presentationer om implementeringens framsteg.	Prestation, Kontext, Process

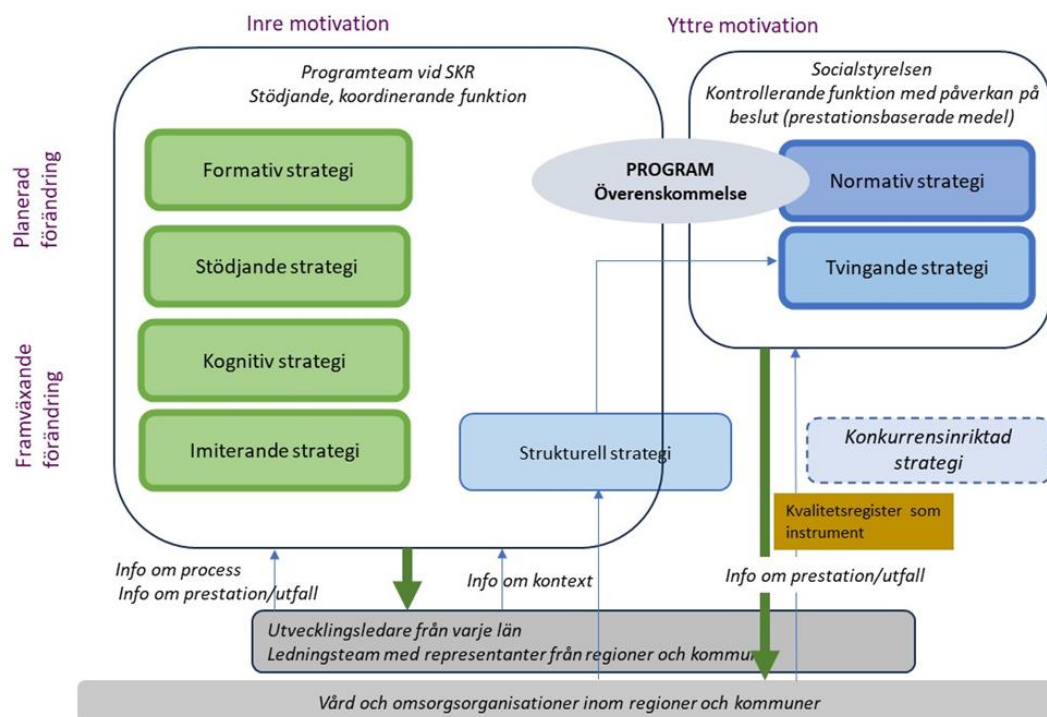
Regioner och kommuner fick också finansiering för att gemensamt i länen anställa utvecklingsledare. Deras uppdrag var bland annat att främja användningen av kvalitetsregister, stödja analys av prestationsdata och initiera lokala förbättringsinsatser. Programteamet använde en webbaserad kommunikationsplattform och regelbundna nationella nätverksmöten för utvecklingsledarna för att ge vägledning och utbildning. För att ytterligare stödja den regionala implementeringen lanserade programteamet ett nationellt initiativ för högre

ledning, Ledningskraft. Det fungerade som en plattform på länsnivå där ledningsgrupper från äldreomsorg, primärvård och specialiserad vård kunde delta. Detta var det första initiativet i sitt slag i Sverige inom vård och omsorg och samlade ledare från olika sektorer och huvudmän för att stärka en gemensam riktning för förbättringsarbete och samverkan.

Strategier för att driva och förändring

Genom att stödja både planerade och framväxande förändringsprocesser använde programmet framför allt en kombination av de tvingande, normativa, kognitiva och imiterande strategierna. I något mindre utsträckning förekom även formative, stödjande och strukturella strategier (Figur 4:3:1).

Bättre liv för sjuka äldre – hävstångsstrategier för att åstadkomma förändring



Figur 4:3:1. Översikt över huvudaktörernas användning av olika strategier för att driva förändring inom Bättre Liv satsningen.

Kvalitetsregistersatsningen

Kvalitetsregistersatsningen pågick i fem år (2012–2016). Den adresserade delar av den komplexa utmaningen att säkerställa att tillförlitlig information om patientutfall, vårdkvalitet och vårdgivares prestationer finns tillgänglig och användbar vid rätt tidpunkt – främst för aktörer inom vård och omsorg, men även för patienter, medborgare och forskare. Att skapa och upprätthålla tillgång till valid och pålitlig information för beslut, utveckling och förbättring är en kontinuerlig process som påverkas av många aktörer och faktorer. De cirka 100 nationella kvalitetsregister som satsningen riktade sig mot spelar en central roll, men i praktiken finns även en rad andra viktiga aktörer som tillsammans bildar vårdens och omsorgens bredare "informationssystem".

Satsningens syfte var att öka användningen av kvalitetsregistren för att förbättra vårdens kvalitet, stärka forskningen och underlätta interaktionen med patienter och medborgare. Inom satsningen fanns redan etablerade strukturer för att bedöma och finansiera en andel av de befintliga registren. Denna struktur

bestod av ett nationellt kansli placerat vid SKR samt en expertgrupp och en beslutsgrupp som bedömde registrens ansökningar om finansiering och senare även genomförde certifiering enligt ett nytt system med tre nivåer. Satsningens centrala insatser inkluderade:

- utveckling av nationella strukturer och processer för standardiserad bedömning och finansiering
- etablering av sex regionala kvalitetsregistercentrum som stöd för registrens utveckling
- förbättring av datakvalitet, analys och återkoppling
- utveckling av en gemensam IT-infrastruktur

Finansiering fördelades till registren baserat på det nya certifieringssystemet. Ytterligare medel tilldelades registercentrum samt det nationella kvalitetsregisterkansliet vid SKR, som hade ansvar för att samordna satsningen. Kansliet, registercentrumen samt ledningsteamet för de dåvarande cirka 100 registren var satsningens huvudaktörer.

Flera typer av information och datakällor användes i satsningen (se Tabell 4:3:3). De nationella programaktiviteterna och den löpande uppföljningen fokuserade i första hand på registren och registercentrumens arbete, och endast indirekt på hur vårdpersonal, forskare och patienter/medborgare faktiskt använde registren eller vilka förutsättningar som fanns för detta. Figur 4:3:2 ger en översikt över vilka typer av information och informationskällor som användes.

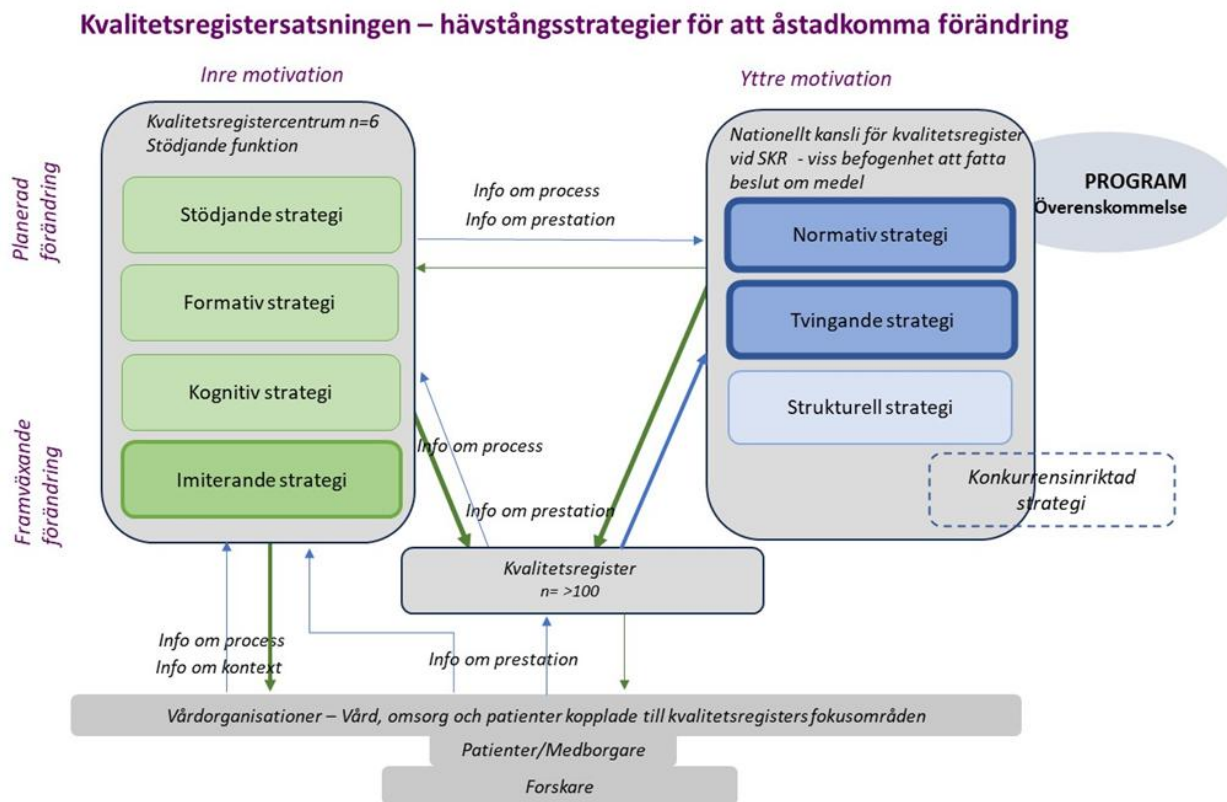
Tabell 4:3:3. Informationstyper och informationskällor som användes inom Kvalitetsregistersatsningen

Informationskälla	Kort beskrivning	Typ av information
<i>Kvalitetsregistrens certifieringsansökan och årsrapporter</i>	En strukturerad mall användes för certifieringsansökan och finansiering samt för årsredovisning. Kvantitativa kriterier (t.ex. täckningsnivå, validerade utfallsdata) kombinerades med kvalitativ information (t.ex. förbättring av utfall) och följde framsteg, t.ex. användning av registerdata i forskning. Patientinteraktion bedömdes via registrens inkludering av patientrapporterade data, datatillgänglighet och målgruppsanpassning samt inkludering av patientrepresentanter i registrens styrgrupper. Bedömningen avgjorde graden av finansiering.	Prestation Process
<i>Möten med kvalitetsregister</i>	Regelbundna möten ordnades för registerrepresentanter och intressenter för att möjliggöra diskussioner och återkoppling, samt samla information om registrens kvalitet.	Kontext Process
<i>Kvalitetsregistercentrums årsrapporter</i>	Årlig rapportering av registercentrums arbete med att öka användningen av kvalitetsregister för kvalitetsförbättring, forskning, patientinteraktion och registerutveckling, t.ex. IT-infrastruktur och utveckling av kvalitetsindikatorer.	Prestation Process
<i>Kvalitetsregistercentrums chefsmöten</i>	Kansliet arrangerade kvartalsvis chefsmöten för att samordna registercentrums arbete och diskutera deras stödjande roll gentemot anknutna register samt deras regionala roll som geografiskt spridda i landets hälsoregioner	Kontext Process
<i>Kvalitetsregistercentrums projektrapporter</i>	Vid två tillfällen under programmet kunde registercentrum ansöka om extra finansiering för att ytterligare stärka insatserna för att förbättra användningen av register-data för kvalitetsförbättring. Återrapportering av beviljade insatser skedde i särskilda projektrapporter.	Prestation Kontext Process
<i>Interna kommunikationsplattformar</i>	Representanter från register, registercentrum, kansliet och expertgruppen möttes två gånger per år vid s.k. Runda bordmöten för att dela information och diskutera olika teman och satsningens progress. Representatives from	Kontext Process
<i>Externa kommunikationsplattformar</i>	Vid Kvalitetsregisterdagarna, en årlig tvådagarskonferens, samlades vårdpersonal, forskare och nyckelaktörer från kvalitetsregistren för att lyssna på och presentera pågående forsknings- och utvecklingsprojekt.	Kontext Process
<i>Extern återkoppling och utvärdering</i>	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys samlade in information via register, enkäter och intervjuer med representanter från regioner, kommuner, nationella myndigheter, kvalitetsregister och registercentrum. Analyser presenterades och diskuterades vid möten och beskrevs i två utvärderingsrapporter. Forskarteamen rapporterade regelbundet resultat och diskuterade tolkningar och programpåverkan vid möten med kansliet.	Prestation Kontext Process

Strategier för att driva förändring - Nationella kvalitetsregisterkansliet

Kansliet hade i uppdrag att samordna expert- och beslutsgruppernas arbete samt att genomföra certifieringsbeslut enligt de tre införda certifieringsnivåerna, inklusive att säkerställa den finansiering som var kopplad till respektive nivå. I denna roll förlitade kansliet sig framför allt på externt motiverade normativa och tvingande strategier, och i något mindre grad på strukturella strategier (se Figur 4:3:2). Den normativa strategin knöts till användningen av certifieringsnivåer som etablerade professionella standarder för vad som kännetecknar ett välfungerande kvalitetsregister och som tydliggjorde områden med utvecklingsbehov. Certifieringsnivån var kopplad till finansiering (högre mognad = högre ersättning), vilket gjorde systemet till både ett motiverande verktyg och en tvingande styrningsmekanism, då bedömningen direkt påverkade registrens ekonomiska förutsättningar. Skillnader mellan registren – exempelvis i fråga om ålder, datavolym, patientunderlag, forskningstradition och grad av patientinteraktion – skapade varierande möjligheter att uppfylla certifieringskriterierna. Detta begränsade i sin tur genomslaget för de normativa och tvingande strategierna.

Strategier baserade på inre motivation var mindre framträdande, med undantag för den kognitiva strategin. Vissa certifieringskriterier fungerade som indikatorer, till exempel täckningsgrad, möjligheten att presentera data online för vårdgivare och patienter, samt i vilken utsträckning registren användes i kvalitetsarbete och forskning. Denna typ av information kunde fungera som referenspunkt och kognitiv hävstång, även om den användes mer systematiskt av kvalitetsregistercentrumen än av registren själva.



Figur 4:3:2. Översikt över huvudaktörernas strategier för att driva förändring inom Kvalitetsregistersatsningen.

Den strukturella strategin användes i början av satsningen, då organisatorisk och strukturell information samlades in för att identifiera hinder och vägleda förändringar i överenskommelsen och i kansliets beslut. När kvalitetsregistercentrum etablerades kopplades registren till olika centrum. Regionernas varierande IT-system skapade dock betydande utmaningar i arbetet med att utveckla en gemensam IT-plattform och

samordna dataregistrering och visualisering. Vissa synergier uppnåddes, men många hinder kvarstod, exempelvis dubbelregistrering och bristande kompatibilitet mellan journalsystem. Även om dessa tekniska problem var allmänt kända påverkade deras konsekvenser för de enskilda registren i begränsad utsträckning satsningens mål och aktiviteter. Kansliet organiserade möten med olika aktörer för att skapa en gemensam förståelse för satsningen och dess framsteg, vilket möjliggjorde användning av kognitiva, imiterande och formativa strategier. Formell representation från vårdssystemet saknades dock till stor del, och ledningsnivåerna var underrepresenterade. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys presenterade utvärderingsrapporter både i mitten och i slutet av satsningen. Programmålen formulerades på en aggregerad nivå, exempelvis "95 % av kvalitetsregistren ska kunna presentera data online för vårdgivarna." Sådana övergripande mål gav en tydlig riktning men begränsade samtidigt möjligheten att använda kognitiva strategier gentemot enskilda register. Utvärderingarna var inte utformade för att vägleda pågående förändringsprocesser, men myndighetens dialog med olika intressenter bidrog till ökad medvetenhet om luckor och hinder kopplade till satsningens mål. På så vis främjade utvärderingarna lärande och reflektion, även om de inte formellt påverkade programmets inriktning. Följeforskarna presenterade sina resultat för kansliet flera gånger per år. Dessa externa perspektiv hade potential att introducera nya insikter och arbetssätt och därigenom fungera som kognitiva hävstänger. I vilken utsträckning dessa faktiskt togs till vara inom satsningen är dock oklart.

Strategier för att driva förändring - Kvalitetsregistercentrum

Kvalitetsregistercentrumen var nyckelaktörer inom kvalitetsregisterstrukturen och kompletterade kansliets arbete. Dessa sex centrum förlitade sig i högre grad på strategier som stödjer framväxande förändringsprocesser – kognitiva, imiterande, formativa och stödjande strategier – även om arbetssätten varierade mellan dem (Granström et al., 2018). Arbetet omfattade allt från att göra registren mer användbara för kvalitetsförbättring till att stärka vårdens förmåga att använda registerdata, exempelvis genom att utveckla förbättringskompetens. De tillhandahöll digitala plattformar och IT-stöd och arbetade för att förenkla användningen av registerdata, underlätta lokala förbättringsprojekt samt stödjade datahantering och analys. De tre äldre centrumen fokuserade mer på indikatorutveckling och statistisk analys, medan de nyare centrumen i större utsträckning betonade coachning av vårdgivare och register i datadrivet förbättringsarbete.

Den imiterande strategin, med fokus på benchmarking och en strävan efter att tillhöra respekterade grupper, var framträdande och kombinerades ofta med den kognitiva strategin, där data och jämförelser användes som utgångspunkt för förbättringsarbete. När ett register eller en vårdgivare visade intresse och kontaktade ett registercentrum kunde man utforma ett gemensamt stödupplägg. Det skapade förutsättningar för att använda strategier kopplade till planerade förändringar – såsom stödjande och formativa strategier – i kombination med kognitiva och imiterande inslag. Stödet omfattade ofta kvalitetsförbättringsmetodik med fokus på mätningar och prestationstrender, och poänggivande uppdragsutbildningar genomfördes också. Registren kunde dessutom identifiera enheter som presterade svagt och erbjuda extra stöd, vanligtvis genom registercentrumen. Kvalitetsregistrens ledningsteam var en viktig målgrupp för förbättringsarbete, tillsammans med slutanvändare såsom vårdpersonal, forskare och patienter. Ledningsteamerna delade prestationsdata i årsrapporter och anordnade möten för att främja kollegialt lärande inom respektive område.

Registren hade starka band till vården och forskningen. Eftersom de utvecklades och drevs av vårdpersonal, som ofta även var forskare, användes jämförelser mellan vårdgivare för att stimulera ambitioner att uppnå samma nivå som högpresterande enheter. Detta knyter an till normativa, imiterande och kognitiva strategier. Den nära kopplingen till olika medicinska specialiteter och professioner stärkte motivationen att förbättra verksamheten. Eftersom registren behövde hög täckningsgrad för att vara användbara i både forskning och förbättringsarbete bidrog denna koppling – och det tydliga intresset för resultaten inom respektive

medicinskt område – till att driva insatser för att öka täckningen och förbättra mätning och dokumentation i registren.

Satsningen på Förlossningsvård och kvinnors hälsa 2015–2025

Satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa är den längsta av de tre satsningarna. Den initierades i slutet av 2015 och pågick till och med 2025. Satsningen syftar till att förbättra vården före, under och efter graviditet och utökades snabbt till att även omfatta neontalavården och fr.o.m. 2023–2024 även kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa genom hela livet. Målet är att säkerställa en tillgänglig, jämlik, personcentrerad, säker och kunskapsbaserad vård före, under och efter graviditet, samt att skapa förutsättningar för detta genom att stärka kompetensförsörjningen och främja ett gott medarbetarskap och ledarskap. Att hantera dessa mångdimensionella utmaningar innebär att flera så kallade wicked problems adresseras inom ramen för satsningen.

Till skillnad från de två andra satsningarna fanns här ingen tydlig aktör med ett formellt mandat att kontrollera eller fatta beslut om medel, och det saknades prestationsbaserade ersättningar (sådana infördes i mindre omfattning först 2023/2024 kopplade till avgränsade områden). Däremot fanns en tydlig stödjande och koordinerande funktion som låg hos programteamet vid SKR. Liksom i de övriga satsningarna fanns externa utvärderare, i detta fall Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, vars uppdrag förändrades i takt med att satsningen förlängdes.

Inom satsningen samlades och användes kontextuell information och processdata på många olika sätt för att förstå variationer och dynamiska skeenden i regionerna och deras verksamheter, liksom på nationell nivå (se Tabell 4:3:4). Det pågick även ett omfattande arbete för att identifiera relevant och ny kunskap, en form av omvärldsbevakning. Samtidigt samlades prestationsdata och information om förändrings-processer och eventuell utveckling inom olika områden regelbundet in och användes för olika syften.

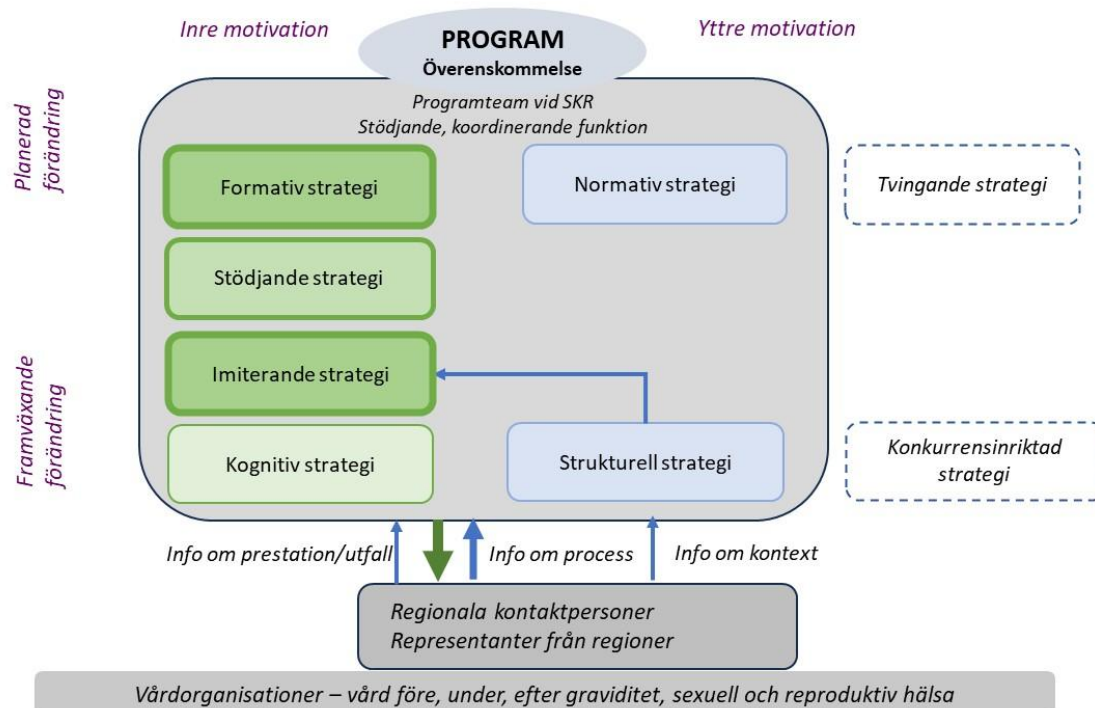
Tabell 4:3:4. Informationstyper och informationskällor som används inom satsningen på Kvinnors Hälsa

Informationskälla	Detaljerad beskrivning	Typ av information
<i>Nationella register</i>	Nationella medicinska födelregistre	Kontext
<i>Nationella kvalitetsregister</i>	Graviditetsregistret GynOp registret – data om bristningar	Prestation
<i>Nationella patientenkäter</i>	Graviditetsenkäten	Prestation
<i>Årliga statusrapporter - Regioner</i>	Regionernas årliga aktivitetsrapportering - förutbestämd form, främst kvalitativa data	Prestation Process
<i>Interaktiva kommunikationsarenor</i>	Dialogmöten vartannat år med regionala aktörer och beslutsfattare. Nätverk av regionala kontaktpersoner: regelbundna möten, tvådagars internat, Projektplattform, telefon, e-post Nationella möten för regionala nyckelaktörer inom förlossningsvård och kvinnors hälsa	Kontext Process
<i>Monitorering och kommunikation med externa aktörer</i>	Tematiska rapporter och gapanalyser inkl. Spridningsaktiviteter och möten Identifikation av aktuell kunskap och kända lösningar med hög hävstångseffekt Kommunikation och interaktion med nationella myndigheter och organisationer	Kontext
<i>Extern feedback och utvärdering</i>	Myndigheten för Vård- och Social omsorgsanalys använde befintliga källor, enkäter och intervjuer. Analyser presenterades på möten och beskrevs i tre utvärderingsrapporter. Forskarteamet presenterade regelbundet resultat och diskuterade tolkningar och programpåverkan i möten med programteamet och med nätverket av regionala kontaktpersoner.	Prestation Kontext Process

Strategier för att driva förändring

Satsningen omfattade både strategier som lämpar sig för planerad och för framväxande förändring. I satsningen användes framför allt strategier som bygger på inre motivation – formativa, imiterande och stödjande strategier och i viss mån även kognitiv strategi. I mindre utsträckning tillämpades strategier baserade på yttre motivation, och då främst strukturella och normativa strategier (se figur 4:3:3).

Förlossningsvård och kvinnors hälsa – hävstångsstrategier för att åstadkomma förändring



Figur 4:3:3. Översikt över strategier för att driva förändring inom satsningen på Förlossningsvård och kvinnors hälsa

Den *formativa strategin* underlättar framför allt planerad förändring och innebär att ge relevant feedback i rätt tid – feedback som kunde vägleda förändringsarbetet i dynamiska situationer. Informationen förmedlades flexibelt och lyhört, exempelvis vid dialogmöten med regionerna eller genom nya mötesinlägg när behov identifierats. Strategin bygger på kunskap om bästa praxis och ett tydligt kunskapsbaserat mål. Den insamlade informationen fångade viktiga delar av förändringsprocessen, styrde val av åtgärder och signalerade när det fanns behov av att reagera på ändrade omständigheter eller oväntad utveckling. Ett tydligt exempel är arbetet med Graviditetsenkäten, som omfattade stöd till regionerna i användningen av resultaten, användning av resultaten i dialogmöten samt årliga sammanfattande rapporter med tillhörande stödmaterial.

Den *imiterande strategin* bygger på en vilja att tillhöra – eller att inte vara mycket sämre än – en respekterad grupp och på att jämföra sig med andra liknande aktörer eller verksamheter. Variationer i prestation kopplades till skillnader i kunskap, kapacitet och kompetens. Informationen användes för att identifiera prestationsnivåer, möjliggöra jämförelser och synliggöra framgångsrika strategier, samt för att sätta prestationerna i ett större sammanhang. Även denna strategi stödjer i första hand planerad förändring. Regionernas årliga aktivitetsrapportering, data från kvalitetsregister och resultat från Graviditetsenkäten spelade en central roll, särskilt för att identifiera och lyfta fram goda exempel. Detta gjordes i rapporter, på möten och genom särskilda så kallade "Glo och sno"-webbinarier.

Den *stödjande strategin* fokuserar på att ge stöd som möjliggör och uppmuntrar förändring. Det är ett vägledande angreppssätt som underlättar lärande och ofta omfattar någon form av mentorskap eller handledning. Informationen fungerar som underlag för vad arbetet bör inriktas på och vägleder både förändringsprocesser och prioriteringar. Denna strategi främjar kontinuerlig förändring. Programteamet gav stöd i form av att involvera andra aktörer – exempelvis genom att använda SKR-experten vid analysarbete, bjuda in forskare för att bidra med aktuell kunskap eller erbjuda eget stöd, såsom mallar för nulägesanalyser och ett vägledande upplägg i dialogmöten med regionerna.

I mindre utsträckning användes information för att driva förändring genom kognitiva, normativa och strukturella strategier, där de två senare främst är kopplade till yttre motivation och den strukturella till kontinuerlig förändring. Att samla in information om regionernas förutsättningar är en del av den strukturella strategin. Detta gjordes bland annat vid dialogmöten och via olika register och användes för att anpassa det nationella stödet till regionernas situation – ofta i kombination med en imiterande strategi.

Övergripande mönster i satsningarnas strategier för att driva förändring

De tre satsningarna omfattade både planerad och framväxande förändring. Den planerade förändringen förknippades oftast med formella beslut på högre nivå, såsom att utveckla Graviditetsenkäten, införa kvalitetsregister i äldreomsorgen eller etablera kvalitetsregistercentrum. Dessa beslut integrerades vanligen i de överenskommelser som låg till grund för satsningarna, eller växte fram över tid genom samarbete mellan involverade aktörer. Samtidigt utvecklades framväxande förändring som ett svar på regionspecifika förhållanden och bredare utmaningar som identifierades under implementeringen. I alla tre satsningarna användes strategier som utgick från både inre och yttre motivation, med tyngdpunkten på strategier som stärker organisationers och beslutsfattares inre drivkrafter att initiera och upprätthålla förändring.

Externt motiverad planerad förändring: Normativa och Tvingande förändringsstrategier

Externt motiverade strategier kopplade till planerad förändring användes i stor utsträckning i Bättre Liv för sjuka äldre och i Kvalitetsregistersatsningen. I båda satsningarna byggdes formella beslutsstrukturer in i programmen, och prestationsindikatorer var nära kopplade till finansiering. Eftersom regioner och kommuner är självstyrande kunde nationella aktörer definiera önskade mål och förväntade prestationsnivåer, men de saknade mandat att styra hur dessa skulle uppnås. Denna institutionella begränsning gjorde att satsningarna i hög grad förlitade sig på normativa och tvingande strategier, särskilt via prestationsbaserad finansiering. Den starka kopplingen mellan mätning och resursfördelning krävde detaljerade prestationsmål, vilket i sin tur begränsade vad som faktiskt mättes inom komplexa förbättringsområden – med risk att andra viktiga signaler gick förlorade. Standardiserade, evidensbaserade metoder lämpar sig generellt bättre i sammanhang där det råder hög kunskaps-konsensus och låg komplexitet. Dessa satsningar bedrevs dock i betydligt mer komplexa miljöer med stor kontextuell variation, där förändring är svår att planera och kontrollera och där både kunskapskonsensus och fragmenterad kunskap förekommer. Som en följd av detta var externt motiverade strategier otillräckliga för att uppnå vissa av de avsedda förbättringarna.

De strategimönster som observerades i Bättre Liv och Kvalitetsregistersatsningarna överensstämmer med antaganden som präglar problemlösnings- eller "tämjnings"-strategier för att hantera wicked problems (Daviter, 2017). I satsningen på Kvinnors Hälsa fördelades resurserna däremot utifrån befolkningsstorlek, vilket innebar att externt tvingande strategier och yttre incitament fick en betydligt mindre framträdande roll.

Externt motiverad framväxande förändring: Konkurrensinriktade och Strukturella förändringsstrategier

Externt motiverade strategier används mer sällan när förändring är framväxande och svår att kontrollera. Därför spelade dessa strategier en begränsad roll i alla tre satsningarna, och den konkurrensinriktade

strategin förekom nästan inte alls. Den bygger på marknadsbaserad konkurrens, vilket inte riktigt är anpassat till Sveriges decentraliserade och offentligt finansierade välfärdssystem. Till skillnad från övriga strategier syftar den strukturella strategin inte främst till att påverka beteenden, utan till att forma och påverka system och organisatoriska förutsättningar som möjliggör genomförandet av förändringssatsningarna. Strategins betydelse varierade därför mellan satsningarna beroende på behov och kontext. I satsningen på Kvinnors hälsa användes den strukturella strategin främst för att förstå snarare än att aktivt forma sammanhanget. Den kontinuerliga insamlingen och analysen av information om organisatoriska förhållanden, pågående förändringar och ny kunskap bidrog till internt motiverande strategier och stödde lärande och anpassning – snarare än att fungera som en självständig motor för förändring. I Bättre Liv för sjuka äldre hade den strukturella strategin en mer formativ funktion. Den användes för att etablera gemensamma organisatoriska strukturer för samarbete mellan kommuner och regioner, vilket skapade en stabil och långsiktig grund för strategiskt beslutsfattande och samordning inom äldreomsorgen. I Kvalitetsregistersatsningen riktades den strukturella strategin mot den tekniska och informationsmässiga infrastrukturen. Genom att stärka informationsflöden, säkra att relevanta data samlades in och utveckla tekniska lösningar möjliggjordes bättre datakvalitet, ökad tillgänglighet och mer effektiva förbättringsinsatser i kvalitetsregistren.

Internt motiverad planerad förändring: Formativ och Stödjande strategier

En logik för planerad förändring var antingen fastställd i den formella överenskommelsen eller utformad genom frivilliga gemensamma åtaganden mellan de deltagande aktörerna. Vid frivilliga åtaganden aktiverades strategier som bygger på inre motivation, medan mer tydligt definierade inslag i formella avtal gav struktur men samtidigt innebar ett beroende av lokalt engagemang för genomförande. Detta försvårade användningen av strategier för planerad förändring.

I samtliga satsningar användes dock internt motiverade och planerade förändringsstrategier för att bygga kapacitet, samordna insatser och stödja lärande. Detta tog sig vanligtvis uttryck i frivilligt deltagande i förutbestämda aktiviteter (Kvinnors hälsa), införandet av nya verktyg och metoder (Bättre Liv) samt engagemang i utbildnings- och lärandeinsatser kopplade till praktiskt förbättringsarbete (Kvalitetsregistersatsningen). Ansvar för praktiskt stöd fördelades mellan olika aktörer, exempelvis länsvisa utvecklingsledare, kvalitetsregistercentrum eller regionala kontaktpersoner, vilket aktiverade stödjande och formativa strategier. Satsningarna på Kvinnors hälsa och Bättre Liv engagerade en bredare krets av aktörer från flera nivåer i vård- och omsorgssystemen än Kvalitetsregistersatsningen. Sammanfattningsvis visar dessa mönster hur internt motiverade och planerade förändringsstrategier bidrog till en gemensam riktning, stärkt kapacitet och samordnade åtgärder genom frivilligt engagemang och strukturerat stöd.

Internt motiverad framväxande förändring: Kognitive and Imiterande strategier

När problemen är svåra och komplexa och/eller stor hänsyn behöver tas till självstyrande regioner och kommuner kan förändring inte planeras eller kontrolleras fullt ut. Vid framväxande förändring aktiverades kognitiva och imiterande strategier i alla tre satsningarna, ofta på ett ömsesidigt förstärkande sätt. Dessa strategier hjälper aktörer att tolka och förstå prestationsinformation (kognitiv) och uppmuntrar spridning av effektiva metoder genom benchmarking, kollegiala jämförelser och synliggörande av goda exempel (imiterande). Prestationsdata gjordes tillgängliga på sätt som underlättade identifiering av brister i de egna resultaten, förståelse för variation samt reflektion kring potentiella förbättringsområden. Strukturerade jämförelsemöjligheter, exempelvis öppna datadelningsplattformar (Bättre Liv), prestationsindikatorsystem (Kvalitetsregistersatsningen) eller skräddarsydda återkopplingsprocesser (Kvinnors Hälsa), bidrog till att lyfta fram högpresterande verksamheter och sprida exempel på effektiv praxis. Programteam och stödjande funktioner, såsom utvecklingsledare och registercentrum, underlättade detta meningsskapande genom att strukturera resultat, moderera diskussioner och vägleda regionala och lokala aktörer mot relevanta insikter. Tillsammans visar dessa mönster hur kognitiva och imiterande strategier stödde framväxande och svårstyrd

förändring genom att främja lärande, stärka gemensam förståelse, öka lokalt ägarskap och möjliggöra frivillig spridning av effektiva metoder.

Diskussion

Syftet med denna studie var att bidra med kunskap om hur storskaliga förändringsprogram som riktar sig mot komplexa utmaningar använder olika strategier för att driva och underlätta förändring, samt vilken roll olika typer av information spelar i dessa strategier. I de studerade satsningarna varierade förändringsstrategierna, och i de följande avsnitten diskuteras möjliga orsaker till denna variation.

Varierande användning av olika typer av information inom storskaliga förbättringsprogram

I de tre programmen användes flera typer av information: prestationsdata, processdata och kontextdata. Datadriven förbättring är väl utforskad på mikrosystemnivå i vården, men kunskapen är mer begränsad på högre systemnivåer. Tidigare forskning visar att datadriven förbättring sällan genomsyrar ett helt system (Fredriksson et al., 2017) och att komplexa system dessutom kräver balanserande mått, det vill säga information om oavsiktliga konsekvenser (t.ex. Shah, 2019; Toma et al., 2018). Tidsperspektivet är avgörande: prestationsmätningar över tid är nödvändiga för att bedöma om insatser leder till förbättring, vilket i sin tur påverkar både tidpunkt och frekvens för datainsamling. För att tolka variation krävs systemnivåförståelse för att skilja mellan naturlig variation och effekter av interventioner (Donabedian, 1989; Gupta & Kaplan, 2020). Eftersom storskaliga förbättringssatsningar verkar i komplexa sammanhang är de beroende av information från flera systemnivåer. Att enbart luta sig mot prestationsdata är därför sannolikt otillräckligt.

Trots detta spelade prestationsinformation en central roll i alla tre satsningarna, där kvalitetsregisterdata utgjorde en nyckelkälla. Registerdata användes både för att följa förändringsprocesser och för att bedöma effekter. Samtliga satsningar arbetade dessutom med att stärka lokala aktörers förmåga att förstå och tolka registerdata. Registrens roll varierade dock mellan satsningarna. I Bättre Liv och Kvinnors hälsa tillhandahöll registren indikatorer kopplade till behandling, vård och patientutfall. Inom Kvalitets-registersatsningen var fokus däremot riktat mot själva registren och hur de användes; data om registrens prestationer (t.ex. täckningsgrad eller vetenskaplig användning) fungerade där som indikatorer för förbättring. I både Bättre Liv och satsningen på Kvinnors hälsa krävdes omfattande arbete för att förfina datainsamlingsstrategier och utveckla mått som möjliggjorde jämförelser av regioners och kommuners prestationer. Alla tre satsningarna införde dessutom krav på kompletterande information som saknades i befintliga register eller patientjournaler, exempelvis lokala aktivitetsrapporter eller data om vetenskapliga publikationer.

Kontextinformation om organisatoriska förutsättningar, påverkan på förändringsprocesser, oavsiktliga effekter och framväxande kunskap samlades kontinuerligt in av nationella aktörer. Syftet var främst att stödja programanpassning samt vägleda förändringsarbetet och framstegen mot uppsatta mål. Detta arbete var mest omfattande i satsningen på Kvinnors hälsa, delvis på grund av dess längd och bredd. Monitorering och återkopplingsloopar underlättade gemensamma reflektioner och kollektivt lärande – processer som är kända för att stödja institutionaliseringen av nya normer och arbetssätt (Côté-Boileau et al., 2019; Slaghuis et al., 2011; Heikkilä & Gerlak, 2013). Satsningarna varierade dock i sin förmåga att etablera sådana loopar, särskilt återkommande eller kontinuerlig återkoppling med samma aktörer över tid. Kvinnors hälsa lade störst vikt vid lärande, något som förstärktes av fler interaktiva arenor och en längre programperiod, vilket då möjliggjorde flera cykler av reflektion, anpassning och lärande.

De tre satsningarnas grundläggande synsätt på hantering av wicked problems

De tre nationella satsningarna skilde sig också åt i sina grundläggande synsätt på den komplexa problematik de avsåg att förbättra, i linje med Daviters (2017) typologi. De dominerande synsätten var problemlösning och tämjande i Bättre Liv, tämjande i Kvalitetsregistersatsningen och coping i satsningen Kvinnors Hälsa.

Bättre Liv fokuserade på en bred uppsättning utmaningar kopplade till de mest sjuka äldre och kombinerade flera synsätt. Element av tämjande framträdde genom användningen av avgränsade och specifikt definierade indikatorer kopplade till ekonomiska incitament. Problemlösning återfanns i de evidensbaserade metoder som är inbyggda i kvalitetsregister, exempelvis riskbedömningar som kopplas till evidensbaserade insatser i Senior Alert och BPSD-registren. Ett annat exempel är satsningens stöd till utveckling av tvärorganisatoriskt samarbete mellan kommuner, primärvård och specialistvård för att hantera brister i vårdsamordning och kvalitet. Vissa inslag av coping förekom också, bland annat genom möjligheten för kommuner, regioner och utvecklingsledare att välja aktiviteter som bäst motsvarade lokala behov inom området integrerad vård. Programteamet identifierade dessutom framväxande behov och anpassade sitt stöd över tid.

Kvalitetsregistersatsningen fokuserade på en mer avgränsad del av den bredare utmaningen att säkerställa att relevant information samlas in, är tillgänglig och används för ledning och förbättring av vården. Kvalitetsregistren täcker stora delar av hälso- och sjukvårdssystemet och involverar regionala, kommunala och privata vårdgivare. Trots denna breda täckning var det endast ett begränsat antal aktörsgrupper som deltog direkt i satsningen – främst nyckelrepresentanter från kvalitetsregister och registercentrum. Att stärka den praktiska användningen av samtliga register hade dock krävt betydligt större resurser och en längre tidshorisont.

Satsningen behövde förhålla sig till redan etablerade strukturer och aktörer med formella mandat, såsom det nationella kvalitetsregisterkansliet, expert- och beslutsgrupper samt tidigare kompetenscentrum. Satsningens huvudsakliga angreppssätt kan därmed ses som ett försök att tämja komplexiteten genom att avgränsa problemet så att det passade in i befintliga strukturer och genom att styra utvecklingen mot en specifik funktion – kvalitetsregistren – vilket också reglerades i överenskommelsen. Strategin att nå registeranvändare indirekt via registren och registercentrumen, som i sin tur samarbetade med aktörer på lägre systemnivåer, förstärkte detta avgränsande angreppssätt ytterligare. Detta bidrog samtidigt till att göra det svårare att engagera beslutsfattare på högre nivåer, trots att deras stöd hade varit avgörande för att bredda användningen av kvalitetsregister, särskilt när det gäller verksamhetsutveckling och förbättringsarbete.

Satsningen på Kvinnors hälsa hade ett brett fokus på mödravård, förlossningsvård och kvinnors hälsa, med inriktning på flera allvarliga problem men inom ett tydligt avgränsat delsystem i den regionala hälso- och sjukvården. Satsningen utökades successivt, och under de sista åren inkluderades ett vidare område: sexuell och reproduktiv hälsa genom hela livet. Även om antalet intressenter var färre än i Bättre Liv behövde många aktörer ändå engageras. Den långa programperioden gjorde det möjligt att involvera aktörer från flera systemnivåer.

Beslutsfattandet var decentraliserat – regionerna valde själva sina förbättringsområden utifrån lokala förutsättningar och behov, vilka kunde skilja sig åt avsevärt. Programteamet valde att omfamna den inneboende komplexiteten genom att betona dialog och lärande. I jämförelse med de andra två satsningarna, där stramare uppföljning och prestationsbaserad ersättning användes, liknade satsningen på Kvinnors hälsa mer tillitsbaserad styrning (t.ex. Bringselius, 2017; Vanneste & Yoo, 2020). Av de tre satsningarna är det också denna som tydligast motsvarar coping-angreppssättet (Daviter, 2017).

Diskussion och slutsatser

Denna studie visar att storskaliga förbättringsprogram som adresserar flera problemområden skiljer sig fundamentalt från initiativ som fokuserar på enskilda, väldefinierade frågor inom en specifik organisation

eller ett tydligt avgränsat delsystem i sjukvården. Levesque och Sutherlands ramverk (2017) bidrog till att synliggöra den inneboende komplexiteten i storskaliga förändringsprogram och underlättade identifieringen av deras grundläggande förutsättningar, de strategier som används för att främja förändring och de olika informationskällor som stödjer förbättringsarbete. I alla tre programmen kombinerades handlingsstrategier kopplade till både planerad och framväxande förändring, liksom strategier som bygger på både intern och extern motivation. Varje strategi behövde samtidigt kontinuerligt anpassas till föränderliga förhållanden på nationell, regional och lokal nivå.

En central slutsats är att ett återkommande praktiskt dilemma fortfarande saknar en tydlig lösning: hur integrerar man förändringsstrategier utformade för planerad, evidensbaserad och mer standardiserad förändring med de strategier som krävs för att hantera förändring i komplexa, dynamiska och mindre strukturerade problemområden – där variationen är stor och konsensus om bästa lösning saknas?

