



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle
2010-05-19

VERKA FÖR ATT SAMVERKA

EN UTVÄRDERING AV
FÖRBÄTTRINGSPROGRAMMET
"VÄRDESKAPANDE FLÖDEN FÖR
VÅRDTAGAREN"

MARIE ANDERSSON

Examensarbete i socialt arbete
Kvalitet, utvärdering och verksamhetsutveckling
Socionomprogrammet
Maj 2010

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

VERKA FÖR ATT SAMVERKA

EN UTVÄRDERING AV FÖRBÄTTRINGSPROGRAMMET ”VÄRDESKAPANDE FLÖDEN FÖR VÅRDTAGAREN”

MARIE ANDERSSON

Andersson, M. Verka för att samverka. En utvärdering av förbättringsprogrammet ”Värdeskapande flöden för vårdtagaren”. *Examensarbete i Socialt arbete 30 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, enheten för Socialt arbete, 2010.

Andersson, M. Act to interact. An evaluation of the improvement program “Värdeskapande flöden för vårdtagaren”. Degree project in social work 30 p. Malmö University: Faculty of health and society, unity for social work, 2010.

Föreliggande uppsats är en utvärdering av Operationsenheten, Vårdavdelning 1 och Mottagningen vid Landskrona lasarets medverkan i förbättringsprogrammet *Värdeskapande flöden för vårdtagaren*. Utvärderingen har utgått från ett målprocessperspektiv som kompletteras med ett medarbetarperspektiv. De tre huvudfrågeställningarna är: Hur har programmet implementerats? vad anser medarbetarna om programmet? och hur har samverkan mellan avdelningarna gått till? Resultatet visar att förbättringsarbetet har genomförts av ett tvärprofessionellt och avdelningsöverskridande förbättringsteam. Programmet har innehållit fyra centrala metoder, vilka är; Processkartläggning, Fiskbensdiagram, PDSA-metodik samt Systemiskt tänkande. Medarbetarna har överlag haft en positiv eller neutral inställning till programmet och dess metoder. Samverkan lyfts som en av de viktigaste aspekterna för att skapa värdeskapande flöden för vårdtagaren. Genom att avdelningarna har samverkat har en processkartläggning skapats som leder genom hela patientens vårdkedja, vilket har skapat en förståelse för de andra avdelningarna och de andra professionernas arbete. Den har kunnat öppna upp för ett helhetsperspektiv inom verksamheterna.

Nyckelord: Förbättringsarbete, processorientering, samverkan, värdeskapande flöden för vårdtagaren, translationsteori

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
Problemformulering	7
Syfte och frågeställningar	8
Disposition	8
METOD	9
Valet av utvärderingsmodell	9
Fem kategoriseringar	9
Intervjustudie	10
Urvalsförfarande	10
Intervjusituationen	11
Bearbetning av intervjumaterialet	11
Enkätstudie	11
Urval och tillvägagångssätt	11
Svarsfrekvens och bortfallsanalys	12
Svarspopulation	12
Databearbetning	12
Validitet och reliabilitet	12
Dokumentstudie	13
Forskningsintresse	13
Etiska reflektioner	14
BAKGRUND OCH TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	15
Processdimensionen	15
Genombrottsmetoden	15
Ett processorienterat arbetssätt	15
Processbaserad orientering	16
Samverkansdimensionen	16
Allmänt om samverkan	16
Samverkan i praktiken	17
Förutsättningar för samverkan	17
Ledningens ansvar	18
Främjande faktorer för samverkan	18
Hämmande faktorer för samverkan	19
Översättningsdimensionen	19

Att översätta ett program från vision till verksamhet.....	20
Särskild kompetens för översättning av recept.....	21
RESULTAT	22
Ett tvärprofessionellt team som igångsättare av programmet.....	22
Betydelsen av det tvärprofessionella samarbetet.....	22
Ett tvärprofessionellt team – problem och möjligheter	23
Implementering genom fyra metoder.....	24
En inspirationsdag för att skapa engagemang	24
Ett verktyg för att navigera i förbättringsarbetet	25
Medarbetarnas syn på processkartläggningen	26
Systemiskt tänkande	26
Teamets tveksamheter till det systemiska mötet	27
Övriga deltagares behållning av det systemiska mötet	28
Fiskbensdiagram och teamets arbete med metoden	28
Fiskbensdiagram på inspirationsdagen.....	29
Arbetet med PDSA-metoden.....	30
Bristande vetskap om PDSA-metoden bland medarbetarna	31
Metoderna som beroende av varandra.....	31
Värdeskapande flöden för vårdtagaren – med fokus på samverkan	32
Att vara medarbetare i en verksamhet under ett pågående förbättringsprogram ...	34
Medarbetarnas kännedom om programmet.....	34
Medarbetarnas deltagande i programmet	36
Medarbetarnas synpunkter på programmet	36
Tre aspekter som varit särskilt framhäande	39
ANALYS	41
Processdimensionen	41
Ett processorienterat arbetssätt med utgångspunkt i genombrottsmetoden.....	41
Ett program inom processbaserad orientering.....	41
Samverkansdimensionen.....	42
Samverkan på Landskrona lasarett.....	42
Samverkan på initiativ av den egna verksamheten	42
Samverkans förutsättningar	43
Ledningen med i teamet	44
De samverkansfaktorerna som verkar främjande	44

De samverkansfaktorer som verkan hämmande.....	45
Översättningsdimensionen	45
Översättning till ett unikt program genom kontextualisering	45
Går det att urskilja en hierarkisk översättningskedja?.....	46
Translatorkompetens	47
DISKUSSION.....	49
Hur har programmet implementerats?	49
Vilka metoder har använts?	49
Har det funnits några hinder i implementeringen?	49
Vad anser medarbetarna om programmet?	50
Vad har varit bra med programmet?.....	50
Vilka kritiska perspektiv kan urskiljas?	50
Hur har samverkan mellan avdelningarna gått till?	50
Har det funnits några hinder för att samverka?	50
Vad har samverkan haft för betydelse för arbetet med programmet?	51
Avslutande reflektioner	51
Förslag på fortsatt forskning.....	51
REFERENSLISTA	52
Litteratur.....	52
Digitala källor	52
BILAGOR:	54
Bilaga 1: Intervjuguide.....	55
Bilaga 2: Enkät.....	57

INLEDNING

Stora förändringar har under de senaste decennierna genomförts på Operationsenheten vid Landskrona lasarett. Detta kan delvis relateras till Region Skånes arbete med att förnya sjukvården genom projektet ”Skånsk livskraft – vård och hälsa”. Projektet utvecklades på grund av att den sjukhusorganisation vi har idag byggdes upp under 60- och 70-talen för att kunna möta de behov och krav som fanns då. Sedan dess har emellertid nya utmaningar uppstått, bland annat i form av medborgarnas allt större förväntningar på vården och de stora pensionsavgångarna. Därför startade ett projekt för att förändra den skånska sjukvården i grunden. Ambitionen var att höja kvalitén och öka tillgängligheten och målet var att bli bäst i Sverige på vård ([Region Skåne 1](#)).

Operationsverksamheten vid Landskrona lasarett är en av de verksamheter i Skåne som varit inblandade i omstruktureringen av skånsk sjukvård genom ”Skånsk Livskraft” och ökade effektiviseringskrav har stegvis växt fram.

För att kunna svara på de ökade kraven och få en väl fungerande organisation har Operationsenheten vid Landskrona lasarett tillsammans med en vårdavdelning och Mottagningen på lasarettet genomfört ett förbättringsprogram som kallas ”*Värdeskapande flöden för vårdtagaren*”, i samarbete med Utvecklingscentrum på Region Skåne. Föreliggande uppsats är en utvärdering av de tre avdelningarnas medverkan i förbättringsprogrammet. Det är på initiativ av Region Skåne som uppsatsen genomförts.

Programmet varade under ett år med start i oktober 2008 och avslut i oktober 2009. Programmet syftade till att ”*utveckla verksamhetens flöden så att de blir mer sammanhängande och på ett bättre sätt utgår från vårdtagarens behov*” (Region Skåne 3) Ett annat viktigt mål för programmet är att inspirera verksamheterna till förändringar, vilket ska generera nya idéer som leder till konkreta förbättringar för vårdtagaren. Målgruppen för programmet är regionala och/eller kommunala verksamheter inom hälso- och sjukvården (Region Skåne 3).

Avdelningarnas medverkan i programmet startade med att anställda, med olika professioner, från Operationsenheten, Vårdavdelningen och Mottagningen, skapade ett team och lämnade in en ansökan till att få delta i förbättringsprogrammet. Teamdeltagarna fick sedan utbildning i form av ett antal lärandeseminarier som arrangerades av Utvecklingscentrum på Region Skåne. Seminarierna bestod av utbildning i förbättringsprogrammets olika verktyg och metoder för att kunna planera och genomföra arbetet med programmet. Teamet hade också tillgång till en handledare från Utvecklingscentrum på Region Skåne under programmets gång.