Att stödja förändring i storskaliga förbättringsprogram kräver därför arbetssätt som kan rymma både top-down-insatser baserade på gemensam kunskap och bottom-up-processer som kännetecknas av variation, flera kunskapsperspektiv, kontinuerligt lärande och framväxande förståelse. Förmågan att navigera och balansera dessa dubbla krav och logiker framstår som avgörande för att uppnå meningsfulla och relativt hållbara förbättringar i komplexa hälso- och sjukvårdssystem.

4.1–4.3 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 Sep;90(3):421-56.
- Bringselius L. *Tillitsbaserad styrning och ledning: Ett ramverk.* 2017. Tillitsdelegationen.
https://lucris.lub.lu.se/ws/portalfiles/portal/35941881/Rapport_Tillitsdelegationen_2017_2_upplaga_2.pdf
- Cabrera D, Colosi L, Lobdell C. Systems thinking. *Eval Program Plann.* 2008;31(3):299-310.
- De Savigny D, Adam, T eds. *Systems thinking for health system strengthening.* Geneva: World Health Organization; 2009.
- Carey G, Malbon E, Carey N, Joyce A et al. Systems science and systems thinking for public health: a systematic review of the field. *BMJ Open.* 2015;5(12):e009002.
- Côté-Boileau É, Denis JL, Callery B, Sabeau M. The unpredictable journeys of spreading, sustaining and scaling healthcare innovations: a scoping review. *Heal Res policy Syst.* 2019;17(1):84. doi:10.1186/s12961-019-0482-6.
- 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.
- Daviter F. Coping, taming or solving: alternative approaches to the governance of wicked problems. *Pol Stud.* 2017; 38:571–88.
- Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA J Am Med Assoc.* 1989;261(8):1151. doi:10.1001/jama.1989.03420080065026.
- Fredriksson M, Halford, C, Eldh AC, Dahlström T, Vengberg S, Wallin L, Winblad U. Are data from national quality registries used in quality improvement at Swedish hospital clinics? *IJQHC.* 2017; 29(7), 909-915.
- Granström E. *From patient to person – Perspectives on the role of quality data, patient experiences, and patient involvement in the improvement of chronic care.* PhD thesis, Department of Learning, Informatics, Management, and Ethics, Karolinska Institutet, 2021.
- Granström E, Hansson J, Sparring V, Brommels M, Nyström ME. Enhancing policy implementation for improving healthcare practices: The role and strategies of hybrid national-local support structures. *Int J Health Plann M.* 2018;1–17. DOI: 10.1002/hpm.2617
- Greenhalgh T, Wherton J, Papoutsis 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.
- Gupta M, Kaplan HC. Measurement for quality improvement: using data to drive change. *J Perinatol.* 2020;40(6):962-971. doi:10.1038/s41372-019-0572-x.
- Heikkilä T, Gerlak AK. Building a conceptual approach to collective learning: lessons for public policy scholars. *Policy Stud J.* 2013;41(3):484–512.
- Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual. Health Res.* 2005; 15(9), pp.1277-1288.
- Höög E, Lysholm J, Garvare R, Weinehall L, Nyström ME. Quality Improvement in large healthcare organizations: Searching for system-wide and coherent monitoring and follow-up strategies. *J. Health Organ. Manag.* 2016; 30(1),133-53.
<http://dx.doi.org/10.1108/JHOM-10-2013-0209>
- Levesque JF, Sutherland K. What role does performance information play in securing improvement in healthcare? A conceptual framework for levers of change. *BMJ Open.* 2017;7(8):e014825.

- Nyström ME, Larsson EC, Pukk Härenstam K, Tolf S. Improving care for immigrant women before, during, and after childbirth – what can we learn from regional interventions within a national program in Sweden? *BMC Health Serv Res*. 2022; 22:662. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08054-7>
- Nyström ME, Strehlenert H, Hansson J, Hasson H. Strategies to facilitate implementation and sustainability of large system transformations: A case study of a national program for improving the quality of care for the elderly people. *BMC Health Serv Res*. 2014;14 (1):401.
- Nyström ME, Tolf S, Strehlenert H. Sense-making, Mutual Learning and Cognitive Shifts When Applying Systems Thinking in Public Health – Examples from Sweden; Comment on “What Can Policy-Makers Get Out of Systems Thinking? Policy Partners' Experiences of a Systems-Focused Research Collaboration in Preventive Health” *Int J Health Policy Manag*. 2021;10(6):338–342. doi: <https://dx.doi.org/10.34172/ijhpm.2020.106>
- Nyström ME., Tolf S, Sparring V, Strehlenert H. Systems thinking in practice when implementing a national policy program for improvement of women’s healthcare. *Front. Public Health*. 2023; 11:957653. doi:10.3389/fpubh.2023.957653
- Perla R J, Bradbury E, Gunther-Murphy, C. Large-scale improvement initiatives in healthcare: a scan of the literature. *J Healthc Qual*. 2013;35(1):30-40.
- Rusoja E, Haynie D, Sievers J 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.
- Shah A. Using data for improvement *BMJ* 2019; 364 :l189 doi:10.1136/bmj.l189
- Slaghuis SS, Strating MM, Bal RA, Nieboer AP. A framework and a measurement instrument for sustainability of work practices in long-term care. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):314.
- Sparring V, Granström E, Andreen-Sachs M, Brommels M, Nyström ME. One size fits none – a qualitative study investigating nine national quality registries’ conditions for use in quality improvement, research, and interaction with patients. *BMC Health Serv Res*. 2018, 18:802. DOI: 10.1186/s12913-018-3621-9
- Strehlenert H. 2017. *From policy to practice: Exploring the implementation of a national policy for improving health and social care*. PhD thesis, Department of Learning, Informatics, Management, and Ethics, Karolinska institutet.
- Strehlenert H, Hansson J, Nyström ME, Hasson H. Implementation of a national policy for improving health and social care: a comparative case study using the Consolidated Framework for Implementation Research. *BMC Health Serv Res*. 2019, 19(1), 730. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4591-2>
- Strehlenert H, Richter-Sundberg L, Nyström ME, Hasson H. Evidence-informed policy formulation and implementation: Comparative case study of two national policies for improving health and social care in Sweden. *Impl. Science* 2015, 10:169. DOI: 10.1186/s13012-015-0359-1.
- Swanson RC, Cattaneo A, Bradley E, et al. Rethinking health systems strengthening key systems thinking tools and strategies for transformational change. *Health Policy Plan*. 2012;27(suppl 4):iv54- iv61.
- Toma M, Dreischulte T, Gray NM, Campbell D, Guthrie B. Balancing measures or a balanced accounting of improvement impact: a qualitative analysis of individual and focus group interviews with improvement experts in Scotland. *BMJ Qual Saf*. 2018; 27(7), 547-556.
- Termeer C J, Dewulf A, Breeman G, Stiller SJ. Governance capabilities for dealing wisely with wicked problems. *Admin. Soc*. 2015; 47(6), 680-710.2019;19 (730).
- Vanneste BS, Yoo OS. Performance of trust-based governance. *J Org Design* 9, 14 (2020). <https://doi.org/10.1186/s41469-020-00075-y>
- Weldring T, Smith SM. Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health Serv Insights*. 2013 Aug 4;6:61-8. doi: 10.4137/HSI.S11093.
- Wilkins NJ, Kossover-Smith RA, Hogan SA, et al. Developing indicators to evaluate systems thinking and application in state injury and violence prevention programs. *New dir. program eval*. 2021;2021(170).

5. ETT DECENTRALISERAT HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEM: HANTERING AV EN NATIONELL SATSNING PÅ REGIONAL NIVÅ

Sammanfattning av kapitlets tre studier

I kapitel 5 ingår tre mer praktiskt inriktade studier för att skaffa kunskap om regional organisering av satsningen, en mindre och två mer omfattande som alla sys ihop i en avslutande diskussion. De baseras data insamlade mellan 2017 och 2022 bestående av upprepade intervjuer med regionala aktörer (inspelade och transkriberade), observationer av olika typer av möten där regionernas hantering, organisation, utmaningar och underlättande faktorer diskuterats, samt olika typer av dokumentation (mötesagendor, protokoll, presentationsmaterial mm.).

Studierna ger tillsammans en inblick i hur den nationella satsningen på Förlossningsvård och Kvinnors hälsa har organiserats och implementerats inom Sveriges decentraliserade hälso- och sjukvård. Regionernas olika organisatoriska och demografiska förutsättningar skapade stor variation i mottagandet av satsningen. Satsningen präglas av hög komplexitet och föränderliga förutsättningar, vilket innebär att framgångsrik förändring inom satsningens områden kräver flexibilitet och lokal anpassning. Effektiv implementering gynnas av god organisatorisk kapacitet, fungerande kommunikation, ledarskap, eldsjälar och tid för samordning. I regionerna dominerade antingen *top-down*, *bottom-up*, eller *nätverksbaserad implementering*, men dessa övergripande angreppssätt kunde variera över tid. Kontextuella och organisatoriska skillnader mellan regionerna påverkade dock möjligheten att arbeta enhetligt med aktuella områden. Regionernas *kontaktpersoner* spelade en viktig roll inom satsningen men deras roller och förutsättningar varierade mellan regionerna. Rollen beskrivs som komplex, gränsöverskridande och ibland krävande, med risk för rollöverbelastning. Samtidigt är kontaktpersonen central som kunskapsmäklare, kommunikatör och samordnare av arbetet inom regionen. De kunde ha mer eller mindre inflytande och förutom att fungera som samordnare inom regionen även vara en kunskapsmäklare och/eller en länk mellan nationell, regional och lokal nivå. Kontaktpersonerna hanterade bland annat rapportering, stöd till verksamheter och strategiskt utvecklingsarbete, med varierat stöd inom regionen, antingen relativt ensamma eller med en utbyggd stödstruktur av personer som arbetade specifikt med satsningen. De var lokaliserade antingen på verksamhetsnivå, strategisk nivå eller i en kombination av båda, vilket påverkade både deras perspektiv, inflytande och mandat. Tidstilldelning och ansvar varierade kraftigt; uppdraget kunde vara både centralt för en tjänst eller ingå som en liten del utan extra avsatt tid.

Regionerna organiserade satsningen på olika sätt flera hade speciella stödstrukturer som styrgrupper medan andra använde befintlig linjeorganisation eller så fanns kombinationer av dessa. Framgång i arbetet med satsningen underlättades av god kommunikation, etablerad samverkan, tillit och långsiktighet, medan utmaningar inkluderade brist på personal, otydlighet i medelsfördelning främst inför kommande år, stora organisatoriska avstånd och sårbarhet vid personbyten. Över tid utvecklade många regioner mer stabila och hållbara strukturer för att hantera satsningen.

5.1 STUDIE 4. Mottagarsystemets komplexitet - Regionernas varierande förutsättningar

Monica Nyström

Perspektiv på mottagarkontexten, organisering och arbetssätt vid policyimplementering

Inom forskning kring policyimplementering har två huvudperspektiv diskuterats och debatterats över tid (Imperial, 2021). Det första innebär ett *top-down perspektiv på implementering* där antagandet är att implementeringssvårigheter kan minimeras genom en tydlig specificering av procedurer. Implementering ses främst som en administrativ utmaning. Det andra är ett *bottom-up perspektiv på implementering* med antagandet att en effektiv implementering tillåter att en policy kan anpassas, baserad på interaktion med en lokal institutionell kontext. Inom detta perspektiv spelar kontexten en stor roll och implementering involverar mer av förhandling än en utövad styrning och kontroll från beslutsfattare på högre nivåer. På senare tid har ett tredje angreppssätt vuxit fram där man menar att den grundläggande implementerings-utmaningen handlar mer om former av styrning och hur man kan bygga implementeringsstrukturer. Här ligger fokus på en *nätverksbaserad policyimplementering* och utmaningen att kunna styra inom de olika implementeringsstrukturerna (Imperial, 2021). Dessa tre perspektiv kan underlätta en förståelse, både för hur man agerar på nationell nivå och hur den nationella satsningen tas emot och vilka strukturer och nätverk som nyttjas inom regionorganisationerna.

En satsning kan vara mer eller mindre komplex, denna satsning innehåller många omfattande förbättringsområden. Det rör problem som brukar benämnas som wicked problems där situationer ständigt ändras och tydliga och långsiktigt stabila lösningar är svåra att identifiera (Rittel & Webber 1973; Strehlenert 2017). Dessutom ska förändringen ske i ett komplext mottagarlandskap med många autonoma regioner och organisationer. Här betonas ofta vikten av att inte använda "one-size fits all" strategier, dvs. strategier som inte tar hänsyn till förutsättningarna hos de specifika mottagarnas strukturer, aktörer och kontext (se t.ex. Long & Franklin, 2004; Rittel & Webber 1973; Strehlenert, 2017). Under dessa förutsättningar kan styrda instruktioner och alltför hård kontroll uppfifrån minska effektiviteten i en implementering (Long & Franklin, 2004) och det blir svårt att åstadkomma förändring på mikronivå eftersom hård styrning begränsar möjligheten att anpassa policyprogram till lokala förutsättningar (Thompson, 2000). Det har dock visat sig att policyimplementering ofta genomförs med hjälp av en top-down strategi (Long & Franklin, 2004).

Studier av liknande nationella satsningar har visat att implementering har en bättre chans att lyckas om mottagarorganisationerna har en utvecklad kapacitet för implementering och om det finns bra strukturer för samarbete mellan aktörer med olika perspektiv. Finansiella incitament, t.ex. prestationsbaserade ersättningar, kan vara svåra att använda vid komplexa interventionsprogram då det oftast är svårt att koppla dem till mål och effekter (Strehlenert et al., 2019). I en forskningsöversikt över implementeringar av evidensbaserade metoder inom hälso- och sjukvården fann man att organisationskultur, nätverk och kommunikation, ledarskap, resurser, utvärdering, monitorering och feedback samt eldsjälarna var viktiga förutsättningar som påverkar en implementering (Li et al., 2018). Implementering av policyprogram påverkas positivt av befintlig beredskap för förändring och existerande nätverk av relevanta partners (Garney et al., 2018). Det är också viktigt att ge tillräcklig tid för mottagarorganisationerna att bygga kapacitet och stöd för att ta sig an en kommande policy eller intervention bl.a. genom att involvera intressenter och kompletterande initiativ, ge stöd till ledare och skapa adekvata resurser (Garney et al., 2018).

Ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem – Regionernas varierande yttre och inre förutsättningar

Sveriges 21 regioner har olika förutsättningar vad gäller tex demografi, befolkningsmängd, geografi, antal förlossningskliniker och mödravårdscentraler, organisering under olika huvudmän etcetera (se exempel i Tabell 1). Dessa förutsättningar skapar olika möjligheter att ta emot satsningen. Storlek varierar både geografiskt och befolkningsmässigt, från mindre regioner med 60 000–290 000 invånare till mellanstora med 300 000–500 000 invånare och stora med 1 000 000–2 500 000 invånare. Fler variationer i förutsättningar att arbeta med satsningen berörs i kommande avsnitt.

Tabell 5:1:1. Översikt över några aspekter av variationen i regionernas förutsättningar (2021–2022)

Bakgrunds-information	Befolkning (2021, SCB)	Antal förlossningar 2021	Samorganisering *	Antal förlossningskliniker	Mödrahälsö-vårdscentraler	Förlossningskliniker/100 000 kvinnor**	Förlossningskliniker per 10 000 km2	Förlossningar per dag (median)
Gotland	61 001	529	Ja	1	1	10,4	-	1
Jämtland	132 054	1 334	Nej	1	24	4,6	0,2	4
Blekinge	158 937	1 445	Ja	1	5	4	-	4
Kronoberg	203 340	2 096	Ja	1	12	2,8	1,2	-
Västernorrland	244 193	2 352	Nej	2	18	5,2	-	6
Kalmar	247 175	2 459	Ja	2	17	5,1	1,8	6
Norrbottn	249 693	2 400	Nej	2	24	5,1	0,9	6
Västerbotten	274 563	2 863	Nej	3	30	5,9	-	7
Västmanland	278 967	2 785	Nej	1	25	2,1	2	8
Värmland	283 196	2 607	Nej	1	26	2,2	-	7
Gävleborg	287 767	2 673	Nej	2	8	4,3	1,1	8
Dalarna	288 387	2 881	Nej	1	26	2,2	0,4	8
Sörmland	301 801	2 942	Ja	2	11	4	3,3	8
Örebro	306 792	3 366	Nej	1	26	1,8	1,2	9
Halland	340 243	4 182	Spec.***	2	6	3,5	3,7	11
Jönköping	367 064	4 069	Ja	3	23	4,7	2,9	10
Uppsala	395 026	4 160	Nej	1	29	1,3	1,2	-
Östergötland	469 704	4 982	Ja	2	9	2,4	-	13
Skåne	1402 425	15 495	Nej	5	92	1,9	4,6	41
Västra Götaland	1744 859	19 169	Spec.***	4	72	1,2	1,7	53
Stockholm	2415 139	28 795	Nej	6	77	1,2	9,2	80

* Samorganisering mellan mödrahälsovård och specialistvård/förlossnings-vård ** kvinnor i barnafödande ålder*** Lokal vårdnivå

5.2 STUDIE 5. Regionala kontaktpersoners roll och förutsättningar – administratör, systemövergripande brobyggare och/eller förändringsagent?

Monica Nyström, Sara Tolf

Samtliga regioner hade utsedda kontaktpersoner (KP) som skulle fungera som länk mellan den nationella nivån och den regionala och lokala organisationen. Under satsningens gång har kontaktpersonernas roll och ansvar diskuterats och tydligheten ökat. Kontaktpersoner byttes dock ut över tid så uppfattningarna kom att variera över tid. Synen på rollen diskuterades på kontaktpersonsdagar och möjligheter gavs för reflektion kring rollen och de upplevda utmaningarna med den. Kontaktpersonsrollen skiljer sig mellan regioner beroende på olika förutsättningar. I detta avsnitt beskrivs regionernas organisering av kontaktpersonsrollen samt variationen i kontaktpersonernas uppfattningar roll och ansvar inom satsningen.

Kontaktpersoner på olika nivåer i organisationen

Tre strategier identifierades när det gäller på vilken organisatorisk nivå kontaktpersoner återfanns inom regionerna: en eller flera kontaktpersoner på verksamhetsnivå, en kontaktperson på strategisk nivå, eller en på verksamhetsnivå och en på strategisk nivå (Figur 5:2:1). De befolkningsmässigt mindre regionerna hade i större utsträckning valt kontaktpersoner på verksamhetsnivå medan de medelstora och stora hade kontaktpersoner på strategisk nivå eller på både verksamhetsnivå och strategisk nivå.

Kontaktperson/er på strategisk nivå – vanligare i medelstora och stora regioner

En stor organisation är komplex med många olika aktörer. Medelstora och stora regioner har i högre utsträckning valt att endast ha kontaktpersoner på förvaltningsnivå med strategier för förankring i verksamheten kompletterad med viss delegering. En kontaktperson på verksamhetsnivå riskerar ha ett alltför avgränsat fokus.

Kontaktperson/er på verksamhetsnivå – vanligare i mindre regioner

Att ha en kontaktperson som är aktiv på verksamhetsnivå anses underlätta ett verksamhetsnära perspektiv. Mindre regioner har i större utsträckning valt denna strategi. Då organisationen inte är så komplex och har få aktörer så kan kontaktpersonerna lättare behålla ett helhetsperspektiv.

Kontaktperson/er på både verksamhetsnivå och strategisk nivå

Flera regioner har valt att ha kontaktpersoner både på verksamhetsnivå och strategisk nivå. Då har kommunikationen mellan nivåerna varit i fokus och olika strategier för detta beskrivs.

I intervjuer framkom för- och nackdelar med de olika strategierna och vad man förändrat över tid. En dryg tredjedel av regionerna, de flesta medelstora eller stora regioner, valde att ha *kontaktpersoner på strategisk nivå*. Några beskriver att deras strategiska position innebär att de inte hade verksamhetskunskap, vilket innebär både för- och nackdelar, exempelvis kunde avsaknaden av medicinsk bakgrund ibland vara problematiskt och kräva mer utvecklade strategier för kommunikation.

En strategi för att hantera distansen till verksamheten med bibehållet systemperspektiv var att involvera personer som täckte hela vårdkedjan, exempelvis hade en region engagerat områdeschefer från både primärvård och förlossningsvård. Där kontaktpersoner på verksamhetsnivå saknades lyfte man att strukturen för kommunikation då blev ännu viktigare. En annan strategi var att delegera till verksamhetsnivå och att kontaktpersonen då fungerade som stöd då verksamheter efterfrågade det.

”Det har ju både för och nackdelar. Jag är ganska långt från där det händer, vilket är utmanande om jag ska redovisa vad som har gjorts och exakta utfall. Det är stor detaljrikedom i denna överenskommelse och det kräver ganska mycket när man inte är i det själv, samtidigt som det är en fördel att ha mer förståelse för systemet i stort” KP, medelstor region

Flera regioner med en *kontaktperson på verksamhetsnivå* angav att det var positivt med närheten till verksamheten men att det kunde vara svårt med dialogen med den strategiska nivån och de såg en risk att missa det bredare perspektivet och delar av vårdkedjan.



Figur 5:2:1. Tre varianter av placering av kontaktpersonsrollen inom organisationen

Fem regioner, de flesta små eller medelstora, valde en *mixad strategi* med två eller flera kontaktpersoner fördelade på både verksamhetsnivå och strategisk nivå. Det gav ett bredare perspektiv med både verksamhetskunskap och strategiskt fokus. När förändringar kring kontaktpersonsrollen genomförts, t.ex. byte till en person på strategisk respektive verksamhetsnivå, så har orsakerna varit antingen att få in mer av verksamheternas perspektiv eller att underlätta helhetssynen på hela vårdkedjan. Någon region kompletterade kontaktpersonen med en projektgrupp av representanter från samtliga berörda verksamheter. Ibland saknades resurser eller så påverkade bristen på personal beslutet att involvera verksamhetsnära personer.

“Mitt ansvar blir mer verksamhetsnära. Jag förmedlar information från min verksamhet och tar del av information via kontaktpersonsnätverket och SKR. Jag knyter ihop de två delarna. Den andra kontaktpersonen är administrativ, sitter på förvaltningen, håller koll på det övergripande och är mitt stöd i frågorna. Den personen har mer ansvar för att hålla i andra verksamheters uppföljning när det gäller satsningens medel” KP, mindre region

Formella förutsättningar för kontaktpersonsrollen

Hur mycket tid de regionala kontaktpersonerna hade avsatt i sin tjänst för att arbeta med satsningen varierade kraftigt. En person kunde ha fått uppdraget infogat i sin ordinarie tjänst, med eller utan angiven tidsprocent (oftast angavs 5–10%). Andra varianter var att en befintlig tjänst tillfördes mer tid och resurser för uppdraget eller att en tjänst skapades mer specifikt för satsningen, ofta på heltid.

Formella förutsättningar för kontaktpersonsrollen:

Kompletterande del som ingår i ordinarie tjänst utan utökning

- Kontaktpersonsrollen ingår i ordinarie tjänst med eller utan formaliserad procent specifikt för satsningen

Komplettering med utökning av tjänst

- Kontaktpersonen har i sin tjänst andra uppgifter som matchar satsningens innehåll och får utökat ansvar och resurser att arbeta i kontaktpersonsrollen

Tillskapad tjänst för arbetet med satsningen

- En ny tjänst skapas där arbetet med satsningen, ingår, ofta på heltid

En reflektion kring att tillsätta en heltidstjänst som kontaktperson är att det då finns risk att för mycket ansvar men även mycket makt hamnar på personen. Några exempel ges nedan.

"Ibland blir ansvaret väl stort, jag kan inte kommunicera i alla led. Jag skulle önska att SKR hade en tätare dialog med hälso- och sjukvårdsdirektörer kopplat till satsningen för att vi ska få med hela linjen. Det är mycket kommunikation med kontaktpersonerna och det blir sårbart" KP, medelstor region.

"I: Har du extra tid för arbetet som kontaktperson? R: Som verksamhetschef har jag oreglerad arbetstid och får jobba 75 timmar i veckan" KP, medelstor region

"Vi har stärkt en tjänst som verksamhetsutvecklare på kvinnokliniken. Där finns en person som är både barnmorska, forskare och verksamhetsutvecklare som jobbar med satsningens genomslag" KP, mindre region

Kontaktpersonens uppfattade ansvarsområden

Vad som ingick i rollen som kontaktperson kunde variera beroende på hur regionerna organiserade arbetet och olikheter i förväntningar. I de två intervjuomgångarna framträder ett antal uppfattade ansvarsområden som berör kommunikation, samordning, stöd och administration och planering.

En kontaktperson ska:

- Vara en länk mellan nationell och regional nivå – förmedla information åt båda håll
- Samordna vertikala och horisontella nivåer - inom organisationen
- Ha en dialog och kommunikation med verksamheten - via olika nätverk och grupper
- Ge stöd - svara på frågor från verksamheter, stödja utformandet av handlingsplaner etc.
- Redovisa och rapportera – ansvar för regionens rapportering inom ramen för satsningen
- Ansvar för strategisk planering

Flera kontaktpersoner uppfattade sig ha en funktion som samordnare vilket innebar att vara "spindeln i nätet" och att samordna olika nivåers arbete i regionen, vertikalt från verksamhetsnivå till politisk nivå och horisontellt över vårdkedjan. Man såg sig även som länk mellan det programteamet och verksamheten där det var viktigt att delta vid kontaktpersonsträffar och kunna diskutera med det nationella teamet.

Den stödjande delen av rollen beskrevs som förmågan att svara på verksamhetens frågor, t.ex. stödja vid utformandet av handlingsplaner och verksamheternas uppföljning och rapportering. Det varierade mellan regioner inom vilka grupperingar och nätverk kommunikationen skedde. De stora regionerna med kontaktpersoner på strategisk nivå hade inte möjlighet att ha direktkommunikation med alla verksamheter och använde då olika nätverksgrupper samt gav stort mandat till verksamhetsnivån.

Flera kontaktpersoner beskrev vikten av att ha andra närliggande uppgifter, t.ex. som samordnare för flera statsbidrag eller koordinator i det regionala programområdet för kvinnosjukdomar och förlossning. Få pratade om det strategiska ansvaret vilket kunde bero på att alla intervjuade inte satt på en strategisk position. En person beskrev vikten av att tänka strategiskt kring satsningen i regionen medan en annan beskrev svårigheterna att arbeta strategiskt över vårdkedjan.

"I min funktion samordnar jag alla statsbidrag. Så min ambition är ju att se till att olika typer av satsningar samordnas eller involvera samma typer av kompetens, så vi håller ihop frågorna och inte spretar eller blir stuprör i min samordningsfunktion" KP, medelstor region

"Kvalitetsfokus har varit mitt uppdrag från min chef. Att tänka kvalitet, att vi har satt kvalitetsmål som vi kan följa upp med indikatorer. Det gjorde vi tidigt i vår region. Vi tyckte det var väldigt rörigt med målbeskrivningarna i satsningen, så vi gjorde tidigt en egen strategisk målbild var vi ville vara 2022" KP, mindre region.

5.3 STUDIE 6. Regionernas genomförandeorganisation – från obefintlig och fragmentiserad till en stödande struktur

Monica Nyström, Sara Tolf och Vibeke Sparring

De 21 självstyrande regionerna valde att organisera kontaktpersonens (KP) roll men även själva arbetet med satsningen på olika sätt. Deras val påverkade av olika regionala förutsättningar t.ex. regionens storlek och komplexitet, organisering över vårdkedjan, erfarenhet av förändringsarbete, synen på arbete med statliga satsningar, resurser i form av kompetens och tid, och synen stöd och styrning av en satsning. När överenskommelsen om satsningen kom i slutet av 2015 hade den mindre resurser och en kortare tidshorisont. Det tog ett tag innan man inom regionerna greppade vad satsningen innebar, hur arbetet kunde läggas upp arbetet liksom hur en kontaktperson kunde användas. Under tiden förändrades satsningen och utökades både i tid och innehåll. Detta innebar ofta förändringar i regionernas angreppssätt - från att ibland snabbt behöva fördela ut nya medel då besluten om fortsättning kom sent till att på ett mer strategiskt sätt ta sig an satsningen. Här varierar det mellan regionerna hur mycket det initiala arbetssättet förändrades över tid.

Besluts- och stödstrukturer för arbetet med satsningen

Ungefär hälften av regionerna hade skapat besluts- och stödstrukturer i form av styrgrupper som arbetar specifikt med satsningen tillsammans med kontaktpersonen. Andra regioner resonerade att de så långt som möjligt arbetat inom befintliga strukturer dvs. inom linjestrukturen och via existerande arbetsgrupper. Kontaktpersonerna lyfte vikten av tillgång till administrativt stöd – vilket många har. Tre olika typer av besluts- och stödstrukturer identifierades:

- *Styrgrupp på verksamhetsnivå* – här ingår ofta verksamhetsutvecklare från verksamhetsnivå
- *Styrgrupp på strategisk nivå* – här ingår ofta representanter från regionledning och verksamhetsutvecklare på strategisk nivå
- *Befintliga grupperingar med verksamhetsrepresentanter* – arbetsgrupper t.ex. med representanter från kvinnokliniker och mödrahälsovården
- *Administrativt stöd* – HR, Ekonomiavdelning, kommunikator

En styrgrupp kunde till exempel bestå av en utvecklingsdirektör, företrädare för involverade verksamheter, en verksamhetschef och kontaktpersonen eller av flera verksamhetschefer och en divisionschef. Flera regioner hade styrgrupper med representanter från mödrahälsovård, hälsocentraler och primärvård. Vissa hade även representanter från regionledningen t.ex. bitr. hälso- och sjukvårdsdirektör. Det ansågs viktigt att ha med verksamhetschefer för att vara beslutsfärdiga. Hur ofta grupperna möttes varierade, från flera ggr/mån till 2–3 ggr/år. Flera regioner använder existerande grupperingar som programråd eller andra strategiska råd. Inom en medelstor region resonerar man att det inte behövs en formell styrgrupp för satsningen.

“Vi har inkluderat våra direktörer i styrgruppen för att kunna ta beslut t.ex. om vi vill göra inköp” KP, mindre region

“Vi har inte någon formell styrgrupp utan det är linjeorganisationen som gäller. Vi skapar ingenting vid sidan om utan plockar från de delar i linjen som är centrala. Det är verksamhetschef på kvinnoklinik och på barnklinik, samordnande barnmorska i primärvård, mödrahälsovårdsläkare och närsjukvårdschefer när det gäller primärvårdens insatser” KP, medelstor region

Kontaktpersonerna beskrev även annat tillgängligt stöd. En majoritet hade tillgång till kvalitets- och utvecklingsstöd, t.ex. verksamhetsutvecklare, ofta kopplade till HR-avdelningen. Andra nämnde stöd från forsknings- och innovationsavdelningar. Verksamhetsutvecklare återfanns i flera regioners styr- och arbets-

grupper. Någon önskade dock mer hjälp av verksamhetsutvecklare. Många regioner hade kommunikatörer kopplade till satsningen men några saknade det. Ekonomer var viktiga liksom ledningens stöd i arbetet med satsningen. Annat stöd kom från referensgrupper, projektledare, processledare och andra nyckelpersoner i organisationen. Vissa hade en projektledare för varje insats kopplat till satsningen.

“Vi önskar verkligen en verksamhetsutvecklare, det är lite tokigt att det är jag som verksamhetschef som ska ta ut mycket statistik och göra diagram” KP, mindre region

“Det som slagit mig när jag har varit med på KP-möten är att det oftast är en kontaktperson och kommunikatör som jobbar tätt ihop i många andra regioner, det gör inte vi. Så det kan jag sakna” KP, medelstor region

“Ledningsstöd som hjälper mig med återrapportering, håller i strukturen och uppföljning, som jag kan använda som ett bollplank. Innan dess skulle jag stå för allt och kände att tiden inte fanns. Sedan jag fick det stödet känns det mycket bättre” KP, mindre region

Tre typer av strategier för att organisera arbetet med satsningen

Tre typer av strategier för att arbeta med externa/nationella satsningar eller program identifierades:

- 1) *Bottom-up-strategi* – decentraliserat ansvar, oftast inom befintlig organisatorisk struktur
- 2) *Top-down-strategi* – centraliserat ansvar, oftast med en tillskapad struktur för en satsning
- 3) *Mixad strategi* – vissa delar är centraliserade respektive decentraliserade, både inom befintlig och tillskapad struktur

Bottom-up-strategi inom befintlig organisatorisk struktur

Nästan hälften av regionerna hade en *bottom-up-strategi* där ansvaret för arbete med utveckling inom ramen för satsningen delegerades till befintliga organisatoriska strukturer inom verksamhetsområdet. Regionerna kännetecknades av en uttryckt tillit till verksamheternas goda hantering av medlen liksom av verksamheterna beskrivning av ett stort inflytande. Här poängterades vikten av att inte bygga nya stödstrukturer för en tillfällig satsning. Orsak till delegeringen var bl.a. en kontaktperson på strategisk nivå utan verksamhetskunskap.

Tre regioner beskrev en sedan länge etablerad struktur för arbete med förbättring och att de kunde arbeta med nya satsningar på liknande sätt. En annan påpekade vikten av en förbättringskultur och att förädla vårdprocesserna. En sådan organisering kräver god tillit från verksamhetsnivån gentemot ledningsnivån och vice versa. En region hade ambitionen att bygga upp en organisation som inte styrs av statsbidrag, en annan beskrev att de inte har någon statisk organisation för satsningen utan anpassar sig till de behov som uppstår.

Top-down strategi med tillskapad organisatorisk struktur

Ungefär en fjärdedel av regionerna använde en *top-down-strategi* för arbetet med satsningen med centraliserat ansvar till kontaktpersonen och en tillskapad stödstruktur specifikt för satsningen. Flera av dem lyfte det positiva i att någon som har koll på satsningen och tid att navigera mellan nivåer och insatser. Dock kunde det bli sårbart att skapa nya strukturer för en enskild satsning. Risken är att det efter satsningens avslut inte finns medel att upprätthålla strukturen. Andra beskriver att det ibland blev komplext att ha särskilda grupper med många involverade och att det var svårt att få till möten med alla. Det kunde skapa förväntningar på att de som är anställda för satsningen skulle ordna det mesta och att t.ex. verksamhetschefer kunde dra sig tillbaka och överlåta arbetet till dem.

“Det finns även nackdelar, verksamhetschefer kan ibland luta sig tillbaka. Det måste ske ett samarbete för att bli lyckat och chefer måste själva sätta sig in i satsningens områden utifrån sin verksamhet och titta på vad vi behöver göra utifrån resultaten, så att inte allt hamnar i processledarens knä” KP, mindre region

Mixad strategi – centraliserade och delegerade element inom befintlig eller tillskapad organisatorisk struktur

En tredjedel av regionerna använde en mixad strategi med element från både top-down och bottom-up-strategierna, dvs. både centraliserade och verksamhetsinitierade initiativ. Detaljerna i den mixade strategin varierade dock mellan regionerna. Flera regioner beskrev att de genomfört förändringar under satsningens gång och gått från decentraliserade strategier till mer centrala genom att ta bort satsningsspecifika grupperingar och införliva dem i etablerade strukturer eller skapat nya strukturer med bredare fokus.

”Då gjordes processen om så att man tog bort den centrala styrgruppen och i stället ska insatserna gå in i ordinarie budgetprocess utifrån förvaltningarnas äskande av medel eller prioriteringar av projekt” KP, mellanstor region

I en stor region beskrivs det hur besluten kring medlen behandlades centralt utifrån politiska prioriteringar, sedan gick alla medel direkt till verksamheten där dessa själva fick skapa strukturer för att arbeta med satsningens insatser. I en annan region användes den nationella kunskapsstyrningsstrukturen.

Underlättande och försvårande faktorer för arbetet med satsningen

Det finns viktiga förutsättningarna för att som region kunna jobba optimalt med satsningen här beskrivna i form av underlättande och försvårande faktorer.

Underlättande faktorer och möjligheter

Flera av svaren på vad som hade underlättat mottagandet av satsningen handlade om organisation, kommunikation, engagemang och stöd och speglar de utsagor som framkom i frågan om försvårande faktorer. Det som underlättat arbetet med satsningen var:

- *Tillämpning av helhetstänk och systemperspektiv* – att kunna kombinera ett verksamhetsperspektiv och ett övergripande strategiskt perspektiv
- *Kommunikation och samverkan* – att ha strategier, forum och nätverk för att kunna kommunicera, samverka och skapa tillit mellan involverade aktörer och nivåer
- *Förbättringskultur och stödjande struktur för förbättringsarbete*
- *Stöd från nationell nivå* - ett anpassat, ihärdigt och personligt stöd från det nationella programteamet

Flera kontaktpersoner påpekar vikten av ett helhetstänk/systemperspektiv kring satsningen och att arbeta över organisatoriska gränser. Vikten av att ha både verksamhetsperspektiv och ett övergripande strategiskt perspektiv är återkommande i intervjuerna. Dock påpekas att bra kommunikation mellan representanter för dessa perspektiv är avgörande för att det ska bli optimalt, vilket påverkas av organisationens storlek och komplexitet.

Genom att arbeta tillsammans över nivåer har man lärt sig mycket om varandras perspektiv. Det poängteras att den som är tillsatt att ha helhetssyn bör också vara insatt i satsningens område för att ha mandat att driva satsningen, alternativt involvera personer med mandat. Vikten av att tillämpa ett helhetstänk gäller även vårdkedjan från primärvård till specialistvård och att utifrån den helheten kunna skapa passande strukturer.

”Det har underlättat att vi har nära till varandra i vår region. Det är inte svårarbetat, jag har nyckelpersonerna på mejlavstånd, lätta att få fatt i, vi vet vilka vi är och vi samarbetar” KP, medelstor region

Bra befintliga *samverkanskanaler* inom regionen underlättade. Det beskrivs hur samverkan mellan geografiska områden med olika förutsättningar underlättat arbetet men även samverkan med kunskapsorganisationer, kunskapsnätverk, politiker och andra regioner. Kontaktpersoner från både små och mellanstora regioner beskrev hur närheten inom regionen och att de känner varandra har underlättat arbetet.

Vikten av *tillit* betonades, från verksamheterna och mellan strategisk nivå och verksamhetsnivå. Det var viktigt att ha goda strategier för kommunikation och att ha personer med rätt kunskap och mandat involverade liksom engagerade medarbetare på alla nivåer. Vikten av intresse, engagemang och kunskap i förbättringsarbete och verksamhetsutveckling lyftes, ibland nämndes vikten av en *”förbättringskultur”*. I vissa regioner var förbättring en del av organisationen och styrningen och man uppgav att en väletablerad struktur för arbete med förbättring underlättade vid nationella satsningar.

Att satsningen var långsiktig och bred gav möjlighet att både planera hållbart och kunna vara flexibel utifrån verksamheternas förutsättningar. Det har funnits möjlighet att testa saker som det annars inte funnits utrymme för. Många beskrev att hur satsningen bidrog till att sätta området på agendan och öka statusen för mödrahälsovård och förlossningsvård. Området fick större utrymme i media vilket satte press på regionerna att agera. Andra beskrev att det har varit positivt att kunna använda pengarna till att anställa personal.

”En fördel för oss att satsningen inte är alltför detaljerad utan att det finns utrymme för lokala satsningar”
KP, mindre region.

En majoritet beskrev stödet från programteamet som en underlättande faktor. Flera lyfte hur den strategiska planen och den frekventa dialogen med programteamet via kontaktpersonsmöten, dialogmöten och personlig kontakt hade underlättat arbetet med satsningen.

Kontaktpersonsmöten fungerade som stöd i att hålla sig à jour med satsningen men gav stöd främst genom att erbjuda ett forum för inspiration och utbyte av erfarenheter. Det sågs som positivt att dessa möten ofta hade ett verksamhetsnära perspektiv. Detta gällde även programteamets dialogmöten med regionerna som hade fokus på den specifika regionens förutsättningar för arbetet med satsningen. En person beskrev hur satsningen hade bidragit till att den nationella sammanhållningen stärktes.

Kontinuiteten i det nationella teamet, med samma person som ansvarig för satsningen över tid ansågs ha möjliggjort utveckling av en tillitsfull och transparent relation och ett personligt tilltal som skapade trygghet att kunna diskutera frågor på ett verkningfullt sätt. De olika apporterna från SKR beskrevs som ett verktyg och stöd i dialogen med HR och förvaltning.

”Det har känts väldigt tryggt, och det har vi kunnat förmedla vidare till personalen. Det är väldigt viktigt att skapa tillit. Och det har inte känts så komplicerat” KP, mindre region

Försvårande faktorer och utmaningar

Försvårande faktorer speglade några av de underlättande faktorerna. De svårigheter och utmaningar som nämndes rörde:

- *Svårigheter att planera långsiktigt*, osäkerhet och otydlighet försvårade hållbar förändring
- *Avsaknad av gemensam regional målbild och struktur* för arbetet med satsningen
- *Svårigheter att kommunicera och samverka* över organisatoriska nivåer och gränser
- *Hantering vid byten av nyckelpersoner* – svårt vid övergångar t.ex. byte av kontaktpersoner eller administrativa stödpersoner
- *Otillräcklig bemanning och tid för arbetet med satsningen* – personal- och tidsbrist samt risker att belasta verksamhetsnivå och skapa undanträngningseffekter försvårade
- *Brister i förtroende och tillit* – mellan nivåer t.ex. osäkerhet om medlen går till rätt ändamål

För planering ansågs det viktigt med en långsiktighet och tydlighet kring hur mycket medel som kommer och vilka krav som är förenade med dem. Över hälften av kontaktpersonerna lyfte svårigheterna att planera långsiktigt. En farhåga hos flera gällde hanteringen då satsningen avslutas. Det införda kravet från nationell nivå på handlingsplaner hade fått några regioner att hantera utmaningen med långsiktig planering genom att arbeta mer proaktivt. En region hade valt att ta en risk genom att planera och starta insatser innan de var säkra

på att regionen fått medel. Andra nämnde att de valt att nya arbetssätt och rutiner som var hållbara över tid eller att framgångsrika insatser lagts in i ordinarie budget. Flera påpekar avsaknad av en gemensam målbild i regionen och en önskan att de från början byggt en tydligare struktur och organisation för mottagandet av medlen i satsningen. Vissa uppger att de saknat engagemang från regionledningen.

“Det är det här med långsiktigheten. Vi hoppas att det inte ställer till problem när satsningen tar slut, att blir ett vakuum, eller att man slutar med aktiviteter som man tidigare fått ersättning för” KP, mindre region

Andra svårigheter var kommunikation och samverkan mellan olika nivåer i regionerna. För vissa regioner hade det underlättat att mödrahälsovården var samorganiserad med kvinnosjukvård och förlossningsvård medan några regioner där mödrahälsovården låg inom primärvården beskrev svårigheter att kommunicera och samarbeta eftersom primärvården har ett bredare uppdrag. Komplexiteten i de större regionerna försvårade möjligheter att nå ut till alla och synkronisera processer från politikernivå till verksamhetsnivå.

“Vi är så stora så det är många led, både politiska och tjänstemannalet, så det är den stora utmaningen. Kanske att de som sitter på högsta politiska nivå och beslutar om pengarna inte alltid har tillräckligt djup kunskap kring vad de här medlen egentligen ska gå till” KP, stor region

Otillräcklig bemanning och brist på tid att arbeta med satsningen samt risken att belasta personal och tränga undan mer akut arbete i verksamheten lyftes. Andra nämnde det positiva i att medlen kunde användas till anställning medan en del i en annan region beslutats att tillfälliga medel inte får användas till anställning. Andra svårigheter som nämns är verksamheternas bristande förtroende för att pengarna gått till rätt ändamål.

“Vi har upplevt ifrågasättande och lite irritation. Man kanske inte förstått vår modell ute i verksamheten utan man tror att man kan få medel rakt av” KP, mellanstor region.