Arbetet inom förbättringsprogrammet har inneburit ett *processororienterat arbetssätt* med utgångspunkt i en metod kallad *genombrottsmetoden*. När man arbetar processororienterat fokuseras verksamhetens processer istället för resultat. Genom att identifiera processerna och styra och förbättra dem kan också resultaten förbättras (Rentzhog, 1998). Genombrottsmetoden syftar till att uppnå ett kontinuerligt förbättringsarbete. Tanken med metoden är inte att hitta en universallösning till de problem som finns inom en verksamhet. Istället kan man, enligt metoden, nå i förväg uppsatta mål genom att införa många små mätbara förändringar som efterhand testas om de lett till förbättring eller ej. Visar det sig att förändringarna varit framgångsrika kan de implementeras, annars förkastas de (Ohlin, 2007). Inom ramen för arbetssättet har fyra olika verktyg och metoder använts till att bland annat kartlägga processer, identifiera problem och testa olika lösningar på problem.

Metoderna som använts kallas, *Processkartläggning*, *Fiskbensdiagram*, *PDSA-metoden* och *Systemiskt tänkande*. Processkartläggningen är precis som det låter, en kartläggning av verksamhetens processer. Den visualiserar hur man skapar en vara eller tjänst, från inflöde till utflöde. Genom en sådan ”karta” kan man urskilja vart i kedjan det brister i kvaliteten. Därmed underlättas synliggörandet vart i kedjan man utför något som inte skapar värde (Region Skåne 2). Fiskbensdiagram är ett verktyg som kan användas i gruppdiskussioner för att finna orsaker till och lösningar på identifierade problem (Region Skåne 4). PDSA-metoden kan användas när man testar en förändring i verksamheten för att se om det leder till förbättring. Genom att planera en idé, genomföra den, studera om den lett till förbättring så kan slutligen ett beslut fattas angående om idén ska tillämpas eller förkastas. Systemiskt tänkande syftar till att medarbetare inom komplexa organisationer ska få en ökad förståelse för det system de verkar inom (Lindh, 2007).

Förbättringsprogrammet förväntades också leda till ett avdelningsöverskridande samarbete mellan Operationsenheten, Mottagningen och Vårdavdelningen. Genom samverkan mellan avdelningarna skulle man kunna utveckla verksamhetens flöden så att de blev mer sammanhängande och utgår från vårdtagarens behov, vilket är syftet med ”Värdeskapande flöden för vårdtagaren” (Värdeskapande flöden för vårdtagaren, 2009).

Inom ramen för programmet har man vid Landskrona lasarett formulerat egna syften och specifika förbättringsmål för deltagandet i programmet. I en programrapport som sammanställts av teamet efter programmets slut framhålls att ett effektivt utnyttjande av operationsresurser uppnås genom att skapa en bredare dialog som ger insikt i patientens hela vårdprocess. Genom en bredare dialog vill man skapa fler och bättre mått för att beskriva goda resultat genom hela vårdkedjan. Vid sidan av att verksamheterna ska nå sina egna uppsatta förbättringsmål ska deltagarna också lära sig de metoder och arbetssätt som programmet innehåller för att kunna arbeta vidare med dessa även efter programmets slut och upprätthålla ett kontinuerligt förbättringsarbete (Region Skåne 3).

Problemformulering

Vedung (2009), presenterar ett antal utvärderingsmodeller som sorteras utifrån värderingskriterier och utvärderingsobjekt. Med det förra avses den måttstock utifrån vilken det som utvärderas bedöms, i detta fall programmet Värdeskapande flöden. Med det senare avses vad utvärderingen fokuserar på i termer av exempelvis process och/eller resultat. Föreliggande utvärdering utgår från vad Vedung (2009) kallar *mål-processutvärdering* och *intressentmodellen*.

I mål-processutvärderingen utgör programmets mål utvärderingens värderingskriterier och processen utgör utvärderingens objekt, det vill säga vad som ska utvärderas. Det är dock inte fråga om att utvärdera huruvida målen har uppfylls utan istället studera hinder och möjligheter för att nå fram till målen. Därmed utgör programmets processer och implementering viktiga fokus i utvärderingen.

Mål-processperspektivet kompletteras med ett intressentperspektiv som hämtat inspiration av Vedungs (2009) intressentmodell. I intressentmodellen hämtas värderingskriterierna genom att studera programmet utifrån berörda ”agenters” synvinkel. Detta aktualiserar givetvis många olika intressegrupper. Här avgränsas intressentperspektivet till att endast beröra de medarbetare som arbetat på någon av de tre deltagande avdelningarna under tiden då programmet genomfördes. Det hade helt klart varit intressant att också inkludera patienternas perspektiv i studien men av

tidsskäl har jag valt att endast beröra medarbetarnas perspektiv.

Det problem som utvärderingen fokuserar är således dels programmets processer i förhållande till den övergripande målsättningen, vilken är att verksamheten ska inspireras till att generera nya idéer som leder till förbättringar för vårdtagaren. Dels fokuseras också medarbetarnas perspektiv på de processer som programmet innehåller.

Syfte och frågeställningar

Mot bakgrund av problemformuleringen är syftet med uppsatsen att utvärdera Landskrona lasarets medverkan i förbättringsprogrammet Värdeskapande flöden för vårdtagaren utifrån ett process- och intressentperspektiv. Frågeställningarna formuleras enligt följande:

- Hur har programmet implementerats?
 - Vilka metoder har använts?
 - Har det funnits några hinder i implementeringen?
- Vad anser medarbetarna om programmet?
 - Vad har varit bra med programmet?
 - Vilka kritiska perspektiv kan urskiljas?

Med bakgrund mot att programmet skett genom samverkan mellan tre avdelningar kommer denna aspekt också att fokuseras genom frågeställningarna:

- Hur har samverkan mellan avdelningarna gått till?
 - Har det funnits några hinder för att samverka och vilka är i så fall dessa?
 - Vad har samverkan haft för betydelse för arbetet med programmet?

Disposition

I nästa kapitel, *metod*, kommer jag att redogöra för uppsatsarbetets tillvägagångssätt. Här redogörs för metod, val av utvärderingsmodell samt det forskningsintresse utifrån uppsatsarbetet tagit sin ansats. Därefter följer ett kapitel som benämns *bakgrund och teoretiska utgångspunkter*. Där presenteras teoretiska aspekter utifrån tre dimensioner vilka jag valt att kalla; en processdimension, en samverkansdimension och en översättningsdimension. Nästkommande kapitel presenterar de *resultat* som datainsamlingen har gett utifrån ett processperspektiv och ett medarbetarperspektiv. I det femte kapitlet får läsaren ta del av en *analys*. Där kommer resultaten från datainsamlingen att analyseras mot bakgrund av de tre dimensioner som presenteras i bakgrund och teoretiska utgångspunkter. Avslutningsvis följer en slutdiskussion, där studiens frågeställningar åter aktualiseras och diskuteras utifrån resultat och analys.

METOD

I problemformuleringen beskrivs uppsatsen utgå från Vedungs (2009) mål-processmodell och intressentmodell. Föreliggande kapitel inleds med en närmre förklaring av vad som avses med att uppsatsen utgår från de två modellerna. Dessutom redogörs för uppsatsens datainsamlingsmetoder som är av både kvalitativ och kvantitativ art. Den kvalitativa datainsamlingen har skett genom intervjuer och dokumentstudier. Den kvantitativa datainsamlingen har skett genom en enkätundersökning. Därefter följer en diskussion om hur studiens forskningsintresse kan beskrivas. Kapitlet avslutas med etiska reflektioner.

Valet av utvärderingsmodell

Det vore för enkelt att rätt och slätt säga att detta är en utvärdering av ett förbättringsprogram. En utvärdering kan nämligen te sig på en mängd olika sätt. Vedung (2009) använder sig av två *organiserande principer* som ett redskap för att sortera upp mångfalden av utvärderingsmodeller. Den första organiserade principen är *värderingskriterier*, alltså vilka kriterier som utvärderingen gör bedömningar utifrån. Exempelvis om man bedömer utifrån huruvida interventionen har lett till måluppfyllelse, eller om interventionens resultat når upp till brukarnas önskemål. Dessa är två olika värderingskriterier. En andra organiserande princip är utvärderingens *objekt*, det vill säga vad man ska utvärdera. Exempelvis, ska man bedöma de resultat man nått? Eller ska man bedöma processen för att nå resultat? (Vedung, 2009)

Fem kategoriseringar

Vedung (2009) har utifrån de organiserande principerna delat in utvärderingsmodeller i fem olika kategorier, vilka kallas *mål-processmodeller*, *mål-resultatmodeller*, *relevansmodeller*, *aktörsmodeller* och *ekonomiska modeller*. Genom att ta fasta på vilka värderingskriterier som är relevanta för studien och vilket objekt som ska studeras skulle studien, enkelt uttryckt, kunna placeras in i en kategori. Jag har använt kategorierna som en vägledning för utformandet av utvärderingen snarare än att tvunget placera in denna studie i en kategori.

Genom att fundera kring Vedungs (2009) organiserande principer har det i ett första steg blivit klart vilka värderingskriterier som kommer ligga till grund för utvärderingen. Utvärderingen genomförs på uppdrag av Utvecklingscentrum på Region Skåne och det är också de som utformat programmet Värdeskapande flöden för vårdtagaren. Därför har jag valt att hämta värderingskriterierna utifrån programmets mål. Jag har också ett intresse i att ta reda på hur medarbetarna uppfattar programmet och hur de har varit en del i förbättringsarbetet, vilket gör att medarbetarnas perspektiv också kommer utgöra värderingskriterier.

Gällande val av utvärderingens objekt har resonemanget tagit utgångspunkt i två aspekter. För det första grundar sig valet av objekt i mitt eget intresse av verksamhetsutveckling och då hur man arbetar med utveckling, det vill säga processerna genom vilka man försöker nå uppsatta mål. För det andra har jag märkt att verksamheterna som utvärderas är mycket komplexa organisationer, vilket gör det svårt för mig som utomstående att komma in och räkna på faktiska resultat. Utifrån resonemangen kommer utvärderingens objekt fokuseras som processer och inte resultat.

Utifrån dessa resonemang om värderingsprinciper och objekt kan utvärderingen sägas utgå från en mål-processmodell. I en sådan utvärdering bedöms alla steg i implementeringen av programmet och granskas steg för steg, från det att programmet startade till och med slut prestationerna.

Då jag även är intresserad av medarbetarnas perspektiv på programmet och dess processer kan utvärderingen beskrivas att också inspireras av en modell som Vedung (2009) benämner intressentmodellen som finnes inom kategorin aktörsmodeller. Där hämtas värderingskriterierna nämligen utanför interventionen, hos berörda aktörers förhoppningar och farhågor, vilket i fallet med föreliggande utvärdering begränsas till att endast beröra medarbetarna.

Intervjustudie

Då ett syfte med studien är att undersöka förbättringsprogramets processer genom en mål-processutvärdering har jag valt att använda mig av kvalitativa intervjuer för att kunna få en fördjupad kunskap om utvärderingsobjektet, det vill säga förbättringsprogramets processer. En intervju kan definieras som ett samtal som syftar till att samla in speciell information. Metoden syftar till att upptäcka okända eller vagt kända företeelser, innebörder eller egenskaper. Kvalitativa intervjuer kan alltså användas för att skapa en förståelse om ett studieobjekt, i detta fall programets processer, genom att fråga personer med kunskap om objektet (Svensson & Starrin, 1996, Starrin & Renck). Då uppsatsen delvis syftar till att utvärdera arbetet med förbättringsprogrammet och ta reda på hur implementeringen har gått till utifrån ett processperspektiv anser jag metoden som passande för ändamålet.

Urvalsförfarande

För att få en god kunskapsbild av förbättringsprogrammet och dess funktion på Landskrona lasarett har intervjuer genomförts med de personer som ingått i teamet. Detta eftersom det är teamdeltagarna som fått utbildning i ”Värdeskapande flöden för vårdtagaren” och det är till största del teamet som planerat, genomfört och implementerat förbättringsarbetet. Teamet hade representanter från de tre avdelningar som ingick i förbättringsprogrammet och bestod av sex personer med olika befattningar. De två deltagare från Mottagningen slutade dock innan programmet avslutades, vilket gjorde att Mottagningen inte var lika delaktig i förbättringsprogrammet i slutet. Detta innebar också att ingen teamdeltagare från Mottagningen intervjuades. Således intervjuades endast teamdeltagare från Vårdavdelningen och Operationsenheten.

Att jag inte haft möjlighet att genomföra någon intervju med någon från Mottagningen skulle kunna ses som ett problem. Syftet med intervjuerna är att få en bild av hur man implementerat och arbetat med programmet, vilket jag ändå tror kan uppnås genom de intervjuerna jag genomfört. Jag är medveten om att det kan finnas problem med tillförlitligheten när intervjuer endast görs med deltagare i ett säkerligen sammansvetsat team. Dels har de arbetat med förbättringsprogrammet i ett år tillsammans och risken finns att de vill försvara sitt program och att eventuell kritik undanhålles. Det kan också vara känsligt att utvärderingen är beställd av en högre instans, Region Skåne. Det kan kännas som att man blir kontrollerad, vilket möjligen kan påverka intervjupersonerna. Trots detta anser jag ändå att det är personerna i teamet som är mest lämpliga att intervjuas för syftet att få en god kunskap om förbättringsprogrammet och dess processer.

Intervjusituationen

Inför intervjuerna fick intervjupersonerna ett informationsbrev där en kort presentation av mig, syftet med uppsatsen och information om att deltagandet är frivilligt framkom. De gav också sitt samtycke till att delta i studien genom att skriva under en förtryckt samtyckesblankett. Intervjuerna genomfördes på intervjupersonernas arbetsplats och längden på intervjuerna varierade mellan 30-60 minuter. Samtliga intervjuer spelades in på ett minneskort efter intervjupersonernas muntliga samtycke. Intervjuerna genomfördes utifrån en på förhand konstruerad intervjuguide. Intervjuguiden var uppbyggd med ett antal teman med tillhörande öppna frågor. Exempelvis hur implementeringen av programmet genomförts, hur de gått till när avdelningarna samverkat samt hur intresse/motstånd bland medarbetarna sett ut. Samtliga intervjuer löpte på väl. Dock fann jag att intervjupersonerna vid vissa frågor hade svårt att komma ihåg detaljer kring förbättringsprogrammet i dess initiala skede.

Bearbetning av intervjumaterialet

Det inspelade materialet från intervjuerna har transkriberats och skrivits ut. Det utskrivna materialet har sedan kategoriserats utifrån att antal teman och strukturerats upp inför arbetet med att presentera materialet i resultatdelen. I resultatdelen har vissa citat språkkorrigerats för läsbarhetens skull. Detta har dock inte haft någon inverkan på betydelsen av det som sagts.

Enkätstudie

Intervjuerna utgjorde ett viktigt material i sig, men de låg också till grund för att utforma en enkät. Eftersom studien delvis utgörs utav ett intressentperspektiv med medarbetarna i fokus och jag ville försöka nå så många som möjligt valde jag att genomföra en enkätundersökning. Med enkäten förväntade jag mig att få en inblick medarbetarnas perspektiv på förbättringsprogrammet. Som jag tidigare nämnt så var Mottagningen inte med under hela programtiden. Det framkom också i enkätundersökningen, då det visade sig att respondenterna från Mottagningen hade svårigheter med att förstå vissa av enkätfrågorna.

Urval och tillvägagångssätt

I urvalet ingick alla de medarbetare som arbetade på någon av de tre avdelningarna under hela tiden, eller under någon period, då förbättringsprogrammet pågick. Undersökningen begränsas också till att avse personer som fortfarande arbetar kvar, detta eftersom enkäten genomfördes på arbetsplatsen. Inför enkätutdelningen kontaktades avdelningschefer för att diskutera tillvägagångssätt för utdelning. Då det är tre olika avdelningar resulterade det i att utdelningen såg lite olika ut. På två utav avdelningarna delades enkäten ut i medarbetarnas personliga postfack. På en av dessa avdelningar besökte jag också ett personalmöte där jag gjorde en kort presentation om mig själv, min studie och enkätens syfte. På den andra avdelningen där jag lämnade enkäten i postfack gjordes en liknande presentation för de medarbetare som var närvarande och tillgängliga. På den tredje avdelningen delades enkäterna ut till medarbetarna genom avdelningschefen. I enkätförsändelsen bifogades ett följebrev. Här gavs information om studien och dess syfte, att deltagandet var frivilligt och att den genomfördes på anonym basis.

Insamlingen av enkäten gjordes även den olika över avdelningarna. På två utav avdelningarna ombads medarbetarna att lägga ifyllt enkät i en avsedd låda för

insamling som jag personligen tömde. På den tredje avdelningen där de lämnades ut av avdelningschefen var det också denne som samlade in dem. För att värna om anonymiteten så lämnades enkäterna ut i ett kuvert som inte var igenklistrat, när den lämnades in ombads respondenten att återlämna enkäten i samma kuvert och då fanns möjligheten att klistra igen det. På följebrevet angav jag även min adress och klargjorde för möjligheten att skicka enkäten direkt till mig också.

Svarsfrekvens och bortfallsanalys

Totalt delade jag ut 91 enkäter och den besvarades utav 40 stycken. Tre av enkäterna sorterades bort då personerna inte hade arbetat på avdelningen under någon tid då programmet varade. Alltså är antalet enkäter som kommer ligga till grund för databearbetningen 37 stycken. Det ger en svarsfrekvens på ca 40 procent. Efter det att enkäten delades ut gjordes vissa påminnelser via chefer. Trots detta blev svarsfrekvensen mindre än vad jag hade räknat med. Eftersom jag saknar data om populationen i stort är det svårt att analysera representativitet och bortfall. Det kan inte uteslutas att de som inte besvarade enkäten har ett mindre intresse för programmet än de som lämnade in sina svar. Detta kan i så fall innebära att svarspopulationen har en mer positiv bild av programmet än vad som är fallet för totalpopulationen. Om detta vet vi dock inget säkert.