Andra påpekade bristen på kontinuitet som en försvårande faktor, både när kontaktpersoner och stödpersoner inom administrationen byttes ut och överlämningen inte fungerade optimalt. Sårbarheten i att mycket ansvar hamnar på en kontaktperson lyfts. Flera personer beskrev att den årliga aktivitetsredovisningen tog mycket tid och var komplicerad. En kontaktperson påpekade att de saknar barnhälsovårdens perspektiv i satsningen för att få in hela vårdkedjan. Andra efterfrågade mer kompetens från verksamhetsutvecklare.

Lärdomar från arbetet med satsningen och förändringar över tid

Regionernas organisering av arbetet med satsningen och arbetssättet har förändrats över tid. Det tydligaste mönstret var att många regioner med tiden har byggt en mottagarstruktur och organiserat arbetet med satsningen anpassad till regionala förutsättningar. Lärdomarna över tid sammanfattas i fyra punkter:

- *Från en otydlig organisering av satsningen till tydlig struktur för arbetet* - viktigt att tidigt skapa tydlig struktur för hantering av en nationell/extern satsning och en plan med tydliga mål och uppföljning
- *Från fragmentisering mot mer strategiskt fokus* – från mer avgränsade projekt mot tydligare strategiska prioriteringar av insatser som ska ge hållbar förändring
- *Variation i mottagarstruktur över tid* - Centralisering av stödfunktioner och hantering av medel inom några regioner alt. decentralisering av detsamma inom andra

Otydligt och/eller avsaknad av struktur initialt - tydligare struktur och strategiskt fokus över tid

Flera personer beskrev att det var rörigt i början och att regionen inte hade en organisation riggad för att ta emot externa medel från en satsning. Över hälften av kontaktpersonerna angav att man idag skulle skapat en tydligare organisering, struktur och styrning från början. Några beskrev att otydligheten har resulterat i att man

(2018) inte uppfattade tydliga effekter av satsningen. Vikten av att från början ge tillräckligt mandat till kontaktpersonen nämndes.

“Då hade vi riggat en organisation baserat våra erfarenheten. Vi hade ju aldrig jobbat med en sådan här satsning, vi var en grupp som var väldigt oförberedda. Hur gör man? Hur ska vi jobba? Nu hade man kunnat tänka över hur man skulle ha det.” KP, stor region.

“Vi skulle ha tydligare mål och tydligt bestämma hur vi skulle följa upp förändringar. Det saknas processutfall” KP, medelstor region

“Att tidigare haft en riktig plan och ett tydligt mål och sedan jobba hårt för det” KP, mindre region

En tredjedel lyfte att de inom regionen skulle ha prioriterat annorlunda för att nå långsiktighet och bättre effekt. Andra önskade att de fokuserat mer på projekt som förbättrar för personalen. Några lyfte att man skulle haft en mer långsiktig strategi med större fokus och färre prioriterade områden i stället för många små förbättringsprojekt.

“Vi skulle ha fokuserat mer och inte ha så många grupper. Vi skulle ha fokuserat på kompetensen, medarbetarna och arbetsmiljön” KP, medelstor region

I senare intervjuer beskrev många kontaktpersoner hur det skapats en tydligare och mer ändamålsenlig organisering kring hanteringen av satsningen. Vikten av att organisationen är ändamålsenlig för att kunna ta emot statliga satsningar lyftes av flera. Över tid har regionerna tagit ett samlat grepp kring satsningen där det strategiska fokuset och ett proaktivt arbete fått mer utrymme, något som möjliggjorts av att satsningen pågått en längre tid.

“Vi har strukturerat upp och förtydligat vad vi jobbar med. Satsat på att få till en styrgrupp, en gemensam handlingsplan som gör att vi jobbar tillsammans mot samma mål och inte enskilda handlingsplaner lite här och var” KP, mindre region

Förändring över tid med både centralisering och decentralisering av ansvaret för satsningen

Vissa kontaktpersoner beskrev att statsbidraget över tid hanterats mer övergripande av centrala funktioner än i början av satsningen, dvs pengarna nu kom in centralt med möjligheter för verksamheterna att söka eller äska medel istället för att kunna bestämma själva om dem. Någon beskriver att förändringen inneburit att dialogen med verksamheterna blivit sämre, en annan att fler beslutsnivåer minskat deras kontroll över satsningens budget. I en region har kunskapsstyrningsorganisationen fått ett tydligare ansvar för satsningen vilket gjort att resurser flyttats från kontaktpersonen. Andra beskriver att de gjort tvärtom och i stället för att centralisera beslutat att medlen ska gå direkt till verksamhetsnivån:

“I början fick verksamheten medlen och jag som verksamhetschef kunde själv se. Då var det en intern grupp som fördelade dem. Nu kommer de in centralt och vi får ansöka om medlen. Då är de en grupp som har hand om det här tillsammans” KP, mindre region

“Från 2019 förändrades det efter ett beslut av vår regiondirektör. Vi skulle fördela ut medlen tämligen oavkortat till förvaltningarna och därmed upphörde de regiongemensamma projekten. Innan dess kunde vi satsa på regiongemensamma utbildningar och hålla ihop det. Men då förändrades det. Förvaltningarna skulle själva styra över medlen utifrån sina behov” KP, stor region

Även kontaktpersonsfunktionen har förändrats - från att komma från verksamhetsnivå till att vara stationerade på regionövergripande nivå där fler verksamheter är representerade. Andra beskriver att de har kompletterat kontaktpersoner på strategisk nivå med personer på verksamhetsnivå.

5. Diskussion och slutsatser

Rollen som kontaktperson – regissör/dirigent, stödjare/utförare och/eller nätverksspindel?

Inom satsningen har kontaktpersonen en framträdande roll som länken mellan satsningens övergripande nivå och de verksamheter i regionerna som berörs av den. Även inom regionerna har kontaktpersonen en samordnande roll och agerar länk både vertikalt över hierarkiska nivåer och horisontellt mellan olika typer av verksamheter. Kontaktpersonerna innehar en viktig nyckelroll i att underlätta flödet av information och kunskap mellan människor, grupper och över organisatoriska gränser. I den rollen agerar de som *kunskapsmäklare* (Long et al., 2013), dvs. personer som i sin gränsöverskridande roll förmedlar information, översätter och tolkar så alla kan förstå olika budskap. De kan utgöra en viktig roll i att koppla samman nyckelaktörer inom verksamhetsnivån och mellan nivåer. Deras uppgift är ofta att överbrygga strukturella gap, dvs mellan aktörer utan en tydlig eller uppenbar relation (Long et al., 2013). De har uppgiften att syntetisera aktörsperspektiv från olika sidor av strukturella gap, ibland även bidra med konflikthantering då problem uppstår. För det behövs ett visst mått av tillit till personen som innehar rollen, vilket lyftes i intervjuerna. Rollen kan vara svår och det finns en risk för rollöverbelastning och stress, speciellt om det saknas stöd och förståelse för de krafter som en person i en gränsroll utsätts för.

Beroende på vald strategi kan kontaktpersonen hamna i olika roller och ges olika starkt mandat. Om personen får ett större mandat från högre organisatoriska beslutsnivåer går det att agera mer som en regissör eller dirigent och därmed kunna påverka implementeringen av satsningen inom regionen. Om upplägget är decentraliserat kan kontaktpersonen få rollen som en nätverksspindel som samordnar och håller kontakten med olika grupperingar och nätverk men inte direkt fattar beslut. Om mycket styrs uppifrån och kontaktpersonen återfinns längre ned på verksamhetsnivå, t.ex. som verksamhetsutvecklare nära verksamheten så kan rollen likna mer en utförare eller stödjare av olika förbättringar och förändringar nära verksamhetsgolvet och då är rollen mer konsultativ och utan beslutsmandat.

Övergripande mönster i regionernas angreppssätt för att arbeta med satsningen

Vi identifierar några övergripande mönster som kan fördjupa beskrivningen av de tre policyimplementeringsstrategierna, anpassat till det svenska decentraliserade hälso- och sjukvårdssystemet.

När en *bottom-up-strategi* var förhärskande inom regioner är ansvaret för implementering av satsningen i huvudsak decentraliserat inom befintlig organisatorisk linjestruktur och framför allt används existerande beslutskanaler och kommunikationsarenor. Det kan innebära att medlen direkt förs till verksamhetsnivå för att användas utifrån verksamhetens behov. Strategin var vanligare i mindre regioner där komplexiteten och antalet aktörer är mindre och dialogen därmed lättare. Detta kan eventuellt tyda på mer tillit inom systemet (vilket nämns i intervjuer), kanske för att en större personkännedom är lättare i mindre regioner med färre aktörer. Det kan vara lättare att ta hänsyn till omgivningsfaktorer och olika omständigheter när regionens och olika verksamheters förutsättningar är överblickbara och kända. Här spelar antalet verksamhetsenheter och andelen privata organisationer roll.

Risken med en *bottom-up-strategi* är dock att synergier går förlorade och arbete över vårdkedjan försvåras – speciellt om verksamheter är organiserade i stuprör. Inom denna strategi var det vanligare att kontaktpersonen återfanns på verksamhetsnivå.

När en *top-down-strategi* dominerar inom en region är huvudansvaret för implementeringen av satsningen centraliserat, oftast med en tillskapad struktur, nya beslutsstrukturer (styrgrupp) och nya kommunikationsarenor, även om existerande strukturer och arenor också används. Denna strategi var vanligare i stora och medelstora regioner och initialt i satsningen, för att sedan förändras mot en mer mixad strategi i flera regioner. Här kan storleken och komplexiteten spela roll. Det kan behövas mer av ett helikopterperspektiv och mer

kontroll när verksamheterna är många och i högre utsträckning spridda geografiskt och organisatorisk fragmentiserade, t.ex. med många privata vårdgivare. Inom regioner med denna strategi var det vanligast att kontaktpersonen sitter på strategisk nivå.

Inom de regioner som använder en *mixad strategi* med ansvaret för arbetet med satsningen delvis centraliserat respektive decentraliserat blir dialogen och kommunikationen mellan både vertikala och horisontella nivåer inom regionen extra viktig. Att bygga och använda olika nätverk underlättar arbetet med att implementera satsningen. Inom flera regioner beskrivs strategin som något som vuxit fram under satsningens gång för att kunna kombinera verksamhetskänedom med strategiskt fokus. Det finns även regioner som relativt tidigt i satsningen använde en mixad strategi. Här återfinns alla storlekar på regioner, dock med en övervikt på stora och små regioner. Den mixade strategin liknar en nätverksstrategi för implementering av satsningen på regional nivå. Här är det vanligare att man har kontaktpersoner på både verksamhetsnivå och strategisk nivå eller att man har en kontaktperson på strategisk nivå som jobbar aktivt via grupperingar och nätverk. Nätverkens prestationer i sig spelar då en viktig roll för implementering av en satsning (DeGroff & Cargo, 2009) och blir något att följa upp för regionerna. På samma sätt spelar nätverket med kontaktpersoner en vital roll för implementeringen av satsningen och hur nätverket och dess noder fungerar behöver även följas upp från nationell nivå, något som även denna studie bidrar till.

5.1-5.3 Referenser

- DeGroff A, Cargo M. Policy implementation: Implications for evaluation. *NDE*. 2009 Dec;2009(124):47-60.
- Garney WR, Szucs LE, Primm K, et al. Implementation of Policy, Systems, and Environmental Community-Based Interventions for Cardiovascular Health Through a National Not-for-Profit: A Multiple Case Study. *Health Educ. Behav.* 2018; 45(6):855-864. <https://www.jstor.org/stable/48615186>
- Imperial MT. Implementation structures: The use of top-down and bottom-up approaches to policy implementation. In *Oxford Research Encyclopedia of Politics* 2021 Jun 28. Available at: <https://oxfordre.com/politics/display/10.1093/acrefore/9780190228637.001.0001/acrefore-9780190228637-e-1750;jsessionid=E1FF5296367D2F521B1AB94C41063930>
- Li SA, Jeffs L, Barwick M. et al. Organizational contextual features that influence the implementation of evidence-based practices across healthcare settings: a systematic integrative review. *Syst Rev.* 2018;7(72):1-19.
- Long E, Franklin AL. The paradox of implementing the Government Performance and Results Act: Top-down direction for bottom-up implementation, *Public Adm Rev.* 2004; 64(3):309-319
- Long JC, Cunningham FC, Braithwaite J. Bridges, brokers and boundary spanners in collaborative networks: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2013 Apr 30;13(1):158.
- Nyström, M.E., Hansson, J., Garvare, R., Andersson Bäck, M. (2015). Locally based Research and Development units as knowledge brokers and change facilitators in health and social care of older people in Sweden. *Evidence & Policy*, 2015;11(1):57-80. <http://dx.doi.org/10.1332/174426514X14098428292539>
- Rittel HWJ, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sci.* 1973;4(2):155-69.
- Strehlenert, Helena. *From policy to practice: exploring the implementation of a national policy for improving health and social care*. PhD thesis, Karolinska Institutet (Sweden), 2017.
- Strehlenert H, Hansson J, Nyström ME. et al. Implementation of a national policy for improving health and social care: a comparative case study using the Consolidated Framework for Implementation Research. *BMC Health Serv Res.* 2019;19 (730).
- Thompson JR. Reinvention as Reform: Assessing the National Performance Review. *Public Adm Rev.* 2000; 60(6): 508-21.

6. REGIONERNAS ARBETE MED OLIKA FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN

6.1 STUDIE 7. En mer jämlik och personcentrerad vård för utlandsfödda kvinnor? – Mix av enkla, komplicerade och komplexa insatser

Monica Nyström, Sara Tolf, Elin Larsson och Karin Pukk Härenstam

Denna studie genomföres 2018–2020 är publicerad i en vetenskaplig tidskrift och återges här i kortare drag och i artikkelliknande format. För detaljer se:

Nyström M.E., Larsson E.C., Pukk Härenstam K., Tolf S. Improving care for immigrant women before, during, and after childbirth – what can we learn from regional interventions within a national program in Sweden? *BMC Health Serv Res.* (2022) 22:662. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08054-7>

Sammanfattning

Migration har ökat antalet utlandsfödda kvinnor i västländer vilket lett till behov att anpassa vården för sexuell och reproduktiv hälsa (SRH) till en större erfarenhetsvariation. Exempel på problem är dålig tillgång/användning av SRH-tjänster bland utlandsfödda och en jämförelsevis högre dödlighet och sjuklighet i samband med graviditet, särskilt bland personer från låg- och medelinkomstmiljöer. Försök att förbättra SHR-vården måste ta hänsyn till komplexiteten i både problemet och systemet. Ett nationellt program för att förbättra kvinnors hälsa i Sverige gav möjligheter att studera interventioner riktade mot utlandsfödda kvinnor, med hjälp av ett komplexitetsperspektiv. Syftet var att utforska egenskaper och komplexitet hos regionala insatser med målet att förbättra vården och hälsan för utlandsfödda kvinnor före, under och efter förlossningen, samt att ge kunskap om hur regionala vårdaktörer uppfattar och hanterar problem inom dessa områden.

Denna studie baseras på kvalitativa data från detaljerade årliga rapporter över alla Sveriges 21 regioners programinterventioner som utfördes mellan januari 2017 och januari 2019. Arkivdata består av de regionala aktörernas svar på en omfattande enkätliknande mall, där samma frågor besvarades för varje rapporterad intervention. Dataanalyser utfördes i flera steg, där klassisk och styrd innehållsanalys kombinerades.

Totalt 54 regionala insatser inriktade mot sex problemkategorier identifierades, 26 var riktade gentemot utlandsfödda kvinnor och deras familjer, 11 mot vårdpersonal och 17 mot det organisatoriska systemet. De enkla insatserna (n=23) var mer ensidiga och innehöll informationskampanjer, informationsmaterial och översättning, utbildning, kartläggning t.ex. av könsstympning samt tillhandahållande av personal och/eller ekonomiska resurser. De komplicerade interventionerna (n=10) handlade om ökad kommunikationsmångfald, t.ex. genom att lägga till iPads och besök i informationsfrågor. De komplexa insatserna (n=21), t.ex. hälsokolor, integrering av vård, begränsade utvecklingar, anpassningar och flexibilitet i förhållande till de utlandsfödda kvinnornas situation, samt ökad interaktion mellan en mångfald av aktörer, även från det bredare välfärdssystemet.

Vi drar slutsatsen att det är viktigt att komplexa problem, såsom att säkerställa lika vård och hälsa i en mångfaldig befolkning, hanteras med en blandning av enkla, komplicerade och komplexa insatser. För att stärka den avsedda förändringen föreslår vi att förkunskaper, t.ex. kommunikationskanaler och kunskap för utlandsfödda kvinnor och personal, säkerställs innan komplexa insatser inleds. Alternativt att enklare interventioner bäddas in som en del i komplexa interventioner.

Introduktion

Global migration har inneburit en ökning av andelen utlandsfödda kvinnor som behöver vård inom sexuell och reproduktiv hälsa (SRH), såsom preventivrådgivning, mödravård och vård under och efter förlossning¹⁻². Utlandsfödda kvinnor är en heterogen grupp med olika bakgrunder, kunskaper, erfarenheter och behov, men även med vissa gemensamma upplevelser och sjukvården måste kunna möta denna variation [3]. Tillgången till allmänna förebyggande hälsovårdstjänster bland utlandsfödda i Europa, särskilt bland migranter från låg-

och medelinkomstområden utanför EU, är lägre än tillgången i befolkningen i allmänhet⁴. Utmaningarna i att få tillgång till allmän sjukvård kan sammanfattas i tre teman: kommunikation, förtroende och kontinuitet i vården [5]. Liknande orsaker anges, t.ex. att dålig tillgång/användning av SRH-vårdtjänster bland utlandsfödda kvinnor beror på språkbarriärer, kulturella faktorer och brist på kunskap om sjukvårdssystemen⁶⁻⁸. Bland utlandsfödda kvinnor är dödlighet och sjuklighet vanligare i samband med graviditet jämfört med inhemska kvinnor^{9,10}. I en översikt av graviditetsrelaterad vård identifierades följande hinder: 1) utmaningar att navigera i ett nytt sjukvårdssystem – inklusive fysisk tillgång och brist på förtroende för det nya systemet; 2) brister i förståelse – språkproblem, brister i adekvat information och kulturella skillnader; 3) sättet vårdgivare möter kvinnors behov – t.ex. vårdkvalitet, attityder, förtroende och kontinuitet i vården; och 4) andra faktorer som komplicerar kvinnornas liv, t.ex. trauma, ekonomiska utmaningar, brist på socialt/relationsmässigt stöd¹¹. Högre abortfrekvens och lägre användning av preventivmedel bland utlandsfödda kvinnor i Sverige och andra europeiska länder har också rapporterats¹²⁻¹⁶.

Flera kunskapsluckor kring strategier för att bäst tillhandahålla sjukvård till utlandsfödda kvinnor i västländer har identifierats. Exempelvis visar studier inom abortvård en stor osäkerhet om hur man bäst erbjuder vård till utlandsfödda kvinnor⁷ medan studier inom SRH-vården har visat att användning av tryckt informationsmaterial och en mobilapplikation kan förbättra kommunikationen mellan vårdgivare och gravida kvinnor¹⁷. Personcentrerad vård, högkvalitativ vård, vårdkontinuitet med kulturell kompetens samt traumamedveten vård har föreslagits som hantering av sociala faktorer påverkan på hälsa och för att minska diskriminering¹¹. För att förstå hur man uppnår medicinska och hälsorelaterade resultat måste dock även processmått och mellanliggande utfall studeras, till exempel hur bättre kommunikation, lärande och engagemang mellan personal och utlandsfödda kvinnor kan uppnås^{18, 19}.

År 2015 var 17 % av Sveriges befolkning född i ett annat land, de största grupperna var födda i Syrien, Irak och Iran²¹. Andelen har sedan dess ökat, särskilt efter kriget i Syrien där Sverige tog emot många flyktingar. År 2021 var de tio största migrantgrupperna i Sverige (i ordning): Syrien, Irak, Finland, Polen, Iran, Somalia, Afghanistan, det forna Jugoslavien och Bosnien-Hercegovina²¹. I Sverige erbjuds mödrahälsovård och preventivrådgivning vid öppenvårdskliniker som leds av barnmorskor och en gravid kvinna möter läkare endast vid hälsoproblem. Kvinnor erbjuds rutinemässig eftervård inom 6–16 veckor efter förlossningen²².

Ett nationellt program för förbättring av förlossningsvården och kvinnors hälsa startade hösten 2015. I överenskommelsen mellan staten och regionerna 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”. Att öka graden av jämlik och personcentrerad vård som erbjuds kvinnor ingår i programmets mål. Det finns olika sätt för de självständiga regionerna och de regionala aktörerna involverade i programmet att utforma och genomföra insatser som syftar till att förändra den nuvarande situationen. En studie av detta nationella program kan ge mer kunskap, inte bara om hur vård ges till utlandsfödda kvinnor i Sverige, utan specifikt om vilka åtgärder inom identifierade förbättringsområde inom tidigare forskning som implementeras nationellt i ett decentraliserat sjukvårdssystem.

Framgången för insatser för att förbättra vården beror vilken hänsyn som tas till både problemets och vårdsystemets komplexitet²³⁻²⁵. Här skiljer man på *enkla*, *komplicerade* och *komplexa system*. Ett enkelt system har färre aktörer och komponenter medan ett komplicerat system har fler, båda systemet kännetecknas av väldefinierade relationer. I båda dessa typer av system är det övergripande systemets beteende förutsägbart. Komplexa system å andra sidan har otydliga, föränderliga gränser och består av aktörer som interagerar med andra system baserat på mindre förutsägbara interna regler, och på sätt som samtidigt påverkar och förändrar kontexter och andra system [24]. Det finns en risk att förenkla interventioner och att underskatta den komplexitet som vårdaktörer och organisationer befinner sig i, vilket ökar risken att insatser inte får genomslag och interventioner som påbörjats överges, till exempel vid tillämpning av tekniska lösningar²⁶⁻²⁸. Detta

understryker vikten av att ta hänsyn till flera delar av vårdssystemet, interaktionen mellan dem och deras komplexitetsnivå när en intervention introduceras²⁹.

Enligt Glouberman och Zimmerman är hälso- och sjukvårdssystem komplexa och att förbättra dem innebär att ta sig an ett komplext problem, det vanliga är dock att de behandlas som enbart komplicerade vid praktiska förbättringsförsök²⁵. Problem skiljer sig utifrån deras inneboende komplexitet. Enkla problem innehåller grundläggande frågor av mer teknisk art som framgångsrikt kan hanteras med hjälp av beprövade, enkla recept. Komplicerade problem innehåller delmängder av enkla problem men kan inte reduceras till en samling enkla problem²⁵. Deras komplicerade natur relaterar till problemets omfattning och den samordning och andel specialiserade experter som behövs. Komplexa problem inkluderar både komplicerade och enkla problem, men kräver även en förståelse för unika lokala villkor²⁵. Komplexiteten i ett problem påverkar därmed graden av komplexitet i interventioner som krävs för att hantera det. Interventionskomplexitet handlar om grad av flexibilitet och icke-standardisering³⁰, och om antalet, variationen och flexibiliteten av interventionens interagerande komponenter; de beteenden som krävs; de grupper eller organisationsnivåer som den riktar sig till; resultaten; och den flexibilitet som den lokala anpassningen tillät³¹. Detta innebär att enkla problem lättare kan hanteras med enklare lösningar medan komplexa problem bäst hanteras med hjälp av mer komplexa insatser. För att lyckas med insatser riktade mot utlandsfödda kvinnor, med den variation denna grupp representerar, måste lösningarna enligt denna logik matcha komplexiteten i det aktuella problemet. Att använda en enkel lösning på ett komplext problem ger då inte det avsedda resultatet²⁶. För framtida interventionsforskning inom folkhälsa och för att uppnå förändring på befolkningsnivå har vikten av att gå bortom teorier på individnivå för att bättre förstå folkhälsointerventioner i sin kontext framhållits³². Att uppnå jämlik omsorg och hälsa för utlandsfödda kvinnor utgör ett komplext problem inom det ganska komplexa sjukvårdssystemet i Sverige. Sätt att ta itu med komplexiteten i både problem och förändringsinterventioner har beskrivits i andra studier, till exempel inom obstetrik och gynekologisk vård i Danmark³³. Sådana metoder kan ge insikter som kan underlätta planeringen av insatser för att förbättra vården som rör sexuell och reproduktiv hälsa för utlandsfödda kvinnor.

Syftet med studien var därför att undersöka egenskaperna och komplexiteten hos regionala insatser som syftar till att förbättra vård och hälsa för utlandsfödda kvinnor före, under och efter förlossningen, samt ge kunskap om hur regionala vårdaktörer uppfattar och hanterar problem inom dessa områden. De mer specifika målen var att undersöka 1) upplevda problem med att ge vård till utlandsfödda kvinnor som de regionala vårdgivarna väljer att ta itu med; och 2) den typ av insatser som lanserades för att förbättra och främja jämlik vård och hälsa för utlandsfödda kvinnor före, under och efter förlossningen. Det första målet kan ge insikt i hur problem och utmaningar uppfattas av nyckelaktörer och det andra i egenskaperna hos de insatser som inleds för att hantera dem.

Metodik

Denna dokumentstudie³⁴ baseras på kvalitativa data från detaljerade årliga aktivitetsrapporter från var och en av Sveriges 21 regioner inom ramen för satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa. Den Excel-baserade mallen för aktivitetsrapporterna har flera blad och ger möjligheter att skriva så mycket som bedöms som behövas för att andra ska förstå de aktiviteter som pågått, varför de initierades, deras detaljer och upplevda effekter. Studien fokuserar på att förstå en delprocess i ett komplext interventionsprogram (dvs. typerna och komplexitetsnivån för de interventioner som väljs av regionerna för att hantera behov och problem) riktade mot en undergrupp av kvinnor, det vill säga utlandsfödda kvinnor. En iterativ metod med både klassisk innehållsanalys och styrande innehållsanalys tillämpades³⁶. Dataanalysen utfördes i fem steg av tre forskare (för mer detaljer se den vetenskapliga artikeln).

Resultat

Sjutton av 21 regioner beskrev en eller flera insatser som uteslutande riktade sig mot utlandsfödda kvinnor. Nio regioner rapporterade en eller två interventioner, fyra regioner rapporterade tre eller fyra interventioner, och fyra regioner rapporterade 6–10 interventioner (Tabell 6:1:1). Vissa regioner rapporterade många enskilda insatser som en större tematisk insats medan andra rapporterade varje enskild, ibland små, insatser separat. Denna dissonans mellan rapporteringssätten indikerar att antalet interventioner i Tabell 2 bör tolkas med stor försiktighet. Resultaten ska inte tolkas som att de beskriver allt som gjordes för utlandsfödda kvinnor inom mödra- och förlossningsvård 2017–18, utan beskriver bara det som på regionnivå finansierades av programmet och den information som samlades in av en regional programkoordinator.

Fyra regioner stod för 54 % (n=29) av interventionerna (n=54) som riktade sig till utlandsfödda kvinnor under 2016–2018. Av dessa var tre urbana regioner (Tabell 6:1:1) och en var det inte. Flera stadsregioner och två av Sveriges tre mest befolkade regioner rapporterade få insatser, vilket delvis kan förklaras av variationen i hur regionerna rapporterade och beskrev sina insatser.

Tabell 6:1:1. Regionala insatser (2017–2018) riktade till utlandsfödda kvinnor samt deras grad av komplexitet.

Region	Population (2019)	Antalet insatser riktade till utlandsfödda kvinnor	Enkla insatser	Komplicerade insatser	Komplexa insatser
A	>1 000 000	10	6	2	2
B	200 000 - 300 000	7	3		4
C	300 000 - 500 000	6	1		5
D	300 000 - 500 000	6	2	2	2
E	200 000 - 300 000	4	2	1	1
F	200 000 - 300 000	3			3
G	200 000 - 300 000	3	1		2
H	200 000 - 300 000	3	1	2	
I	<200 000	2	1	1	
J	200 000 - 300 000	2	1	1	
K	>1 000 000	2	1	1	
L	200 000 - 300 000	1	1		
M	300 000 - 500 000	1	1		
N	300 000 - 500 000	1			1
O	>1 000 000	1	1		
P	300 000 - 500 000	1			1
Q	<200 000	1	1		
R	200 000 - 300 000	0			
S	200 000 - 300 000	0			
T	200 000 - 300 000	0			
U	<200 000	0			
TOTALT : 21	10 373 063	54	23	10	21

Beskrivning av problem och behov som hanteras

Vi identifierade sex kategorier av problem och behov som insatserna syftade till att åtgärda:

- 1) *'Låg tillgång till, användning och kunskap om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet'* (n=14) gällde utlandsfödda kvinnors lägre tillgång till och användning av vården, inklusive vårdtjänster, kunskap och andra typer av resurser som erbjuds än inhemska svenska kvinnor. Till exempel rapporterades att kvinnor med invandrarbakgrund oftare än inhemska kvinnor söker akutvård i stället för primärvård, vilket är det föredragna sättet att få bästa förebyggande och säkra mödravård. Kategorin rapporterades av 11 regioner.
- 2) *'Högre risk för sjuklighet och dödlighet i samband med graviditet och förlossning'* (n=9) för utlandsfödda kvinnor, identifierades av sju regioner. Flera regioner hänvisade till Socialstyrelsens statistik som visar att

kvinnor från utlandet har sämre födelseresultat jämfört med infödda kvinnor. Andra hänvisade till en avhandling som visat att mödradödligheten är högre bland utlandsfödda.

- 3) *'Bristen på resurser och metoder för att stödja utlandsfödda med särskilda behov'* (särskilt asylsökande) (n=9) rapporterades av fem regioner. Exempel var behov längre möten, till exempel på grund av användning av tolkar (extra ersättning per besök) och behovet av att öka vårdpersonalens kunskap och kompetens kring migration och transkulturella frågor.
- 4) *'Kvinnor som utsatts för eller riskerar att utsättas för könsstympning'* (n=8), identifierades av sex regioner. Insatserna handlade om problemet med en hög nivå av kvinnor som var i riskzonen eller hade utsatts för könsstympning, samt brist på kunskap och låg medvetenhet bland vårdpersonal om hur man förebygger och behandlar skador orsakade av könsstympning, men också hur man närmar sig patientgruppen för att ge god vård. Flera regioner beskrev hur könsstympning kan orsaka komplikationer under förlossningen, potentiellt dödliga.
- 5) *'Lägre kunskapsnivå om hälsofrågor och egenvård'* (n=8) gällde en upplevd hög nivå av hälsoproblem och ett behov av förbättrad kunskap om reproduktiv och sexuell hälsa bland utlandsfödda kvinnor (särskilt asylsökande), främst på grund av en upplevd brist på kunskap och brist på egenvård. Insatserna i fem regioner fokuserade på att öka utlandsfödda kvinnors hälsokunskap genom att arrangera "hälsoskolor" och informationsevenemang om hälsa.
- 6) *'Information som tillhandahålls av sjukvården erbjuds inte på alla relevanta språk'* (n=6) identifierades av fem regioner. Regionerna rapporterade att det saknades broschyrer och videor på många språk, förutom svenska och engelska. Risker som vissa beskrev, var att detta kunde leda till ojämlig tillgång till viktig information, till exempel om förberedelser för förlossning för de drabbade kvinnorna och deras familjer. Sex insatser i fem regioner tog specifikt itu med detta problem.

Variationen i regionens beskrivningar av problem och behov samt begränsad text i denna del av mallen gjorde det svårt att placera problemet inom en enda komplexitetsnivå (enkel, komplicerad, komplex). De beskrivningar som ges beror på hur man uppfattar orsakerna eller bidragande faktorerna till de befintliga behoven och problemen, och hur väl detta beskrivs skriftligt i rapportmallen. När vi bedömer det bredare identifierade vi kategori 6 som ett enklare problem att ta itu med, medan de andra kategorierna innehåller en högre nivå av komplexitet.

Målen för de regionala insatserna

De regionala insatserna för att förbättra vård och hälsa för utlandsfödda kvinnor riktades antingen mot kvinnorna och deras partners, vårdpersonalen eller mot sjukvårdssystemet – och ibland bortom (Tabell 4).

- 1) *Insatser riktade mot kvinnorna och deras familjer.* Tjugosex av de 54 insatserna riktade sig huvudsakligen till kvinnor och deras familjer. Dessa insatser handlade om informationskampanjer om till exempel cancerscreening eller risker med könsstympning, utveckling eller översättning av informationsmaterial samt informationsbesök för att informera om kvinnors hälsa och sjukvårdssystemet, t.ex. besök på SFI utbildningar. Interventionerna inkluderade också att arrangera gruppsamtal om hälsa och sjukvård eller arenor för att kombinera både teoretisk kunskap och fysiska aktiviteter.
- 2) *Insatser riktade mot vårdpersonal.* Elva av de rapporterade insatserna riktades huvudsakligen mot vårdpersonal. Dessa bestod av grundläggande webbutbildning och kurser för personal t.ex. om könsstympning, migration och transkulturella frågor eller nya och tydligare personalrutiner för samarbeten.
- 3) *Insatser riktade mot hälso- och sjukvårdssystemet.* Sjutton av de rapporterade insatserna riktades mot vårdorganisationen och aktörer utanför vårdssystemet. Vissa insatser bestod av enkla insatser, såsom att

öka personal och resurser i kliniker eller organisationer för asylinvandrare eller öka ersättningen per besök för utlandsfödda kvinnor för att utöka mötestider. Andra insatser riktade sig mot flera olika organisatoriska aktörer i vårdprocessen för att förbättra integrerad vård eller stärka samarbetet, till exempel genom att utveckla nya sätt att samarbeta med Socialtjänsten och öppna förskolor. Användningen av kulturdoulor sågs också som en organisatorisk intervention, och som en introduktion av nya funktioner och en ny personalkategori.

Från enkla till mer komplexa insatser

Interventionerna kategoriserades efter komplexitetsnivå, dvs. enkla, komplicerade eller komplexa interventioner. Av de 54 interventionerna kategoriserades 23 som enkla, 10 som komplicerade och 21 som komplexa. De 54 interventionerna grupperades så att flera identiska eller liknande interventioner representeras av en övergripande interventionskategori, vilket reducerar materialet till 21 interventionstyper.

De *enkla insatserna* innehöll kampanjer, information och översättning, utbildning och kartläggning samt tillhandahållande av personal och/eller ekonomiska resurser, riktade mot alla tre målkategorier lika (7, 10, 6). De *komplexa insatserna* var färre och alla riktade mot utlandsfödda kvinnor. De handlade om användningen av ökad mångfald i kommunikationen mellan vårdgivare/personal och utlandsfödda kvinnor och deras familjer. De flesta av de *komplexa insatserna* (14 av 21) riktade sig mot vårdorganisationens system och andra aktörer i det bredare välfärdssystemet. Sex insatser riktades mot utlandsfödda kvinnor och en mot vårdpersonal. Två målgrupper, utlandsfödda kvinnor och sjukvårdssystemet och därefter, innehöll fler insatser vardera än insatserna riktade sig mot vårdpersonal.

När vi jämförde de regionala insatserna med de identifierade kategorierna av problem och behov (Tabell 3) fann vi att problemen hanterades på olika sätt.

- 1) *'Låg tillgång till, användning och kunskap om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet'* bland utlandsfödda kvinnor hanterades genom en blandning av enkla, komplicerade och komplexa insatser, från informationskampanjer, nya sätt att tillhandahålla information via olika medier, samtal i grupp, informationsbesök (t.ex. till svenska för invandrarutbildningslokaler), samarbete med andra aktörer och införande av nya rutiner och funktioner (t.ex. kulturdoulor).
- 2) *'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 det åtgärdas genom en mix av flera insatser från enkla till komplexa, från att öka personalresurser, utbilda personal, ge information till kvinnor, införa gruppsamtal, kulturdoulor och hälsoskolor vilket inte ger en entydig bild över regionerna.
- 3) *'Bristen på resurser och metoder för att stödja invandrare med särskilda behov'* (särskilt asylsökande) åtgärdades genom att utbilda personal, öka personalresurserna och ge extra ersättning per besök på kliniker, vilket främst sågs som enkla insatser. Det fanns också mer komplexa insatser som introduktion av nya enheter, nya samarbeten och nya rutiner.
- 4) *'Kvinnor som utsatts för eller riskerar att utsättas för könsstympning'* kan ses som ett komplicerat eller komplext problem som hanterades genom informationskampanjer för att nå utlandsfödda kvinnor och genom att erbjuda utbildning för personal – främst enkla insatser. Det fanns också kartläggningar av förekomsten av könsstympning och av personalens kunskap om ämnet.
- 5) *'Lägre kunskapsnivå om hälsofrågor och egenvård'* bland utlandsfödda kvinnor (särskilt asylsökande) gällande SRH-vård hanterades främst av gruppinsatser och hälsoskolor riktade mot dessa kvinnor, vilket innebär komplicerade eller komplexa insatser.

- 6) 'Information som tillhandahålls av sjukvården erbjuds inte på alla relevanta språk' hanterades genom att översätta information som redan fanns, såsom broschyrer och filmer, till många språk. Det innefattade också att skapa nya applikationer för mobiltelefoner/iPads, filmer, bildspel, bilder och ljudfiler på dessa språk samt tillhandahålla iPads för kliniker att använda vid visning. Sättet problemet beskrivs på tyder på att det uppfattas som ett enklare problem som främst hanteras av enkla och komplicerade lösningar, vilket kan ha krävt nya samarbeten (mer komplexitet) vid skapandet av nya sätt att kommunicera. Dessa insatser är också relaterade till ovanstående problemkategori gällande kunskap om det svenska sjukvårdssystemet och lägre kunskapsnivåer kring hälsofrågor och egenvård.

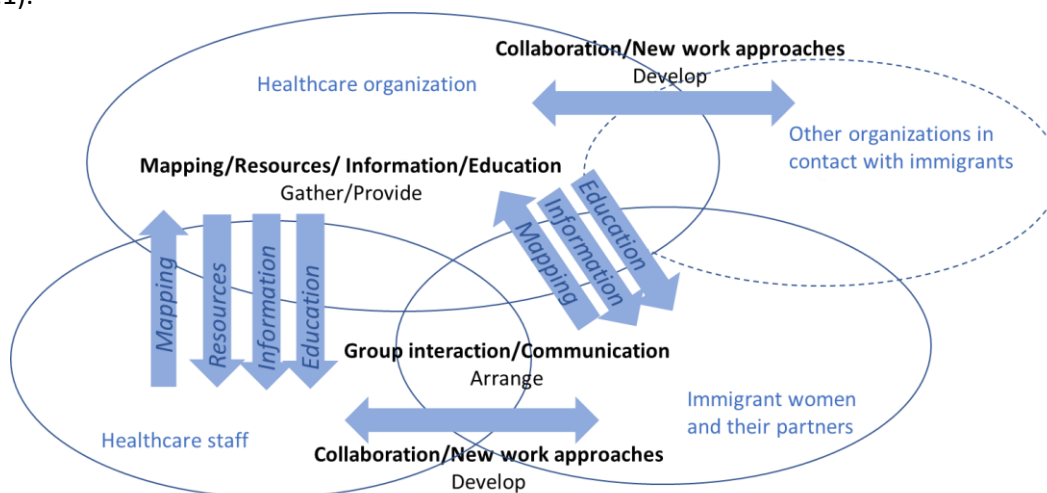
De flesta insatserna låg på en generell nivå och inte anpassade till varje enskild kvinna – de var mer utformade i förhållande till vilken typ av grupp som kvinnorna representerade. Ändå hade de mer komplexa interventionerna en inbyggd grad av flexibilitet.

Diskussion

Utmaningarna för utlandsfödda personer att få tillgång till allmän sjukvård har visat sig relatera till kommunikation, självförtroende och kontinuitet i vården⁵, medan tillgången/användningen av vårdtjänster för sexuell och reproduktiv hälsa bland utlandsfödda kvinnor är lägre än bland inhemska kvinnor på grund av språkbarriärer, kulturella faktorer och mindre kunskap om sjukvårdssystemen^{6,7}. Vi fann att liknande utmaningar identifierades av regionala vårdaktörer inom ramen för den nationella satsningen för att förbättra förlossningsvård och kvinnors hälsa.

Problemidentifiering och valda insatser – komplexa och flexibla eller enkla och standardiserade?

De interventioner som valdes för att hantera identifierade problem varierade i komplexitet (enkel 43 %, komplicerad 18 %, komplex 39 %). De enkla, mer standardiserade insatserna, såsom informationskampanjer, var i högre grad ensidiga, även om de också kunde innehålla grader av interaktion, engagemang och flexibilitet (Figur 6:1:1).



Figur 6:1:1. Typer av regionala insatser i relation till typ av interaktion, ensidiga eller gemensamma, mellan aktörer inom och utanför vårdssystemet (övervägande ensidigt riktad kommunikation alternativt ett flöde i båda riktningar)

Ju mer komplexa insatserna var, desto mer utveckling, anpassningar, flexibilitet (vad gäller kvinnornas situation, som individer eller som utvalda mindre grupper) och interaktion mellan olika aktörer behövdes. Jämfört med informationsbrochyrer eller vissa utbildningsaspekter som kan utvecklas på ett mer

standardiserat sätt, behövde dessa komplexa insatser flexibilitet och öppenhet för många olika situationer och aktörer.

Regionernas val av mer komplexa insatser visar också på ett behov av ett mer patient- eller personcentrerat förhållningssätt från vårdpersonalens och vårdorganisationens vägnar, samt en flexibilitet i samarbetet med andra organisationer utanför vården. Komplexa interventioner innehöll också komplicerade och enkla element som med tiden kan bli mer bekanta och mindre komplexa än under den inledande utvecklingsperioden. Valet att använda komplexa interventioner kan också indikera att det finns en mer mångfacetterad syn på de problem/behov som interventionen ska ta itu med. Generellt användes komplexa interventioner för att rikta in sig på komplexa system med fler aktörer och olika organisationer involverade.

Det fanns indikationer på en process – från att initialt säkra en ömsesidig kunskapsbas som kan fungera som grund för vidare utveckling av relationen mellan vårdgivare och utlandsfödda kvinnor – till mer komplexa och krävande insatser med mer interaktion. Denna process kan naturligtvis vara densamma för inhemska kvinnor, där kunskap inte heller kan tas för given. Generellt har dock inhemska kvinnor exponerats mer för både information och erfarenheter av det svenska sjukvårdssystemet och den vård som erbjuds.

Antagandet bakom denna process eller sekvens är att mer kunskap kan öka förmågan att agera – i linje med begreppet egenmakt. Egenmakt ('empowerment') har definierats som "individers, grupper och/eller samhällens förmåga att ta kontroll över de egna omständigheterna, utöva makt och uppnå de egna målen, samt processen genom vilken de, individuellt och kollektivt, kan hjälpa sig själva och andra att maximera livskvaliteten [38, s. xvi]. Begreppet används inom hälsofrämjande metoder (och forskning) för att individer ska få större kontroll över beslut och handlingar som påverkar deras hälsa³⁹. Det senare ligger i linje med några av de nationella programmets ambitioner.

Kan det vara en framgångsrik strategi att säkerställa, med olika insatser, att det finns tillräcklig kunskap bland både personal och utlandsfödda kvinnor (t.ex. om sjukvårdssystem och tjänster, kvinnors hälsa och hälsofrågor samt åtgärder för att främja hälsa), för att stärka deras förmåga att agera – och sedan införa mer komplexa insatser som kräver större engagemang av kvinnorna, vårdpersonalen och organisationen?