Svarspopulation

Antalet anställda på avdelningarna varierar, därav gör också antalet besvarade enkäter också det över avdelningarna. Av de 37 enkäter som använts i databearbetningen är 26 stycken från Operationsenheten, 10 stycken från Vårdavdelningen och 4 stycken från Mottagningen. Av de som besvarade enkäten var övervägande del sjuksköterskor (25 st.). Några var undersköterskor (6 st.) och administrativ personal (4 st.). Ytterligare finns det bland enkätsvaren en läkare och en sjukgymnast. Majoriteten var kvinnor, det var endast två män av de 37 respondenterna.

Databearbetning

Materialet från enkätundersökningen har lagts in i det statistiska datorprogrammet SPSS. De diagram som presenteras i resultatet har skapats genom att kopiera data från SPSS till exceldokument för att där göras om till olika typer av diagram.

Validitet och reliabilitet

För att kunna diskutera resultatets tillförlitlighet ska här begreppen validitet och reliabilitet definieras. Validitet kan i en enkätundersökning definieras som en frågas förmåga att mäta det den avser att mäta. Validiteten kan vara högre eller lägre beroende på dess förmåga att mäta det avsedda. Det är således mängden systemiska fel som bedömer om validiteten är hög eller låg (Ejlertsson, 2005). Enkätfrågorna utformades utifrån vad som framkom i intervjustudien. Tanken med detta var att få grundläggande kunskap om programmet och utifrån denna utforma enkäten, för att säkerställa frågornas relevans.

Det som kan ses som problematiskt är att programmet är avslutat. Utifrån såväl ett processperspektiv som ett intressentperspektiv kan det finnas svårigheter med detta faktum. Programmets processer liksom medarbetarnas inställning till programmet bedöms i ljuset av den verksamhet som de befinner sig i just nu.

Det finns anledning att tro, utifrån resultatet av enkäterna att döma, att vissa frågor kan ha missuppfattats av en del respondenter. Exempelvis så har nio personer uppgett att de varit medlemmar i teamet vilket inte kan vara riktigt då antalet teamdeltagare, som under studiens gång befann sig i verksamheten, endast är fyra.

Om en mätning vid upprepade tillfällen skulle kunna ge samma resultat kan man påstå att mätningen har hög reliabilitet. När graden av reliabilitet avgörs så hänger det på andelen slumpmässiga fel. Litet slumpmässigt fel ger hög reliabilitet och tvärtom. Även reliabiliteten är beroende på att frågorna ställt korrekt. Vid stor slumpvariation i svaren kan tyda på att frågorna är sämre konstruerade (Ejlertsson, 2005). Det har inte funnits utrymme i denna studie att göra flera mätningar. Det fanns inte heller någon möjlighet att välja ut någon annan grupp att genomföra mätningar på eftersom programmets utformande är specifikt för kontexten. Reliabiliteten och tillförlitligheten hade också varit högre om antalet inkomna enkätsvar hade varit fler. Varje fråga i enkäten har även haft ett visst internt bortfall, vilket det redogörs för i samband med redovisningen.

Dokumentstudie

Förutom att jag samlat in empiriskt material genom intervjuer och enkäter så har jag också använt mig av en rad olika dokument som funnits tillgängliga som rört förbättringsprogrammet och de olika metoder som använts. Främst handlar detta om en programrapport som sammanställts av en teamdeltagare efter programmets slut. Men jag har också studerat dokumentationer som sparats efter programmets avslut, exempelvis minnesnoteringar som består utav anteckningar från arbetet med olika metoder. Broschyrer, utgivna av Region Skåne har också använts av teamet som berört metoder och arbetssätt, dessa har också studerats.

Forskningsintresse

Mitt forskningsintresse kan initialt sägas vara inspirerat av en *explorativ* ansats, det vill säga en utforskande undersökningsform. För mig som extern utvärderare var ”Värdeskapande flöden för vårdtagaren” ett helt nytt fenomen och för att kunna genomföra en utvärdering var en utforskning av programmet nödvändig. Varför programmet initierades, varför man anmält sig till det, vad programmet innebär var exempelvis frågor som behövde besvaras. Finns det ingen eller endast en vag kunskap om fenomenet som ska utvärderas blir datainsamlingen till sin karaktär sökande. De tekniker som vanligen används vid en *explorativ* ansats är observationer och samtalsintervjuer (Rosengren och Arvidsson, 2005). Då programmet var tidsbegränsat till ett år och perioden för programmet är avslutad är observationer i detta fall inte möjlig. Däremot har jag genomfört kvalitativa samtalsintervjuer med deltagare från teamet som arbetat med förbättringsprogrammet.

I uppsatsen finns också inslag av ett *deskriptivt* forskningsintresse, vilket innebär en beskrivande ansats. När god kunskap om ett fenomen har uppnåtts väcks nya frågor, i mitt fall, vad tycker medarbetarna om förbättringsprogrammet? Vid en deskriptiv ansats genomförs ofta datainsamling och bearbetning av materialet med kvantitativa metoder (Rosengren och Arvidsson, 2005). För att kunna beskriva vad medarbetarna haft för uppfattning av förbättringsarbetet har jag genomfört en frågeundersökning i form av enkäter som lämnats ut till de medarbetare som berörts av förbättringsprogrammet.

Etiska reflektioner

I planeringen av uppsatsarbetet har jag reflekterat kring vetenskapsrådets forskningsetiska principer. Uppsatsen genomgick också en etisk prövning på Malmö högskola och fick av det etiska rådet godkänt. Jag kommer här redogöra för vetenskapsrådets fyra huvudkrav vid forskning och sätta de i relation till föreliggande studie. Vissa aspekter har redan förklarats, men här sätts de alltså i relation till vetenskapsrådets krav.

Första kravet benämns *informationskravet* och innebär att forskningens berörda ska informeras om forskningens syfte (Vetenskapsrådet, 2002). För att tillgodose detta krav har intervjupersonerna erhållit ett informationsbrev och i enkätförsändelsen bifogades ett följebrev.

Det andra kravet utgörs av ett *samtyckeskrav* (Vetenskapsrådet, 2002). Intervjupersonerna lämnade sitt samtycke genom att skriva under en samtyckesblankett. I enkätens följebrev fanns förklarat att samtycke ges genom att fylla i och lämna in enkäten.

Konfidentialitetskravet är det tredje kravet. Det innebär att de personer som ingår i undersökningen ska ges största möjliga konfidentialitet och obehöriga ska inte kunna ta del av personuppgifter på de som ingår (Vetenskapsrådet, 2002). Personuppgifter presenteras inte i rapporteringen av studien. Men då man känner till varandra på arbetsplatsen kan det uppstå problem såtillvida att de som medverkat i studien ändå kan bli igenkända. För att undvika detta i högsta möjliga mån har jag inte presenterat intervjupersonerna med befattningar eller övrig information utöver att de har varit medlemmar i teamet.

Det sista kravet som vetenskapsrådet presenterar är *nyttjandekravet*. Detta innebär att informationen som samalts in, med uppgifter om enskilda, inte får lånas ut eller användas för icke-vetenskapliga syften (Vetenskapsrådet, 2002). Jag har inte för avsikt att lämna ifrån mig materialet för icke-vetenskapliga ändamål.

BAKGRUND OCH TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Utvärderingens teoretiska perspektiv fokuserar på en processdimension, en samverkansdimension och en översättningsdimension. Dessa tre dimensioner kommer i analysen att ligga till grund för att förstå programmets processer och medarbetarnas perspektiv. Jag har inte funnit någon forskning som bedrivits på det specifika programmet. Däremot har jag funnit en del teoretiska perspektiv som kan knytas till programmet vilka bygger på tidigare forskning. Det kommer därför inte finnas något speciellt avsnitt om tidigare forskning.

Processdimensionen

För att förstå processen utifrån processdimensionen kommer jag till en början att presentera genombrottsmetoden och ett processororienterat arbetssätt, då det är dessa metoder programmet kan sägas utgå från. Efter det följer ett avsnitt om Røviks (2008) idéer om processbaserad orientering.

Genombrottsmetoden

Värdeskapande flöden för vårdtagaren framställs som ett program som har sin utgångspunkt i genombrottsmetoden. Genombrottsmetoden är en metod för kontinuerligt förbättringsarbete och används främst inom hälso- och sjukvård. Donald Berwick, som utvecklade metoden, upplevde att det fanns ett återkommande problem i form av ett gap mellan dokumenterad kunskap och vad som var praxis i vården. Han ställde sig frågan varför det tog så lång tid innan ny vetenskaplig kunskap påverkade och förändrade praktiken samt om systematiskt förbättringsarbete skulle kunna användas inom sjukvården, likt inom andra branscher (Ohlin, 2007).

Berwick tog hjälp av statistikern Tom Nolan, som hade stor erfarenhet av att stötta organisationer vid utvecklings- och förbättringsarbete. De startade ett projekt där de bjöd in tvärprofessionella team från olika sjukvårdsorganisationer. Syftet var att i verksamheten närmst patienterna framkalla betydelsefulla förbättringar på relativt kort tid. Genomförandet gick till så att man provade små förändringar som sedan testades med hjälp av så kallad *PDSA-metodik*. Var de framgångsrika infördes olika små förbättringar i verksamheten och tillsammans skulle de leda till att högt ställda, mätbara mål uppfylldes. Metoden visade sig vara framgångsrik och har används inom många olika områden där man uppfattat att det funnits ett gap mellan vetenskap och praxis (Ohlin, 2007). PDSA-metodik visade sig också vara en viktig metod i Landskrona och metoden kommer att förklaras i resultatredovisningen.

Genombrottsmetoden är inte en metod för att försöka hitta ”universalförbättringen” som är nyckeln till alla problem. Istället är tanken att hitta många små förändringar som ska resultera att i förväg uppsatta mål kan uppnås (Värdeskapande flöden för vårdtagaren, 2009).

Ett processororienterat arbetssätt

Med utgångspunkt i genombrottsmetoden beskrivs programmet också vara präglad av ett processororienterat arbetssätt. Den grundläggande tanken för processororientering är att det i första hand är processen som bör styras och förbättras. Istället för att

fokusera på resultatet förflyttas uppmärksamheten till de processer som formar resultaten. Det är först när processerna kan förändras som också resultatet kan förändras (Rentzhog, 1998).

Att arbeta processororienterat innebär att verksamhetens processer identifieras och beskrivs. Genom att kartlägga processerna underlättas arbetet med att se vart det brister och detta kan studeras närmre. Det synliggör också vart i organisationen man utför något som inte skapar värde (Region Skåne 2). Genomförs en processbeskrivning skapas en sorts karta över verksamheten att navigera efter. Kartan ger en översikt av processernas ordningsföljd och hur de hänger ihop med varandra och skapar en gemensam bild för alla som arbetar i verksamheten (Landstinget i Jönköpings län, 2010-02-26). Kartan visar också *hur* saker och ting görs. Enligt det processororienterade synsättet att det är först när vi ser hur vi arbetar i verksamheten som vi kan förbättra *vad* som görs (Lindahl, 2007).

Processbaserad orientering

Som teoretiskt bidrag till processdimensionen ska här Røviks (2008) framställning om processbaserad orientering presenteras. Processororienteringen har ett starkt intresse för de värdeskapande processer som finns i organisationer. Røvik (2008) menar att gemensamt för de flesta bidragen, inom den relativt nya idéströmningen om processbaserad orientering, är att det finns en skepsis till organisationer som är centralstyrda och uppbyggda med en stark vertikal hierarki. De värdeskapande processerna beskrivs som det organisationen "lever av". De består av komplexa serier av aktiviteter som löper på sida vid sida och ibland korsar aktiviteternas vägar också varandra. Detta gör att de vertikalt uppbyggda funktionerna kan förstöra eller vara hämmande för de värdeskapande processerna.

Process kan definieras på olika sätt. Røvik (2008) använder sig av två definitioner:

"En process kan enklast definieras som en handlingskedja där input transformeras till output i syfte att uppfylla behov hos en eller flera intressenter" (Elkjær-Larson, 2002, hämtat ur Røvik, 2008 s. 153).

"En organiserad grupp av relaterade aktiviteter som tillsammans skapar ett värderesultat för kunder" (Hammer, 2001, hämtat ur Røvik, 2008 s. 153).

Røvik (2008) visar på att synsätten på processer inom processbaserad orientering ofta har fokus på just kunder eller andra intressenter som antas vara intresserade av organisationens output. Då kunderna står i fokus blir det också viktigt för organisationerna att ständigt utveckla och förändra de värdeskapande processerna så att de hela tiden är uppdaterade och har de rätta och mest passande processerna inom just sin verksamhet.

Samverkansdimensionen

Eftersom programmet Värdeskapande flöden för vårdtagaren genomförts som ett samarbete mellan tre avdelningar är samverkan ett centralt begrepp för utvärderingen. I det följande fokuseras därför idéer kring samverkan. Detta gäller framförallt definitioner av samverkan samt hämmande och främjande faktorer för samverkan.

Allmänt om samverkan

Att samverka innebär att människor interagerar och gör någonting tillsammans.

Verksamheterna i ett samverkansprojekt har ofta olika motiv till varför de ska delta i en samverkansaktivitet. Samverkan kan vara mer eller mindre strukturerad och planerad i förväg. Ofta är samverkansaktiviteter planerade av människor som inte själva kommer delta i samverkan, exempelvis företagsledningarna eller personer med en speciell funktion att se till att andra samverkar (Lindberg, 2009).

Samverkan i praktiken

Ett sätt att närma sig en definition av samverkan görs här genom att se samverkan som ett praktiskt fenomen utifrån *praktikernas förståelse*. Samverkan definieras här av uppdragsgivare eller av dem som ska medverka i samverkansaktiviteten. Deltagarna i samverkansprojektet lägger ofta mycket tid på att beskriva vad de ska göra, vad de borde göra och vad de gör. Inom den offentliga sektorn är det vanligt att verksamheter får i uppdrag att samverka för att kunna tillgodose medborgarnas behov och många projekt och försöksverksamheter bedrivs i syfte att främja samverkan (Lindberg, 2009). För att visa på ett exempel hur samverkan kan definieras utifrån praktikens förståelse kommer här ett utdrag från ett program som Arbetslivsinstitutet genomförde under senare hälften av nittio-talet.

”Det var viktigt att stödja samverkansformer som möjliggör samverkan mellan professioner, funktioner och vårdgivare som normalt inte samverkar men borde göra det om man såg till patienternas och personalens bästa.” (Ekman-Philips 2002 s.3, hämtat från Lindberg, 2009).

Praktikers definitioner på samverkan är ofta förskönade och samverkan ses som det ideala sättet att arbeta. Förklaringarna avspeglar inte sällan förväntningar på vad man hoppas uppnå med samverkan snarare än verktyg för hur man kan uppnå faktiska möjligheter i praktiken (Lindberg, 2009).

Förutsättningar för samverkan

Långt ifrån alla samverkansprojekt blir lyckade. Danermark (2004) menar att misslyckande samverkansförsök ofta beror på att förutsättningarna inte har diskuterats. För att samverkan ska kunna leda till ökad kompetens, större trivsel med arbetet, ökad effektivitet eller vad det nu kan vara samverkan förväntas leda till i just den situationen måste förutsättningarna synliggöras. Det är ledningens skyldighet att skapa förutsättningar för samverkan (Danermark, 2004).

Danermark (2004) urskiljer tre centrala faktorer som måste *identifieras, lyftas fram och diskuteras* för att samverkan ska ha förutsättningar att bli framgångsrikt. För det första framhålls *kunskaps- och förklaringsmässiga faktorer*. Med detta menas att det finns olika kategorier av yrkesverksamma inblandade i samverkan. Deras utbildning ser olika ut och de har olika syn på problem och olika sätt att förklara vilket leder till att de har olika tankar om hur problem bör angripas och lösas. En andra central uppsättning faktorer som måste identifieras, lyftas fram och diskuteras är de *formella och informella regler* som de olika personalkategorierna har. Även om de arbetar i samma organisation kan lagstiftning, regler (formella eller informella), och avtal skilja sig väldigt mycket bland de inblandade. Den sista typen av faktorer som framhålls som viktiga att ha i åtanke är de inblandades *organisatoriska situation*. Olika organisationer ser naturligtvis olika ut och problem kan på grund utav det uppstå, men även om de inblandade finns inom samma organisation kan situationerna se väldigt olika ut. Exempelvis inom en skolorganisation där skolledaren, läraren och kuratorn möter eleven utifrån helt olika organisatoriska positioner (Danermark, 2004).

Dessa faktorer är alltså viktiga att identifiera, lyfta fram och diskutera. Skillnader finns och de innebär inte alltid hinder, tvärtom kan skillnader vara utvecklande och stimulerande för samverkan. Men när problem uppstår på grund av skillnader bör de om möjligt avlägsnas. I de fall där problemen inte kan elimineras är det viktigt att hitta former för att kunna "leva med skillnaderna" (Danermark, 2004).

Ledningens ansvar

Inte sällan när det gäller samverkansprojekt så finns stora brister hos ledningen, menar Danermark (2004). Detta kan bero på villfarelsen att när en grupp är skapad, målen är formulerade och eventuella resurser har tilldelats så sköts allt automatiskt. Gruppen kommer lösa alla de problem som kan tänkas uppstå och ledningen behöver inte lägga sig i. Detta är ett missförstånd. Problem uppstår och i ett samverkansförsök är en klar och tydlig ledning av mycket stor vikt. En annan orsak till bristande ledning vid samverkansprojekt kan vara tidsbrist. Ledningen har mycket att göra och samverkansprojektet prioriteras inte. Ytterligare en orsak kan vara att ledningen inte har någon kunskap om vad samverkan faktiskt handlar om. En tydlig ledningsfunktion är alltså nödvändig för ett samverkansprojekt (Danermark, 2004).