Om det förväntas att lärande och mer kunskap (individuellt eller i grupp) kan ge utlandsfödda kvinnor möjlighet engagerade sig mer i sin egen vård och potentiellt bli mer av en medskapare av vården, hur kan lärande- och egenmaktsprocesser initieras, stödjas och upprätthållas? Studier av hälsofrämjande aktiviteter som fokuserar på egenmakt har visat på vikten av att använda aktiva lärandeaktiviteter, visualiseringsverktyg för självreflektion och att låta deltagarna påverka aktiviteter⁴⁰. Exempel på aktiviteter som fokuserade på kunskap och lärande beskrevs av regionerna, till exempel skapandet av hälsoskolor, kunskaps- och förbättringscentra, nya samarbeten, nya mötesplatser baserade på platserna där kvinnorna samlas, samt användning av sociala grupper. Dessa insatser var exempel på mindre standardiserade metoder. Att skapa en social miljö som stärker den medfödda förmågan genom att utöka kunskap, makt och erfarenhet är det som betecknar egenmakt⁴¹. Det fanns också insatser för att förbättra information genom visualisering via filmer, bilder och bildspel, ibland tillgängliga via i-Pads. Det fanns mindre information om effekterna av de regionala insatserna som beskrevs i de årliga aktivitetsrapporterna – trots att det uttryckligen efterfrågades. Om förändrat beteende hos utlandsfödda kvinnor är ett av målen så förväntas egenmakt ge individen större yttre kontroll, inre kapacitet och självförtroende som möjliggör att yttre hinder för tillgång till resurser kan övervinnas eller traditionell ideologi förändras⁴². Effekter kan mätas med subjektiva data medan faktiska beteendeförändringar hos en grupp individer också kan bedömas – dock kan även andra kända och okända faktorer liksom kombinationen av aktiviteter bidra till förändringar i individers och grupper beteende, vilket gör det svårare att definiera vad som fungerar för vem och när.

För att adressera sociala faktorer som påverkar hälsa och minska diskriminering av utlandsfödda kvinnor har en personcentrerad, högkvalitativ vård som säkerställer kontinuitet och som inkluderar aspekter av kulturell kompetens och traumamedvetenhet föreslagits som en lösning¹¹. Denna studie ger exempel på hur problem och utmaningar med att ge god vård till utlandsfödda kvinnor uppfattas, och med vilka typer av insatser de hanterats inom de svenska regionerna. Personcentrerad vård har på nationell nivå i Sverige betonats som en lösning på många problem och utmaningar. De flesta av de komplexa interventionerna riktade sig mot organisationsnivå samt mot andra aktörer i det bredare välfärdssystemet. De matchade de komplexa interventionerna med välfärdssystemets komplexitet i allmänhet, särskilt för utlandsfödda. De komplexa insatser som beskrivs kan ses som försök att ändra fokus från att erbjuda (främst) standardiserad vård som passar vissa men inte alla kvinnor – till att erbjuda mer individuella lösningar med ett mer holistiskt perspektiv baserat på bättre interaktion med och förståelse av kvinnor i olika situationer och från olika kulturella bakgrunder.

Interventionerna som beskrivs i denna studie är relaterade till normativa råd i tidigare forskning¹¹, såsom användning av tolkar (i detta fall kulturdoulor med mer omfattande uppdrag); myndighetsoberoende arbete (involvering av andra organisationer inom välfärdssystemet); att respektera och tillgodose relevanta traditionella eller kulturella sedvänjor (att öka den kulturella kunskapen bland personalen) Fair et al.¹¹ betonar behovet av mer forskning och vidare utforskning av behoven hos olika migrantpopulationer som grund för skraddarsydd insatser. Komplexa insatser som involverar många aktörer och som korsar organisationsgränser innebär många utmaningar. Bland annat förlitar de sig på att människor kan samarbeta och ta sig an gränsöverskridande utmaningar, roller och kunskapsförmedlande uppgifter och strategier⁴³⁻⁴⁵. För nyckelaktörer med makt att fatta beslut är utmaningen att få och skapa en förståelse för systemens, problemens och interventionernas komplexitet – så att tidsramar och resurser kan anpassas för att passa både situationen och interventionen.

Vi har i denna studie inte fokuserat på de indikatorer som programmet använde för att bedöma utfallen i sina målområden. Ett exempel på de nationella indikatorerna för jämlik vård som används för att visa framsteg inom programmet är andelen utlandsfödda kvinnor som besökte mödravård för en hälsokontroll efter förlossningen, vilket har ökat från 69,6 % 2015 till 80,2 % 2019 [46]. Att bedöma utfall av förbättringsinsatser inom mödravården baserat på medicinska eller kliniska resultat kan dock vara svårt utan förståelse för de specifika interventionerna och processen för att genomföra dem [18]. Mer kunskap om förändringsprocessen kan underlätta val och anpassningar av insatser som syftar till att öka jämlik vård och hälsa bland olika befolkningar.

Slutsatser

Målet med svensk sjukvård är god hälsa och vård baserad på lika villkor för hela befolkningen. Detta har ännu inte uppnåtts eftersom det finns grupper i samhället som inte fullt ut drar nytta av 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.

Denna studie försökte ge ytterligare dimensioner i beskrivningen av insatser för att förbättra hälsa och vård för utlandsfödda kvinnor i Sverige ur ett makro-/meso-perspektiv. Att ta itu med regioners problemfokus, huvudmål och komplexitetsnivån i deras valda insatser hjälpte oss att bättre förstå de regionala vårdgivarnas handlingsstrategier inom ramen för det nationella förbättringsprogrammet.

Vi drar slutsatsen att det är viktigt att säkerställa 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 vårdpersonal samt tillgängliga kommunikationskanaler och arenor, säkerställs innan komplexa insatser sätts. Alternativt kan enklare interventioner integreras i komplexa interventioner i

en process som kan förstärka de avsedda förändringarna. Detta är förslag både för praktiker när man försöker förbättra den nuvarande situationen, samt för forskare som är intresserade av empiriska studier. Framtida studier som kan ge fler empiriska exempel på interventioner med blandad komplexitet och även adressera deras effekter kan ge mer kunskap om hur komplexa problem och behov kan hanteras med skraddarsydd interventionspaket som bättre passar olika målgrupper, särskilt de som är svårare för vården att nå.

6:1 Referenser

1. UNHCR 2020, Global trends forced displacement in 2019. <https://www.unhcr.org/5ee200e37.pdf>. Accessed 10 March 2021.
2. McAuliffe M, Triandafyllidou A. *World Migration Report 2022*. International Organization for Migration (IOM) Geneva. ISBN 978-92-9268-076-3.
3. Davidson N, Hammarberg K, Romero L, Fisher J. Access to preventive sexual and reproductive health care for women from refugee-like backgrounds: a systematic review. *BMC Public Health*. 2022;22(1):403. doi: 10.1186/s12889-022-12576-4.
4. Rosano A, Dauvin 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.
5. 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.
6. Rade DA, Crawford G, Lobo R, Gray C, Brown G. Sexual Health Help-Seeking Behavior among Migrants from Sub-Saharan Africa and South East Asia living in High Income Countries: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7).
7. 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.
8. Åkerman E, Larsson EC, Essén B, Westerling R. A missed opportunity? Lack of knowledge about sexual and reproductive health services among immigrant women in Sweden. *BMJ Sex Reprod Health*. 2019;19:64-70.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Rasch V, Gammeltoft T, Knudsen LB, Tobiassen C, Ginzel 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.
15. Helström L, Odland 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.
16. 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.
17. 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.
18. Millde Luthander C, Källén K, Nyström ME, Högberg U, Håkansson S, Härenstam KP, Grunewald C. Results from the National Perinatal Patient Safety Program in Sweden: the challenge of evaluation. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016;95(5):596-603. <https://doi.org/10.1111/aogs.12873>
19. Nyström ME, Höög E, Garvare R, Weinehall L, Iwarsson 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. doi: 10.1108/JOCM-08-2012-0132
20. Trubek DM, Cottrell MP, Nance M. (2005). "Soft Law", "Hard Law", and European Integration: Toward a Theory of Hybridity. Univ. of Wisconsin Legal Studies Research Paper, (1002). https://media.law.wisc.edu/s/c_8/zy5nj/hybriditypaperapril2005.pdf. Accessed 31 August 2021.
21. Statistics Sweden scb.se Accessed 31th of March 2022 (scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/).
22. SFOG - Svensk förening för obstetrik och gynekologi, *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa*. Published 2008, updated web version 2016, Stockholm, <https://www.sfog.se/media/18379/Info%2059.pdf>. Accessed 17 November 2021.

23. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science - the challenge of complexity in health care. *BMJ*. 2001;323(7313):625–8.
24. Greenhalgh T, Papoutsi C. Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Med*. 2018; 16(1):1-6. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1089-4>
25. Glouberman S, Zimmerman B. *Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like?* (pp. 21-53). University of Toronto Press; 2002. https://secure.patientscanada.ca/sites/default/files/Glouberman_E.pdf. Accessed 31 August 2021.
26. 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.
27. Greenhalgh T. (2018). How to improve success of technology projects in health and social care. *PHRP*. 2018; 28(3:e2831815.
28. van Gemert-Pijnen JEWC, Nijland N, van Limburg M, Ossebaard HC, Kelders SM, Eysenbach G, et al. A holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies. *J Med Internet Res*. 2011;13(4):1–18.
29. Tolf S, Mesterton J, Söderberg D, Amer-Wählin I, Mazzocato P. How can technology support quality improvement? Lessons learned from the adoption of an analytics tool for advanced performance measurement in a hospital unit. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1-12.
30. Hawe P, Shiell A, Riley T. Complex interventions: how “out of control” can a randomised controlled trial be? *Br Med J*. 2004;328:1561-63.
31. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008; 337:a1655. doi:10.1136/bmj.a1655
32. 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. doi:10.1016/j.ssmph.2016.12.005
33. Storkholm MH, Mazzocato P, Savage C. Make it complicated: a qualitative study utilizing a complexity framework to explain improvement in health care. *BMC Health Serv Res*. 2019;19 (1);1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4705-x>
34. Vogt WP, Gardner DC, Haeffele LM. *When to Use What Research Design*. (Chapter 5 When to Use Archival Designs Literature Reviews and Secondary Data Analyses p. 86-102). New York, Guilford Press, 2012.
35. Evans R, Scourfield J, Murphy S. Pragmatic, formative process evaluations of complex interventions and why we need more of them. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69:925-926. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2014-204806>
36. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1277-1288.
37. Ghate, D. (2018). Developing theories of change for social programmes: Co-producing evidence-supported quality improvement. *Palgrave Commun*. 2018;4:1-13.
38. Adams R. *Empowerment, participation, and social work*. New York: Palgrave Macmillan, 2008.
39. World Health Organization, WHO. *Health Promotion Glossary 1998*. WHO, Geneva. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>. Accessed 10 September 2021.
40. Holmberg C, Larsson C, Korp P, Lindgren E-C, Jonsson L, Fröberg A, Chaplin JE, Berg C. 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. doi:10.1080/17482631.2018.1487759.
41. Hashemi S, Schuler S, Riley A. Rural Credit Programs and Women’s Empowerment in Bangladesh. *World Dev*. 1996; 24(4), 635–653.
42. Pinto CCG. *Representações e práticas do Empowerment nos trabalhadores sociais*. (Doctoral Thesis in the Social Sciences with specialization in Social Policy). 2011 Lisbon Technical University.
43. Hsiao RL, Tsai DH, Lee CF. Collaborative knowing: the adaptive nature of cross-boundary spanning. *J. Manag*. 2012;49(3):463-491.
44. Schlierf K, Meyer M. Situating knowledge intermediation: Insights from science shops and knowledge brokers. *Sci. Public Policy*. 2013;40(4):430–41.
45. 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. <http://dx.doi.org/10.1332/174426514X14098428292539>
46. Sveriges Kommuner och regioner. *Regionernas insatser för kvinnors hälsa 2020, Vården före, under och efter graviditet samt kvinnors hälsa i övrigt*. <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-959-0.pdf>. Accessed 17 November 2021.

6.2 STUDIE 8. Fokus på delar eller helhet vid utveckling av en sammanhållen vårdkedja

Monica Nyström, Sara Tolf

Sammanfattning

Studien analyserar hur Sveriges 21 regioner arbetade år 2020 med att skapa en sammanhållen vårdkedja före, under och efter förlossning, baserat på regionala aktivitetsrapporter inom ramen för den nationella satsningen på Förlossningsvård och kvinnors hälsa. Totalt identifierades 65 insatser, och analysen visar att många satsningar riktas mot att stärka länkarna mellan olika delar av vårdkedjan, snarare än att utveckla hela kedjan som ett sammanhållet system. Insatserna varierade i omfattning och få involverade många vårdverksamheter, majoriteten berörde 1–3 enheter. Fokus låg oftast på mödravård och förlossning/BB, medan neonatalvård, eftervård och specialistvård berördes i mindre utsträckning. Regionernas insatser kunde delas in i fem kategorier: 1) Kompetensförsörjning – rekryteringar, bemanningsökning, studielön, lönesatsningar, 2) Kompetenshöjning – utbildningar, kunskapshöjande insatser, patientinformation, 3) Stärka länkarna mellan vårdinstanser – eftervårdsrutiner, vårdkedjemöten, familjecentraler, case load-modeller, 4) Nya organisationer – nya mottagningar, multidisciplinära enheter, amningsmottagningar, transportorganisationer, och 5) Övriga mindre insatser – utrustning, förbättrad statistik.

Resultaten visar att regionerna arbetar brett, men att de flesta insatser är relativt enkla och ofta fokuserar på delar av vårdkedjan snarare än helheten. Forskning visar att integrerad vård kräver mer avancerad samverkan, delade strategier och långsiktiga strukturer – något som få av insatserna explicit adresserar. Slutsatsen är att regionerna genomförde många viktiga satsningar, men att skapa en sammanhållen vårdkedja kräver att fler delar av systemet kopplas samman, att ledningsstrukturer och samverkansmodeller utvecklas, och att tid och resurser avsätts för mer komplexa insatser. Studien understryker att en sammanhållen vårdkedja bygger på både basala förbättringar och mer avancerade, systemövergripande samarbeten.

Introduktion

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 från graviditet till eftervård¹. Detta kräver 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 få tillgång till de vårdenheter som kvinnan behöver vid multipla vårdbehov, både inom aktuell vårdkedja och för annan typ av vård.

Integrerad vård beskrivs som koordinerad och sömlös och motsatsen till fragmenterad vård och har definierats som: "säkrande av att erbjudna vårdtjänster kan ge människor ett kontinuum av insatser – från hälsofrämjande och förebyggande insatser, diagnos, och behandling, till 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"¹. Världshälsoorganisationen WHO understryker sin rapport om strategier för personcentrerad och integrerad vård¹ att om vården inte i högre utsträckning personcentreras och integreras kommer fragmenteringen att öka, effektiviteten minska, och det blir svårt att upprätthålla vårdens kvalitetsnivå. 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.

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

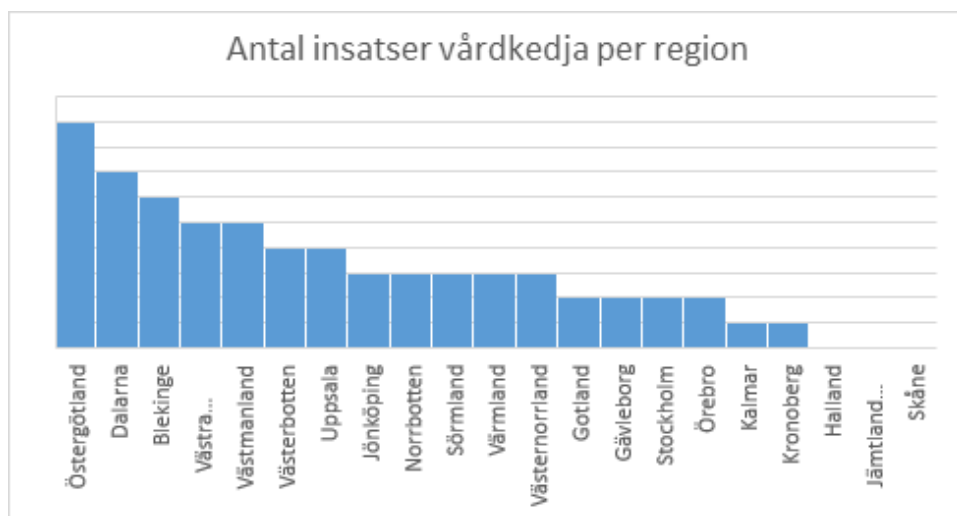
Syftet med denna delstudie är att undersöka och beskriva vilka typer av insatser som regionerna bedömer höra till arbetet med att säkerställa en sammanhållen vårdkedja, samt relatera dem till aktuell forskning. Genom studien kan vi få en förståelse för vad en sammanhållen vårdkedja betyder för de olika 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.

Metodik

Vid analysen har alla 21 regioners årliga aktivitetsrapporteringar för år 2020 gått genom, vilka även innehåller fleråriga insatser påbörjade före 2020. Vi har analyserat de insatser som regionerna markerat i inrapporteringsmallen som kopplade till strategin "säkerställa en sammanhållen vårdkedja". Konventionell innehållsanalys av beskrivningarna av dessa insatser har först genomförts av en forskare och sedan har dessa bedömningar gått genom tillsammans med ytterligare en forskare i en iterativ flerstegsprocess med ett konsensusförfarande. Resultat har sedan kopplats till forskning och modeller som rör inter- och intraorganisatorisk samverkan, involvering och integrerad vård.

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 6:2:1). Detta innebär inte att dessa regioner inte alls 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 6:2:1. 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 verksamhetsenheter och organisationer) som varje region uppgav visade att knappt en tredjedel (19 av 65) beskrev satsningar som involverade en organisation (se Tabell 6:2:1). 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 organisatoriska enheter eller 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 6:2:1. Antal organisationer inblandade i de regionala insatserna ed fokus på vårdkedjan.

Antal rapporteringar som uppger:	Verksamhetsenheter/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 för förbättrade övergångar mellan mödrahälsovård och förlossning/BB, eller förlossning/BB och BVC men även 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 stödsatser, 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 delen i mitten av vårdkedjan som rör graviditet och förlossning. En 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?

Vid analyserna av regionernas beskrivning av insatser och deras huvudfokus framkom fem kategorier: Kompetensförsörjning, Kompetenshöjning, Stärka länkar mellan vårdinstanser, Nya organisationer och Övriga insatser (Tabell 6:2:2). Detta ger en bild över vilka typer av insatser regionerna satsar på för att förbättra en sammanhållen vårdkedja

1) **Kompetensförsörjning** (n=20) har sitt främsta fokus på bemanning. Här ingår rekryteringar utifrån olika behovsbeskrivningar där vissa regioner kortfattat beskriver generell personalbrist och andra behov av generationsrekrytering eller behov 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 delegeras, t.ex. städning, till icke utbildad vårdpersonal för att frigöra mer patient-tid för vårdpersonal. Syftet och de förväntade resultaten av dessa insatser beskrivs dels röra bättre och mer personcentrerad vård för den gravida kvinnan och hennes familj, dels att skapa attraktiva arbetsplatser, förbättra arbetsmiljön och klara ett basalt behov 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) fokuserar på att höja kunskapen hos personal och patienter. Här ingår både utbildningspass för personal på en enhet, t.ex. rörande amning eller nya koncept så som HCRM, och 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 för att öka kunskap och kompetens kring behov och förbättringsmöjligheter. Det finns även insatser för 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 hos både personal och kvinnorna ska öka och att det ska leda 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) fokuserar på samverkan mellan olika vårdinstanser i vårdkedjan för att överbrygga glapp. Några insatser har fokuserat på länkningar 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.

Tabell 6:2:2. Kategorisering av regionernas insatser med fokus på vårdkedjan

Typ av insats, tema	Underkategorier
Kompetens-försörjning (bemanning) (n=19)	- 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)	- 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)	- 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 (Vnorrländ) - 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 (Vnorrländ)
Nya organisationer (n=8)	- Öppna obstetrisk mottagning för att skilja öppen och slutenvård (Jönköping) - Fokusprioriteringar 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, gastroenterolog, urolog, smärtläkare, rehabiliteringsläkare, onkolog, psykolog och fysioterapeut (Ögötland) - Ny antenatal-mottagning KK ViN öppnad i anslutning till förlossningen (Ögötland) - Läns-gemensam dysplasienhet för bättre och säkrare hantering av avvikande provsvar (Örebro) - Att utveckla samverkan med kommunen och hitta lösningar för en familjecentral på distans från VC (Vnorrländ)
Övriga enskilda insatser (n=2)	- Inköp av ytterligare CPAPER till Neonatalvården (Kalmar) - Utveckla arbetet i MHV förbättra statistik (Dalarna)

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 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. Andra exempel är införande av vårdkedjemöten där representanter från berörda vårdgivare/kliniker träffas för att se över vårdkedjan och vad som kan förbättras till exempel i informationsflödet mellan vårdgivare. En insats handlar om att ta fram gemensamma och långsiktiga effektmål för samtliga verksamhetsområden involverade i vårdkedjan (mödrahälsovård, 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 i stället 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) 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 ansågs kunna öka patientnöjdheten, patientsäkerheten och förbättra arbetsmiljön. Öppnandet av en fokusmottagning 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 inneliggande patienter på förlossningen vilket leder till förbättrad patientsäkerhet och bättre arbetsmiljö, samt ökad barnmorske- och läkarbemanning.

Diskussion

De regionala insatserna fokuserar på till stor del på samarbete och samverkan inom en eller mellan flera organisationer. Forskning om inter- och intraorganisatorisk samverkan och integrerad vård kan bidra till att förstå resultaten och/eller arbeta vidare. Vi utgår här 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 vårdiscipliner². Resultaten visar att det pågår många satsningar i landet som fokuserar på detta - dock kan våra data inte visa effekter eller hur framgångsrika dessa insatser är då det sällan rapporteras

i aktivitetsrapporterna trots att det efterfrågas. Det kan bero på svårigheter att mäta utfall och effekter av komplexa insatser, något som kräver både kunskap och avsatta resurser. Det finns också en viss ovana att genomföra processutvärderingar inom hälso- och sjukvården. Det är mer vanligt att "hårda" utfall mäts t.ex. via indikatorer i kvalitetsregister. Det kan även ta relativt lång 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 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 interorganisatorisk samverkan inom hälso- och sjukvården misslyckas och det är en stor administrativ utmaning att implementera dessa samverkansförsök³.

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 interorganisatoriska samverkansformer (t.ex. utförarnätverk) och även till marknadsorienterade former av samverkan³.

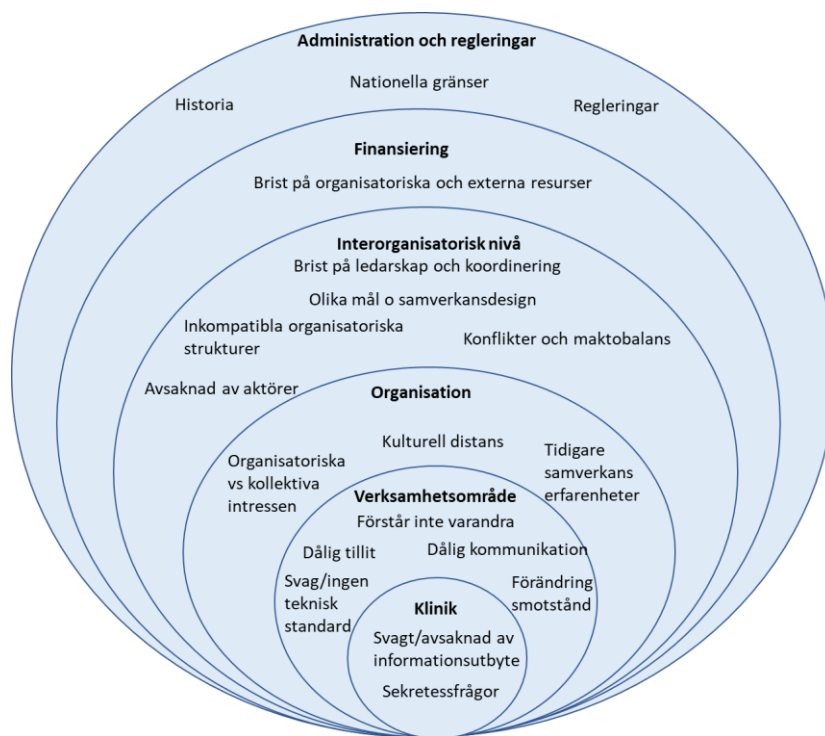
McGullough med kollegor⁴ beskriver vanliga hinder och framgångsfaktorer för samverkan inom en och samma organisation inom hälso- och sjukvården. I Tabell 6:2:3 listas faktorer som underlättar och hindrar samverkan mellan enheter inom samma organisation.

Tabell 6:2:3. Faktorer som underlättar och hindrar samarbete mellan enheter inom samma organisation⁴

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

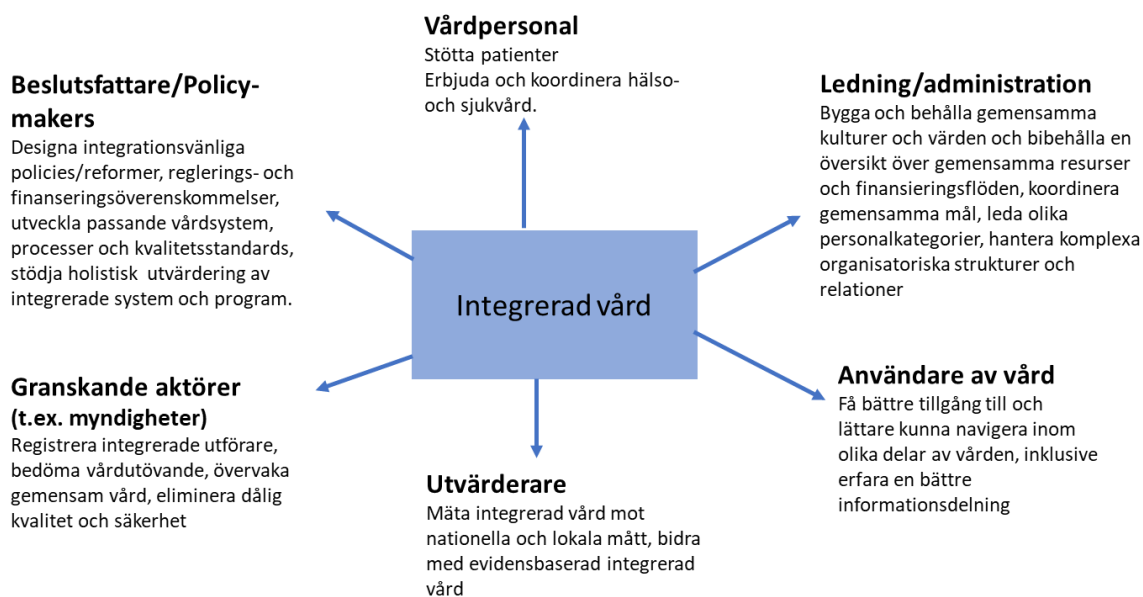
När det gäller samverkan mellan olika organisationer inom hälso- och sjukvård så har Auschra³ gått genom forskningen för att sammanställa de främsta hindren och barriärerna för interorganisatorisk samverkan. Här används ett ramverk de olika hindren/barriärerna placeras i en systemmodell - från hinder som kan uppstå på klinik-/avdelningsnivå till hinder på nationell nivå där t.ex. som olika regelverk och lagar kan påverka nationella samarbeten.

Flera av de insatser som regionerna rapporterat passar in i de olika ringarna i ramverket i Figur 6:2:2. 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.



Figur 6:2:3. Ramverk över hinder och barriärer för integrerad vård i interorganisatoriska sammanhang (fritt översatt från Auschra, et al.³).

Det finns ingen enhetlig definition av integrerad vård som är generellt accepterad. Världshälsoorganisationen WHO har beskrivit integrerad vård och vad som kan behövas genomföras utifrån olika aktörers perspektiv⁵ (se Figur 6:2:4). Vi ser att insatserna till stor del fokuserar på relativt enkla former av integrering för att åstadkomma en sammanhållen vårdkedja. Dessa insatser ger en viktig bas, men för att samverkan verkligen ska ske krävs ofta mer avancerade insatser och att flera typer av aktörer drar åt samma håll.



Figur 6:2:4. Beskrivning av integrerad vård kopplad till olika aktörer (anpassat efter WHO⁵)

Det finns en hel del kunskap om hur man kan hantera komplexa strukturer och relationer som beskrivits i forskningslitteratur att koppla resultaten till. McGullough och kollegor⁴ som beskriver faktorer som försvårar respektive underlättar implementering av integrerad vård (se Tabell 6:2:3). 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 detta finns ofta inte inom vården. Det kan även saknas utvecklade ledningsstrategier eller kunskap om systemets komplexitet, en avsaknad som 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.

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 tillgänglig⁶. 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.⁶ 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.

6:2 Referenser

1. 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.
2. Ferrer L, Goodwin N. What are the principles that underpin integrated care? *Int J Integr Care*. 2014;14(4): 1–2.
3. Auschra C. Barriers to the integration of care in inter-organisational settings: a literature review. *Int J Integr Care*. 2018 Jan;18(1):5.
4. 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.
5. 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.
6. 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.

6.3 STUDIE 9. Mångdimensionella förbättringsinsatser – Regionala insatser koppling till personalens arbetssituation

Monica Nyström, Sara Tolf, Mariel Taxén

Sammanfattning

Studien analyserar 740 rapporterade insatser från Sveriges 21 regioner (2021–2022) för att förstå hur de arbetar med kompetensförsörjning, personalens arbetssituation och organisatorisk utveckling inom förlossningsvård och kvinnors hälsa. Tre huvudteman identifierades: 1) Personal – Individ (28% av insatserna): utbildning, kompetenshöjning, praktisk träning och lärandeaktiviteter; 2) Personal – Organisation (26%): bemanningsförstärkning, arbetsmiljöarbete, vidareutbildning med studielön, rekryteringsinsatser och ekonomiska incitament; 3) Organisation (43%): utveckling av arbetssätt, nya mottagningar, digitalisering, implementering av nationella riktlinjer, preventionsarbete och samverkan. Majoriteten av insatserna riktas mot organisation och verksamhetsutveckling, men över hälften har direkt påverkan på personalens situation.

Några centrala iakttagelser är att regionerna har skilda förutsättningar och rapporterar insatser på olika sätt, vilket försvårar jämförelser. Bemanningsbristen är genomgående och många insatser försöker antingen öka eller behålla personalstyrkan. Utbildning och kompetenshöjning är mycket vanligt förekommande, men få insatser tar ett helhetsgrepp om strategisk kompetensförsörjning. Organisatoriska förändringar – såsom nya team, digitala arbetssätt, omstrukturering av flöden och nya mottagningar – påverkar både arbetsmiljö och kompetensbehov. Ledarskapets roll betonas i forskning, men relativt få insatser riktas specifikt mot ledare. Det är svårt att se om regionerna arbetar utifrån sammanhållna strategier, eftersom många insatser beskrivs isolerat.

Vår slutsats är att kompetensförsörjningsområdet behöver både förstås och angripas ganska brett – det räcker inte att arbeta med personalrekrytering och introduktion. Regionerna genomför många insatser som stärker utbildning, arbetsmiljö och organisation, men en långsiktigt hållbar bemanning kräver koordinerade, strategiska och flernivåbaserade insatser. Organisation, arbetsmiljö, kultur, ledarskap och lärande behöver hållas samman för att stärka personalens förutsättningar att stanna kvar och utvecklas.

Introduktion

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

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

Utmaningen med kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården

Bristen på vårdpersonal håller på att bli alarmerande hög över hela världen. Världshälsoorganisationen rapporterar en förväntad global brist på 17,4 miljoner sjuksköterskor, läkare, barnmorskor och andra vårdyrken år 2030¹. Det råder idag brist på flera av de legitimerade sjukvårdsyrkena inom den svenska hälso- och sjukvårdssektorn. Enligt Socialstyrelsens bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad sjukvårdspersonal² har samtliga 21 regioner rapporterat brist på grundutbildade sjuksköterskor, specialist-sjuksköterskor, röntgensjuksköterskor och barnmorskor. Jämfört med 2021 bedöms personalbristen ett år senare ha förvärrats i majoriteten av regionerna gällande grundutbildade sjuksköterskor, specialist-sjuksköterskor och röntgensjuksköterskor. Statistikmyndighetens prognos³ visar att bristen på utbildad sjukvårdspersonal är ett problem som kommer att bestå, eller tillta, fram till år 2035. En växande befolkning och en allt högre andel äldre kommer att innebära ökade krav på tillgång till hälso- och sjukvård, och särskilt stor väntas bristen på specialistsjuksköterskor att bli.

Sjuksköterskor och barnmorskor står för 50 % av dessa brister^{1,4}. Situationen beror delvis på demografiska utmaningar, t.ex. ökad efterfrågan på hälso- och sjukvård, pensionsavgångar och färre människor i arbetsför ålder¹. En annan viktig orsak till personalbrist är att allt fler själva beslutar att avsluta sina anställningar inom professionen och/eller inom vården^{5,6}. I en studie av 12 europeiska länder var 1 av 5 sjuksköterskor missnöjda med sina jobb och mellan 19 och 49 procent hade för avsikt att sluta⁷. Fem år efter sjuksköterske-examen i Sverige uppger 20 procent att de har för avsikt att lämna yrket⁸, medan 25 procent av barnmorskorna slutade 2020⁹. I en undersökning ansåg 68 procent av barnmorskorna i 93 länder att deras arbetsplats var underbemannad¹. Barnmorskor lämnar arbetsplatsen på grund av en negativ utveckling av egenmakten som barnmorska¹⁰, brist på professionellt erkännande från läkarkåren och erkännande för deras bidrag till vården av födande kvinnor¹¹, hög arbetsbelastning, otillräckligt professionellt stöd och utmanande kliniska situationer¹². Svenska barnmorskor lyfter fram hög arbetsbelastning, arbetstider och arbetsmiljö som skäl till att faktiskt sluta eller ha som avsikt att sluta⁹.

Situationen är alarmerande, och behovet av att ta hand om personal som fortfarande arbetar inom hälso- och sjukvården har poängterats. I en bransch som redan lider av brist är det ofta svårt att ersätta anställda (9). Hög personalomsättning kan ha negativa effekter på vårdkvalitet, t.ex. ökande andel medicinska fel och ökad dödlighet, minskad vårdkontinuitet och ökat missnöje hos patienter. Frivillig personalomsättning kan även leda till minskad produktivitet, personalbrist och finansiella kostnader^{6, 13–18}.

År 2023 resulterade Inspektionen för Vård och Omsorgs (IVO) nationella sjukhustillsyn i kritik av samtliga 27 inspekterade sjukhus för bristande patientsäkerhet till följd av för få vårdplatser¹⁹ på grund av personalbrist, framför allt brist på sjuksköterskor. Flera av de granskade sjukhusen har beskrivit utmaningarna med att behålla personal, och att den stora personalomsättningen gör att erfarenheten och kompetensen blir lidande, vilket bl.a. lett till långa väntetider, överbelastade akutmottagningar, och att patienter inte fått vård i tid. Inom förlossningsvården har underbemanning lett till att kvinnor fått föda utan tillräcklig övervakning och stöd, och att personalen har arbetat under stor stress och press. IVO bedömer att lägstanivån för patientsäkerhet är för låg.

I en ny rapport från 2023²⁰ beskriver Myndigheten för vård och omsorgsanalys förlossningsvårdens fortsatta svårigheter att bemanna verksamheterna. Svårigheterna förklaras till viss del av ett ökat vårdbehov, och fler induktioner med långa förlossningar. Samtidigt påpekar myndigheten att regionerna sällan följer och upp och utvärderar sina insatser, vilket gör det svårt att säga något om deras effektivitet.

Forskning om faktorer och insatser som påverkar frivillig personalomsättning

Faktorer som påverkar personal att stanna kvar på en arbetsplats har ofta studerats i kombination med faktorer som påverkar personalomsättning, de är ofta två sidor av samma mynt. En nyligen genomförd forskningsgenomgång lyfter fram arbetstillfredsställelse, karriärutveckling och balans mellan arbete och privatliv som de viktigaste påverkansfaktorerna på bibehållandet av personal¹⁸, andra studier visar på ytterligare faktorer.

Individuella faktorer som påverkar att vårdpersonal stannar kvar är god hälsa, hög egen-effektivitet, hög emotionell intelligens och längre erfarenhet av yrket^{18,21}. Flera studier visar att organisatoriska faktorer påverkar personalomsättningen. För sjuksköterskor är det viktigt att ges möjlighet till autonomi och att få syssla med kärnan i sjuksköterskeyrket. Flexibilitet i arbetsschemat, bra lön och belöningar, kontinuerliga möjligheter till utveckling och utbildning samt positiva karriärerfarenheter påverkar bibehållandet av både sjuksköterskor och läkare positivt^{18,22}. Arbetsförhållanden, såsom god infrastruktur, tillräcklig bemanning, minskad administrativ börda, patientnöjdhet och upplevd hög vårdkvalitet är viktigt, liksom bra socialt stöd och balans mellan arbete och privatliv. Både sjuksköterskor och läkare drar nytta av sociala kollegor, ömsesidig respekt och god kommunikation på arbetsplatsen, och uppskattning från chefer och kollegor. En god arbetsmiljö, organisatoriskt förtroende och högkvalitativt ledarskap (kännetecknat av att vara autentiskt, optimistiskt och etiskt), gör skillnad. Inkluderande ledarskap främjar samarbetsinriktade arbetsmiljöer, med psykologisk trygghet som en medierade individuell faktor^{23,24}. För sjuksköterskor har god kommunikation, en bra interaktion med chefer, en miljö som involverar sjuksköterskor i beslutsfattande som påverkar patientresultat samt en stödjande kultur för kvalitetsförbättring visat sig påverka att man stannar kvar^{5,18,22}.

Studier av förhållanden som underlättar arbetssituationen för barnmorskor i Sverige lyfter fram tre organisatoriska förutsättningar: 1) synliggörande av barnmorskeyrket, dvs. tydliggörande av ansvar och roller; 2) organisatoriska resurser, dvs. tillräckliga personal- och tidsresurser; 3) en reflekterande och lärande miljö, dvs. konstruktiv kommunikation och anpassningsförmåga, öppenhet och jämlikhet bland de interprofessionella teamen²⁴.

Åtgärder för att behålla personal i hälso- och sjukvården. Även om litteraturen är omfattande när det gäller att identifiera en mängd olika faktorer som påverkar personalomsättning så finns det relativt få studier som utvärderar effekten av initiativ för att få vårdpersonal att stanna^{6,25}. Det finns studier som visat positiva effekter av introduktionsinsatser som mentorskap och övergångsprogram, t.ex. en statistiskt signifikant förbättring av kvarstannande under övergången från sjuksköterskeutbildning till arbetsliv²⁶. Interventioner om hur man hanterar höga stressnivåer genom gruppdynamiska interventioner, egenvårdsaktiviteter, förändrad egen-effektivitet och reflekterande praktik påverkar kvarstannande²⁶. Interventioner med fokus på social arbetsmiljö och kollegiala relationer nämns ofta som viktiga för lyckade utfall^{12,27}. Investeringar i teamarbete och multiprofessionella metoder lyfts fram, med särskilt fokus på relationer mellan sjuksköterska och läkare^{12,27}. För att behålla äldre sjuksköterskor är det effektivt att använda teamorienterade insatser och individuellt riktade strategier¹². Interventioner som fokuserar på lärande, utbildning och karriärutveckling är vanliga, men måste kombineras med en känsla av vitalitet (att känna sig energisk) för att undvika risk för personalomsättning då man söker sig till mer vitala arbetsplatser^{12,22,28}. Sjukhusen i Europa anses inte ha gjort tillräckliga investeringar i livslångt lärande för sjuksköterskor⁷.

Ledarskaps- och chefsinterventioner lyfts ofta fram som viktiga strategier för att behålla personal. Effekten på behållande av personal varierar dock^{21,25,29}. Sjuksköterskechefer som främjar en bättre arbetsmiljö, tar sig tid att möta individers behov, utövar ett inkluderande ledarskap, lyfter personalens åsikter, låter personalen påverka beslut om organisationsutveckling och skapar organisatoriskt engagemang är avgörande för att behålla personalen^{23,30,31}. Det är viktigt att skapa strukturer för att stödja och underlätta för ledare²⁷. Tillräcklig tillgång på personal och tillhandahållande av extra resurser, t.ex. löner, kan i vissa fall påverka bibehållandet av

personal (29). För chefer är det viktigt att hitta sätt att identifiera och bli medvetna om varför anställda vill sluta, för att kunna genomföra nödvändiga åtgärder²⁴.

Sammanfattningsvis återfinns i studier många liknande faktorer som påverkar vårdpersonalens beslut om att sluta respektive att stanna kvar. Det finns få studier som fokuserar på strategiska, sammanhängande tillvägagångssätt för att behålla personal, dvs. att kombinera olika initiativ som är skräddarsydda för en hälso- och sjukvårdsorganisations särskilda behov^{21,25}. Det saknas också kunskap om vilket inflytande som policy- och organisationsnivåer kan ha på bibehållandet av personal, även om behovet av åtgärder på flera strategiska nivåer (sjukhus, verksamhet, regional och nationell nivå) upprepade gånger har efterlysts³².

Metodik

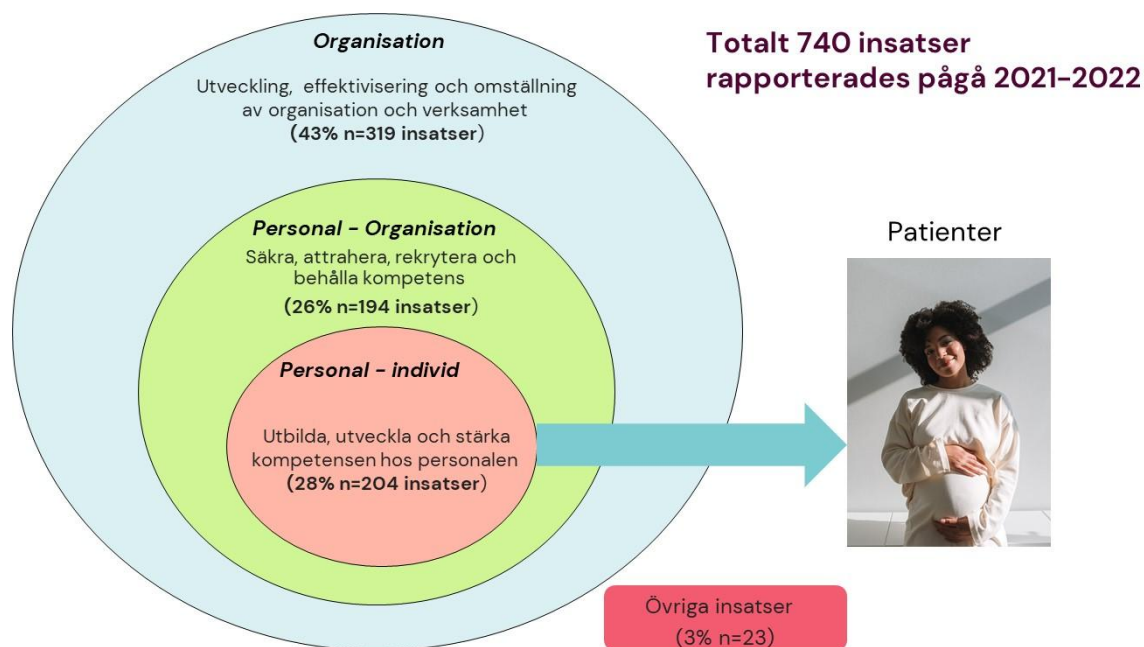
Studien bygger på all information om inrapporterade insatser i regionernas årliga aktivitetsrapporter för åren 2021 och 2022. Två forskare har kategoriserat materialet med hjälp av traditionell innehållsanalys³³, vilket sedan stämts av med en tredje forskare allt för att säkra tillförlitligheten (reliabilitet och validitet) i analysen.