Främjande faktorer för samverkan

Lindberg (2009) bedömer ett antal faktorer som främjande för samverkansprojekt. Till att börja med framhålls *organisatoriska faktorer* som främjande för samverkan. För det första tycks det vara av stor vikt att beskriva och tydliggöra hur de organisatoriska strukturerna ser ut. Beslutsberättigandet inom samverkansgruppen bör också klargöras, vem som är berättigad att besluta om vad. Det är också betydelsefullt att de involverade organisationerna delegerar beslut till de som samverkar på ett sådant sätt att de får ett handlingsutrymme, vilket förutsätter att beslutsdelegationen i samverkansgruppen är klarlagd.

Lindberg (2009) menar vidare att det också för samverkans främjande finns ett antal faktorer som berör de personer som samverkar. Dessa kallar hon för *inre faktorer* och de påverkar hur samverkan går till och vad för resultat som kan nås. Till att börja med framhålls vikten av att de personer som deltar på allvar engagerar sig i samverkansarbetet och de bör ha förmåga att arbeta i nätverk. Det understryks också att de bör få legitimitet för sitt samverkansuppdrag av såväl övriga medarbetare och kollegor som ledningen.

Att ledningen står bakom samverkan, även om de inte varit initiativtagare, framhålls också av Lindberg (2009) som en avgörande faktor för om samverkansförsöket blir lyckat eller ej.

En ytterligare framgångsfaktor beskrivs av Lindberg (2009) som att deltagarna i samverkan ska ha en gemensam utgångspunkt, referensram och metod. Det vill säga att deltagarna i förväg ska ha satt upp villkoren, det vill säga att de ska vara överens om vad man ska samverka kring, varför samverkan bör göras samt hur samverkan ska gå till. I arbetet med att uppnå konsensus om dessa bitar är kommunikation viktig. Speciellt eftersom deltagarna kan ha mycket olika uppfattningar och föreställningar om hur arbetet ska gå till. Kommunikationen lyfter fram vad som är gemensamt och vad som skiljer dem åt, så även om meningsskiljaktigheter finns så kan det som är gemensamt bygga upp ett engagemang och deltagarnas olikheter kan tas tillvara på i samverkansarbetet istället för att skapa problem.

I ett samverkansarbete kan det finnas många olika professioner och yrkeskategorier.

För att samverkan ska lyckas framhävs vikten av att deltagarna har en vilja såväl som en förmåga att se problem från andra synvinklar än sin egen. På så sätt skiljs man från varandra och var och en har en unik kompetens i förhållande till de andra, yrkesrollerna förstärks (Lindberg, 2009).

En sista aspekt som här kommer lyftas är vikten av att ha förtroende för varandra. Att ha respekt för andra och deras åsikter, kompetenser och syften framhålls som nödvändigt för att förtroende mellan deltagarna i en samverkansgrupp ska kunna skapas (Lindberg, 2009).

Hämmande faktorer för samverkan

Att samverka framhålls inte, enligt Lindberg (2009) som någon enkel process, likväl som det finns faktorer som främjar finns det också faktorer som hämmar samverkansförloppet. Vissa av de hämmande faktorerna står i direkt motsats till de främjande faktorerna som tidigare berörts. De kommer inte att presenteras då det faller sig naturligt, exempelvis att förtroende inom gruppen är främjande, frånvaro av förtroende är då hämmande. Här presenteras några av Lindbergs (2009) idéer om vad som kan vara hämmande för samverkan.

Det kan vara hämmande om deltagarnas syften med samverkansaktiviteten skiljer sig så pass mycket att det är svårt att nå en kompromiss. Olika organisationskulturer bland deltagarna i samverksansförsöket är ytterligare en faktor som kan försvåra arbetet. Om de bär med sig olika grundläggande antaganden och föreställningar in i samverkanssituationen kan det förhindra en god samverkan (Lindberg, 2009).

Att deltagarnas språkbruk skiljer sig åt kan vara en ytterligare hämmande faktor menar Lindberg (2009), det kan vara beroende av organisationstillhörighet och/eller profession. Kommunikationen blir i denna situation viktig och avgörande för att samverkan ska fungera. Om kommunikationen inte fungerar kan den då också bli en hämmande faktor på så sätt att den inte leder till gemensamma föreställningar, även om det ibland kan vara så att deltagarna egentligen menar samma sak men uttrycker sig olika.

I de fall det finns statuskillnader mellan de som samverkar, kan det uppstå problem. De som rangordnas högst kan bli de som styr och resterande yrkeskategorier kan riskera att inte bli mer än ett komplement. Istället för att samverkan blir ett ömsesidigt utbyte av lärande kan det alltså bli så att de med högst status får ökad bestämmanderätt (Lindberg, 2009).

Samverkansförsök är ofta organiserade i projekt och har därmed en tidsbegränsning. Det påpekas att det finns svårigheter med att förändra etablerade rutiner och införa nya tankesätt och metoder i en ordinarie verksamhet och det tar tid. Ett för kort tidsperspektiv kan därför göra att vinsterna inte blir så stora, men att de hade kunnat öka med hjälp av ett längre samverkansprojekt (Lindberg, 2009).

Översättningsdimensionen

Den tredje dimensionen som fokuseras i den teoretiska genomgången är vad som händer med ett program i mötet med den praktiska verksamheten. Røviks (2008) translationsteori och idéer kring translatorkompetens kommer presenteras för att, med utgångspunkt i dessa, försöka förstå programmets processer och medarbetarnas perspektiv.

Att översätta ett program från vision till verksamhet

Idéer om hur organisationer bör utformas och ledas finns det i vår tid mängder utav menar Røvik (2008). Han benämner idéerna för organisationsrecept.

Translationsteori handlar om vad organisationer kan göra med organisationsrecepten. Inom teorin har Røvik myntat begreppet *kontextualisering* som handlar om när en idé (recept) från framgångsrika praktiker möter organisationen och vad organisationen då kan göra med receptet (Røvik, 2008).

När en idé möter en organisation så möter den en komplex kontext. Dels finns i kontexten människor som arbetar, de har sina identiteter, erfarenheter, kunskaper och det finns gamla rutiner som dessa människor arbetar efter. En starkare eller svagare förankrad organisationskultur finns också inom kontexten. Det finns formella strukturer, fysiska förutsättningar så som byggnader, lokaler och maskiner. Alltså kan receptet komma att bli format av kontexten och receptet kan också komma att forma den befintliga kontexten (Røvik, 2008).

Røvik (2008) försöker urskilja kontextualiseringens olika arenor och aktörer genom en modell han kallar för *Den hierarkiska översättningskedjan*. Den ska hjälpa till att tydliggöra vart och vem som är involverade när kontextualiseringen sker och vad som kännetecknar de arenor där översättningen från recept till praktisk implementering sker och vilka aktörer som är inblandade. Den hierarkiska översättningskedjan består av fem argument och antaganden som kan användas för att analysera empiriska fall och Røvik (2008) beskriver den enligt följande:

- *Top-down orientering*: Oftast kommer recepten och/eller idéerna in i organisationen genom det högsta skiktet i en organisation, det vill säga ledningen. Detta skapar en översättningskedja som löper vertikalt nedåt i organisationen där toppen i hierarkin är den viktigaste kraften för spridningen och översättningen av recepten nedåt i organisationen.
- *Probleminriktat sökande efter lösningar*: Det förväntas att det är ledningen som har förståelse för vilka problem som finns i organisationen. Det är också de som har befogenheter att ta ställning till om nya organisationsrecept ska implementeras för att kunna lösa problemen. De antagna recepten ses utav ledningen som logiskt sammansatta idéer som kan fungera som verktyg.
- *Begränsad frihet i översättningen*: När ett recept har antagits så har ledningen uppfattningar om hur implementeringen ska gå till, som en centralstyrd implementeringsprocess. Detta gör att friheten hos de underliggande leden i hierarkin gällande översättning av receptet blir begränsad. Det blir alltså ledningen som skapar ramarna, även om det kan finnas något anpassningsutrymme för underliggande led, för hur receptet får lov att införas.
- *Stimulus-respons-baserad sekvensitet*: Införandet av ett organisationsrecept sker i en hierarkisk översättningskedja sekventiellt. Det innebär att receptet sprids i organisationen steg för steg i nedåtgående led och på vägen anpassas receptet till lokala förhållanden (inom ramen för ledningens uppfattningar). När idén har översätts på en hierarkisk nivå tas initiativet att skicka vidare den till nästa nivå under som på sitt sätt gör ytterligare översättningar.
- *Från det abstrakta till det konkreta*: När recepten genom ledningen till en början kommer in i en organisation är de abstrakta. Men allt eftersom de klättrar nedåt i hierarkin och de anpassas och får en lokal översättning på varje nivå blir de mer och mer konkreta.

Den hierarkiska översättningskedjan är en sammanfattning av vad som händer och hur det går till när ett recept tas in och implementeras i en organisation. Den är konstruerad utifrån utbredda rationalistiska uppfattningar (Røvik, 2008).

Särskild kompetens för översättning av recept

När ett organisationsrecept ska tas i bruk i en ny organisation handlar det om mer än bara överföring och transport av idén, menar Røvik (2008). Det krävs också translation. Translation kan innebära att vissa delar av receptet kopieras rakt av medans andra saker läggs till eller dras bort för att passa just den specifika organisationen som receptet ska implementeras i. Anpassningen av receptet bör alltså göras genom en lämplig balans av kopiering, addering och subtrahering av väl valda delar av receptet. Røvik (2008) talar, utifrån ett translationsteoretiskt perspektiv på kunskapsöverföring, om begreppet *translatorkompetens* som innehåller normer och tillämpningar vid översättning av organisationsidéer. Han hävdar att denna kompetens är en avgörande framgångsfaktor för att idéöverföringen ska lyckas mellan olika organisatoriska kontexter.

Røvik (2008) menar att misslyckade försök till kunskapsöverföring mellan organisationer ofta är en följd av att översättningsarbetet är illa utfört. Translatorkompetensen framhålls som en avgörande faktor för om idéöverföringen blir framgångsrik eller misslyckad.

Pfeffer och Sutton (hämtat från Røvik, 2008) visar på att misslyckanden vid implementering framförallt kommer till uttryck på tre olika sätt:

- 1) *Löskoppling*: Idéer kommer in i organisationen men inte längre. De tas inte praktiskt i bruk.
- 2) *Bortstötning*: Idéer kommer in och tas i bruk, men stöts bort av olika anledningar. Det kan ske när en idé inte passar in i en organisation. Det kan bero på att gällande normer och värderingar inte går ihop med idén eller att den inte passar tillsammans med de rutiner som redan finnes i organisationen avseende arbetsätt och uppgifter.
- 3) *Oförutsedda effekter*: Idéer kommer in i organisationen och tas i bruk men de får effekter som man inte hade räknat med. Det kan vara att implementeringen leder till oönskade konsekvenser eller att de positiva effekterna inte blev så omfattande som tanken var.

Røvik (2008) menar alltså att misslyckanden många gånger beror på att översättningsarbetet vid kontextualiseringen är bristfälligt.

RESULTAT

I det följande presenteras resultatet utifrån det empiriska material som hämtats från datainsamlingen samt utifrån de dokument som jag fått möjlighet att tillgå. Den första delen kommer att beröra teamets arbete inom förbättringsprogrammet. Därefter följer ett avsnitt om implementeringen av programmet och där kommer även de fyra centrala metoderna som används inom programmet att förklaras utifrån hur de har använts. Sedan presenteras programmet utifrån hur man arbetade med det i Landskrona där fokus kommer ligga på samverkan mellan de tre avdelningarna och betydelsen utav det kommer lyftas. Därefter fokuseras medarbetarnas perspektiv på programmet. Slutligen kommer jag att redogöra för tre centrala aspekter av programmet som av datamaterialet kunnat urskiljas som särskilt betydelsefulla.

Ett tvärprofessionellt team som igångsättare av programmet

Teamet bestod vid programmets start av sex personer med olika professioner. Deltagarna var från tre olika avdelningar på Landskrona Lasarett. Det var Operationsenheten, Kirurgmottagningen och Vårdavdelning 1 som hade två representanter vardera i teamet. Det var teamdeltagarnas uppgift att implementera förbättringsarbetet i den egna verksamheten.

Teamet har haft en handledare tillhands från utvecklingscentrum och fick kontinuerligt stöd av i form av ”lärandeseminarier” under programtidens gång. Under lärandeseminarierna träffades samtliga team som anmält sig till programmet. Av programrapporten som sammanställdes i slutet av programmet framkommer att det första seminariet var i oktober 2008, det var då programmet presenterades för teamen. Det sista var i oktober 2009, då avslutades programmet. Perioden mellan fanns tre seminarier utspridda under året. Vid seminarietillfällena fick deltagarna utbildning i metoder och arbetssätt. De fick också tid för att dels arbeta inom teamet och dels träffades de olika teamen i tvärgrupper för att stimulera kunskapsutbyte dem emellan.

Teamets sammansättning ändrades under programmets gång. De två deltagarna från Mottagningen slutade under programtiden. Chefen från Mottagningen slutade tre månader innan programmet avslutades vilket gjorde att denna verksamhet inte deltog under slutet av programmet.

Teamet träffades också på arbetsplatsen mellan seminarietillfällena för att föra diskussioner och besluta om hur de skulle gå vidare med förbättringsarbetet. Hur frekvent de möttes varierade, men cirka två gånger mellan varje lärandeseminarium, som var fem till antalet. Teamet fick vid lärandeseminarierna uppgifter med sig att jobba med i verksamheten till nästa seminarietillfälle. Dessa uppgifter skulle ibland presenteras för de övriga teamen som också deltog i förbättringsprogrammet för att visa på hur långt man hade kommit.

Betydelsen av det tvärprofessionella samarbetet

Teamet var tvärprofessionellt och olika kategorier fanns representerade. Där fanns chefer, medicinsk ansvarig, sjuksköterska, vårdkoordinator, operationskoordinator. Intervjupersonerna betonade vikten av att teamet var tvärprofessionellt, de menade att det är en förutsättning för att kunna bedriva ett lyckat förbättringsarbete. De tryckte på att det är viktigt att se helheten och att skapa en förståelse för varandra. Det är återkommande över alla intervjuer.

” Man måste ha olika kategorier med, det går inte annars. Därför att alla ser på det på olika sätt och det måste det till.”

”... man har mycket olika åsikter och tänker väldigt olika. En sjuksköterska och en doktor tänker inte på samma saker kan jag säga. Och det har väl också varit bra för att i de diskussionerna så har man kanske ändå fått mer förståelse för den ene och den andre.”

Att teamet var tvärprofessionellt har också varit viktigt för spridningen av kunskap och resultat inom programmet. Att få alla medarbetare med i förbättringsarbetet underlättas av att olika yrkesgrupper kan förmedla vidare till sina kollegor.

”läkarna kan ju tala läkarnas språk och informerar sina kollegor; alltså man ska ju ha alla medarbetare med sig egentligen (...) för att sprida det, det tycker nog jag.”

En annan aspekt som tycks vara av stor betydelse är chefernas delaktighet i teamet. Det går att tyda att de på något vis varit styrande i förbättringsarbetet.

”... man måste ha någon form av styrning i utveckling av verksamheterna. Man måste ha chefernas deltagande, annars går det inte. Annars är det lätt att man hamnar på sidospår och jobbar på ett sätt och så får man en allmän anarki tror jag. Sen ska ju inte chefen göra allt, chefen ska ju inte synas. Men det måste finnas en rätt så stor förankring hos chefen, chefen måste veta vad man vill med verksamheten. Så att man kan gå åt det hållet”

Intervjupersonen förklarar att det för medarbetarna inte alltid är roligt att göra som chefen säger. Därför har de försökt att få de övriga teamdeltagarna att vara lika mycket budbärare av programmet utåt i verksamheten.

Ett tvärprofessionellt team – problem och möjligheter

Även om det har beskrivits som mycket betydelsefullt att teamet varit sammansatt på ett tvärprofessionellt och avdelningsöverskridande vis så har det inte alltid varit helt problemfritt. Jag har förstått av intervjuerna att teamträffarna har inrymt många och långa diskussioner, mycket på grund av att det har varit ett avdelningsöverskridande och tvärprofessionellt samarbete. Samtidigt som det kommit upp att det måste till olika kategorier och personer från olika avdelningar för att skapa förståelse och en helhetsbild har det också i vissa avseenden stundtals varit problematiskt.

”Ja det är klart att det kommer upp lite olika intresseområden och emellanåt fick man ju kanske bryta och riva lite ganska gamla strukturer och gammalt tankesätt (...) ibland jobbar man lite för mycket inom sin egen profession. Sekreterarna jobbar som de alltid gjort. Läkarna, de har olika specialiteter och tänker sin specialitet och jobbar på sitt sätt. Så det är klart när man presenterar det här och man kanske lyfter fram det som att; här är problem, vi måste hitta förändringar och jobba på ett annat sätt. Förändra på ett visst sätt, då öppnar man ju också upp för att de här människorna kan se att det kan finnas hotbilder i det.”

Men även om det ibland har funnits motsättningar inom gruppen så verkar det ändå ha lett till mer förståelse.

”Många starka viljor. Och det är det jag tror ändå att vi har vunnit på, att sitta och kanske ibland tuggat på varandra, att man har fått lite mer förståelse för varandra. För att när man inte vet så blir det gärna att man hugger på andra (...) Och att även i början där, vi hade mycket långa och tuffa diskussioner och kanske förklarade för varandra och att man förstår varandras verksamheter. Så jag tror att det mynnade

ut i mer förståelse.”

Att skapa förståelse för varandra dels mellan professionerna och dels över avdelningsgränserna framhålls som väldigt viktigt, speciellt i början av teamarbetet.