Metodmässiga restriktioner som behöver uppmärksammas: Mallen ändrades mellan 2021 och 2022 - syfte och mål är sammanslagna i 2022 års mall vilket skapat större otydlighet i vad som tolkats som mål och syfte och avsaknad av svar t.ex. målen beskrivs men inte syftet. Det finns en frihet i att avgränsa och organisera hur insatser beskrivs och här återfinns en variation mellan regioner som samlat insatser under teman och de som valt att beskriva alla insatser var och en för sig och mer detaljerat. Vi har försökt kompensera för detta i våra analyser men ev. kvantifieringar av antalet insatser *kommer inte att ge en rättvis bild – dock ger det en översiktlig uppfattning över vad man satsat på inom ramen för satsningen*. Det finns även frågor i mallen som saknar svar eller svar som ger väldigt övergripande och begränsad information, vilket påverkar analysen. Resultaten bygger på den skriftliga information som inrapporterats och som inte alltid ger en tydlig beskrivning av insatser som gjorts i realiteten. En kompletterande bild baserat på intervjuer och dokument ges i Studie 10.

Resultat

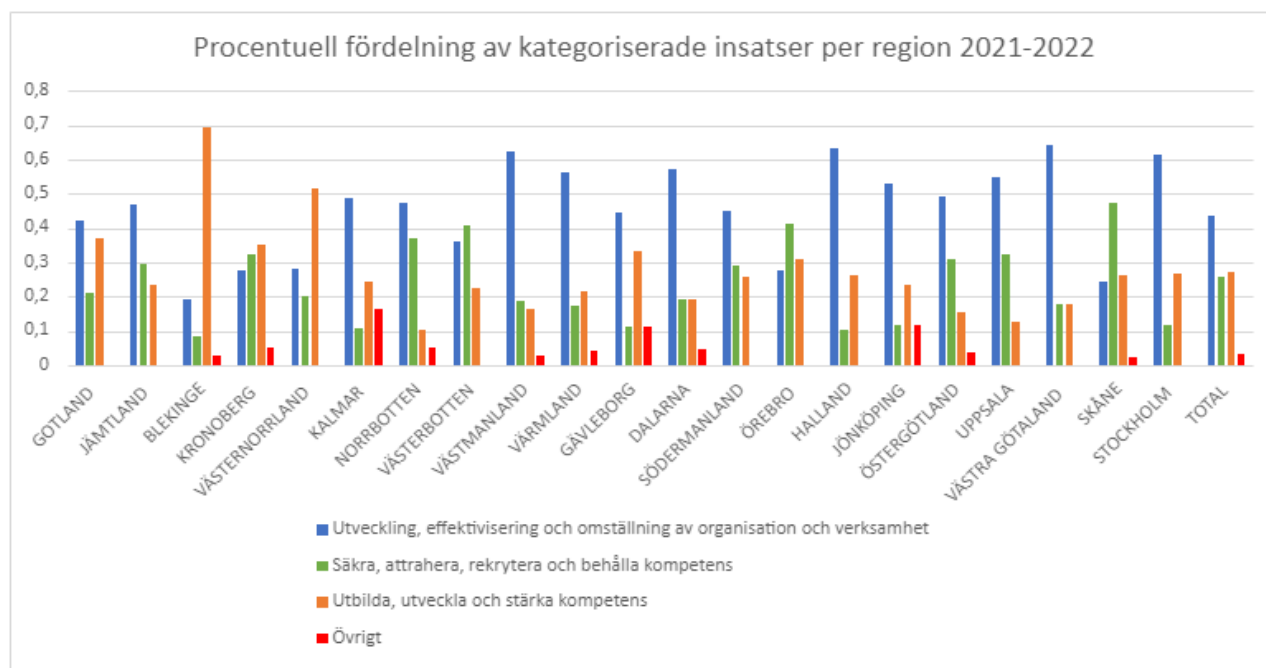
Regionerna har totalt rapporterat 740 insatser för åren 2021–2022. Insatserna har räknats som en insats även om de har pågått eller pågår över flera år. Regionerna har valt att rapportera insatser på olika sätt vilket spelar roll för hur många enskilda insatser som analyserats. Detta gäller speciellt de regioner som har sammanfört flera insatser under huvudteman för att skapa bättre överblick och struktur för sitt arbete. De blir då färre insatser och detaljer än om de skulle rapporterat dessa separat men ger i gengäld en övergripande förståelse för hur insatserna hänger ihop. Andra regioner har valt att rapporterat många detaljerade enskilda insatser. Vid innehållsanalysen strukturerades insatserna i tre huvudteman: insatser med fokus på organisation; personal; och en mix av personal och organisation (se Figur 6:3:1 och Figur 6:3:2).

Temaområdet Personal - Individ innehåller insatser för personal på individnivå genom att utbilda, utveckla och stärka deras kompetens (n=204). *Temaområdet Personal - Organisation* innehåller insatser riktade mot både organisation och personal t.ex. att säkra, attrahera, rekrytera och behålla kompetens (n=194). Dessa två teman, som direkt är relaterade till kompetensförsörjning, utgör tillsammans drygt hälften (54%) av regionernas insatser. Det största temaområdet är *Temaområde Organisation* som består av insatser som är riktade mot organisationen t.ex. genom att utveckla, effektivisera och ställa om organisation och verksamhet (n=319). *Övriga insatser* (n=23) utgör 3% av alla insatser och innehåller de insatser som inte innefattas ovanstående kategorier. De handlar om inköp av material (n=11), insatser särskilt relaterade till pandemin (n=2), och insatser som är fåordigt beskrivna eller inte beskriver någon aktivitet (n=9) samt en insats som inte kunde kategoriseras då den innehöll många olika sorters aktiviteter.



Figur 6:3:1. Överblick över hur regionernas insatser fördelar sig över tre övergripande temaområden

I genomsnitt har 43% av insatserna inom regionerna satsats på 'utveckling, effektivisering och omställning av organisation och verksamhet', 28% på 'utbilda, utveckla och stärka kompetens hos personal', och 26% på att 'säkra, attrahera, rekrytera och behålla kompetens'.



Figur 6:3:2. Överblick över variationen i val av insatsområden 2021-2022.

Fördelningen mellan typer av insatser kan dock skilja sig relativt mycket mellan regioner. Halland och Västra Götaland är de regioner som har satsat störst andel, 63% respektive 64%, av sina insatser på 'utveckling, effektivisering och omställning av organisation och verksamhet'. Blekinge urskiljer sig genom att ha satsat 69% av insatserna på att 'utbilda, utveckla och stärka kompetens hos personal'. Skåne är den region som har satsat den största andelen av insatserna, 47%, på att 'säkra, attrahera, rekrytera och behålla kompetens'. Nedan beskrivs varje temaområde och dess underkategorier i mer detalj.

TEMA Personal-Individ - Regionernas insatser för att utbilda, utveckla och stärka kompetensen hos personalen

Temat har finriktat på personalen och enskilda individers och grupper av individers kompetens. Här återfinns 204 insatser, 28 % av alla insatser. Fyra kategorier beskriver insatsernas fokus (Figur 6:3:3):

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

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



Figur 6:3:3. Översikt över insatser temat PERSONAL - Utbilda, utveckla och stärka kompetensen hos medarbetarna.

1. Utbildning och fortbildningsinsatser för att öka kompetens är den största kategorin med 121 insatser. Utbildningar tillhandahålls ofta internt men även universitetskurser förekommer. Här ingår utbildning i: 'Bäckebottenhälsa och förlossningsbristningar' n=18; 'Sexuell och reproduktiv hälsa' n=16; 'Psykosociala förlossningsförberedande insatser' n=16; 'Ultraljud' n=15; 'Våld- och könsstympning' n=12, 'Amning' n=10, 'Neonatalvård' n=4, och 'Övriga utbildningsinsatser' n=30. **Övriga utbildningsinsatser** är den största underkategorin vilket delvis beror på att den innehåller svårbedömda insatser då de beskrivs i allmänna termer t.ex. diverse utbildningsinsatser. Här finns även enstaka utbildningsinsatser beskrivna, t.ex. i tidig upptäckt av akut försämring hos en patient, i lyfteknik, i sjukdomsklassificering, samt CTG-utbildning.

De vanligast förekommande utbildningsinsatserna gäller *bäckenbottenhälsa och förlossningsskador* t.ex. i förebyggande av förlossningsskador, sutureringar av bristningar, uppföljning och strukturerad undersökning av bäckenbotten efter förlossning. *Sexuell och reproduktiv hälsa* handlar bl.a. om kompetenshöjande insatser på ungdomsmottagningar och inom mödrahälsovården, t.ex. utbildning om endometrios, preventivmedel, och inom sexologi för att kunna erbjuda bättre behandlingsmöjligheter till patienter med vulvasmärta. Här finns även utbildningsinsatser inom uroterapi. *Psykosociala förlossningsförberedande insatser* handlar bl.a. om utbildning i metoden "Föda utan rädsla", metoder för att ge stöd till den födande och motiverande samtal. Här finns även utbildning i akupunktur, något som kan erbjudas vid förlossning eller abort. En annan vanligt förekommande insats är *ultraljudsutbildningar*, riktade både till läkare och barnmorskor. För att säkra framtida kompetens inom området kopplas de till viss del till rekrytering, då nyrekryterad personal erbjuds specialisering inom området. Utbildning inom *Amning* beskrivs ofta beröra samtlig personal i vårdkedjan. Den ges till nyanställda, men även som regelbundna inslag till personalen via föreläsningar och webb-utbildningar. Inom detta område förekommer även universitetskurser. *Våld och könsstympning* handlar om att öka kunskapsläget om våld i nära relationer, sexuellt våld, och könsstympning. Utbildning inom *neonatalvård* handlar t.ex. om intensivvård för sjuksköterskor, utbildning av fysioterapeuter, eller av NIDCAP-observatörer. Det finns även exempel på uppdragsutbildning på 7,5 högskolepoäng via universitet.

2. Gemensamma aktiviteter/utbyten som stimulerar lärande innehåller 37 insatser. Här ingår 'Utbildningsdagar' n=18, 'Konferenser' n=15, och 'Hospitering och auskultation' n=4. *Utbildningsdagar*, även kallade tema-dagar, verksamhetsdagar, eller inspirationsdagar, är insatser där vårdpersonal samlas för att delta i kunskapsstimulerande aktiviteter inom olika områden. De har bl.a. behandlat neonatal vård, svåra samtal och psykisk ohälsa hos gravida/nyförlösta. En del har riktats till specifika personalgrupper, t.ex. undersköterskor inom kvinnokliniken (BUSK-dagar), personal på ungdomsmottagningar (FSUM), och läkare (utbildningsdagar i obstetrik och gynekologi). Vidare förekommer *konferenser* för vårdpersonal t.ex. barnmorskekonferens, SFOG-veckan, NJF kongress, teman rörande HBTQ, reproduktiv hälsa, och amning. *Hospitering och auskultation* ingår ibland som del av en större insats, men tre regioner rapporterade hospitering och/eller auskultation som enskilda insatser. Samarbete utanför region finns, där t.ex. Gotland beskriver hospitering för att få mängd-träning inom gyn-onkologisk omvårdnad, samt hospitering och kunskapsutbyte inom neonatalvård.

3. Utveckla och sprida ny kunskap innehåller 28 insatser. Här ingår 'Utbildning av instruktörer' n=14, 'Deltagande i forskning' n=7, och 'Forum för lärande och spridning av kunskap' n=7. *Utbildning av instruktörer* innehåller utbildningar inom metoden FUR (Föda utan rädsla) och FINE (arbetssätt för personal inom neonatalvården). Andra instruktörsutbildningar rapporterades inom CEPS, ALSO, och en insats innebar utfärdande av licenser för barnmorskor att ge instruktioner i vattengymnastik. *Deltagande i forskning* handlade till största delen om deltagande i forskningsstudier. Det fanns även en utvecklingsinsats som innefattade samverkan med ett universitet och en forskningstjänst för en barnmorska i slutenvården. En annan del handlar om olika *forum för lärande och spridning av kunskap*. Exempel är erfarenhetsträffar där man delger varandra goda exempel från amningsfrämjande arbete, BB-rond för ökat lärande, två barnmorskor vid partus för kunskapsöverföring, uppdatering av kunskap om endometrios till allmänläkare inom primärvården. I en region har det skapats ett nationellt kunskapscentrum för ett ovanligt och svårbehandlat sjukdomstillstånd (BPD) och i en annan lyfts insatser inom uppdraget om nationell högspecialiserad vård vid avancerad kirurgi för kvinnor som drabbats av förlossningsskador, där man även ansökt och fått extra medel.

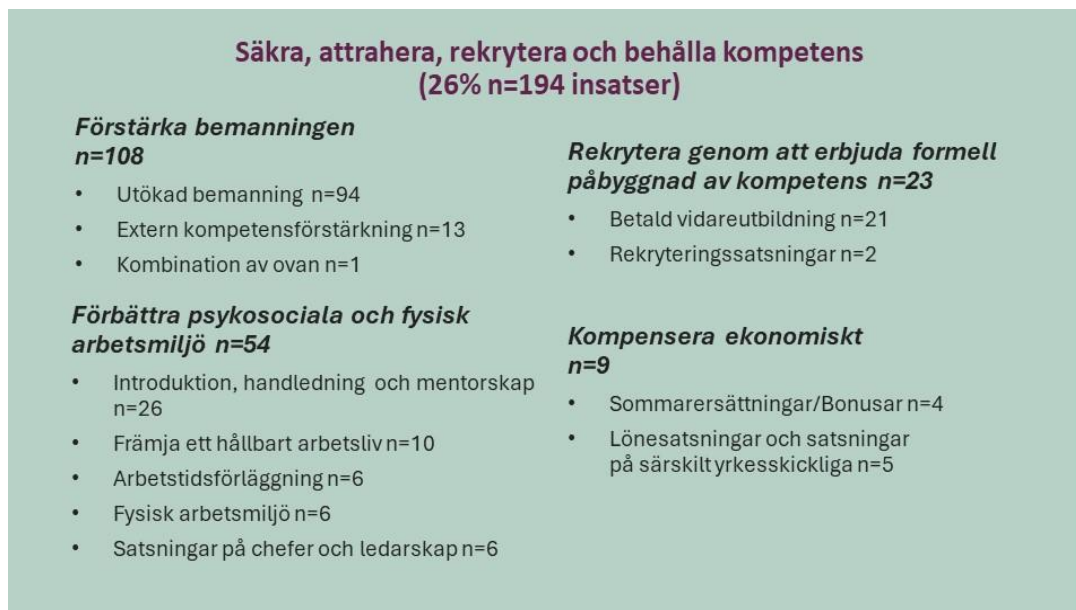
4. Främja kunskapsinhämtning och praktisk träning innehåller 18 insatser. Här ingår 'Praktisk träning' n=12, och 'Kunskapsplattformar' n=6. *Praktisk träning* innehåller oftast teamträning i akuta situationer, men även träning i nya metoder för kolposkopier, förlossningsskador, suturering vid bristningar, och användande av baby-slides i daglig praxis. *Kunskapsplattformar* handlar till största delen om tillgång till det digitala verktyget Gynzone, men även Amningsportalen som innehåller samlade dokument och riktlinjer, samt tillhandahållande av litteratur.

TEMA Personal-Organisation - Regionernas insatser för att säkra, attrahera, rekrytera och behålla kompetens

Temat har fokus på personal men innehåller insatser som initieras av beslutsfattare högre upp i organisationen och som påverkar omgivande faktorer, strukturer och processer kopplade till personal. Av regionernas totalt 740 insatser tillhörde 194 (26%) detta tema. Fyra kategorier av insatser identifierades (Figur 6:3:4):

1. Förstärka bemanningen

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



Figur 6:3:4. Översikt över insatser inom temat PERSONAL och ORGANISATION - Säkra, attrahera och behålla kompetens.

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

2. Förbättra psykosocial och fysisk arbetsmiljö är den näst största kategorin med 54 insatser. Här ingår 'Introduktion, handledning och mentorskap' (n=26); 'Främja ett hållbart arbetsliv' (n=10); 'Arbetstidsförläggning' (n=6); 'Fysisk arbetsmiljö' (n=6) och 'Satsningar på chefer och ledarskap' (n=6). *Introduktion, handledning och mentorskap* handlar om inskolning och introduktion av nya eller mindre erfarna medarbetare men innefattar även handledar- och mentorsutbildningar. Insatserna syftar till att personalen ska känna trygghet och arbetsglädje och vilja stanna på arbetsplatsen. Oftast är de riktade mot barnmorskor, men även mot läkare. I en region uppmärksammades att nyutbildade specialistläkare inom kvinnosjukvården inte haft möjlighet att utveckla sin kompetens att operera. Efter kartläggning av önskemål av kompetensutveckling genomfördes ett formaliserat operationsprogram där yngre kollegor får operera med erfarna kollegor.

Insatser för att *främja ett hållbart arbetsliv* innefattar aktiviteter för att främja ett hälsosamt arbetsliv. En region beskriver en insats för förbättrat psykosocialt omhändertagande av både patienter och personal med hjälp av nyrekryterade kurators och reflektionsgrupper för personalen. En annan har genomfört reflektion och handledning som ska hjälpa personal hantera psykisk ansträngning vid intensivvård av nyfödda, samt finna glädje i att utbilda nya

kollegor. Andra insatser är utvecklingsdagar i kommunikation och förbättrat team-arbete, eller med specifikt fokus på kommunikation mellan personal eller mellan personal och patient. Här återfinns en föreläsning om att som personal hålla hela arbetslivet ut. I en region genomfördes samtal med tidigare anställd personal för att kartlägga orsaker till personalomsättning samt kunna vidta åtgärder för att säkerställa en god organisatorisk och social arbetsmiljö, vilket resulterat i att man lockat tillbaka barnmorskor med hjälp av en individualiserad plan.

Arbetstidsförläggning handlar om förbättring av arbetsförhållanden genom införande av en ny arbetstids-förkortningsmodell, av poängmodellen som innebär rotationsersättning för "obekväma arbetspass" på förlossningen, upphandling av ett schemaläggningssystem som stöd vid verksamhetsplanering, införande av schemaläggare för att tillgodose att rätt kompetens finns på varje arbetspass. Här ingår även regionens deltagande i en pilotstudie av kapacitets- och produktionsplanering, ett valbart initiativ initierat inom ramen för satsningen. Insatser för den *fysiska arbetsmiljön* handlar om införskaffande av operations-lampor, hörselscreening-apparat, övervakningssystem och lustgasdestruktion vilka beskrivs förbättra personalens arbetsmiljö och även förbättra för patienter. *Satsningar på chefer och ledarskap* är en mindre underkategori som även kan relateras till den psykosociala arbetsmiljön. Det handlar om att anställa fler chefer och minska antalet medarbetare per chef men även delat ledarskap i förlossningsvården, vilket innefattat deltagande i en chefsutbildning.

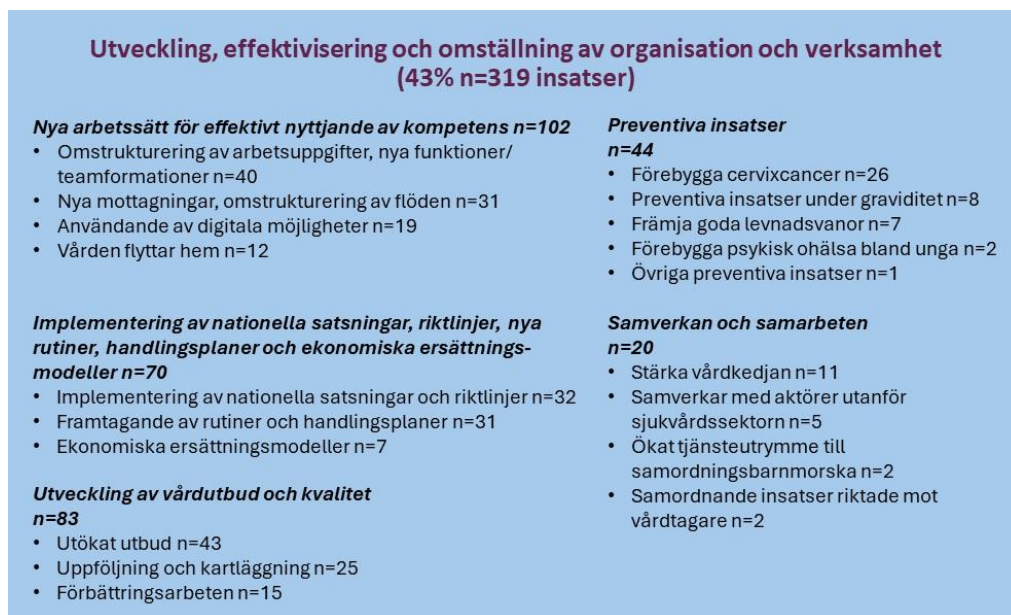
3. Rekrytera genom att erbjuda formell påbyggnad av kompetens innefattar 23 insatser. Här ingår 'Betald vidareutbildning' (n=21) och 'Rekryteringssatsningar' (n=2). Majoriteten av regionerna erbjuder någon form av *betald vidareutbildning* genom ekonomisk ersättning till sjuksköterskor som vidareutbildar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

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

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

Temat organisation är inriktat på att effektivisera arbetet och förbättra kvaliteten inom verksamheter och i den del av arbetet som direkt berör patienter. Insatserna inom detta tema handlar om 'Utveckling, effektivisering och omställning av organisation och verksamhet' (n=319). Dessa insatser utgör 43% av det totala antalet insatser. Majoriteten av regionerna (n=16) har satsat största andelen av sina insatser inom denna kategori. Fem kategorier av insatser identifierades (Figur 6:3:5):

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



Figur 6:3:5. Översikt över insatser temat ORGANISATION - Utveckling, effektivisering och omställning av organisation och verksamhet.

1. Nya arbetssätt för effektivt nyttjande av kompetens är en omfattande kategori som består av 102 insatser. Här ingår 'Omstrukturering av arbetsuppgifter, nya funktioner och teamformationer' n=40, 'Nya mottagningar och omstrukturering av flöden' n=31, 'Användande av digitala möjligheter' n=19, och 'Vården flyttar hem' n=12. Det handlar om hur organisationen kan nyttja och tillvarata kompetens på bästa sätt, vilket påverkar både patientarbete och personal. Här återfinns olika typer av organisationsutveckling som även påverkar personalens arbetssituation. De kan till exempel innefatta nya sätt att arbeta, men även tillsättning av tjänster och utbildningsinsatser. Således kan insatserna inom denna underkategori sägas beröra kompetensförsörjning ur ett flerdimensionellt perspektiv.

Omstrukturering av arbetsuppgifter, nya funktioner, och teamformationer är den största underkategorin med tre typer av förändringar. Den första, omstrukturering av arbetsuppgifter, innehåller inköp av vårdnära tjänster och administration, att se över hur olika professioner kan avlasta varandra, samt rotationstjänster. Vårdnära tjänster beskrivs av flera regioner i termer av servicevårdar eller servicemedarbetare. De innehåller uppgifter som städning, beställningar, livsmedelshantering och måltidsservice och avlastar vårdpersonal så att de kan fokusera på patientnära arbete. Insatser där vårdprofessioner avlastar varandra sker genom kompetensväxling för att optimera resursanvändandet och omfördelar uppgifter som kan utföras av någon annan t.ex. medicinska vårdadministratörer eller kanslisters som anställts för administrativa uppgifter vilket frigör barnmorskeresurser. Tre regioner beskriver barnmorskeledda abortmottagningar som frigör läkarresurser, vilket även är fördelaktigt för vårdtagaren som minskar antalet vårdkontakter. Att tillvarata fysioterapeuters kompetens förekommer, t.ex. genom att överlåta undersökningar av bristningar till dem, förstärka deras kunskap om bäckenbottenbesvär samt öka tillgången till fysioterapeuter i primärvården. Två regioner hade påbörjat utredning och utveckling av rotationstjänster för barnmorskor mellan öppen- och slutenvården, vilket kan leda till individuellt anpassade barnmorsketjänster med möjlighet till tjänstgöring inom hela vårdkedjan.

Nya funktioner innefattar i huvudsak kulturdoulor, kulturtolkar och hälsoinformatörer och kan ses som en strategi för mer jämlik vård. Minst fem regioner har satsat på detta och i en stor region erbjuds stöd på 32 språk. Kulturdoulan uppgift är att lotsa kvinnor och familjer med utomeuropeisk bakgrund inför, under, och efter förlossning. Några regioner beskriver svårigheter att nyttja kulturdoulans stöd fullt ut under pandemin, och två beskriver att denna funktion då nyttjades för att informera om Coronavirus och vaccin. Andra nya funktioner är stöd till personer som lider av könsinkongruens/könsdysfori, och en transportorganisation för nyfödda. Transporterna ska vara patientsäkra och bidra till god arbetsmiljö för personalen. *Nya teamformationer* innehåller skapande av multiprofessionella bäckenbotten-team där t.ex. kuratorer, barnmorskor, läkare, sekreterare, fysioterapeuter, och uroterapeuter ofta

ingår. Nya team har även skapats inom andra områden exempelvis kring vulvovaginala besvär, endometrios och inkontinens.

Nya mottagningar och omstrukturering av flöden beskrivs bidra till ökad patientsäkerhet, tillgänglighet och bättre arbetsmiljö för personal. Flertalet regioner beskriver utveckling av nya obstetriska mottagningar för att skilja på öppen- och slutenvårdspatienter. Detta förväntas förbättra patientens flöde samt bidra till god arbetsmiljö. En region tog tidigare emot gravida kvinnor som sökte vård före födseln på förlossningsavdelningen vilket blev rörigt. Personal har varit delaktiga i planering av en ny obstetrisk mottagning t.ex. avseende vilka patienter som ska tas emot, lokaler, och utrustning.

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

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

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

Användande av digitala möjligheter beskrivs i olika typer av insatser. Flera regioner utvecklar digitala tjänster, och flera är i bruk. Bland annat beskrivs digitala möten och kontroller under graviditeten, amningsmottagning och rådgivning online, barnmorska online på ungdomsmottagning, egenmonitorering av blodtryck via app, samt möjligheter för patienter att själv boka, avboka och omboka besök online. Satsningar har även gjorts på distans- och hemmonitorering. Inom neonatalvården finns möjlighet till digitala hembesök och uppföljningar. En region har satsat på en digital plattform för att digitalisera besök, men beskriver juridiska hinder och en viss ovilja till digitalisering bland personalen. En annan beskriver förhoppningar om att långväga patienter ska kunna ta prover på sin lokala hälsocentral kompletterat med digitala möten.

Vården flyttar hem handlar om insatser där patienter utför undersökningar eller får vård i hemmet i stället för på sjukhus. Tre regioner har satsat på neonatala hemsjukvård genom att för tidigt födda barn får vård i hemmet med stöd av personal från neonatalavdelningen. En annan beskriver utveckling av hemsjukvården för att underlätta vid långa avstånd till vården. Flera regioner arbetar för att kunna erbjuda induktion i hemmet vid lågriskgraviditet, vilket prövats under pandemin. I ett par insatser beskrivs tidig hemgång efter förlossning med uppföljande hembesök av barnmorska och undersköterska. Två regioner har satsat på att kunna ge ljusterapi i hemmet till barn som behöver.

2. Implementering av nationella satsningar, riktlinjer och nya rutiner, handlingsplaner och ekonomiska ersättningsmodeller består av 70 insatser och innehåller 'Implementering av nationella satsningar och riktlinjer' n=32, 'Framtagande av nya rutiner och handlingsplaner' n=31 samt 'Ekonomiska ersättningsmodeller' n=7. *Implementering av nationella satsningar och riktlinjer* innehåller återkommande aktiviteter för att skapa goda förutsättningar för att arbeta med satsningen dvs. tillsättning av kontaktpersoner, styr- och chefsgrupper, och/eller verksamhetsutvecklare som ansvarar för att samordna och projektleda satsningen samt sköta dess kommunikation. Inom implementeringen av nationella riktlinjer kring "nollseparation" mellan familj och nyfödd i behov av intensivvård beskrivs bland annat bildandet av arbetsgrupper som tagit fram rutiner och utvecklat arbetssätten, utbildning av personal, inköp av utrustning, samarbete mellan BB och neonatalvården, studiebesök, förbättringsarbeten och kontinuerlig uppföljning. Implementering av nya riktlinjer kring induktion beskrivs av flera regioner. En region beskriver att ställningstagande till induktion har inneburit utökad bemanning och ett behov av att utöka användandet av lokaler, en annan region har

skapat en mottagning för bedömning av gravida v41+0. Andra insatser handlar om att implementera nationella riktlinjer vid endometrios samt framtagande av rutiner för RhD-screening och NUFF-uppföljning.

Framtagande av rutiner och handlingsplaner rör främst omhändertagande av kvinnor som utsatts för sexuellt våld och könsstympning bl.a. framtagande av regiongemensamma handlingsplaner för våld i nära relationer, könsstympning och jämställdhet, reviderade PM för omhändertagande av kvinnor som utsatts för sexuellt våld eller könsstympning, bildande av multiprofessionell grupp som ska få spetskunskap och kunna driva arbetet, samt framtagande av stödjande rutiner och en checklista för att identifiera individer som blivit utsatta för sexuellt våld. Två regioner beskriver planering av mottagningar för våld eller könsstympning. Andra insatser handlar om att utveckla omhändertagandet av gravida som lider av psykisk ohälsa.

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

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

3. Utveckling av vårdutbud och kvalitet består av 83 insatser och innehåller 'Utökat utbud' n=43, 'Uppföljning och kartläggning' n=25, 'Förbättringsarbeten' n=15. När det gäller *utökat vårdutbud* är förbättring av eftervård vanligast där bristningsskador uppmärksammas och nya mottagningar öppnats i flera regioner. Flertalet regioner beskriver införandet av hembesök, fler efterkontroller, telefonuppföljning samt riskbedömning efter förlossning för att förbättra eftervården. Vårdutbudet ökas även med nya enheter såsom ungdomsmottagning, sexologmottagning, enhet för högriskobstetrik, och högspecialiserad enhet för bäckensmärta. Här återfinns även utökat stöd vid amning, möjlighet till akupunktur, kvinnlig sterilisering, assisterad befruktning till ensamstående, utökade IVA-platser, botox till kvinnor med överaktiv blåsa, utsmyckning av vårdrum, måltider för vårdnadshavare på neo-IVA, dietistkompetens inom kvinnosjukvården, samt resursteam för stöd till gravida som brukar fosterskadliga substanser. En region beskriver en insats kopplad till ett politiskt beslut under pandemin att korta operationsköer, där gynekologisk kirurgi våren 2022 bedrevs på tre sjukhus.

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

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

Mer omfattande kvalitetsgranskning beskrivs, t.ex. så har kvalitetssamordnare, kvalitetsgranskare eller verksamhetsutvecklare anlitats för att kontinuerligt arbeta med kartläggning och förbättringar inom verksamheten. Intervjuer används för att identifiera ungdomars önskemål kring ungdomsmottagningarnas verksamhet eller för att med hjälp av nyblivna föräldrars erfarenheter få uppslag till sätt att skapa en tryggare och mer sammanhållen

vårdkedja. En region använder sig av kartläggning av socioekonomi och hälsa i olika delar av regionen för att möjliggöra riktade insatser.

Specifika *förbättringsarbeten* återfinns, vanligast för att minska förlossningsskador men även minska blödningar vid vaginal förlossning och vid akuta kejsarsnitt. Ofta ingår utbildningsinsatser men även exempel på tvärprofessionella arbetsgrupper för att arbeta med förbättringar ges. En region har satsat på att minska undvikbara kejsarsnitt genom en omfattande översyn av indikationer, mätning och uppföljning av inductioner tillsammans med en omfattande utbildningsinsats i samtalsmetodik samt ett skraddarsytt program för kvinnor med förlossningsrädsla. En större region har gett stöd i förbättringsarbete till regionens samtliga förlossningsenheter genom utbildningsinsatser för personalen, förbättringscoacher, och regionsövergripande träffar och sammankomster. Fyra regioner beskriver arbetet för att uppnå eller upprätthålla kvalitetsmått och certifiering inom flera områden, t.ex. HBTQ och/eller NIDCAP (*Newborn Individualized Development Care and Assessment program*). Förbättring av kvalitetsmåttens tillgänglighet i daglig verksamhet, arbete med standardiserad vårddokumentation, samt utveckling av ny journal nämns också.

4. Preventiva insatser beskrivs av nästan alla regioner. I de totalt 44 insatserna ingår 'Förebygga cervixcancer' n=26, 'Preventiva insatser under graviditet' n=8, 'Främja goda levnadsvanor' n=7 'Förebygga psykisk ohälsa bland unga' n=2, och 'Övriga preventiva insatser' n=1. *Förebygga cervixcancer* görs via vaccination mot HPV-virus inom vissa åldersgrupper, utökad screening, samt självtester till kvinnor som uteblivit från cellprovtagning. Dessa insatser kopplas till det nationella vårdprogrammet för gynekologisk cellprovskontroll (GCK). Självtesterna innebär att system för kallelse och svar på provtagning behöver ses över, upphandlas och konfigureras. Två regioner använder Cytburken för att förbättra flöde inom GCK. Cytburken kvalitetsregister möjliggör uppföljning av arbetet kring gynekologisk cellprovtagning och cervixcancerprevention. I en region deltar barnmorskor och kulturtolkar vid lektioner på SFI för att informera om gynekologisk cellprovtagning och sexuell och reproduktiv hälsa. Exempel finns på utskick av enkäter till kvinnor som uteblivit från cellprovtagning för att undersöka varför de uteblivit, och vad som skulle få dem att ta testet, samt erbjuda HPV-hemtest.

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

För att *främja goda levnadsvanor* bland gravida kvinnor och partners, ofta med fokus på att förebygga övervikt och fetma har en region satsat på att implementera FaR (Fysisk aktivitet på recept) i graviditetsprocessen. Målet är en ökad förskrivning jämfört med föregående år. En annan region bedriver hälsoskolor för främst utrikesfödda kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden. En region har satsat på insatser för att förebygga *psykisk ohälsa* bland ungdomar, bl.a. en podd som syftar till att främja psykisk hälsa bland ungdomar genom goda levnadsvanor och produktion av filmer med information om psykisk ohälsa samt vad man kan göra i egenvårdsyfte. *Övriga preventiva insatser* innefattar en osteoporosmottagning för att upptäcka, behandla och motverka osteoporos, speciellt kunna fånga upp personer med grav osteoporos och mycket hög frakturrisik, för att initiera kraftfull behandling.

5. Samverkan och samarbeten innehåller 20 insatser som rör samverkan internt inom verksamheten, eller samverkan med externa aktörer. Här ingår 'Stärka vårdkedjan' n=11, 'Samverkan med aktörer utanför sjukvårdssektorn' n=5, 'Ökat tjänsteutrymme för samordningsbarnmorska' n=2, och 'Samordnade insatser riktade mot vårdtagare' n=2. Samverkan och samarbeten kan även återfinnas i tidigare beskrivna insatser, framför allt de som rör "nollseparation". Utöver arbetet med nollseparation framträder samverkan och samarbeten som centrala strategier i insatser inom denna kategori. De flesta insatser handlar om att *stärka vårdkedjan* genom förbättrat samarbete mellan barn- och kvinnosjukvårdens olika enheter. Det kan gälla förbättrat informationsflöde, exempelvis genom regelbundna möten med representanter från samtliga enheter i vårdkedjan för att diskutera informationsflöde. En region använder handledning för förbättrad kommunikation och samarbete såväl inom, som mellan, enheter. Andra exempel är gemensam rond mellan mödravården och psykiatri för att samordna vården kring gravida med psykiatrisk sjukdom eller missbruk, och samordnande psykolog avseende föräldrastöd inom mödrahjälsvården och barnhjälsvården. Tre regioner beskriver samlokalisering av barnmorskor från mödrahjälsvården och barnhjälsvården, och två nämner att man vill öka samverkan med kommunen.

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

Några få insatser handlar om att ge *utökad tjänsteutrymme till samordningsbarnmorska* vars uppgifter innefattar samordning och nätverkande, samt *samordnande insatser som riktas mer direkt mot vårdtagare*. Det sista handlar om regionsgemensam operationsplanering för benigna operationer och förlossningsskador i syfte att minska långa väntetider och gemensamt tidbokningsnummer för abort för att samordna tidbokning och undvika att patienter behöver ringa till flera mottagningar.

Diskussion

Genomgången av alla insatser som pågick, och då endast under 2021–2022, belyser en enorm bredd och ger inblick i hur komplext det kan vara att förstå allt som kan bidra till att utveckla de förbättringsområden eller svåra utmaningar som satsningen syftar till. Det ger en förståelse både för att insatser kan påverka flera områden samtidigt och för vikten att ha ett större helhetsperspektiv över både insatser och effekter. Det tydliggör svårigheten med att utvärdera satsningen både som helhet och om man väljer att avgränsa sig inom vissa av satsningens förbättringsområden.

Studien hade fokus på personalens arbetssituation och hur den berörs av olika insatser. Behovet att se på kompetensförsörjning i ett bredare perspektiv har också lyfts fram av flera aktörer, bl.a. SKR men även i forskning. Ett bredare perspektiv stärks av forskning inom området frivillig personalomsättning där kombinationsinsatser och synkroniserade insatser över flera systemnivåer lyfts som mer framgångsrika²⁷. I vårt nuvarande material är det svårt att se om och hur en övergripande strategi håller samman enstaka insatser. I våra intervjuer med regionernas representanter som rapporteras i Studie 10 framkom dock en tudelad organisering av mödrahälsovården och förlossningsvård samt vårdval med många privata vårdgivare som en komplikation vid samordnad utveckling medan gemensam organisering sågs som en fördel. Att de tre nationella satsningarna som beskrivs i Studie 3 haft svårt att nå ut till beslutsfattare på högre nivåer gör det svårare att ge stöd eller diskutera hur man kan stödja en ökad helhetssyn och samordnad strategi för utveckling av vården före, under och efter graviditet.

Beroende på hur kompetensförsörjning definieras så framkommer olika saker i det analyserade materialet. För insatser i kategorin 'Prevention' kan självtester för HPV underlätta för personal även om det inte var det primära syftet. Om sjukdomar kan förebyggas så kan det avlasta vården och därigenom vårdpersonalen.

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

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

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

Många insatser handlar i huvudsak om utbildning, både formell utbildning och mindre kompetensutvecklingsinsatser. Det handlar delvis om att säkra tillgång till personal med viss kompetens. Här återfinns incitament för längre utbildning där individen *utbildar sig i en specialistfunktion* med betald utbildning eller andra ekonomiska incitament t.ex. anställda sjuksköterskor som går barnmorskeutbildning. Forskning har visat på vikten att personer som skaffar sig utökad kompetens behöver få tillämpa den om de ska stanna kvar inom organisationen, annars ökar risken att de söker sig till andra verksamheter där de får tillämpa färdigheterna²². Kortare utbildningsinsatser så som enstaka kurser, utbildningsdagar, föreläsningar, webinarier ingår i kontinuerlig kompetensutveckling och i det lärande som behövs för individ och organisationen. Kompetenshöjning behövs på grund av av det aktuella läget och för utveckling inom organisationen och kunskapsfältet. Nya arbetssätt genom att öppna nya enheter, skapa nya team och nya funktioner kräver uppdatering av kunskap. Dessa typer av insatser kopplar flera regioner till olika utbildnings- och träningsinsatser. Utbildning ingår även som en del i verksamhetsutveckling. Personalomsättningen i sig leder till ökat behov av kunskap och kompetens. När många av personalen slutar under en tidsperiod behövs rekrytering av ny personal, vilket ökar behovet av insatser för inskolning, integrering, lärande, träning och kompetensutveckling. Ny personal behöver även genomgå vissa, ibland obligatoriska, utbildningar inom arbetsområdet.

Vid kortare utbildningsinsatser är risken mindre än vid längre utbildningar att personal lämnar organisationen för att få tillämpa sina nya kunskaper. Utmaningen är i stället att få genomslag i förändrat beteende i verksamheten, speciellt om en enstaka insats inte följs upp eller kopplas till andra insatser.

En tolkning av den stora andelen insatser som gäller utbildning och fortbildning är att det finns ett underliggande antagande om kunskap och kompetens: om kunskap och kompetens (hos individer och grupper) kan höjas så leder det till förändrat beteende och indirekt till förbättrad kvalitet i den vård och omsorg som bedrivs. Detta förutsätter dock att ett lärande sker kopplat till utbildningsaktiviteter - som sedan är möjligt att omsätta till nya beteenden. Ofta kan det handla om ett s.k. dubbel-loopslärande (34) som förändrar individens synsätt och arbetssätt i grunden. Det räcker inte heller med att öka kompetensen, det behövs även motivation och möjlighet att omsätta lärande och kunskapen till förändring – och oftast inte bara hos en individ utan flera. Kompetens tar tid att utveckla och det behövs förstärkning, upprepning, reflektion och träning. Det behövs även ges möjligheter att testa, förbättra och utöva nya läroinnehåll och arbetssätt – vilket kan försvåras eller underlättas av organisatoriska strukturer, rutiner, prioriteringar etcetera.

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

Studien har ett brett perspektiv på kompetensförsörjning. Det som ofta återkommer är att det handlar om att anställa personal, att attrahera och rekrytera personal med rätt kompetens. Många insatser i vår analys handlar just om att förstärka bemanningen. Detta är ett första steg men lika viktigt är att få personal inom organisationen att stanna kvar, att behålla personal. Forskning vittnar om att många inom vården lämnar sin organisation och till och med sina yrken bland annat för att organisationen inte erbjuder en hållbar arbetsmiljö. En hög personalomsättning riskerar att orsaka både finansiella kostnader och försämrad vårdkvalitet. Analysen

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

11. Hildingsson I, Fahlbeck H, Larsson B, Johansson M. How midwives' perceptions of work empowerment have changed over time: A Swedish comparative study. *Midwifery*. 2023;118:103599.
12. Suleiman-Martos N, Albendín-García L, Gómez-Urquiza JL, et al. Prevalence and predictors of burnout in midwives: a systematic review and meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:641.
13. Turner L, Griffiths P, Kitson-Reynolds E. Midwifery and nurse staffing of inpatient maternity services—a systematic scoping review of associations with outcomes and quality of care. *Midwifery*. 2021;103, 103118.
14. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;24;383(9931): 1824-30.
15. Duffield C, Roche M, Homer C et al. A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *J. Adv. Nurs*. 2014;70: 2703–2712.
16. Park SH, Boyle DK, et al. Concurrent and lagged effects of registered nurse turnover and staffing on unit-acquired pressure ulcers. *Health Serv. Res*. 2014;49:1205–1225.
17. Misra-Hebert AD Kay R, Stoller JK. A review of physician turnover: Rates, causes, and consequences. *Am. J. Med. Qual*. 2004;19: 56–66.
18. de Vries N, Boone A, Godderis L, et al. The Race to Retain Healthcare Workers: A Systematic Review on Factors that Impact Retention of Nurses and Physicians in Hospitals. *Inquiry*. 2023;2-21.
19. IVO *Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen*. 2023. Se länk: [Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen \(ivo.se\)](https://delredovisning.ivo.se/)
20. Myndigheten för vård och omsorgsanalys. *I tid och otid – En fördjupningsstudie av bemanningen inom förlossningsvården*. Rapport 2023:5
21. Lartey S, Cummings G, Profetto-McGrath J. Interventions that promote retention of experienced registered nurses in health care settings: a systematic review. *J Nurs Manag*, 2014;22(8):1027-41.
22. Marufu TC, Collins A, Vargas L et al. Factors influencing retention among hospital nurses: systematic review. *Br J Nurs*. 2021;11;30(5):302-308.
23. Grimani A., Gotsis G. Embracing inclusive leadership for collaborative healthcare work environments: Fostering wellness in ambivalent situations. In *The Palgrave Handbook of Fulfillment, Wellness, and Personal Growth at Work* (pp. 209-229). Cham: Springer International Publishing 2023.
24. Carmeli A, Reiter-Palmon R, Ziv E. Inclusive leadership and employee involvement in creative tasks in the workplace: The mediating role of psychological safety. *Creat. Res. J*. 2010;22(3): 250-260.
25. Jelfs E, Knapp M, Giepmans P, Wijga P. Creating good workplaces: retention strategies in healthcare organizations. In: *Health professional mobility in a changing Europe: new dynamics, mobile individuals and diverse responses*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. 2014.
26. de Vries N, Lavreysen O, Boone A, et al. Retaining Healthcare Workers: A Systematic Review of Strategies for Sustaining Power in the Workplace. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(13):1887:1-29.
27. Delle L, Eriksson A. Health-Promoting Managerial Work: A Theoretical Framework for a Leadership Program that Supports Knowledge and Capability to Craft Sustainable Work Practices in Daily Practice and During Organizational Change. *Societies*. 2017;7:12: 1-18.
28. Engström M, Mårtensson G, Pålsson Y, Strömberg A. What relationships can be found between nurses' working life and turnover? A mixed-methods approach. *J Nurs Manag*. 2022;30(1):288-297.
29. Redknap R, Twigg D, Rock D, Towell A. Nursing practice environment: A strategy for mental health nurse retention? *Int J Mental Health Nursing*. 2015;24(3), 262-271.
30. Cowden T, Cummings G, Profetto-McGrath J. Leadership practices and staff nurses' intent to stay: a systematic review. *J Nurs Manag*. 2011;19(4):461-77.
31. Callado A, Teixeira G, Lucas P. Turnover Intention and Organizational Commitment of Primary Healthcare Nurses. *Healthcare*. 2023;11:521.
32. Kroezen M, Dussault G, Craveiro I, et al. Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. *Health Policy*. 2015;119(12):1517-28
33. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual. Health Res*, 2005;15(9): 1277-1288.
34. Argyris, C. Double-loop learning and organizational change: facilitating transformational change. In JJ Boonstra (Ed) *Dynamics of organizational change and learning*, 2004, pp 389-402.

6.4 STUDIE 10. Systemperspektiv på förbättring av vårdens kompetensförsörjning och personalens arbetssituation

Monica Nyström, Sara Tolf

Sammanfattning

Studien beskriver hur Sveriges regioner arbetar med kompetensförsörjning, personalens arbetssituation och vårdens organisering inom området kvinnors hälsa, särskilt förlossningsvården och mödrahälsovården. Materialet bygger på analyser av regionala kompetensförsörjningsplaner, intervjuer med HR-strateger och nyckelpersoner från tio regioner samt genomgång av regionala utvecklingsdokument.

Det råder omfattande brist på vårdpersonal i alla regioner – särskilt barnmorskor, sjuksköterskor och specialistläkare. Regionerna arbetar med en stor bredd av insatser, från enklare utbildningar och rekryteringskampanjer till mer komplexa arbetssätt och organisationsförändringar. Kompetensförsörjningsplanerna varierar kraftigt mellan regionerna. Vissa har djupgående analyser och konkreta handlingsplaner, medan andra har mycket kortfattade och övergripande dokument. Brist på resurser och otydlig uppföljning är vanliga svagheter och få planer beskriver konkret vilka resurser som krävs eller hur arbetet systematiskt ska utvärderas.

Intervjuerna visar stora skillnader i förutsättningar, t.ex. mellan storstadsregioner och glesbygdsregioner där rekrytering är betydligt svårare. Regionerna använder många typer av insatser, bland annat: karriär- och kompetensmodeller, lönesatser, OB-höjningar och arbetstidsförkortningar, mentorskap och introduktionsprogram, teamarbete och nya digitala arbetssätt, introduktion av nya roller och funktioner (t.ex. koordinators), samverkan med universitet för fler utbildningsplatser, samt rekryteringskampanjer och marknadsföring.

Återkommande utmaningar gäller 1) Demografiska förändringar: fler äldre, färre i arbetsför ålder, 2) Arbetsmiljöproblem: hög belastning, otrygghet, bristande ledarskap, 3) Konkurrens om personal både inom regionen och från privata aktörer, 4) Utbildningskapacitet som inte matchar behovet och 5) svårigheter att behålla erfarna barnmorskor och sjuksköterskor.

Slutsatsen av studien är att kompetensförsörjningen i vården är ett komplext systemproblem som kräver insatser på flera nivåer – individ, verksamhet, organisation, region och nation. Regionerna genomför många viktiga aktiviteter, men arbetet behöver bli mer samordnat, långsiktigt och systemorienterat. Framgångsfaktorer är bland annat bättre ledarskap, tydligare strategier, förbättrad arbetsmiljö och att kombinera flera typer av interventioner över tid.

Introduktion

Kompetensförsörjning och underbemanning har under satsningens gång fått en allt större betydelse. I Socialstyrelsens nationella planeringsstöd 2023 framkom att samtliga 21 regioner hade brist på sjuksköterskor, specialistläkare, specialiserade undersköterskor, psykologer och barnmorskor¹. Detta gäller inte bara Sverige utan bristen på vårdpersonal ökar alarmerande över hela världen. Världshälsoorganisationen (WHO) rapporterar en global brist på 17,4 miljoner sjuksköterskor, läkare, barnmorskor och andra vårdyrken till 2030. Sjuksköterskor och barnmorskor utgör 50% av bristen globalt. Situationen beror delvis på demografiska utmaningar, t.ex. ökade vårdbehov, pensioneringar och färre personer i produktiv ålder^{2,3}.

En annan orsak till personalbrist är en ökande grad av personal som frivilligt lämnar sitt arbete inom vården^{4,5}. I en studie av 12 europeiska länder var 1 av 5 sjuksköterskor missnöjda med sina jobb och mellan 19 och 49 procent avsåg att sluta⁶. Fem år efter examen som sjuksköterska i Sverige uttrycker 20% avsikten att lämna yrket⁷, medan 25% av barnmorskorna slutade år 2020⁸. I en annan undersökning antydde 68% av barnmorskorna från 93 länder att deras arbetsplats var underbemannad². Situationen är allvarig och myndigheter erkänner behovet av att bättre ta hand om personal som fortfarande arbetar inom vården. I en sektor som redan lider brist på personal är anställda ofta svåra att ersätta⁸. Höga personalomsättningssiffror kan ha negativa effekter på vårdkvalitet, t.ex. ökade medicinska fel, ökad dödlighet, förlust av kontinuitet i vården och missnöje hos patienter och kan leda till minskad produktivitet bland personalen, personalbrist och finansiella kostnader^{4,6,9-}

¹³. Underbemanning inom förlossningsvården har lett till förlossningar utan adekvat övervakning och stöd samt hög arbetsstress¹⁴.

Många studier identifierar olika organisatoriska och individuella faktorer som påverkar personalomsättning inom vården. Även om det är viktigt att identifiera faktorer är inte alla orsaker relaterade till organisation eller individ. Externa faktorer, såsom upplevd tillgång till andra möjligheter, kan vara avgörande⁵. De flesta studier fokuserar på mikronivån i vårdsystemet dvs. vårdavdelningar och kliniker, vårdteam och individer, snarare än att utforska interaktioner mellan flera organisatoriska systemnivåer, inklusive regionala och nationella nivåer¹³. Orsaker som får vårdpersonal att lämna eller stanna måste ses som en komplex process som involverar kombinationer av faktorer och interventioner på olika nivåer av vårdsystemet över tid^{13,15}. Sådana flernivåstudier är sällsynta och ofta baserade på enskilda fallstudier^{16,17}.

Syftet med denna studie är att bidra till ökad kunskap om faktorer och interventioner över systemnivåer som påverkar personalens beslut att stanna eller avsluta sitt arbete inom vården. Studien är en fördjupning och utökning av Studie 9 (6:3) med några mindre överlappningar.

Forskningsöversikt - Faktorer som påverkar att personal lämnar eller stannar kvar inom vården

Forskare har identifierat många faktorer som gör att vårdpersonal antingen lämnar eller stannar kvar, främst med fokus på sjuksköterskor. Forskning inom vården har fokuserat på faktorer som påverkar individen och i sin tur dennes beslut att lämna^{5,17,18}. Exempel på orsaker till att lämna är psykosociala faktorer som utbrändhet och missnöje med arbetet, och till orsaker att stanna hör positiv karriärutveckling, arbetstillfredsställelse och balans mellan arbete och privatliv^{5,17,18}.

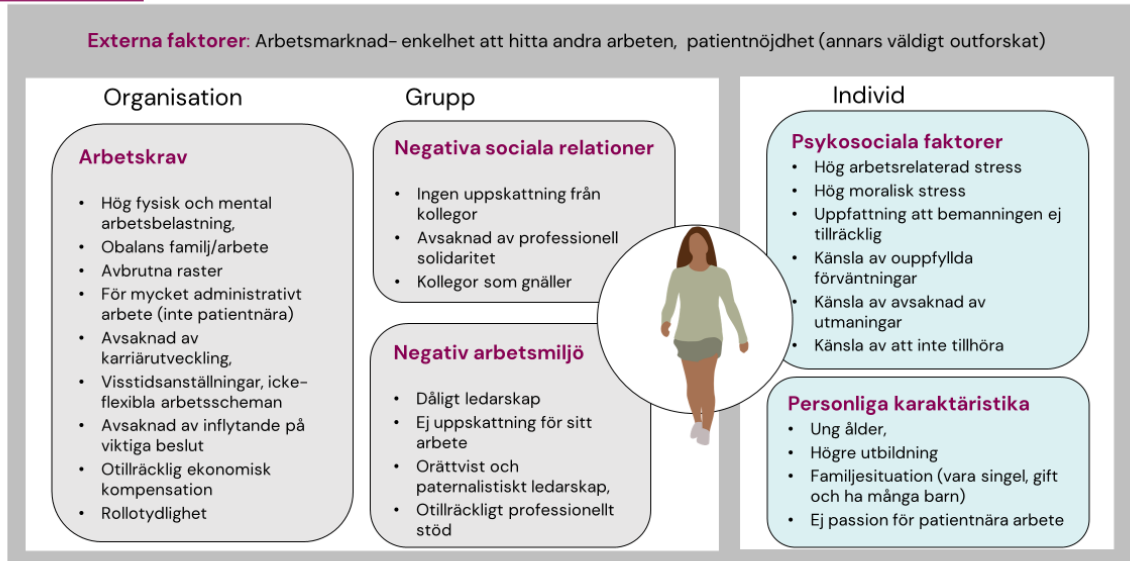
Faktorer som påverkar att personal lämnar

Det finns många studier om förhållanden och faktorer som kan leda till hög personalomsättning och/eller avsikter att lämna. Personalomsättning definieras som att personal lämnar eller övergår från sin primära position inom samma eller olika yrken och för att de vill göra det⁵. I Figur 6:4:1 sammanfattar vi de faktorer vi funnit i forskningen.

Individuella faktorer som befunnits påverka valet att lämna är t.ex. att vara ung, ha högre utbildning, en uppfattning om att bemanningen är otillräcklig, brist på utmaningar och brist på passion för patientarbete^{21,22}. Studier av sjuksköterskor och läkare visar också organisatoriska faktorer som leder till att personal lämnar, t.ex. höga arbetskrav i form av kvantitativ arbetsbelastning, tidsmässig, fysisk och mental arbetsbelastning, störningar under vilopausar, stressigt arbete, brist på tvärvetenskapligt samarbete och utförande av icke-sjuksköterskeaktiviteter^{23,29}.

Psykosociala faktorer påverkar både sjuksköterskors och läkares avsikt att lämna²⁰. Både läkare och sjuksköterskor har visat sig vara mer benägna att lämna när de upplever ouppfyllda förväntningar, hög arbetsstress eller hög moralisk stress. Brist på utmaningar och begränsade möjligheter till karriärutveckling, tillfälliga anställningar och icke-flexibla arbetsscheman är andra orsaker att lämna^{13,17}. Negativa sociala relationer som gnälliga kollegor, orättvist chefbeteende och interpersonella konflikter, liksom brist på uppskattning för utfört arbete, känslan att inte höra till och upplevd obalans mellan arbete och privatliv påverkar^{13,23}. Aspekter som speglar organisationskulturen, t.ex. negativ arbetsmiljö, brist på professionell solidaritet, brist på eller dåligt fungerande chefsstöd och paternalistiska ledarstilar kan också leda till att personal vill lämna^{13,24,25}.

Vilka faktorer påverkar att vårdpersonal lämnar?



Figur 6:4:1. Översikt över faktorer som påverkar att vårdpersonal lämnar sin arbetsplats

Förutom sjuksköterskor utgör barnmorskor en stor del av den identifierade personalbristen^{2,3}. Negativa uppfattningar om ens egenmakt, brist på professionellt erkännande från den medicinska professionen och barnmorskors bidrag till vården av födande kvinnor, hög arbetsbelastning, otillräckligt professionellt stöd och utmanande kliniska situationer får barnmorskor att lämna^{26,27,28}. Svenska barnmorskor lyfter hög arbetsbelastning, arbetstider och arbetsmiljö som orsaker till att lämna⁸.

Faktorer som påverkar att personal stannar

Faktorer som påverkar att personal stannar har ofta studerats i kombination med personalomsättning. En nyligen publicerad systematisk litteraturoversikt lyfter fram arbetstillfredsställelse, karriärutveckling och balans mellan arbete och privatliv som de viktigaste påverkansfaktorerna¹³. Individuella faktorer som visat sig påverka personal att stanna är god hälsa, hög själv effektivitet, hög emotionell intelligens och erfarenhet inom yrket^{13,29}. Flera studier visar organisatoriska faktorer påverkan. För sjuksköterskor är möjligheten till autonomi och kärnverksamhet inom omvårdnad viktig. Flexibilitet i arbetsscheman, bra lön och belöningar, kontinuerliga möjligheter till utveckling och utbildning samt positiva karriärupplevelser påverkar positivt, både för sjuksköterskor och läkare^{13,23}. Arbetsförhållanden, såsom bra infrastruktur, tillräcklig bemanning, minskad administrativ börda, patienttillfredsställelse och upplevd hög vårdkvalitet är viktiga, liksom bra socialt stöd och balans mellan arbete och privatliv. Både sjuksköterskor och läkare drar nytta av sociala kollegor, ömsesidig respekt och god kommunikation på arbetsplatsen samt uppskattning från chefer och kollegor. En bra arbetsmiljö, organisatoriskt förtroende och högkvalitativt ledarskap såsom autentiskt, positivt och etiskt ledarskap, gör skillnad. Inkluderande ledarskap främjar samarbetsmiljöer med psykologisk trygghet som en medierade individuell faktor^{30,31}. För sjuksköterskor påverkar tillgång till god kommunikation och gott utbyte med chefer, möjlighet att vara involverad i beslutsfattande för att påverka patientresultat samt en stödjande kultur för kvalitetsförbättring visat sig påverka beslut att stanna kvar^{4,23}.

Studier av förhållanden som underlättar arbetssituationen för barnmorskor i Sverige lyfter fram tre organisatoriska förhållanden: 1) visualisering av barnmorskeyrket, dvs. tydliggöra ansvar och roller; 2)

organisatoriska resurser, dvs. tillräcklig bemanning och tidsresurser; 3) en reflekterande och lärande miljö, dvs. konstruktiv kommunikation och anpassningsförmåga, öppenhet och jämlikhet bland de tvärprofessionella teamen⁴⁰. Figur 6:4:2 sammanfattar faktorer som påverkar vårdpersonal att stanna kvar.



Figur 6:4:2. Översikt över faktorer som påverkar att vårdpersonal stannar kvar på sin arbetsplats

Interventioner för att behålla personal inom vården

Trots att litteraturen identifierar en mängd olika faktorer, särskilt faktorer för personalomsättning, finns det relativt få studier som utvärderar effekten av olika initiativ för att behålla personal. Återkommande inlägg är att studier av interventioner för att behålla personal saknar högkvalitativa metoder och fokuserar mest på sjuksköterskor^{33,34}.

Det finns studier som visar positiv effekt av interventioner. Användningen av mentorskap och övergångsprogram har t.ex. visat på en statistiskt signifikant förbättring av andelen personal som stannar kvar vid övergången från sjuksköterskeutbildning till arbetslivet. Interventioner för att hantera höga stressnivåer genom gruppdynamik, egenvårdsaktiviteter, förändringsrelaterad själveffektivitet och reflekterande praxis har visat sig påverka att personal stannar kvar¹³. Interventioner som fokuserar på social arbetsmiljö och kollegiala relationer nämns ofta som viktiga för framgångsrika resultat. Investeringar i teamarbete och tvärvetenskapliga tillvägagångssätt betonas, med särskilt fokus på relationer mellan sjuksköterskor och läkare. För att behålla erfarna sjuksköterskor är användning av teamorienterade interventioner och individuellt riktade strategier effektiva^{17,29}. Interventioner som fokuserar på lärande, utbildning och karriärutveckling är vanliga, men måste kombineras med en känsla av vitalitet (att känna sig energisk) för att undvika att personal ändå lämnar^{23,35}. Sjukhus i Europa har t.ex. visat sig inte göra tillräckliga investeringar i livslångt lärande för sjuksköterskor⁶. Chef- och ledarskapsinterventioner betonas ofta som viktiga strategier för att behålla personal. Effekten på personalens val att stanna varierar dock^{33,36}. Sjuksköterskechefer som främjar en bättre arbetsmiljö, tar sig tid att möta individers behov, praktiserar inkluderande ledarskap, lyfter personalens röster, låter personalen påverka organisatoriska utvecklingsbeslut och skapar organisatoriskt engagemang är avgörande för att behålla^{30,37,38}. Att skapa strukturer för att stödja och underlätta för chefer och ledare är viktigt. Tillräcklig bemanning och att tillhandahålla extra resurser, t.ex. löner, kan påverka att personal stannar i vissa fall. För

chefer är det viktigt att hitta sätt att identifiera och bli medveten om varför personal vill lämna, detta för att kunna genomföra nödvändiga åtgärder³⁶.

Sammanfattningsvis speglar interventioner för att få personal att stanna kvar till viss del de faktorer som lyfts när det gäller personalomsättning och varför personal väljer att stanna kvar. Det finns dock få studier som fokuserar på strategiska, sammanhängande tillvägagångssätt för att behålla personal, dvs. att kombinera olika initiativ anpassade till en vårdorganisations specifika behov^{29,33}. Det finns också en brist på kunskap om vilken påverkan policy- och högre organisationsnivåer kan ha, även om behovet av åtgärder på båda nivåerna har efterlysts upprepade gånger³⁹. I Figur 6:4:3 sammanfattas de interventioner som visat sig kunna påverka vårdpersonal att stanna kvar på sitt arbete.

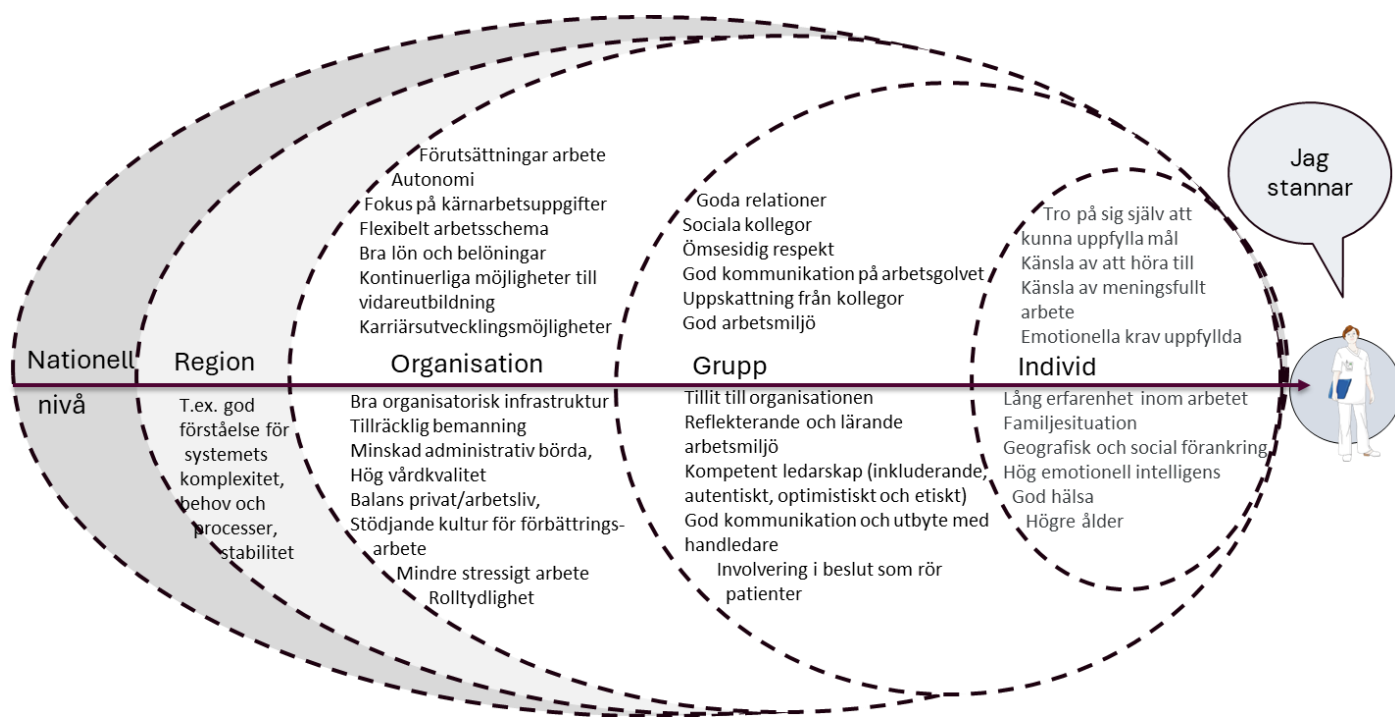


Figur 6:4:3. Exempel på interventioner som påverkar att personal stannar kvar

Systemperspektiv på process och interventioner för att behålla personal

Den utmanande personalsituationen i den svenska hälso- och sjukvården har karaktären av ett wicked problem^{40,41}, problemet är ostrukturerat, dynamisk, och involvera flera sektorer, organisatoriska nivåer och aktörer. För dessa problem finns ingen universell eller definitiv lösning utan hanteringen behöver vara kontinuerligt anpassningsbar för att hantera både dynamiska förändringar och variation i omgivningen. Komplexa frågor kräver oftast flerdimensionella initiativ över flera systemnivåer. Systemtänkande rekommenderas vid sådana komplexa frågor t.ex. en flernivåansats där interventioner samordnas över individuella, organisatoriska och samhällsnivåer för att få bättre effekt⁴². Forskningsstudier som fokuserar på hur faktorer och processer över systemnivåer interagerar över tid i en dynamisk och föränderlig verklighet är sällsynta men rekommenderas av forskare^{13,16}.

Att anta ett flernivåsystemperspektiv på personalens benägenhet att stanna, även över tid, har betonats som viktigt inte bara i forskning utan också av svenska myndigheter^{13,16}. I den nationella strategin för hållbar regional utveckling står det att *"Ingen enskild nivå eller aktör kan på egen hand skapa förutsättningar för en väl fungerande kompetensförsörjning"*⁴³. Det finns skäl att använda en systemansats för att bättre förstå orsaker till svårigheter med kompetensförsörjning och till hög eller låg personalomsättning – och för att i förlängningen kunna fatta beslut om eller ge råd om åtgärder. Faktorer eller s.k. determinanter är sällan oberoende utan kan interagera med andra faktorer, vilket kan förstärka eller minska deras påverkan. Dessutom har multifaktoriella interventioner visat sig ha störst påverkan på personalens beslut att stanna^{17,29}. Det finns dock få studier som kopplar samman förhållanden som påverkar personal att stanna med effektiva interventioner för att uppnå en sådan situation. Sådana studier är komplexa, speciellt om de spänner över flera systemnivåer⁴⁴. Ett exempel på att studera komplexa processer över tid kan ges i en färsk studie om personalomsättning²⁰. Begreppet "exit-spiral" introduceras här för att beskriva processer där dåligt fungerande sjukhuskliniker eller avdelningar går in i en nedgångsfas på grund av utbrett missnöje²⁰. Flera faktorer identifieras i en nedåtgående spiral av ökad arbetsbelastning, förlust av kontroll, missnöje, ledningsrigiditet vilka alla ökar ryktesspridning och undvikandebeteende i en organisation i nedgång. Organisatoriska effekter av en exit-spiral som beskrivs i studien är instabilitet, diskontinuitet och otillräcklig kunskapsöverföring vilket i sin tur leder till minskad kvalitet och hög omsättning av personal. Figur 6:4:4 ger en översiktsbild av hur påverkande faktorer som identifierats inom forskning kan sprida sig över olika systemnivåer.



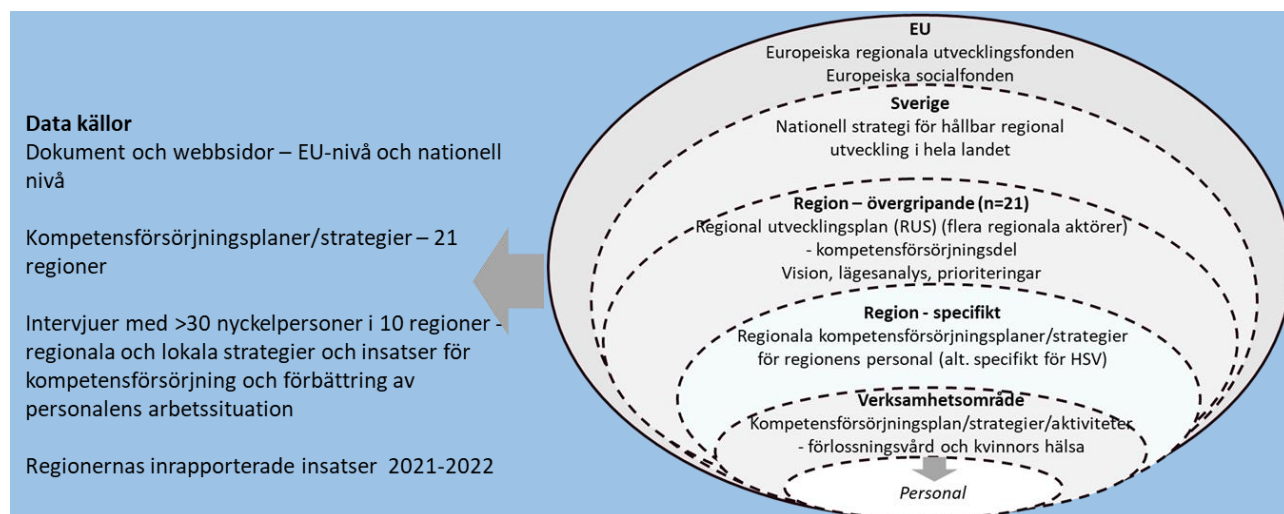
Figur 6:4:4. En översiktsbild över faktorer på olika systemnivåer som forskning funnit påverka vårdpersonal att stanna

Metodik

Följande material och data har använts vid de analyser som redovisas i denna studie:

1. *Litteraturgenomgång av forskning inom området.* En litteraturgenomgång av aktuell forskning inom området 'staff turnover and staff retention' med fokus på hälso- och sjukvård ligger till grund för studien. Redovisas här kortfattat med våra sammanfattande modeller.
2. *Intervjuer med 10 regioners kontaktpersoner och HR-strategier* genomförda senhösten 2023 och våren 2024. Målet med intervjuerna var att få en bredare förståelse hur regionerna arbetar med kompetensförsörjning och personalens situation, både på strategisk och på verksamhetsnivå. Intervjuerna ger möjlighet att få en mer utvecklad och detaljerad bild av regionernas aktiviteter inom ramen för satsningen och dessutom att fånga upp aktiviteter som inte varit finansierade av satsningen samt nya aktiviteter som genomförts efter föregående års analys av inrapporterade insatser. Frågorna gällde även strategiska satsningar, logiken bakom arbetet med kompetensförsörjning samt lärdomar.
3. *Dokument - regionernas kompetensförsörjningsplaner och strategier* har samlats in och analyserats för att få information om hur regionerna arbetar på strategisk nivå och för att möjliggöra jämförelse mellan regioner samt med insatser på verksamhetsnivå.
4. *Inrapporterade insatser från 21 regioner under perioden 2021–2022.* Som en del av satsningen behöver alla regioner varje år redovisa vilka insatser de har gjort under året med hjälp av medlen från satsningen. Analysen genomfördes 2023 – här benämns några slutsatser i relation till analyser av övriga data i Diskussionen.

Genom att studera strategier och interventioner på flera systemnivåer med hjälp av olika datakällor (se Figur 6:4:5) försöker vi skapa en bättre översikt över hur aktiviteter på olika nivåerna är relaterade. I förlängningen kan man tänka sig att interventioner och aktiviteter på flera nivåer både kan samverka och förstärka varandra eller motverka och försvaga varandra.



Figur 6:4:5. Översikt över datakällor från olika nivåer samt som använts vid analyser

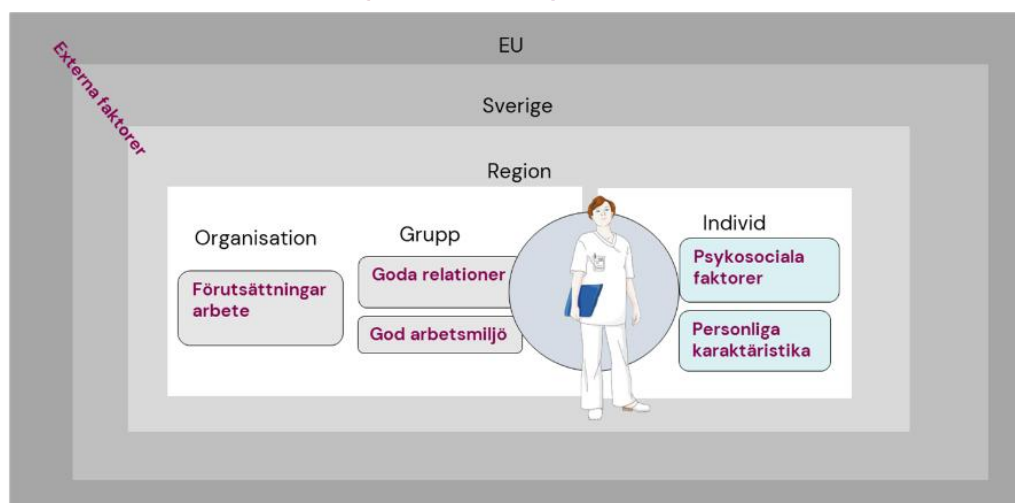
Den externa kontexten - påverkan från EU

Som beskrivet ovan finns en hel del forskning och rapporter som rör hur faktorer i den interna kontexten påverkar personals beslut att lämna, dvs faktorer inom organisationen, oftast avgränsat till sjukhuset,

kliniken, avdelningen eller vårdcentralen. Dessa organisatoriska enheter befinner i ett större sammanhang där faktorer både i det större organisatoriska systemet och utanför detta system i hög grad påverkar vad som är möjligt att göra när det gäller att påverka kompetensförsörjning och personalens arbetssituation (se Figur 6:4:6). Allt från regionernas olika förutsättningar till Europakommissionen och dess arbete kan påverka en vårdorganisations analys och agerande.

EU-kommissionen konstaterade 2023 i en rapport om den sociala utvecklingen och sysselsättningen i Europa att det råder en omfattande kompetens- och arbetskraftsbrist i stora delar av Europa, en trend som väntas fortsätta flera år framåt⁴⁵. Bristen beror främst på demografiska förändringar då befolkningen blir allt äldre och färre personer beräknas vara i arbetsför ålder. Covid-19 pandemin förändrade även fördelningen av individer över arbetsmarknaden då många arbetstagare inom vård och omsorg valde att byta jobb. Det konstateras att många regioner i Europa har en stor brist på kvalificerad arbetskraft. Denna analysrapport påverkar hur EU bedriver sin utvecklings- och sammanhållningspolitik, vilken syftar till att minska regionala skillnader och ojämlikhet mellan EU-medborgare. EU:s arbete inom detta område och den regionala utvecklingspolitiken i Sverige är tätt sammankopplade. EU:s strategier, handlingsplaner och medelsfördelning påverkar arbetet i Sveriges regioner t.ex. via statliga medel för regionalt utvecklingsarbete. EU påverkar därmed ramarna för svensk lokal-politik, vilket bl.a. lett till att de flesta kommuner och regioner har representanter i Bryssel för att kunna påverka EU-beslut⁴⁶. Detta visar hur den regionala utvecklingspolitiken, där kompetensförsörjningsstrategier ingår, påverkas av den yttre kontexten dvs. av EU:s politik.

Vilka faktorer påverkar vårdpersonal att stanna?



Figur 6:4:6. Olika systemnivåer som direkt eller indirekt kan påverka hur en vårdorganisation kan agera för att behålla personal

EU erbjuder finansiering genom olika program t.ex. den Europeiska socialfonden (ESF). Programmen stödjer regionala initiativ för att förbättra kompetensförsörjning t.ex. yrkesutbildning och livslångt lärande. EU främjar även samarbete mellan regioner. Initiativ som Interreg Europa (<https://www.interregeurope.eu/>) kan hjälpa regioner att dela erfarenheter och utveckla gemensamma lösningar för kompetensutmaningar. EU:s regler, direktiv, förordningar och riktlinjer kring arbetsmiljö, arbetstid och likabehandling påverkar också hur regioner hanterar sina arbetsmarknadsåtgärder. Syftet med EU:s utvecklings- och sammanhållningspolitik är att främja Europas konkurrenskraft och minska skillnaderna mellan EU:s regioner. Flera fonder investerar i regional konkurrenskraft och ökad sysselsättning i hela Sverige t.ex. Europeiska regionala utvecklingsfonden, Fonden för en rättvis omställning och Europeiska socialfonden plus. EU:s återhämtningsfond finansierade 2021–2023

via React-EU (https://ec.europa.eu/regional_policy/funding/react-eu_en) aktiviteter för att stärka ekonomin och sysselsättning i de regioner och sektorer som drabbades värst av Covid-pandemin. Under 2020 bad regeringen regionerna att ta fram förslag till regionala program för perioden 2021–2027 till den Europeiska Regionala Utvecklingsfonden⁵³. Insatserna inom regionalfondsprogrammen under 2021–2027 behöver ha en tydlig koppling till smart specialisering och bidra till omställningen till en hållbar regional utveckling och därmed ett grönt, hållbart och mer innovativt Europa. Vissa medel är t.ex. öronmärkta för att möta utmaningar i områden med låg befolkningstäthet och stora avstånd. I april 2019 gav regeringen Rådet för Europeiska Socialfonden i Sverige i uppdrag att göra en omvärldsanalys och lämna ett förslag till Nationellt socialfondsprogram för 2021–2027⁵³, med fokus på kostnadseffektiva insatser där behoven var som störst. Programmet syftar till att förstärka och utveckla den nationella arbetsmarknadspolitiken, förbättra tillgången till sysselsättning, öka och bibehålla anställningsbarhet, bidra till bättre kompetensförsörjning och främja ett livslångt lärande.

EU:s utvecklingsarbete märks tydligt i den regionala utvecklingspolitiken. Precis som EU-kommissionen konstaterar påverkar befolkningsutvecklingen i Sverige kraftigt både dagens och morgondagens arbetskraft. Sverige står inför en allvarlig utmaning i att klara av sin kompetensförsörjning, speciellt inom hälso- och sjukvård. Vi blir äldre och färre i arbetsför ålder som kan ta hand om den ökade mängden äldre och gradvis sjukare medborgare⁵³. Enligt lagen 2010:630 om regionalt utvecklingsansvar har samtliga regioner det övergripande utvecklingsansvaret inom respektive län. Varje region ska *fastställa mål och prioriteringar för det regionala kompetensförsörjningsarbetet och tillhandahålla bedömningar av länets kompetensbehov inom offentlig och privat sektor på kort och lång sikt* (2010:630, 5:2 §)⁵⁴.

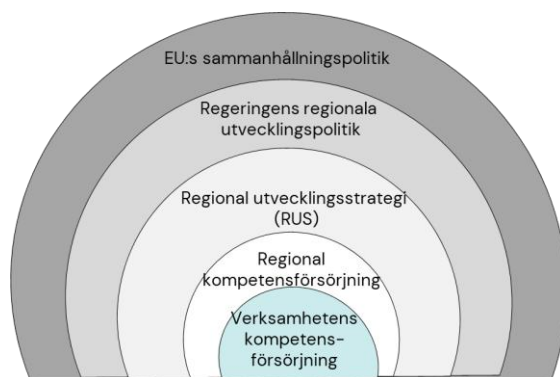
För att samlat möta utmaningarna har regeringen via Näringsdepartementet utarbetat en nationell strategi för hållbar regional utveckling i hela landet 2021–2030^{47,48}. Den är vägledande för samtliga 21 regioners strategier och styrande för vad statliga medel för regionalt utvecklingsarbete får användas till. Den regionala utvecklingspolitiken ska bidra till omställningen till ett modernt och hållbart välfärdsland som kan möta utmaningar som demografiska förändringar, ökade klyftor och klimatförändringar. Vikten av att respektive region ges möjligheter att utvecklas efter sina särskilda förutsättningar påtalas. Dessutom har Nationella Vårdkompetensrådet på regeringens uppdrag under 2023 tagit fram en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning⁴⁹.

Dokumentanalys - Den regionala nivån arbete med kompetensförsörjning – regionala utvecklingsstrategier och kompetensförsörjningsplaner

Alla län i Sverige har en regional utvecklingsstrategi (RUS). Det är ett uppdrag som styrs genom den statliga förordningen (2017:583) om regionalt tillväxtarbete⁵⁰. Länen ska utarbeta och fastställa en strategi för länets utveckling och samordna insatser för att genomföra strategin. Regionerna har ett samordningsansvar för detta arbete. Alla 21 regioner har utformat länsövergripande utvecklingsstrategier där kompetensförsörjning och kompetensutveckling är en av fyra strategiska områden. Dessa regionala utvecklingsplaner är anpassade efter varje län. De är skrivna på generell nivå och anger visioner t.ex. att ge alla ungdomar möjlighet att fullfölja gymnasiet med godkända betyg och ge dem förutsättningar att välja eftergymnasial utbildning, och att matcha arbetsmarknadens behov både i offentlig sektor som inom näringslivet.

Strategierna är sektorsövergripande och flera aktörer (t.ex. kommuner, privata företag) där ingen har mandat att styra över de andra är med i framtagandet av dem. De följer alla en generell grundstruktur vad gäller innehållsområden. Arbetet utgår från regionala förutsättningar och ska uppfylla regeringens regionala utvecklingspolitik och EU:s sammanhållningspolitik. Arbetet är komplext och kräver samverkan över sektors- och organisationsgränser. Detta gränsöverskridande perspektiv beskrivs som flernivåstyre, där lokala, regionala, nationella och internationella nivåer samspelar (Figur 6:4:7). Logiken är att det inte är möjligt att åstadkomma strukturförändring om bara en aktör driver på utvecklingen. Exempel på beskrivning återfinns i

en RUS från Gävleborg: "Det regionala utvecklingsarbetet utgår ifrån att flera aktörer på olika nivåer agerar tillsammans och att var och en tar sitt ansvar utifrån den gemensamma visionen för ett framtida Gävleborg".



Figur 6:4:7. Flernivå styre där lokala, regionala, nationella och internationella nivåer samspelar

De regionala utvecklingsstrategierna varierar i innehåll och omfattning. Gemensamt är att de presenterar en vision om var länet vill vara år 2030, 2040 eller 2050. Flera regioner gör noggranna lägesanalyser vad gäller utmaningar och möjligheter i länets arbetsmarknad medan andra håller sig på mer övergripande nivå. Vissa regioner presenterar RUS på 10 sidor medan andra fördjupar och utvecklar dem, ett exempel är en RUS på 240 sidor. De flesta är dock mellan 20 och 40 sidor. Vissa håller sig till att göra lägesanalyser där de beskriver styrkor och utmaningar samt sin vision av var länet ska vara om 5, 15 eller 25 år, medan andra presenterar prioriterade områden, delmål, effektmål och indikatorer på hur dessa ska uppnås.

För att få en bild av hur regionerna arbetar med kompetensförsörjning så bad vi samtliga av satsningens kontaktpersoner för de 21 regionerna att skicka oss regionens kompetensförsörjningsplaner (dokument, webbsidor etc.). Det blev snart uppenbart att det finns många olika typer av planer och på olika nivåer i regionerna så fler regionala nyckelpersoner blev involverade. Alla regioner hade dock en RUS. Vi har dessutom funnit ytterligare kompetensförsörjningsplaner i 18 regioner, både länsövergripande och för regionen som arbetsgivare. För de kvarstående tre regionerna kunde vi inte finna några dokumenterade planer (förutom RUS).

I analysen av de 18 planerna användes ett kategoriserings- och viktningssystem för att identifiera variationer (se Tabell 6:4:1). Kategorier för planernas innehåll var: lägesanalys, orsaksanalys, mål, handlingsplan, stöd/resurser, och utvärdering. Graden av fördjupning och konkretisering av dessa innehållsområden bedömdes på en skala från 0 (finns ej) till 3 (noggrann/detaljerad/konkret) vilket återges i Tabell 1. Nyansmarkeringar i tabeller har gjorts för att underlätta identifiering av mönster, med mörkare nyans för högre grad av fördjupning och konkretisering.

Tabell 6:4:1. Underlag för att identifiera de 18 regionala kompetensförsörjningsplanernas innehållsområden och bedöma graden av fördjupning och konkretisering inom dessa

Poäng	Lägesanalys	Orsaksanalys	Mål	Handlingsplan	Stöd/resurser	Utvärdering
0	Finns ej	Finns ej	Finns ej	Finns ej	Finns ej	Finns ej
1	Kortfattad/ övergripande	Kortfattad/ övergripande	Generella	Kortfattad/ övergripande	Kortfattad/ övergripande	Kortfattad/ övergripande
2	Medel	Medel	Medel	Medel	Medel	Medel
3	Noggrann/detaljerad	Noggrann/detaljerad	Konkreta	Konkret	Konkret	Konkret

Det är även viktigt att poängtera att dokumenten som hittats och analyserats inte nödvändigtvis är alla existerande dokument utan de dokument vi har funnit genom att fråga regionala nyckelpersoner, söka på

regionernas publika hemsidor, samt genom en fri sökning på internet. Vi försöker i analysen se mönster och få en förståelse hur de olika regionerna har arbetat med strategier och planer för kompetensförsörjning.

Åtta av de 18 planerna var länsövergripande och en fördjupning eller utveckling av kompetensförsörjningsområdet som återfinns i RUS, med fokus på samarbetet med hela regionens sektorer och dess arbetsgivare. De övriga tio planerna var fristående från RUS och skrivna utifrån regionen som arbetsgivare (se Tabell 6:4:2).

Tabell 6:4:2. Kompetensförsörjningsplaner (utöver obligatorisk dokumentation av RUS)

Region	Lägesanalys	Orsaksanalys	Mål	Handlingsplan	Stöd/resurser	Utvärdering	Typ/avsändare
Sörmland	3	3	3	3	3	0	Samordnare
Kalmar	3	3	3	3	0	1	Samordnare
Halland	3	3	3	0	0	0	Samordnare
Jönköping	3	2	3	2	0	0	Samordnare
Örebro	2	2	2	3	2	2	Samordnare
Jämtland/Härjedalen	2	2	3	2	0	0	Samordnare
Blekinge	1	2	3	2	1	2	Samordnare
Östergötland	2	2	2	2	0	2	Samordnare
Gotland	3	3	3	3	1	3	Arbetsgivare
Norrbottnen	3	3	3	3	1	3	Arbetsgivare
Värmland	3	3	3	3	0	3	Arbetsgivare
Västerbotten	2	3	3	3	0	3	Arbetsgivare
Västmanland	3	3	3	0	0	0	Arbetsgivare
Västra Götaland	3	3	2	3	0	0	Arbetsgivare
Dalarna	1	1	3	3	0	3	Arbetsgivare
Skåne	2	2	0	1	0	3	Arbetsgivare
Uppsala	1	1	2	0	0	2	Arbetsgivare
Stockholm	1	1	0	1	2	1	Arbetsgivare
Gävleborg	Dokumentation ej funnen						
Kronoberg	Dokumentation ej funnen						
Västernorrland	Dokumentation ej funnen						

Kompetensförsörjningsplaner med utgångspunkt i RUS (samordnande)

I de flesta regioner finns det flera olika dokument kring kompetensförsörjning. Alla av dessa täcker inte in alla områden från lägesanalys till utvärdering. Vissa har fokus på att noggrant beskriva behovet av kompetens men utan att ange handlingsstrategier (ex. Halland). Tre av de åtta planerna är mer konkreta och detaljerade (Kalmar, Sörmland, Örebro). Detta visar att det finns möjlighet att tillsammans utveckla och beskriva handlingsstrategier trots att det är en komplex uppgift där många olika aktörer och organisationer ska samarbeta över sektors- och organisationsgränser. Dock lyfter flera regioner vikten av att göra det.

”Ingen enskild nivå eller aktör kan på egen hand lösa de kompetensförsörjningsutmaningar som länet står inför. Att samverka och dra nytta av olika aktörers resurser, kompetens och roller är en helt avgörande förutsättning för att klara de långsiktiga utmaningarna för kompetensförsörjning. Flera av utmaningarna kring kompetensförsörjning hanteras effektivast genom samverkan på regional nivå” (Region Jämtland/Härjedalen)

Regionernas kompetensförsörjningsplaner i sin helhet, med flera sektorer och aktörer, varierar i sin utformning. Vissa planer är kortare beskrivningar med pedagogiska figurer (ex. Region Blekinge) medan andra är mer genomgripande. Nedan beskrivs variationen under varje innehållskategori.

Lägesanalys: Det avsnitt som beskriver läget och problembilden i sin helhet med alla aktörer och sektorer varierar mycket mellan planerna. Vissa analyser är väldigt övergripande och konstaterar att det finns en utmaning, t.ex. att befolkningen blir äldre, men går inte in djupare än så utan fokuserar mer på prioriterade områden där något behöver göras (t.ex. Blekinge). Andra planer beskriver de olika sektorerna för sig och visar med hjälp av statistik hur situationen vad gäller utbildning, sysselsatta och matchningsgrad ser ut samt hänvisar till många andra dokument (t.ex. Halland). Vissa regionala planer har mer omfattande statistik som även kan visa hur många som pendlar till regionen, hur stor arbetslösheten är i förhållande till andra regioner samt aktuell utbildningsnivån (ex. Sörmland). Blekinge har en kortfattad, övergripande lägesanalys men i gengäld en mer utvecklad problemanalys.

Orsaks/påverkansanalys: Att beskriva läget och utmaningar är viktigt men det är också viktigt för att kunna förstå vad som orsakar eller har påverkat detta läge. Orsaks/påverkansanalyserna varierade också mellan de åtta planerna med fokus på alla sektorer. Många påpekar att det finns en obalans mellan utbud och efterfrågan på arbetskraft och att orsaker till detta kan vara avsaknad av rätt utbildning i närområdet eller otillräckliga aktiviteter för att inkludera långtidsarbetslösa.

Mål: Flera planer har som övergripande mål att förbättra matchningen mellan utbud och efterfrågan av arbetskraft i regionen. Andra mål är att arbetsgivare ska bli bättre på att agera på nya och hållbara sätt för att långsiktigt klara sin kompetensförsörjning. Vissa planer har som mål att regionen ska ha arbetat fram ett systematiskt och strukturerat analys- och prognosarbete vad gäller kompetensförsörjning och att få till ett livslångt lärande. Flera planer nämner även mål som handlar om att skapa inkludering och ta bort hinder som gör att utsatta grupper inte kommer in på arbetsmarknaden. Några beskriver även mål kopplade till konkreta insatser och förväntade resultat.

Handlingsplan: De flesta planer presenterar prioriterade områden eller fokusområden som är kopplade till målen i stället för mer konkreta aktiviteter/insatser. Beskrivningarna är ofta generella och ibland formulerade som mål:

”Utifrån ett helhetsperspektiv synliggöra kompetensbehov i länet på medellång och lång sikt” (Jämtland/Härjedalen)
Eller

”Utveckla ett flexibelt, relevant och tillgängligt utbildningsutbud på de olika utbildningsnivåerna” (Östergötland)

Några planer är mer konkreta och beskriver t.ex. insatser kopplade till medel från Europeiska socialfonden eller konkreta samverkansformer där olika aktörer träffas för att diskutera kompetensförsörjning (t.ex. Sörmland). Exempelvis presenterar Region Sörmland en konkretiserad handlingsplan i samarbete med många aktörer. Förutom detaljerade läges- och orsaksbeskrivningar presenterar de här insatser och projekt med förväntade resultat och beskriver vilka aktörer som ska samverka och på vilken plattform.

Resurser: Få regioner beskriver vilket stöd, vilken finansiering och/eller vilka resurser som behövs för att genomföra handlingsplaner eller jobba med prioriterade områden. Dock kopplar Region Sörmland flera av sina föreslagna insatser till EU-fonder.

Utvärdering: De flesta kompetensförsörjningsplaner presenterar antingen väldigt övergripande eller inte alls hur arbetet, insatserna eller planen ska utvärderas.

Kompetensförsörjningsplaner fristående från RUS där regionen som arbetsgivare är avsändare

Tio kompetensförsörjningsplaner var skrivna utifrån regionens roll som arbetsgivare och därmed mer avgränsade än de som utgår från RUS. Även här finns en stor variation mellan planerna. Generellt är de mer konkreta än de läns- och sektorsövergripande planerna, vilket kan förväntas då de rör en huvudman och inte flera olika organisationer.

Lägesanalys: Tre av de tio planerna bedöms ha en väldigt kortfattad och övergripande analys av hur läget ser ut i regionen vad gäller kompetensförsörjning. Detta kan bero på att man utgår från en befintlig lägesanalys eller att man väljer att avgränsa sig till att endast beskriva handlingsstrategin eller handlingsplanen.

Orsakspåverkansanalys: I sex av planerna finns ett fördjupat och detaljerat resonemang om vad det är som orsakar eller påverkar läget i regionen vad gäller kompetensförsörjning. De planer som har en noggrann orsakspåverkansanalys har även en noggrann lägesanalys. Tre regioner har en kortfattad och övergripande analys vad gäller både läges- och orsaksanalysen (Stockholm, Dalarna, Uppsala). Man kan anta att en regions storlek, befolkningsunderlag och komplexitet kan göra dessa analyser svårare, t.ex. om vården bedrivs av många olika typer av vårdgivare, både offentliga och privata. Dock har Västra Götaland en väl utvecklad läges- och orsakspåverkansanalys medan Skåne ligger i ett mellanläge.

De påverkansfaktorer som beskrivs är framför allt den ändrade demografin med fler äldre och färre i arbetsför ålder, vilket påverkar kompetensförsörjningen. Ökade pensionsavgångarna ses orsaka en framtida kompetensbrist. Att framtidens medarbetare har andra krav och beteendemönster än tidigare generationer påverkar deras val av yrken. Vikten av att ha gedigen rekryteringskompetens återkommer t.ex. påpekas att de yngre generationerna i högre grad byter karriär under sitt yrkesliv och kräver andra typer av rekrytering. Flera regioner lyfter att det inte endast handlar om att rekrytera utan också att det blir allt viktigare hur en organisation arbetar med att utveckla och behålla medarbetare.

En faktor som ofta nämns är att den höga personalomsättningen till viss del beror på dålig arbetsmiljö och bristande ledarskap. En orsak till detta anges vara att det inte ges optimala förutsättningar för chefer att vara bra ledare. Några regioner har genomfört fördjupade avgångsintervjuer eller enkäter för att förstå orsakerna till att personal lämnar. En region lägger stor vikt vid hur chefers och medarbetares organisatoriska förutsättningar påverkar möjligheterna för ett utvecklande ledarskap och medarbetarskap. Vissa regioner redovisar även en noggrann analys av varje yrkesgrupp, både en lägesbeskrivning och vad som påverkar läget. En annan återkommande faktor är begränsningar vad gäller utbildning, t.ex. att det inte finns tillräckligt med utbildningsplatser.

Mål: I de kompetensförsörjningsplaner där läges och orsakspåverkansanalyserna är gedigna anges också tydliga mål medan det omvända gäller vid kortfattade analyser. Exempel på mål är att man avser: minska beroendet av hyrpersonal, stärka chefers och medarbetares möjlighet till kompetensutveckling, nyttja befintliga resurser på ett bättre sätt, utveckla metodstöd för förbättringsarbete i verksamheten och genomföra frekventa mätningar av chefers och medarbetares engagemang. Andra exempel är att heltidsanställning ska bli det normala vid nyanställning på fasta tjänster, kunskap om arbetsplatsen och regionen ska förmedlas och att det vid introducering ska ges möjlighet för nya medarbetare att komma in i arbetsuppgifterna på ett bra sätt. Regionerna Skåne och Stockholm beskriver inga mål i sina planer medan Uppsala och Västra Götalands mål är generella och mindre konkreta.

Handlingsplan: Beskrivningen av strategier och aktiviteter ligger på varierande detaljnivå. De regioner som har noggranna och detaljerade analyser har i de flesta fall även tydliga och konkreta handlingsplaner. Konkreta handlingsplaner återfinns dock i några regioners planer utan denna koppling. Två regioner beskriver inte sin handlingsplan i kompetensförsörjningsplanerna (Västmanland och Uppsala). Några av regionerna använder sig av modeller för att vägleda arbetet med kompetensförsörjning, t.ex. ARUBA en vedertagen modell inom HR-området. ARUBA beskriver delarna inom arbetslivs- och kompetensförsörjningscykeln där akronymen står för Attrahera, Rekrytera, Utveckla, Behålla och Avveckla. Tre regioner (Västerbotten, Värmland, Gotland) använder SKR:s arbete kring att möta kompetensutmaningar inom vården som innehåller nio handlingsstrategier: 1) stödja medarbetarnas utveckling, 2) stärka ledarskapet, 3) rekrytera bredare, 4) utnyttja tekniken smart, 5) använda kompetensen rätt, 6) söka nya samarbeten, 7) prioritera arbetsmiljöarbetet, 8) öka heltidsarbetet och 9) förlänga arbetslivet. Andra bygger planen på egna kategoriseringar, Skåne t.ex. som beskriver sina fem

identifierade strategier: attraktiv arbetsplats, använd kompetensen rätt, ge stöd till medarbetar-utveckling, stärk utbildningsuppdraget och möjliggör lönebildning.

Det varierar i hur konkreta planerna är när de uttrycker vad som ska göras för att förbättra kompetensförsörjningen. Vissa uttrycker sig mer generellt t.ex. att de ska "stödja, stimulera och utforska nya möjligheter att använda kompetens rätt" (Skåne); eller "utveckla arbetssättet för att skapa hälsofrämjande arbetsplatser" (Västerbotten). Andra uttrycker sig mer detaljerat, som att de ska "utveckla förenade anställningar mellan regionen och lärosäten för forskning" (Dalarna) eller att de ska "erbjuder bokade besök för medarbetare som överväger att avsluta sin anställning, med målet att de ska stanna kvar inom Regionen" (Dalarna).

Resurser: Tre av de 10 kompetensförsörjningsplanerna beskriver vilka resurser som ska möjliggöra genomförande av de olika strategierna.

Utvärdering: I flera regioners kompetensförsörjningsplaner anges att handlingsstrategierna ska utvärderas eller följas upp, t.ex. genom att integrera dem i medarbetarnas individuella utvecklingsplaner, i verksamhetsplanering samt i verksamheternas ordinarie budget- och uppföljningsarbete. Kolada nämns som ett sätt att följa upp mått som sjukfrånvaro och inhyrd bemanning (Norrbotten). Kolada (www.kolada.se) är en öppen, kostnadsfri databas med tusentals nyckeltal och olika analysfunktioner med syfte att stödja arbetet med analys, jämförelser och uppföljning i kommuner och regioner. Vissa regioner anger mätbara mål som följs upp med hjälp av olika index och enkäter exempelvis till chefer. Andra har som mål i kompetensförsörjningsplanen att utveckla bättre uppföljningssystem och arbetssätt för utvärdering (Dalarna, Skåne). I några planer återfinns ett års-hjul för kompetensförsörjning.

Intervjuanalys – Strategier och praktiskt arbete med kompetensförsörjning och förbättring av personalens situation

Totalt 31 nyckelpersoner inom 10 regioner deltog i intervjuer med fokus på hur regionen arbetar med kompetensförsörjning, på strategisk och på verksamhetsnivå. För varje region intervjuades en eller flera kontaktpersoner, en HR-strateg samt i några fall en person ansvarig för kompetensförsörjning och kompetensutveckling. Frågorna berörde vilka problem och utmaningar regionen har inom kompetensförsörjning, vilka övergripande och vilka verksamhetsspecifika insatser regionen arbetar med, huruvida de har fungerat väl eller inte samt lärdomar kring arbetet med kompetensförsörjning. Vidare tillfrågades om specifika typinsatser i verksamheterna. Intervjuerna varade mellan 60 och 90 minuter. Samtliga intervjuer transkriberades och sorterades in i frågeområden för vidare analys.

Problem och utmaningar i att attrahera, behålla och förbättra situationen för vårdpersonal

Den aktuella bristen på vårdpersonal inom hälso- och sjukvården är en av regionernas största utmaningar. Flera av de intervjuade beskriver brist på undersköterskor, grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor, psykiatrisjuksköterskor, distriktsjuksköterskor och barnmorskor. I flera regioner råder det även brist på läkare. En region lyfter att många sjuksköterskor är subspecialiserade och att det behövs personal med bredare kompetens, medan en annan region beskriver det motsatta, att det inte finns tillräcklig med subspecialiserade sjuksköterskor eller läkare inom vissa specialiteter t.ex. allmänmedicin, psykiatri och obstetrik. Behoven varierar mellan regionerna, men bristen är en återkommande utmaning. Den demografiska utvecklingen med fler äldre och färre i arbetsför ålder lyfts, då det leder till minskad tillgång till arbetskraft samtidigt som behov av vård ökar.

Många regioner lyfter att glesbygden är mycket svårare att bemanna med vårdpersonal än de stora universitetsstäderna. De regioner som inte har en universitetsstad beskrivs dessutom inte ha lika stor dragningskraft. I kombination med den demografiska utvecklingen kan detta skapa stora svårigheter.

"Vi har inte samma förutsättningar som de stora universitetsstäderna, de drar till sig folk. Och vi har en demografisk situation som gör att vi inte har lika många i arbetsför ålder framledes" (Dalarna)

I flera regioner varierar kompetensbristen inom regionen, de mindre orterna har svårare att attrahera kompetens. Flera respondenter menar att för att få kompetens till glesbygden krävs det personer som vill bo och verka där, som vill stanna i sin hemort, samt en attraktiv arbetsplats. I glesbygd är det oftast små barnmorskemottagningar där man är ensam barnmorska utan någon barnmorskekollega. En sådan situation gör det mer utmanande att göra mottagningen attraktiv som arbetsplats för barnmorskor, men även för patienter.

"På mödravården är man ensam. Det är ju inte 24–7 utmaningen på mödravården, utmaningen där är att orka vara så ensam som man är. Där finns insatser för att samlas kring olika möten och processgrupper, så man träffar andra också. På kliniken på sjukhuset har man alltid folk omkring sig, men på mödravården kan man vara ruskigt ensam. Man måste vara lite rustad för det" (Kalmar)

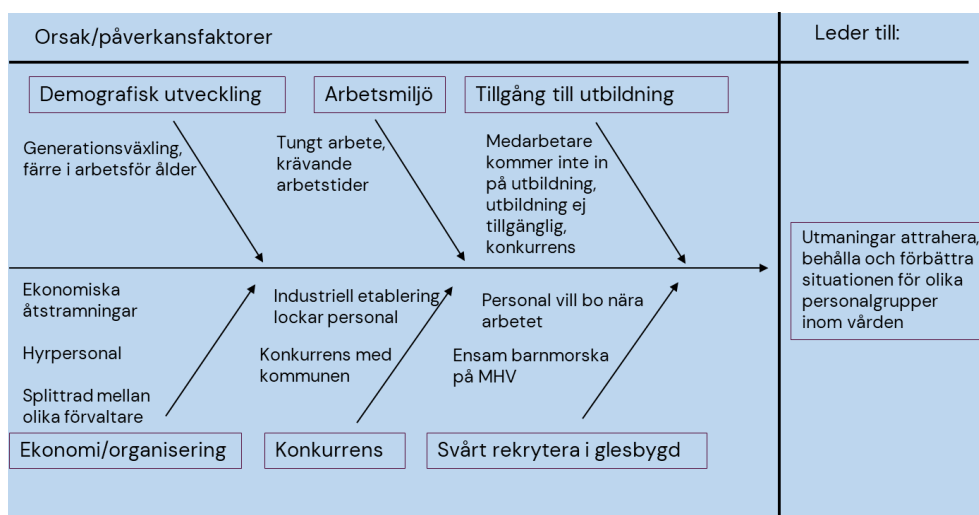
En annan utmaning är hur mödravården organiseras. En region beskriver att det är en fördel att ha hela graviditetsvårdkedjan i egen regi, det skapar en stark vårdkedja. En region med både privat och offentlig primärvård beskriver det som en spretig organisation att verka i. En utmaning med många små privata vårdgivare är att det är svårt att få studenter till de små enheterna. En storstadsregion beskriver även fördelar med många olika vårdgivare, t.ex. att kunna hjälpa varandra i kriser och att personal kan byta arbetsplats och denna konkurrens kan öka vårdgivares insatser för att behålla personal. Att ta emot studenter för verksamhetsförlagd utbildning nämns av storstadsregioner som en utmaning, även på sjukhus. Det är en utmaning att kunna ta emot och erbjuda alla barnmorskestudenter en kvalitativ handledning. Konkurrens om personal är ett problem, en region beskriver hur nyetablerad industri lockar till sig personal och en annan hur de konkurrerar med kommunen och ofta hamnar i lönediskussioner och jämförelser.

Det blir allt svårare att rekrytera barnmorskor till dygnet-runt öppna verksamheter då det är ett tungt och krävande arbete och få orkar arbeta dygnet runt. Det beskrivs att många av den anledningen söker sig till dagtidstjänst där arbetstider och arbetsförhållanden i primärvården lockar. En respondent beskriver trenden att yngre går till öppenvård trots att de behöver skaffa sig bred kompetens från slutet förlossningsvård innan arbete inom öppenvård. En annan beskriver att nyutexaminerade sjuksköterskor och barnmorskor blir skrämda över det krävande arbetet när de kommer från utbildningen och att de behöver mer praktisk erfarenhet. Det lyfts av flera att fokus bör skifta till att behålla personal i stället för att fokusera på att anställa.

"Vad gäller äldre och erfaren personal skulle man kunna fasa ut dem från det kliniska arbetet, men behålla dem med goda villkor för att de ska fungera som handledare. Kompetens från 30 år kan man inte läsa om i en bok. I stället för att slita ut dem till sista pensionsdagen i det kliniska arbetet skulle man kunna göra en delad tjänstgöring. De ska inte behöva lämna och säga att nu är det nog, att de inte vill jobba en sekund till, för de skulle ha kunnat jobba tre år till och vi skulle ha kunnat bibehålla kompetens med 30 års erfarenhet" (Skåne)

En orsak till kompetensbrist i vissa regioner beskrivs vara relaterat till grundutbildning t.ex. att utbildningar har lagts ner eller att medarbetare med erbjudande om utbildningsanställning inte kommer in på utbildningen eller att utbildningsplatser fylls av andra regioners medarbetare. Studenter från andra regioner upptar även regionens praktikplatser men återvänder efter avslutad utbildning till sina hemkommuner/regioner.

En ekonomisk ansträngd situation anses påverka kompetensförsörjningen. Flera regioner beskriver att de använder men försöker avveckla eller har totalstopp för hyrpersonal. En region beskriver en viss effekt av detta då de tex. kunnat anställa fler operationssjuksköterskor. I Figur 6:4:8 ges en översikt över de påverkande och orsakande faktorer som tas upp i intervjuerna.



Figur 6:4:8. Översikt av faktorer som påverkar utmaningen att attrahera, behålla och förbättra för personal baserat på intervjuer.

Typaktiviteter för att attrahera, behålla och förbättra situationen för personal inom verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård för kvinnor

I intervjuerna tillfrågades respondenterna om och i så fall hur de inom vården för kvinnor före, under och efter graviditet använde sig av 11 typaktiviteter för att attrahera, behålla och förbättra för personal. Typaktiviteterna finns listade i Tabell 6:4:3. Nästan alla 10 regioner beskrev aktiviteter under varje typaktivitets-kategori.

System för kompetens och karriärutveckling

Samtliga respondenter uppgav att de använde något slags system för kompetens och karriärutveckling. Åtta regioner beskrev olika kompetens- och karriär utvecklingsmodeller. En region beskriver att de har tagit fram en egen modell tillsammans med medarbetare och chefer och att det "inte är en HR-produkt". Andra regioner använder kompetensmodeller som förordnas enligt Vårdförbundets kollektivavtal och vissa har skapat en egen modell med hjälp av dessa och inspiration från andra regioner. En region beskriver att de har karriärstegar på individnivå för alla större yrkesgrupper och att det för barnmorskor beskrivs i detalj hur målen ska uppnås. Vissa regioner beskriver att de även använder en kompetens- och demografi-profil som bas för kompletterande rekrytering, men att det ofta inte finns tillräckligt många sökande för att kunna rekrytera den profil man skulle behöva. En respondent påpekar att det dock finns få möjligheter till karriärutveckling för seniora barnmorskor:

"På Barnmorskemottagning (BMM), har man möjlighet med karriärutveckling eller kompetensutveckling, de första 10 åren, sedan finns det inte så mycket mer. Det skulle finnas lite mer tjänster, inte bara på BMM utan även på förlossningen för de här erfarna, att man verkligen nyttjar den kunskapen på bästa sätt, både för dem själva, men kanske även för de andra medarbetarna, så att man känner att det verkligen har betydelse att man har jobbat många år" (Skåne)

Några regioner nämner möjligheten för både undersköterskor och sjuksköterskor att vidareutbilda sig med bibehållen lön. En respondent påpekar att det dock inte finns specialistutbildning för undersköterskor inom kvinnosjukvård/förlossningsvård. Det påpekas att specialistutbildade undersköterskor är en relativt ny yrkeskategori som är på uppgång i flera verksamheter. Några beskriver att de inte har någon speciell modell för kompetens- eller karriärutveckling men ett system för att kartlägga och identifiera kompetensutvecklingsbehov. En respondent identifierar att inom kompetens och karriärutveckling är chefen en nyckelaktör och att även om det finns modeller hos HR så handlar det om chefens förmåga att kanalisera kompetensutvecklingen så att den verkligen sker.

”Om man sedan kvarnar ner det till golvet så handlar det fortfarande väldigt mycket om vilken chef du har och vilken kunskap den chefen har, och på vilket sätt den personen jobbar med sitt ledarskap för att visa en tydlig, eller att tillsammans tar fram en tydlig stege för min kompetensutveckling. Man behöver en chef som är positiv för att kunna göra det” (Skåne)

Tabell 6:43. Översikt över de 10 regionernas insatser inom de olika typaktivitetskategorierna

Typaktiviteter/Tema	Underkategorier	
1 System för kompetens och karriärutveckling	- Kompetens och karriärutvecklingsmodeller (n=8) - Betald vidareutbildning (n=3)	- System för kartläggning av kompetenser (n=2) - Beror på chefen (n=1)
2 Lön, förmåner, avtal	- Lönesatningar (n=7) - Arbetstidsförkortning (n=5) - Förstärkt OB (n=3)	- Utbildningsbidrag (n=3) - Friskvårdsbidrag (n=3)
3 Fysisk arbetsmiljö	- Nya lokaler (n=6) - Ny utrustning för medarbetare (n=5) - Digitala arbetssätt (n=1)	- Erbjuder boende (n=1) - Arbetsmiljöronde (n=1)
4 Psykosocial arbetsmiljö	- Introduktion för nya medarbetare (n=3) - Föreläsningar och gruppdiskussioner (n=4) - Systematiskt arbetsmiljöarbete (n=3) - Stöd för chefer (n=3) - Kris och konflikthantering (n=2)	- Stöd för hantering av patienter med psykisk ohälsa (n=2) - Förändringsledning (n=1) - Medarbetarsamtal (n=1) - Bemanningsassistenter (n=1)
5 Nya arbetssätt	- Teamarbeten (n=7) - Digitala arbetssätt (n=5) - Uppgiftsväxling (n=4)	- Regionsamverkan (n=3) - Mentorskap (n=1) - Produktionsplanering (n=1)
6 Rekryteringskampanjer och marknadsföring	- Sociala medier (n=7) - Personal som ambassadörer (n=4)	- Samtal med de som slutat (n=1) - Marknadsför via regionen som attraktiv arbetsplats (n=1)
7 Nya typer av funktioner	- Koordinatorer (n=5) - Utvecklingsfrågor (n=3) - Vårdnära service (n=2) - Nytt journalsystem (n=1)	- Hemförlösning (n=1) - Flerspråkiga undersköterskor (n=1) - Nya enheter (n=1)
8 Introduktion/stöd för nya medarbetare	- Introduktionsprogram (n=9) - Mentorskap (n=6)	- Kliniskt basår (n=1) - Utvecklad handledning (n=1)
9 Ledarskap och ledning	- Ledarskapsutbildningar (n=4) - Bemanningsstöd (n=4) - Reflektion i organiserad form (n=3) - Maxantal underställda (n=3)	- Förändringsledningsutbildning (n=2) - Chefshandledning (n=1) - Certifieringsarbete (n=1)
10 Konsultera andra	- Hyrpersonal (n=5) - Företagshälsovården (n=1) - Chefs och ledningsstöd (n=3) - Pensionerade barnmorskor (n=1)	- Analyshjälp (n=1) - Auskultation (n=1) - HR (n=1)
11 Öka antalet utbildningsplatser	Samverkan med universitet (n=6) Lön under utbildning (n=5)	Uppdragsutbildning (n=2)

Lön, förmåner och avtal

Vad gäller aktiviteter rörande lön, förmåner och avtal inom kvinnosjukvården och förlossningsvården så nämner hälften av regionerna arbetstidsförkortning. Det beskrivs att det hos barnmorskor finns ett missnöje över det tunga arbetet i en 24–7 verksamhet. Flera regioner erbjuder olika varianter av kortare veckoarbetstid beroende på hur mycket dag-, natt- och helgtjänstgöring personalen har i sin tjänst. Ett exempel är införandet av ”ständig helg” då personalen får heltidslön men endast arbetar 23,5 timmar fredag till söndag samt ”ständig natt” då personalen har en arbetstid på 32 timmar. Arbetstidsförkortning är attraktivt och används vid rekrytering som ett lockbete. Dock beskriver en region att medan förkortning gör medarbetarna nöjda med den egna arbetstiden så kan arbetsmiljön ta skada då det innebär färre personal i verksamheten. En annan satsning för att öka attraktiviteten är ett ökat OB-tillägg, en region ökade ersättningarna med 66% för nätter och helger för att råda bot på kompetensbristen.

Några regioner beskriver Vårdförbundets extra lönesatsning på barnmorskor. En har följt upp lönetillägget och funnit att de har kunnat stärka bemanningen och flera verksamheter har ökat produktionen och öppnat fler vårdplatser. Dock tillägger samma region att lönetillägget har varit bra för de som arbetar i slutenvården men att de med kombinationstjänster (50% förlossningsvård - 50% mödrahälsovård) inte har kunnat nyttja det. En annan region beskriver att även om lönebilden förändrats så verkar det inte varit en framgångsfaktor i rekryteringen då det inte rört sig om så stora summor. Övriga förmåner som beskrivs är utbildningsbidrag samt friskvårdsbidrag som styrs av centrala avtal.

Fysisk arbetsmiljö

Flera regioner beskriver insatser för att förbättra den fysiska arbetsmiljön i form av nya lokaler och användning av befintliga lokaler på nya sätt. Genom att erbjuda nya, fräscha och anpassade lokaler blir det lättare att både rekrytera ny personal samt att förbättra arbetsmiljön för existerande personal.

”Vi har bytt lokaler för att det är sjuka hus. Nu kan jag få tillbaka personer som inte har kunnat jobba hos mig pga. sjuka hus, så det har gett stora effekter” (Västerbotten)

Omflyttning av delar av verksamheter till andra verksamheter beskrivs ha förbättrat arbetsmiljön, antingen att det har renodlat arbetet eller gett en mer varierad arbetsmiljö. Den fysiska arbetsmiljön har förbättrats av inköp av ny utrustning t.ex. ergonomiska förlossningsängar, installation av alarmknappar på förlossningen, badkar, britsar och skötbord för bättre arbetsställningar samt ergonomiska stolar och skrivmöjligheter som underlättar hög närvaro på salen. Andra exempel på investeringar är friskvård och arbetsmiljö-ronder samt att vissa regioner erbjuder boende för de som måste resa långt.

Psykosocial arbetsmiljö

Insatserna för att förbättra den psykosociala arbetsmiljön varierar. Några respondenter hänvisar till det ständigt pågående systematiska arbetsmiljöarbetet. En region berättar hur en rutininspektion av arbetsmiljön fick dem att inse behovet att arbeta mer med riskbedömning, dvs. riskanalyser utifrån ett arbetsmiljöperspektiv, vilket ökade kunskapen inom området psykosocial arbetsmiljö.

”Det var ett uppvaknande att jobba med att riskbedöma och risk-analysera. Riskanalys görs utifrån ett patientperspektiv, medan riskbedömning gör man utifrån ett arbetsmiljöperspektiv. Det var en nyhet för oss i regionen under året” (Östergötland)

En annan region beskriver hur de arbetar med att bygga en modell för att följa arbetsmiljön parallellt med patientsäkerhetsarbetet, där ingår att personal samlas efter varje arbetspass för att identifiera risker man upplevt under arbetet. Vissa regioner uppger att de har föreläsningar, gruppdiskussioner och teamstärkande aktiviteter för att förbättra kommunikation och samarbete. Några beskriver vikten av att återkommande arbeta med hur personal bemöter varandra och vikten av att vara trevliga mot varandra. Att få till bra bemötande ses som en ”färskvara” men att de teamutvecklingsaktiviteter man använt sig av fått resultat.

Några regioner betonar vikten av kris och konflikthantering, speciellt inom förlossningsvården som är en verksamhet där det förväntas gå bra men tragiska händelser kan ske.

”Det har lyfts att i arbetet på förlossningen finns en förväntan att allt går bra. Det har lyfts som en extra press som kanske inte andra verksamheter har. När det väl händer något tråkigt så är det fruktansvärt tragiskt och hur mycket stöd du än får så är det ändå extra tufft” (Halland)

Två regioner berättar att de har utbildningar kring kris och konflikthantering som fokuserar både på arga och besvikna patienter och svåra händelser. Andra beskriver ett strukturerat arbete kring patienter med psykisk ohälsa eftersom det ofta upplevs tungt och även påverkar medarbetarnas psykiska hälsa att ha många patienter som inte mår bra. Chefen beskrivs återigen som viktig för att skapa förutsättningar för en bra psykosocial arbetsmiljö och typen av ledarskap kan påverka mycket.

"Chefen är väldigt viktig där för att sätta tonen för hur den psykosociala arbetsmiljön ser ut. Att chefen verkligen ser alla. Det beror på vad man har haft för ledarskap, det påverkar den psykosociala situationen på arbetsplatsen otroligt mycket. Man bör ha en närvarande chef som är på plats, som inte bara sitter på ett kontor någon annanstans" (Skåne)

Under denna typaktivitet tar några respondenter också upp vikten av introduktionsprogram och mentorskap för att skapa en tryggare psykosocial arbetsmiljö.

Nya arbetssätt

Respondenterna fick frågan om de hade infört några nya arbetssätt för att kunna förbättra personalens arbetssituation samt underlätta kompetensförsörjningen. Sju regioner lyfte att de arbetade med *teamarbete*, exempelvis förbättring av förutsättningar för teamronder för att höja kompetens, multidisciplinär samverkan kring endometrios samt team kring hjärtsjuka mammor. Andra teamarbetssätt var en barnmorska per födande, två barnmorskor vid förlossning, nollseparation mellan mamma och barn, hemsjukvårdsteam och samverkan vid diabetesvård. Genom att arbeta i team kring patienter med psykisk ohälsa upplevdes att både arbetsmiljö och patientvård förbättrades.

"Det handlar om tvärprofessionella team, psykisk ohälsa-forum för att dryfta svåra patientärenden, ett team runt hjärtsjuka mammor, samverkan för diabetesvård eller endometrios. En bra multidisciplinär samverkan. Psykisk sjukdom eller endometrios kan vara tärande att jobba med. Det blir bättre arbetsmiljö och bättre vård av att jobba i team. Digitaliseringen har gjort det lättare att samverka över länet" (Dalarna)

Nya *digitala arbetssätt* såsom digitala föräldragrupper, uppföljningssamtal och vårdmöten beskrevs. Man beskriver ett visst motstånd till digitalisering hos personal och att vården behövt ställa om på kort tid. Enligt en region har digitaliseringsarbetet inneburit att vårdpersonal vågat lägga mer ansvar på patienterna, vilket skapat en ny situation. En respondent beskriver att det har varit till stor nytta att arbeta med förändringsledning kring digitalisering.

Uppgiftsväxling nämns som ett nytt arbetssätt hos några regioner. Möjligheten att arbeta på två arbetsplatser genom flexibla anställningar är ett sätt att öka samarbete och bidra till kompetensutveckling och kompetensförsörjning.

Flera regioner beskriver att de har satsningar för att *öka samarbetet* inom regionen och över klinikgränser t.ex. förbättringsprogram kring eftervårdsprocesser som inkluderar personer från flera kliniker. Detta ledde till gemensamma vådrutiner och det blev lättare att ta kontakt med personal på olika kliniker. En ny utvecklingsenhet med fokus på tillgänglighet, öppenhet och transparens - oavsett om det är öppenvård eller slutenvård, privat eller offentlig vård är ett annat exempel.

"Det är ju vårt team, det är ett annorlunda sätt. Vi var alla nya som startade upp teamet och fick, vi behövde inte härmna det som fanns tidigare, vi kunde plocka med oss det som var bra. Men vi kunde också skapa nya egna arbetssätt, bl.a. var vi väldigt måna om den här dialogen, att den skulle bli så öppen och tillgänglig som möjligt mellan utvecklingsenheten och koncernkontoret, barnmorskorna och öppen- och slutenvården. Så överhuvudtaget en utvecklingsenhet som inte har så, inga starka murar, kom inte här och tyck, utan väldigt öppet" (Skåne)

Det beskrivs hur en regiongemensam satsning på *introduktion av mentorskap* har ökat samverkan mellan medarbetare samt en förstärkt en vi-känsla. Andra sätt att samverka är gemensamt arbete med *produktionsplanering och produktionsstyrning* mellan kvinnohälsa, förlossning, BB och barnhälsovård.

Nya typer av funktioner

Nya typer av funktioner är exempelvis införandet av koordinatörer. Fem regioner nämner hur olika typer av koordinatörer bidragit till bättre struktur och arbetsmiljö. Genom att anställa erfarna barnmorskor som koordinerar arbetet på förlossningen flyter arbetet på bättre.

"Vårdpersonal som arbetar som koordinatörer på förlossningen. En erfaren barnmorska som har koll på det som sker på avdelningen. Det var motstånd i början men nu vill ingen vara utan" (Dalarna)

En annat exempel är personal som arbetar med utvecklingsfrågor, exempelvis erfarna barnmorskor och undersköterskor eller vårdadministratörer. Några regioner lyfter servicefunktionen vårdnära service som frigör tid för underskötersketid och barnmorskor till patientnära. Rekrytering av flerspråkiga undersköterskor, hemförlossning i egen regi samt ny obstetrisk mottagning där personal arbetar mer renodlat nämns också.

Introduktion/stöd för nya medarbetare

En avgörande orsak till att personal slutar är att de känner sig otrygga och en bra introduktion och ett fungerande mentorskap anses kunna hindra det. Flera regioner beskriver hur de utvecklat eller infört nya introduktions- och/eller mentorskapsprogram för att ny personal ska känna sig trygga och välkomna.

"Syftet med introduktionsprogrammet i mödravården var att känna trygghet, och stärka attraktiviteten för en hållbar kompetensförsörjning. Adepter och mentorer har gett feedback att det känns tryggt, bättre rustade" (Västmanland)

Några beskriver att de har mentorer men inte ett mentorsprogram.

"Vi jobbar ständigt med det inom mödra- och slutenvård. Där har vi förbättringspotential. Varje barnmorska som börjar får en mentor, men vi skulle behöva ett mentorsprogram. Forskning visar att det bidrar starkt till att man känner sig välkommen i yrket" (Västmanland)

Vikten att arbeta med kvalitativ handledning lyfts och vissa regioner har även kliniska basår för olika yrkesgrupper. En region beskriver att ser det olika ut inom regionen och att de funderar på att införa ett gemensamt kliniskt basår med mentorskap för alla sjuksköterskor. En respondent beskriver hur de arbetar med att introducera barnmorskor med utländsk barnmorskeutbildning.

Ledarskap

I en tidigare analys av regionala insatser⁵⁸ fann vi få insatser som berörde ledarskap trots att det är en viktig faktor för kompetensförsörjning och personalens arbetssituation, vilket kunde bero på att dessa insatser inte betalats av satsningen. Ledarskap återkommer dock i intervjuerna som en viktig förutsättning för arbetsmiljö och kompetensutveckling. Flera regioner nämner att de har olika typer av ledarskapsutbildningar t.ex. grundutbildningar i ledarskap för alla sjuksköterskor, påbyggnadskurser med "utvecklade ledarskap", eller "morgondagens chef" samt chefsakademier för att både utveckla befintliga chefer och locka nya. I en region nominerar chefer medarbetare som förbereds för chefstjänster bl.a. via kurser i ledarskap baserade på Försvarmaktens ledarskapsutbildningar. I en annan region jobbar man med chefers förutsättningar kopplat till kompetensförsörjningsstrategin där verksamheterna själva identifierat att åtgärder behövs för att förbättra chefernas förutsättningar.

"Vi håller på att ta fram olika insatser kopplade till chefers förutsättningar, som vi kommer att rulla ut olika aktiviteter kring. Det är kopplat till kompetensförsörjningsstrategin och verksamheterna har själva identifierat att vi måste vidta åtgärder för just chefers förutsättningar. Det finns mycket evidens för att transformerande ledarskap, i stället för ett låt-gå ledarskap, får effekt på medarbetargrupper, i engagemang, produktion och patientsäkerhet. En massa goda effekter får man om man har ett väl fungerande ledarskap i en organisation" (Västerbotten)

Flera regioner har organiserade former av reflektion där chefer träffas och reflekterar över olika erfarenheter kring ledarskap, både chefer inom en klinik och mellan kliniker. Några regioner arbetar med kunskap om utvecklande ledarskap, indirekt ledarskap och förändringledning. Andra ordnar stöd i form av bemanningsassistenter eller personalsamordnare för att frigöra tid för chefer att arbeta med arbetsmiljön, strategier och planering. En region beskriver hur anställning av undersköterskor som bemanningsassistenter frigjort tid för chefer som minskat tiden de lägger på akut bemanning. En region beskriver hur certifierings-

arbete har hjälpt dem med ledningen av verksamheter. Tre regioner beskriver att chefer har för stora medarbetargrupper vilket orsakar stor rotation bland chefer, framför allt avdelningschefer och satsningar på att minska medarbetargrupper beskrivs. Även om utbildningar är bra så spelar det ingen roll om det inte speglar sig i verkligheten resonerar en region medan en annan lyfter att det inte alltid är tydligt hur ledarskapsstöd från högre nivåer används i verksamheterna. Två regioner beskriver hur de har använt avgångsenkäter för att fånga upp varför personal slutar och funnit att ledarskap och den organisatoriska arbetsmiljön är viktiga påverkansfaktorer.

Konsultera andra

Vid frågan om verksamheterna använder sig av externa aktörer för konsultation var svaren varierande. Flera regioner beskriver att de har hyrpersonal men att de håller på att avveckla dem. Några beskriver att de ska vara hyroberoende men att det alltid kommer finnas behov vid vissa tillfällen. Vissa regioner har ingen hyrpersonal alls. En storstadsregion beskriver att de i stället för att hyra in personal tar hjälp av varandra inom regionen. Upphandling av konsulter och utbildningar i ledarskapsutveckling nämns liksom annat externt stöd som chefs- och analysstöd samt stöd från företagshälsovården och pensionerade barnmorskor på timvikariat.

Öka antalet utbildningsplatser

En utmaning som flera intervjuade nämner är brist på utbildningsplatser eller att deras medarbetare inte kommer in på utbildningar och därmed ett behov av ökat antal utbildningar eller utbildningsplatser. Flera regioner beskriver insatser i samverkan med universitet och högskolor för att påverka utbildningsutbudet.

"I samarbete med högskolan (i regionen) dubblades intaget på barnmorskeprogrammet höst och vår. Det har varit räddningen för verksamheten" (Dalarna)

Flera beskriver att de lyckats påverka, t.ex. ökat intaget till barnmorskeutbildningen eller flyttat slutexaminationer till januari i stället för juni, vilket underlättat sommarbemanningen. Andra regioner som försökt påverka antal platser eller utformning på utbildningen har dock inte lyckats lika bra.

"Vi har försökt påverka att barnmorskeprogrammet inte ska vara en distansutbildning för att premiera de som kommer från norra Västerbotten. Universitetet har inte gått med på det" (Västerbotten)

Flera regioner har utbildningsanställningar för att få tillräckligt med personal eller att de köper platser via uppdragsutbildningar. En respondent påpekar att det inte är rimligt att de ska betala för extra utbildningar då universiteten har ett statligt uppdrag att tillgodose yrkesutbildningar för vården.

Rekryteringskampanjer och marknadsföring

Olika marknadsföringsstrategier för att attrahera personal till regionens verksamhet beskrivs. För att attrahera framtida medarbetare söker sig flera regioner till ställen där ungdomar samlas t.ex. informerar vid gymnasieälsor och vid elevbesök på ungdomsmottagningarna. En respondent beskriver att de ordnar prao för högstadielärover för att skapa intresse för yrket, andra hur de använder erbjudande om betald utbildning och förstärkt ersättning för att rekrytera. Att använda den egna personalen som ambassadörer lyfts av flera respondenter.

"Hur man pratar om sin arbetsplats runt om i landet, för det sprider sig ner. Vi har ju jättelätt att rekrytera och har nästan alltid haft det också" (Dalarna)

En ofta förekommande metod för att rekrytera och attrahera personal till verksamheterna är användandet av sociala medier t.ex. läggs filmer om den egna verksamheten ut på Facebook, Instagram, Tik Tok och Snapchat.

"Ja jag tänker mest på när vi rekryterar att vi har blivit mycket bättre på att gå ut i sociala medier, och på att visa yrket på lite olika sätt för att få en större inblick i yrket som barnmorska. Så där har vi utvecklats rent medialt" (Halland)

Andra nämner att de arbetar med internationell rekrytering. En respondent påpekar dock att de dagligen arbetar med rekrytering av ny personal men att det viktigaste för tillfället är att få de nuvarande medarbetarna att stanna kvar.

Diskussion

Stor variation i regionernas kompetensförsörjningsplaner

Det finns stora variationer mellan regioner när det gäller hur omfattande beskrivning som ges i kompetensförsörjningsplanerna. Det varierar även hur väl lägesanalysen kopplas till en orsaksanalys av vilka faktorer som påverkat läget. De regioner som beskriver mer noggranna analyser har också tydligare och mer konkreta handlingsplaner. Några regioner har lägesanalyser men inga handlingsplaner.

Lägesanalys och orsak/problemanalys är inte riktigt samma sak även om en lägesanalys kan innehålla problemanalyser. En lägesanalys kan beskriva läget men först när en orsaks- eller problemanalys kopplas på kan man bättre förstå vilka faktorer som påverkat eller orsakat läget. Detta kan dock göras på olika sätt och nivåer, mer generellt och övergripande eller mer kontextspecifikt och fördjupat. En gedigen orsaks/problemanalys som tar hänsyn till många perspektiv underlättar för handlingsplaner och val av insatser som kan förbättra läget och minskar risken för val av insatser som inte får så stor påverkan i det aktuella läget. Tre regioner utmärker sig med mer fördjupade analyser och detaljerade handlingsplaner. Generellt är planerna vaga när det gäller resurser och finansiering för interventioner.

Ibland finns delar av läges- och/eller problemanalyser utspridda över flera dokument, vilket försvårar möjligheterna att skaffa sig en helhetsbild. Alla regioner en dokumenterad RUS – som kan vara mer eller mindre utförlig. Arton regioner hade dessutom en fördjupad plan, åtta var en förlängning av RUS, dvs en samverkande plan som rörde hela länets kompensförsörjning, och 10 en plan som omfattar regionens egna verksamheter. I tre regioner hittade vi bara en dokumenterad RUS men inga övriga kompetensförsörjningsplaner, där kan det dock finnas interna dokument som de nyckelpersoner vi frågade inte känner till.

Fler källor behövs för att ge en bättre helhetsbild över pågående aktiviteter över arbetslivsprocessen

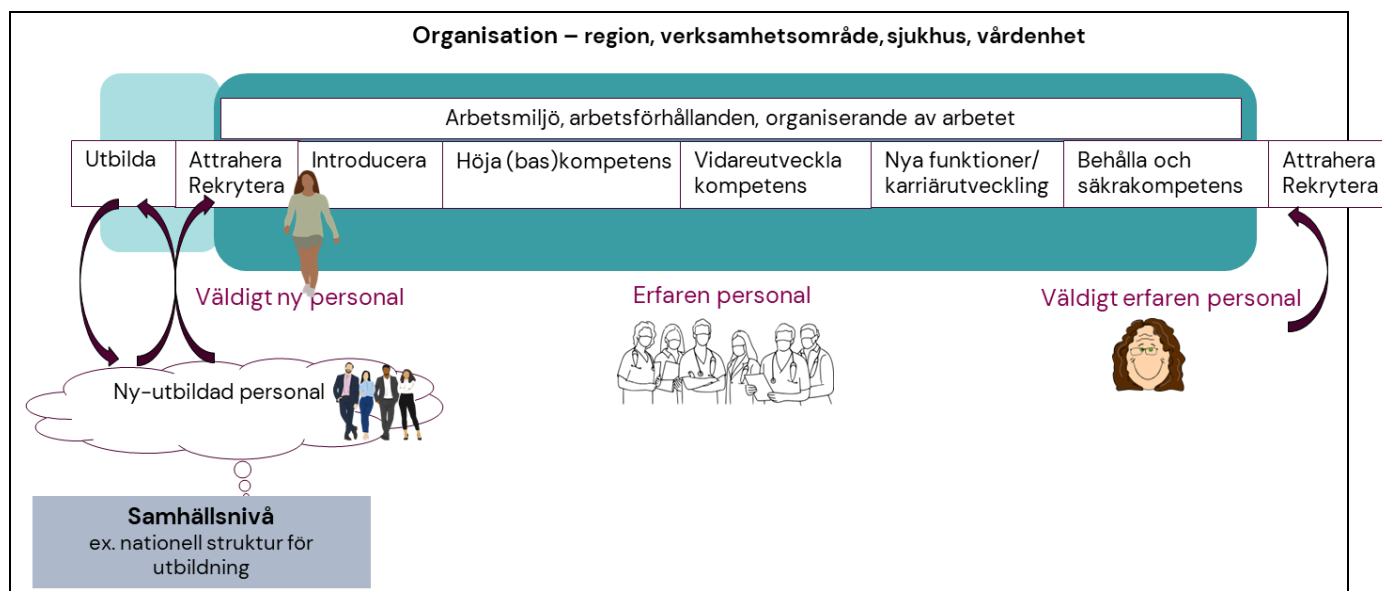
I intervjuerna framkom fler aktiviteter än i regionernas övriga rapporteringar. De kompletterar därmed regionernas årliga aktivitetsrapporter där man avgränsar sig till insatser som finansierats av satsningen. En mer komplex aktivitet kan innehålla element av flera typaktivitetskategorier vilket innebär att kategorierna blir överlappande. Detta såg vi även i tidigare analyser i studie 9⁵⁵. En mer komplex insats innehåller många komponenter och/eller delar som sker i en viss ordning över tid. En svårighet för kategorisering blir då att insatsen kan benämnas tydligt som t.ex. 'introduktion' men innehålla flera element av andra typkategorier. En insats kan också vara tydligt avgränsad men att det finns en plan för att bygga vidare med andra insatser dvs. en sekventiell beskrivning som t.ex. följer individers resa över tid inom organisationen. En förenklad översikt över var man kan återfinna olika typer av insatser ges i Figur 6:4:9. I våra kombinerade resultat där vi väger in resultaten från analysen av regionernas rapporterade insatser för 2021 och 2022⁵⁵ kan man se att fler aktiviteter återfinns i början av en individs tidsresa inom organisationen dvs. fokus på att utbilda, attrahera och introducera ny personal och att mindre fokus ges mer erfaren personal.

Insatsen benämning är också bara en av flera informationskällor som behövs för att förstå vad den innehåller. Det man vill uppnå med aktiviteten dvs. målet man siktar mot kan vara mer omfattande och beröra flera aspekter, t.ex. kan både insatser för mentorskap och för fysiska arbetsplatsförändringar vilka underlättar både ergonomi och kommunikation leda till bättre psykosocial arbetsmiljö.

Det finns ännu mer komplexa eller multidimensionella aktiviteter där regionerna försöker uppnå flera mål eller påverka utfall inom flera områden samtidigt, t.ex. Teamfödsel© som syftar till att förbättra personcentrerad

vård, patientsäkerhet, kommunikation och teamarbete. Sådana mixade insatser kan ge möjligheter för större hävstångseffekter vid förändring. Att ensidigt fokusera aktiviteter på antingen personal, kvalitet, eller effektivitet kan innebära krockar både mellan riktade interventioner och med regelverk och mål inom andra områden. Bäst och kanske mest resurseffektivt är om interventioner för utveckling av kvalitet också beaktar och positivt kan påverka effektivitet och personalens arbetssituation och vice versa. Vi ser några exempel på detta, speciellt i regionernas aktivitetsrapporter från 2023 men även i några beskrivningar i intervjuerna.

En annan iakttagelse är att det verkar vara något lägre fokus på de mer seniora medarbetarna. Detta kanske inte är så underligt givet utmaningen att fylla vakanta platser samt behålla de nyligen anställda under en inledande period då mycket kan vara nytt och svårt. Men även de som varit anställda en längre tid eller är i slutet av sitt arbetsliv påverkas av olika utmanande arbetssituationer och kan behöva stöd och positiva förändringar. För att ge stöd och skapa förändring är chefens roll extra viktig och några regioner har också satsat lite extra på sina chefer, också med fokus på förändringsledning.



Figur 6:4:9. Översikt över var man kan återfinna olika typer av insatser och aktiviteter

I den Strategiska planen för satsningen finns ledarskap och medarbetarskap samt kompetensförsörjning som områden som påverkar de förutsättningar en verksamhet har för att kunna jobba med satsningens förbättringsområden. Det gäller därför att förstå hur bemanning och kompetensförsörjning är kopplat till utvecklingsarbete. Här ger intervjuerna bättre möjligheter än de tolkningar som kan göras enbart baserat på den mer knapphändiga och ibland ofullständiga information som återfinns i regionernas årliga aktivitetsrapporter.

6:4 Referenser

1. Swedish National Board of Health and Welfare (2023) Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård Nationella planeringsstödet. Rapport 2023-2- 8352, Stockholm.
2. WHO. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Report (2016a). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>
3. WHO. State of the World's Nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership. 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331677>
4. Poon, Y.S.R., Lin, Y.P., Griffiths, P. et al. A global overview of healthcare workers' turnover intention amid COVID-19 pandemic: a systematic review with future directions. *Hum Resour Health*. 2022; 20,70.

5. Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, et al. Nurse turnover: a literature review-an update. *Int J Nurs Stud*. 2012;49:887–905.
6. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L et al. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):143-53.
7. Rudman A, Gustavsson P, Hultell D. A prospective study of nurses' intentions to leave the profession during their first five years of practice in Sweden. *Int J Nurs Stud*. 2014;51:612-24.
8. Nationella Vårdkompetensrådet. *Kompetensförsörjning av barnmorskor i hälso- och sjukvården med fokus på förlossningsvården S2022/0090*. Rapport 2023:3.
9. Turner L, Griffiths P, Kitson-Reynolds E. Midwifery and nurse staffing of inpatient maternity services—a systematic scoping review of associations with outcomes and quality of care. *Midwifery*. 2021;103, 103118.
10. Duffield C, Roche M, Homer C et al. A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *J. Adv. Nurs*. 2014;70: 2703–2712.
11. Park SH, Boyle DK, et al. Concurrent and lagged effects of registered nurse turnover and staffing on unit-acquired pressure ulcers. *Health Serv. Res*. 2014;49:1205–1225.
12. Misra-Hebert AD, Kay R, Stoller JK. A review of physician turnover: Rates, causes, and consequences. *Am. J. Med. Qual*. 2004;19: 56–66.
13. de Vries N, Boone A, Godderis L, et al. The Race to Retain Healthcare Workers: A Systematic Review on Factors that Impact Retention of Nurses and Physicians in Hospitals. *Inquiry*. 2023;2-21.
14. Hansson M, Dencker A, Lundgren I. et al. Job satisfaction in midwives and its association with organisational and psychosocial factors at work: a nation-wide, cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2022;22: 436.
15. Mobley WH, Griffeth R, Hand HH, Meglino BM. A review and conceptual analysis of the employee turnover process. *Psychol Bull*. 1979;86:493-522.
16. Eriksson A, Vulkan P, Dellve L. A Case Study of Critical Reasons Behind Hospital Nurses Turnover Due to Challenges Across System Levels. *J Multidiscip Healthc*. 2022;15:1213-1224.
17. Dellve L, Eriksson A. Health-Promoting Managerial Work: A Theoretical Framework for a Leadership Program that Supports Knowledge and Capability to Craft Sustainable Work Practices in Daily Practice and During Organizational Change. *Societies*. 2017;7:12: 1-18
18. Chan ZC, Tam WS, Lung MK et al.. A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *J Nurs Manage*. 2013;21:605–613.
19. Windover AK, Martinez K, Mercer MB et al. Correlates and outcomes of physician burnout within a large academic medical center. *JAMA Intern Med*. 2018;178 :856-858.
20. Pathman DE, Konrad TR, Williams ES et al. Physician job satisfaction, dissatisfaction, and turnover. *J Fam Pract*. 2002;51:593.
21. Burmeister EA, Kalisch BJ, Xie B, et al. Determinants of nurse absenteeism and intent to leave: an international study. *J Nurs Manag*. 2019;27:143-153.
22. Kox JHAM, Groenewoud JH, Bakker EJM, et al. Reasons why Dutch novice nurses leave nursing: A qualitative approach. *Nurse Educ Pract*. 2020;47:102848.
23. Marufu TC, Collins A, Vargas L et al. Factors influencing retention among hospital nurses: systematic review. *Br J Nurs*. 2021;11;30(5):302-308.
24. Selberg R, Mulinari P. Exit spirals in hospital clinics: Conceptualizing turnover contagion among nursing staff. *Scand. J. Public Health*, 2022;6: 87-107.
25. Rajan, D. Impact of nurses turnover on organizational performance. *AJSSH*, 2013. 4 (4).
26. Hildingsson I, Fenwick J. Swedish midwives' perception of their practice environment—A cross sectional study. *Sex Reprod Healthc*. 2015;6:174-181.
27. Hildingsson I, Fahlbeck H, Larsson B, Johansson M. How midwives' perceptions of work empowerment have changed over time: A Swedish comparative study. *Midwifery*. 2023;118:103599.
28. Suleiman-Martos N, Albendín-García L, Gómez-Urquiza JL, et al. Prevalence and predictors of burnout in midwives: a systematic review and meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:641
29. Lartey S, Cummings G, Profetto-McGrath J. Interventions that promote retention of experienced registered nurses in health care settings: a systematic review. *J Nurs Manag*, 2014;22(8):1027-41.

30. Grimani A., Gotsis G. Embracing inclusive leadership for collaborative healthcare work environments: Fostering wellness in ambivalent situations. In *The Palgrave Handbook of Fulfillment, Wellness, and Personal Growth at Work* (pp. 209-229). Cham: Springer International Publishing 2023.
31. Carmeli A, Reiter-Palmon R, Ziv E. Inclusive leadership and employee involvement in creative tasks in the workplace: The mediating role of psychological safety. *Creat. Res. J.* 2010;22(3): 250-260
32. Hansson, M., Lundgren, I., Hensing, G. et al. Professional courage to create a pathway within midwives' fields of work: a grounded theory study. *BMC Health Serv Res.* 2021;21:1-12.
33. Jelfs E, Knapp M, Giepmans P, Wijga P. Creating good workplaces: retention strategies in healthcare organizations. In: *Health professional mobility in a changing Europe: new dynamics, mobile individuals and diverse responses*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies 2014.
34. Brook J, Aitken L, Webb R, et al. Characteristics of successful interventions to reduce turnover and increase retention of early career nurses: A systematic review. *Int. J. Nurs. Stud.* 2019;91, 47-59.
35. Engström M, Mårtensson G, Pålsson Y, Strömberg A. What relationships can be found between nurses' working life and turnover? A mixed-methods approach. *J Nurs Manag.* 2022;30(1):288-297.
36. Redknap R, Twigg D, Rock D, Towell A. Nursing practice environment: A strategy for mental health nurse retention?. *Int J Mental Health Nursing.* 2015;24(3), 262-271.
37. Cowden T, Cummings G, Profetto-McGrath J. Leadership practices and staff nurses' intent to stay: a systematic review. *J Nurs Manag.* 2011;19(4):461-77.
38. Callado A, Teixeira G, Lucas P. Turnover Intention and Organizational Commitment of Primary Healthcare Nurses. *Healthcare.* 2023;11:521.
39. Kroezen M, Dussault G, Craveiro I, et al. Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. *Health Policy.* 2015;119(12):1517-28
40. Rittel HWJ, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sci.* 1973;4(2):155-69.
41. Strehlenert, H. From policy to practice: exploring the implementation of a national policy for improving health and social care. PhD thesis, Karolinska Institutet (Sweden), 2017.
42. Raisio H, Puustinen A, Vartiainen P. The concept of wicked problems: improving the understanding of managing problem wickedness in health and social care. In: *The Management of Wicked Problems in Health and Social Care*. New York, NY: Routledge, Taylor & Francis Group 2018.
43. Sveriges kommuner och regioner. *Nationell strategi för hållbar regional utveckling i hela landet 2021–2030*, SKR. 2020/21:133)
44. Allen DG, Bryant PC, Vardaman JM. Retaining Talent: Replacing Misconceptions with Evidence-Based Strategies. In Ed. Mello JA. *Strategic Human Resource Management* (p 570-573) Cengage Learning 2015.
45. European Commission, 2023, *Employment and Social Developments in Europe - Addressing labour shortages and skills gaps in the EU, Annual review*
46. Sveriges kommuner och regioner. *Nationell strategi för hållbar regional utveckling i hela landet 2021–2030*, SKR. 2020/21:133)
47. Allen DG, Bryant PC, Vardaman JM. Retaining Talent: Replacing Misconceptions with Evidence-Based Strategies. In Ed. Mello JA. *Strategic Human Resource Management* (p 570-573) Cengage Learning 2015.
48. European Commission, 2023, *Employment and Social Developments in Europe - Addressing labour shortages and skills gaps in the EU, Annual review*
49. Sveriges Kommuner och Regioner, 2018, *EU i Politiken*, ISBN:978-91-7585-611-7 hämtat från: <https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/eu/lokalpolitiken2018.82081.html>, 2025-01-10
50. Regeringskansliet, 2021, *Skrivelse om Nationell strategi för hållbar regional utveckling i hela landet 2021-2030*. Skrivelse 2020/21:133. Hämtad från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/skrivelse/2021/03/skr.-202021133>, 2025-02-10
51. Sveriges Kommuner och Regioner. *Näringslivets Kompetensförsörjning*. Hämtat från <https://skr.se/skr/naringslivarbetedigitalisering/naringslivforetagsklimat/naringslivetskompetensforsorjning.1836.html>. 2025-02-10
52. Nationella Vårdkompetensrådet, 2024, *Förslag till en nationell plan för hälso-och sjukvårdens kompetensförsörjning* (S2023/00256), hämtad från: <https://www.nationellavardkompetensradet.se/globalassets/radets-kunskapsunderlag/2024-2-nationell-plan-for-halso-och-sjukvardens-kompetensforsorjning.pdf>. 2025-02-10

53. SFS 2017:583 *Förordning om regionalt utvecklingsarbete*, Landsbygds- och infrastrukturdepartementet RSL
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2017583-om-regionalt_sfs-2017-583/. 2025-02-10
54. Region Gävleborg. 2020, Regional utvecklingsstrategi Gävleborg 2020–2030, Hämtad från:
<https://www.regiongavleborg.se/globalassets/regional-utveckling/rapporter-och-publikationer/hallbar-regional-utveckling---fillistning/regional-utvecklingsstrategi-gavleborgs-lan-2020-2030.pdf>. 2025-02-10
55. Nyström ME, Strehlenert H, Taxén M, Tolf S. *Årsrapport 7 för 2023. Nationella, regionala och lokala nivåers stöd och strategier för att åstadkomma utveckling och förändring. Följeforskning av den Nationella satsningen på förlossningsvård och kvinnors hälsa*. 2024, Karolinska Institutet, Inst. LIME, Medical Management Center. Länk:
<https://ki.se/media/267377/download>

7. LÄRDOMAR OCH MEDSKICK

Monica Nyström

7:1 Nationell nivå – Lärdomar kring hantering och val av strategier vid storskalig förändring

I denna rapport återfinns kunskap och lärdomar som de grupperingar som leder och samordnar förändringssatsningar på nationell, regional och/eller lokal nivå kan ha nytta av. Många utvecklings- och förbättringsförsök som rör vård och omsorg i Sverige rör problem och utmaningar som kan karakteriseras som wicked problems.

Överväganden vid val av förändringsstrategier för att stödja storskalig förändring

Svåra utmaningar i decentraliserade, dynamiska system kräver förståelse för komplexitet, djupgående förändring och uthållighet i signaler. Hur ska man då kunna ta sig an denna komplexitet utan att varken förenkla den för mycket eller ha en övertro på universella lösningar på sammansatta och dynamiska problem? Ett enkelt svar är kanske att inte rygga för komplexiteten genom att lyfta enkla lösningar, inte överväldigas av all information och alla faktorer, utan försöka hitta vägar att hantera dem även om problemen inte har definitiva lösningar. Lyhördhet för och anpassning till föränderliga förutsättningar samt kontinuerlig uppföljning med hjälp av olika typer av information är en nyckelfaktor. De olika modellerna som tas upp i kapitel 4 kan ge viss vägledning och förhoppningsvis vara en hjälp vid kommande försök att förbättra landets vård och omsorg.

En av slutsatserna från Studie 4:3 där strategier för att driva förändring jämförs mellan tre nationella satsningar sammanfattar faktorer som påverkar vilka handlingsstrategier som väljs i storskaliga förändringssatsningar. Beskrivningen återfinns i den vetenskapliga artikeln men sammanfattas i stället här under lärdomar att skicka vidare. Att gå genom och analysera dessa grundläggande förutsättningar och sedan kombinera denna analys med en tillämpning av de principer och handlingsstrategier för organisatoriskt systemtänkande som beskrivs i Studie 4:3 borde vara fördelaktigt och skapa bättre förutsättningar för kommande försök att förbättra vården i Sverige, oavsett var de initieras eller vilken aktör som leder och stödjer förändringen.

Några grundläggande förutsättningar för storskaliga förändringssatsningar som kräver analys

Storskaliga förändringssatsningar eller program verkar under grundläggande förutsättningar som skiljer sig åt mellan olika initiativ och formar vilka strategier som är möjliga att använda. Dessa förutsättningar speglar underliggande antaganden om hur man ska närma sig svåra problem, s.k. wicked problems, genom problemlösning, tämning eller coping. Som Daviter (2017) hävdar är inget enskilt tillvägagångssätt är universellt överlägset; Problemets natur och de omgivande omständigheterna avgör vilka tillvägagångssätt som är rimliga och motiverade. Mer rigida villkor begränsar strategiska val, medan mer flexibla villkor tillåter större variation. Varje satsning måste därför ta hänsyn till villkor som skapar både möjligheter och begränsningar för strategier och verktyg för att stödja förändring. Dessa förutsättningar påverkar inte bara de strategier som valts av nyckelaktörer i programmet, utan också hur programmets mandat, överenskommelsens formulering och systemets kontext formar vad som är genomförbart. Att klargöra dessa grundläggande villkor kan stödja mer genomtänkt urval, utvärdering och anpassning av strategier för att uppnå förändring. Baserat på våra studieresultat identifierar vi fyra förutsättningar som påverkade valen av hävstångsstrategi i de tre programmen som jämfördes i kapitel 4:3:

1. Systemets och delsystemens egenskaper
2. Programmets omfattning – problem-/förbättringsområden, mål och förväntade förändringar

3. Involverade aktörer och deras organisatoriska kontext
4. Resurser och fördelningsmekanismer

'Systemets och delsystemens egenskaper' rör omgivningens egenskaper över flera systemnivåer – från det nationella politiska systemet, via regionala och kommunala mellannivåer till lokala delsystem vid sjukhus, vårdenheter, avdelningar och dylikt. Alla tre programmen som jämfördes utformades inom Sveriges decentraliserade styrningsmodell, där ansvaret är fördelat mellan regeringen och de självstyrande regionerna och kommunerna. Dock skiljer sig regioner och kommuner markant åt i storlek, demografi, geografi, politisk inriktning, stads- och landsbygdssammansättning samt organisationsstrukturer. Ytterligare variation finns inom delsystem. Till exempel kan obstetrik och mödravård vara gemensamt organiserade eller separerade i separata delsystem, och kommuner kan förlita sig på få eller många, privata hemtjänstleverantörer.

Dessa strukturella skillnader återspeglades i programmen. Satsningen Bättre Liv för sjuka äldre riktade sig till en stor befolkning – de sjukaste äldre – och omfattade sjukhus, primärvård och hemsjukvård, social omsorg och specialbostäder i 21 regioner och 290 kommuner. Kvalitetsregistersatsningen fokuserade på över 100 kvalitetsregister och deras användare (vårdpersonal och chefer, patienter/medborgare och forskare). Tillgången och presentationen av registerdata varierade, och användarna skilde sig åt i kunskap, mandat och organisatoriska förhållanden, vilket gjorde målsystemet mer diffust eftersom det täckte alla vårdområden som representerades i registren. Externa trender under programperioden t.ex. intresset för olika typer av förändringsmetodik, påverkade också valet och användningen av strategier. Tillsammans skapar styrningsmodellen, strukturell heterogenitet och externa metodologiska influenser både begränsningar och möjligheter för strategival. Flera ramverk för uppskalning av interventioner, vanligtvis fokuserade på att sprida evidensbaserade lösningar (Barker et al., 2015), lyfter uttryckligen fram kontextens roll. Till exempel skiljer implementeringsramverket CFIR mellan inre och yttre miljöer för att fånga organisatoriska och systemnivå-influenser (Damschroder et al., 2009), medan Expandnets ramverk (Expandnet WHO, 2010) betonar egenskaper hos den genomförande organisationen och den bredare sociala, politiska, ekonomiska och institutionella miljön.

'Programmets omfattning – problem, förbättringsområden, mål och förväntade förändringar', gäller aktuella nyckelområden, uttryckta som problem eller förbättringsbehov kopplade till satsningens eller programmets mål och de indikatorer som används för att följa framsteg. Det kräver förståelse för de problem som hanteras och strategier som med större sannolikhet kan förbättra situationen, samtidigt som delsystemets egenskaper, begränsningar och möjligheter identifierade i det första steget behöver beaktas. Förmågan att definiera och mäta nödvändig information och att använda den för förbättring av sjukvårdssystemet varierar och kan vara särskilt utmanande vid storskaliga förändringar på grund av de många inblandade systemnivåerna (t.ex. Siwal, 2023). Bättre Liv för sjuka äldre och satsningen på Kvinnors hälsa var breda initiativ riktade mot stora delar av vårdssystemet och flera välkända problem hos patientgrupperna, stödda av omfattande befintlig forskning. Kvalitetsregistersatsningen fokuserade i stället på att stärka strukturen och kvaliteten på kvalitetsregister för att underlätta och förbättra användningen av registren. Det innefattar både förståelse för registregenskaper och för olika aktörers situation och behov. Båda perspektiven är avgörande för att förstå hur situationen kan förbättras och vilka insatser som kan krävas.

'Involverade aktörer och deras organisatoriska kontext', gäller de intressenter som kan påverka eller påverkas av programmet. Dessa aktörer verkar över flera systemnivåer och organisationstyper. Programmen varierade vad gäller bredden av intressenter som engagerades, där satsningen på Kvinnors hälsa engagerade det bredaste spektrumet, vilket inkluderade professionella organisationer och flera nationella myndigheter (Nyström et al., 2023). För att nå ut till verksamheter och målgrupper förlitade sig programmen på utvecklingsledare, chefer som deltog i ledningsgrupperna inom ramen för Ledningskraft (Bättre Liv), regionala kontaktpersoner (Kvinnors hälsa) och nyckelpersoner inom registercentrum och kvalitetsregister

(Kvalitetsregistersatsningen). Dessa aktörer förväntades fungera som kunskapsmäklare, med strategier baserade på att informera, konsultera, sammankoppling via 'match-making', engagera, samarbeta och bygga kapacitet (Michaels, 2009; Nyström et al., 2015). Dessa kunskapsmäklare och gränsöverskridande roller krävde en övergripande förståelse för programmen och dess strategier. Förmågan att agera varierade dock, eftersom deras organisatoriska mandat och tillgång till kommunikationsplattformar varierade beroende på formell position och program. Vissa hade ledande funktioner, men oftare var personerna i dessa utsedda gränsöverskridande roller tvungna att förlita sig på högre chefer med beslutsmandat som ofta hade ingen eller liten kännedom om programmen och dess aktiviteter, trots försök att engagera högre strategiska nivåer. Detta resulterade i att rollerna för förändringsagenter eller facilitatorer på mellannivå (regional, kommun, division) och lokal (enhets) nivå var ottydligt definierade i jämförelse med mindre, avgränsade förändringsinitiativ. Dessa rollers mandat, kapacitet, kompetens och preferenser formade slutligen urvalet och användningen av förändringsstrategier eftersom vissa av dem kräver formell auktoritet för att kunna tillämpas effektivt.

'Resurser och fördelningsmekanismer' rör de monetära, personal- och kompetensresurser som finns tillgängliga för satsningar på programnivå, samt de resurser som tilldelas av involverade parter såsom regioner och kommuner på mellannivå. Vid s.k. mjuk styrning ('soft law') via överenskommelser som de som beskrivs i rapporten bestäms finansieringen främst på politisk nivå under förhandlingar kring överenskommelsen kopplat till programmets omfattning, de utvalda problemen och delsystemen, deras kontext och den förväntade tidsramen. Dessa resurser kan fastställas från början eller omförhandlas i takt med att programmet utvecklas. Dessutom bidrar organisationer och experter med viktiga kunskapsresurser, såsom det nationella kvalitetsregisterkansliet eller Socialstyrelsen. Hur programresurser fördelas till regioner och kommuner påverkar valet av förändringsstrategier. Top-down-fördelningar, såsom den prestationsbaserade finansieringen som används i Bättre Liv för sjuka äldre och Kvalitetsregistersatsningen bygger på en logik baserad på planerad förändring och extern motivation. Detta angreppssätt kräver val av tillräckligt bra indikatorer, procedurer för mätning och analys samt tydlig kommunikation om finansieringskrav och bedömningsprocedurer, vilket då utövar ett starkt inflytande på hur regioner, kommuner och olika vårdgivare hanterar svåra problem. Det finns en viss risk för undanträngningseffekter kopplat till de ekonomiska incitamenten där val av område och indikatorer styrs centralt med mindre möjligheter att ta hänsyn till lokal variation i problembild och omgivning. En friare fördelning med större frihetsgrader för val av förbättringsområden och insatser så som i satsningen på Kvinnors hälsa kräver å andra sidan mer fokus på och resurser för analyser och planering, mer komplex och omfattande uppföljning samt mer stöd i förändringsprocesser. De resurser som finns tillgängliga för förändring – kunskap och kompetens, personal och tid – varierar mycket mellan kommuner, regioner och enheter, vilket starkt påverkar deras kapacitet att engagera sig i förbättringsinsatser. Regioner kan generellt ha något mer erfarenhet och utbildning i kvalitetsförbättring än kommuner bl.a. tack vare sitt tidigare nationella genombrottsinitiativ (Series B IHI, 2004; Thor et al., 2023), vilket kan ge dem en starkare grund för att organisera och upprätthålla sådant arbete.

Andra faktorer kan naturligtvis påverka investeringar och val av strategier. Varierande relevans som tillskrivs viktiga villkor, förändringar i politiska intentioner, samt kompetensen hos dem som leder eller beslutar om program på nationell och regional nivå kan alla påverka både användningen av både information och strategier för att driva förändring. Att klargöra de grundläggande förutsättningarna gör det dock lättare att välja, bedöma och anpassa strategier som stödjer förändring vid storskaliga förändringsinsatser.

7:2 Regional/lokal nivå – Lärdomar kring hantering av förändring inom ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem

Mottagarstruktur, resurser, kompetens och viktiga gränsroller

Regionernas olika organisatoriska och demografiska förutsättningar skapade stor variation i mottagandet av satsningen. Satsningen präglas av hög komplexitet och föränderliga förutsättningar, vilket innebär att framgångsrik förändring inom satsningens områden kräver flexibilitet och lokal anpassning. Möjligheterna till detta var inbyggt i satsningen så här hade regionerna stor handlingsfrihet och möjlighet att skraddarsy utifrån de egna behoven och förutsättningarna. I de flesta regioner saknades en struktur för att hantera externa mer omfattande satsningar när satsningen startade. Det tog tid att bygga adekvata beslutsprocesser, styrgrupper och stödstrukturer liksom att finna vägar att optimalt synkronisera satsningens innehåll med regionens strategier och pågående prioriteringar och satsningar. Först när satsningen blev mer långsiktig kunde detta utvecklas mer systematiskt. I regionerna dominerade antingen *top-down*, *bottom-up*, eller *nätverksbaserad implementering*, men dessa övergripande angreppssätt kunde variera över tid. Olika faktorer avgjorde val av strategi, t.ex. regionens storlek, närhet till beslutsfattare, andelen privata aktörer eller befintliga arbetssätt och strukturer för att arbeta med förbättringar.

På nationell nivå var det svårt att nå regionernas högre beslutsfattare vilket kan ha försvårat samordning och val av effektiva strategier för förändring inom satsningens områden regionalt. Effektiv implementering gynnas av god organisatorisk kompetens och kapacitet, fungerande kommunikation, gott ledarskap, engagerade medarbetare och eldsjälarna samt tid för samordning och förändringsarbete. Det går dock inte att ta för givet att regionerna redan har denna kapacitet eller har möjlighet att snabbt skapa den, varken på övergripande nivå eller inom de verksamhetsområden som berörs av satsningen.

Kontextuella och organisatoriska skillnader mellan regionerna påverkade möjligheten att arbeta enhetligt med aktuella områden på nationell nivå men skapade å andra sidan möjligheter till en bättre 'fit' mellan behov och åtgärd. En viktig iakttagelse var dock avsaknaden av "kontrakt" och sanktioner och incitament i denna typ av satsning, speciellt för att påverka högre ledningsnivåer att skapa goda förutsättningar för arbetet med satsningen. Detta blev speciellt påtagligt när kontaktpersonerna befann sig på verksamhetsnivå med svårigheter att påverka det strategiska arbetet eller nå ut med information till aktörer med mandat att agera. Några regioner saknade aktiva kontaktpersoner under långa tidsperioder under satsningen vilket innebar att dessa regioner inte nåddes av viktig information eller de möjligheter som gavs till stöd och lärande. Detta försvårade även uppföljning av vad som skedde i regionen och regionens egna möjligheter att få inflytande på kommande års nationella aktiviteter. Fördelarna med att ha ett etablerat mandat och kontaktnät hos mottagande regioner som kommer med rollen SKR och dess programteam har innebär också vissa nackdelar, och då bland annat en försiktighet att ställa krav på de självstyrande regionerna t.ex. på goda förutsättningar för kontaktpersonrollen eller regionens aktiva deltagande i nationella aktiviteter. Precis som satsningens överenskommelser är exempel på mjuk tillitsbaserad styrning, med mer omfattande krav på återrapportering, så skulle det nog vara en fördel att villkora överenskommelsen med vissa krav som även gäller mottagarstruktur och ett minimideltagande i satsningens nyckelaktiviteter, en slags prestationskrav men utan mer komplexa prestationsbaserade incitament. I övrigt uppfattades uppföljningen av regionens aktiviteter som tillfällen till lärande och att få helhetsbilder, både vid informationsinhämtning och sammanställning ute i regionen och vid återkoppling från programteamet.

Regionernas kontaktpersoner spelade en viktig roll inom satsningen men deras roller och förutsättningar varierade mellan regionerna. Rollen beskrivs som komplex, gränsöverskridande och ibland krävande, med risk för rollöverbelastning. Samtidigt är kontaktpersonen central som kunskapsmäklare, kommunikatör och samordnare av arbetet inom regionen. Här ligger både en styrka och en svaghet. Valet av kontaktperson liksom kontinuiteten i funktionen får en avgörande betydelse för kommunikation, inflytande, långsiktigt lärande och

faktisk förändring. Funktionen är sårbar, speciellt om kontaktpersonen är relativt ensam och utan kollegor och stödstrukturer. Flera regioner hade två ibland fler kontaktpersoner och använde satsningens resurser till kontaktpersonen och andra förändringsstödande funktioner, vilket inkluderade tid att arbeta med satsningen och tid för möten och dylikt. Det verkade vara en fördel om det fanns personer samtidigt engagerade på strategisk nivå, chefsnivå och verksamhetsnivå.

Framgång i arbetet med satsningen underlättades av god kommunikation, redan etablerad samverkan, tillit och långsiktighet. Utmaningarna inkluderade brist på personal, otydlighet i medelsfördelning främst inför kommande år, stora organisatoriska avstånd och sårbarhet vid personbyten. Över tid utvecklade många regioner mer stabila och hållbara strukturer för att hantera satsningen. Generellt kan tydlighet, öppen kommunikation, adekvata resurser och struktur i arbetssätt underlätta arbetet med att förbättra inom satsningens områden, medan otydlighet, osäkerhet i vad som gäller, bristande tid och stöd, och svårigheter i kommunikation i stället försvårar.

Enkla, komplicerade och komplexa problem och insatser

När det gäller val av olika typer av regionala insatser så är de starkt kopplade till vad insatserna syftar till att förbättra – ofta en utmaning eller ett problem. De är också kopplade kontextfaktorer t.ex. hur mödrahälsovård och förlossningsvård är organiserade inom en region. I två studier undersökte vi två komplexa problem nämligen att tillhandahålla jämlik vård till utlandsfödda kvinnor samt att säkerställa en välfungerande och sammanhållen vårdkedja.

I båda fallen arbetade regionerna relativt brett. De enkla insatserna riktade mot utlandsfödda kvinnor var ensidiga och innehöll t.ex. informationskampanjer, informationsmaterial och översättning, utbildning, och kartläggning. De komplicerade interventionerna handlade om ökad kommunikationsmångfald, t.ex. genom att lägga till iPads och besök i informationsfrågor. De komplexa insatserna rörde flera aktörer och aktiviteter t.ex. i form av hälsoskolor, integrerad vård, flexibla anpassningar till kvinnornas situation, och ökad interaktion mellan en mångfald av aktörer

De flesta insatser som rörde vårdkedjan var relativt enkla och ofta fokuserar på delar av vårdkedjan snarare än helheten. Forskning visar att integrerad vård kräver mer avancerad samverkan, delade strategier och långsiktiga strukturer – något som få av insatserna explicit adresserar. Regionerna genomförde många viktiga satsningar, men förbättring av vårdkedjan kräver att flera delar av systemet kopplas samman, att ledningsstrukturer och samverkansmodeller utvecklas, och att tid och resurser avsätts för mer komplexa insatser. En sammanhållen vårdkedja bygger på både basala förbättringar och mer avancerade, systemövergripande samarbeten vilket inte lyftes i de beskrivna insatserna.

De finns en tendens att när regionerna eller verksamheterna ta sig an utmaningar som rör dessa två områden så tenderar de att brytas ned i mindre hanterbara bitar dvs. man väljer insatser som riktar mot vissa delområden eller specifika aktiviteter, en slags problemtämjande ansats. Här finns också tendenser till en stegrande skala – dvs. att gå från mer enkla insatser t.ex. att tillhandahålla basal information på ett tillgängligt sätt - till mer komplicerade och komplexa insatser t.ex. en mix av enskilda och/eller gruppaktiviteter som pågår en längre tid eller bygger på varandra.

En viktig slutsats från dessa studier att det är viktigt att först skaffa sig en god överblick över vad komplexa problem, såsom att säkerställa lika vård och hälsa i en mångfaldig befolkning, innebär för den specifika regionen eller verksamheten och vad problemet består i – en slags problem och systemförståelse. Sedan hanteras komplexa problem med fördel av en blandning av enkla, komplicerade och komplexa insatser. För att stärka den avsedda förändringen kan man använda två strategier både enskilt och kombinerat:

- *En förberedande strategi* där t.ex. förutsättningar och förkunskaper säkerställs innan mer komplexa insatser inleds. Det kan röra sig om att etablera kommunikationskanaler och säkra att grundkunskap finns tillgänglig för utlandsfödda kvinnor och personal eller säkerställa god kunskap om och kontaktvägar till de enheter i vårdkedjan som berörs av en tänkt insats för involverade. Detta stämmer med vanliga projektansatser med konsekvensanalyser och förberedande arbete innan en satsning inleds.
- *En multidimensionell, inbäddad strategi* där enkla och komplicerade interventioner bäddas in som en del i mer omfattande komplexa interventionspaket och den logiska ordningen i dessa insatser beaktas. Denna strategi är mer komplex och innefattar kontinuerlig uppföljning, diskussion och anpassning. Detta är en flexibel ansats som innefattar lärande.

Dimensioner att beakta vid förbättringsinsatser – Kvalitet, effektivitet, organisation, personalens arbetssituation och lärande

En genomgående lärdom är att insatser för att förbättra och förändra vården ofta är mer mångdimensionella än vad som kan synas vid en första anblick. Organisationsförändring i syfte att effektivisera kan ofta även påverka vårdens kvalitet och personalens arbetssituation och insatser för att förbättra vårdens kvalitet kan påverka personalens arbetssituation och vårdens effektivitet, allt i både positiv och negativ bemärkelse. Verksamhetsutveckling i alla dess former såsom omstrukturering av arbetsuppgifter, nya funktioner och teamformationen, nya mottagningar och omstrukturering av flöden påverkar personalens arbetssituation. Även influenser utifrån såsom nationella satsningar, planer och riktlinjer eller andra trender och förändringar i vårdutbud etc. kan samtidigt påverka personal, effektivitet och kvalitet, på olika sätt. Att genom systemförståelse identifiera denna interaktivitet, strategiskt länka samman olika insatser och aktiviteter och försöka uppnå hävstångseffekter som positivt påverkar alla tre aspekterna är svårt men skulle potentiellt kunna få en större effekt än ensidiga fokus och en mängd fragmenterade åtgärder och förbättringsförsök.

Inom vården finns många exempel på antagandet att kompetensutveckling och verksamhetsförändring främst sker via utbildning och kurser och att den kunskap och kompetens som individer erhåller vid dessa tillfällen automatiskt ska leda till förändrade arbetssätt och verksamhetsförändring. Ett komplement till avgränsade utbildningsinsatser är att finna vägar att integrera ett mer kontinuerligt lärande i vardagsaktiviteter och bygga in t.ex. multiprofessionell teamsamverkan, diskussionstillfällen, kommunikations-plattformar samt stöd för reflektion och metareflekation. Med hjälp av sådana arenor och möjligheter kan medarbetare (och chefer) diskutera hur innehållet i avgränsade utbildningsinsatser uppfattas, översätts och hur de kan användas och förankras i den lokala praktiken. De kan också användas till ett kontinuerligt lärande mellan kollegor och en arena för att skapa nya innovationer. Det kräver dock en strategisk satsning, men i gengäld skapas bättre förutsättningar för förändring som kan påverka vårdens kvalitet, effektivitet och personalens arbetsmiljö. Vi fann ytterst få beskrivningar av liknande arbetssätt eller stöd för lärande vid våra analyser.

En lärdom kring kompetensförsörjning inom vården i sig är att området behöver både förstås och angripas något bredare – det räcker inte att fokusera på personalrekrytering och introduktion. Kompetensförsörjningen inom vården är ett komplext systemproblem som kräver insatser på flera nivåer – individ, verksamhet, organisation, region och nation. Regionerna genomför många insatser som stärker utbildning, arbetsmiljö och organisation, men en långsiktigt hållbar bemanning och kompetensförsörjning kräver koordinerade, strategiska och flernivåbaserade insatser. Organisation, arbetsmiljö, kultur, ledarskap och lärande behöver hållas samman för att stärka personalens förutsättningar att stanna kvar och utvecklas. Arbetet behöver bli mer samordnat, långsiktigt och systemorienterat än vad vi kan se och tolka utifrån våra data. Framgångsfaktorer är bland annat tydligare och samverkande strategier, bättre ledarskap, förbättrad arbetsmiljö och att flera typer av interventioner kombineras över tid.

7. Referenser

- Barker PM, Reid A, Schall MW. A framework for scaling up health interventions: lessons from large-scale improvement initiatives in Africa. *Impl. Sci.* 2015;11, 1-11.
- Damschroder L, Aron D, Keith R, Kirsh S, Alexander J, Lowery J. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Impl. Sci.* 2009;4:50.
- Daviter F. Coping, taming or solving: alternative approaches to the governance of wicked problems. *Policy Stud.* 2017; 38(6), 571-588.
- ExpandNet WHO. *Nine steps for developing a scaling-up strategy*. Geneva: World Health Organization; 2010.
- Michaels S, 2009, Matching knowledge brokering strategies to environmental policy problems and settings. *Environ. Sci. Policy.* 2010;12, 7, 994–1011
- 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. <http://dx.doi.org/10.1332/174426514X14098428292539>
- Nyström ME, Tolf S, Sparring V, Strehlenert H. Systems thinking in practice when implementing a national policy program for improvement of women's healthcare. *Front. Public Health.* 2023; 11:957653. doi:10.3389/fpubh.2023.957653
- Silwal PR. *Can outcome-based measures be used for health system performance management, and if so, under what circumstances?* 2023. PhD thesis, University of Auckland, New Zealand.
- Series B. The breakthrough series: IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement. *Diabetes Spectr.* 2004;17(2):97-101.
- Thor J, Andersson AC, Andersson-Gäre B. Förbättringskunskap behöver fortsatt tillämpas i vården [Improvement knowledge has been applied when changing health services-and continues to be needed]. *Läkartidningen.* 2023;120.