En annan aspekt som stundtals verkat problematisk har varit bristen på tid. Att få tid utöver sina vardagliga arbetssysslor till att arbeta med förbättringsarbetet har uppfattats som svårt. En person menar att tiden inte räckt till för att kunna engagera sig så mycket i förbättringsarbetet som hon önskar. Samtidigt uppmärksammas att förändringsarbete tar tid och det finns ingen idé att stressa igenom förändringar.

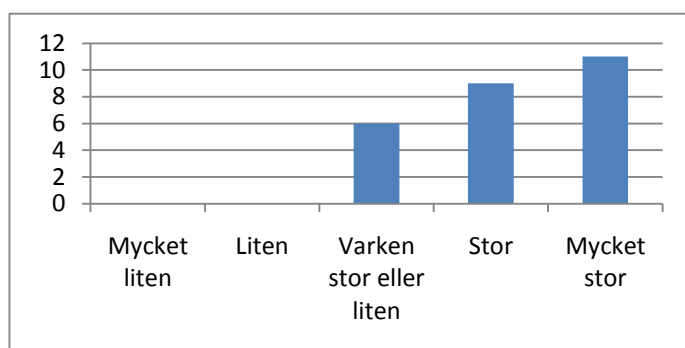
Implementering genom fyra metoder

Förbättringsprogrammet har inneburit ett processorienterat arbetssätt med utgångspunkt i genombrottsmetoden. Inom ramen för programmet har implementeringen i huvudsak skett genom fyra metoder. Det är främst teamet som arbetat med metoderna och programmet men för att engagera medarbetarna också anordnades av teamet en inspirationsdag.

En inspirationsdag för att skapa engagemang

För att implementera förbättringsprogrammet och engagera all personal har teamdeltagarna informerat mycket. I ett inledande skede handlade det om syfte, mål och metoder inom programmet. Senare bestod informationen av att förmedla tillvägagångssätt och resultat inom programmet. På Vårdavdelningen och Operationsenheten har det pratats en del om programmet på avdelningsmöten. För att ytterligare informera medarbetarna om programmet och få dem engagerade så anordnades också inspirationsdagen för samliga medarbetare på de tre avdelningarna som ägde rum i april, 2009. Vårdavdelningen och Operationsenheten hade stängt. Dock hade Mottagningen öppet vilket gjorde att alla därifrån inte hade möjlighet att närvara, några var tvungna att stanna kvar på arbetet. Teamet var väldigt nöjda med inspirationsdagen och fick mycket positiv respons av medarbetarna efteråt. Enkätundersökningen inom ramen för den här studien kan sägas bekräfta att de flesta av medarbetarna var nöjda genom att hade stor behållning av dagen.

Diagram 1: Vad hade du för behållning av inspirationsdagen?¹



Enkätstudien visar att majoriteten av de medarbetare, 20 av 26 stycken, som var på inspirationsdagen hade stor eller mycket stor behållning av att närvara.

Intervjupersonerna har också framhållit inspirationsdagen som viktig för implementeringen av programmet. Teamet redovisade under dagen bland annat syfte och mål med deltagandet i programmet. Personalen blev också indelade i olika

¹ Frågan besvarades av 26 personer.

tvärprofessionella och avdelningsöverskridande smågrupper som teamet hade konstruerat i förväg där de fick diskutera med varandra och bland annat arbeta med fiskbensdiagram, vilket kommer förklaras senare i detta kapitel.

Intervjupersonerna framhåller vikten av att öka förståelsen för varandra och genom dessa smågrupper skapades ett forum för att diskutera över avdelningsgränserna. En annan tanke med gruppuppdelningen var att de grupper som skapades till denna dag skulle kunna jobba vidare med förbättringsarbete även efter inspirationsdagen. Exempelvis skapades en grupp som kallas *vård och behandling*, vilken har arbetat vidare med förbättringar inom ramen för temat *vård och behandling* även efter programmets slut. Exempel på andra grupper som skapades på inspirationsdagen är en *IT-grupp* och en *preoperativ grupp*. Åtta av 29 medarbetare har enligt enkäten arbetat vidare med förbättringsarbete inom någon av de smågrupperna. Det har inte framkommit hur dessa grupper har gått tillväga i arbetet inom grupperna mer än att de på något sätt arbetat med förbättringar inom ramen för ett bestämt tema.

Ett verktyg för att navigera i förbättringsarbetet

En av de centrala metoderna i programmet var processkartläggning. Teamet arbetade fram processkartläggningen i starten av programmet. Här visades hela kedjan, från inflödet, hur patienterna kommer in i verksamheten till att de skrivs ut och eventuellt återbesök. Det var teamet som arbetade fram processkartläggningen med en vision att alla medarbetare skulle känna till den och få en ökad förståelse för de komplicerade processerna som följer längs hela vårdkedjan. Teamet har därför spridit kunskapen om processerna på olika sätt. På varje avdelning köpte man in en stor anslagstavla där processkartläggningen presenterades och alla medarbetare fick ta del av den. På tavlan fanns även möjlighet för samtliga medarbetare att komma med synpunkter och förslag, dels på processkartläggningen som sådan men också förslag på förändringar som kunde förbättra i processen. Vid inspirationsdagen presenterades kartläggningen för de medarbetare som deltog och den diskuterades på respektive avdelnings arbetsplatsträffar.

Processkartläggningen var starten på arbetet med programmet. Ett syfte med kartläggningen var att illustrera hur komplicerade verksamhetens processer verkligt var samt för att synliggöra vart i processen det fanns brister att arbeta med.

”... teamet beskrev processen, det satt vi och jobbade med tillsammans. Och här var ju många delar i processen, bara inflödet, hur det kommer in i verksamheten, det var ju många som ingick i teamet som inte hade en aning om hur komplicerat inflöde vi hade till verksamheten. Det är ju ett exempel på hur många fler som får en insikt. (...) när man förstår att processen är så komplicerad som den är, så självklart, det fungerar inte som på räls alltid. Och då kan man istället jobba med, hur man kan täta till det så att vi kan komma över de problemen eller de svårigheterna som vi ser. Så hela processen tvärs igenom var det många som fick en ökad förståelse för, hur det faktiskt är..”

Processkartläggningen slygggjorde också varför det är viktigt att se processerna som en helhet och varför det är viktigt att kunna se patientens hela vårdkedja och veta vad som händer på respektive avdelning. Intervjupersonerna menar att genom förståelse för varandra och vetskap om vad som händer på respektive avdelning kan man göra det bättre för patienten. Det är patientens väg genom kedjan som ska styra arbetet och verksamheten, inte tvärtom.

”Det är viktigt att man ser helheten för det som händer i sjukvården med specialisering och subspecialiseringar det är ju att man skärmar av och så blir man

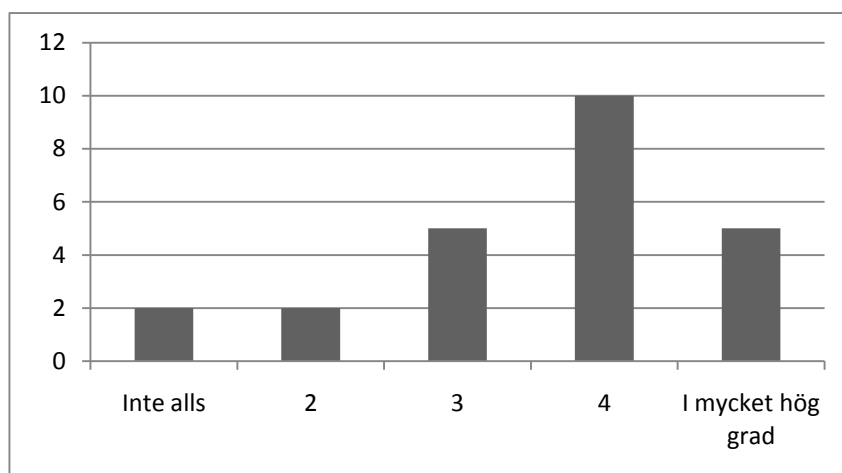
smalare och smalare och så tappar man helheten. Men patienterna befinner sig vid den här helheten, så har man fokus på patienten så måste man ju följa patientens väg. Men det är ju lätt när man jobbar väldigt specialiserat, här och nu är jag inom detta område och så gör jag mitt och sen bryr man sig inte så mycket om. Tittar på några papper på mottagningen och så skriver man bara en remiss. Ja men sen då? Patienten? Remissen? Vart tar den vägen? Vad händer? Vem har ansvaret nu? Liksom fånga upp patienten och se till att det händer något vidare. Så att det ger en större förståelse för väldigt många, genom att beskriva processer.”

Med fokus på patienten blir det viktigt att förstå dennes hela väg genom vårdkedjan. Såväl vart patienten varit innan och vad som hänt där, som vart patienten ska härnäst och vad som kan göras för att underlätta nästa steg i processen. För patientens bästa är det alltså av stor vikt att förstå andra avdelningars arbete samt hur andra professioner arbetar.

Medarbetarnas syn på processkartläggningen

Intervjupersonerna har, som beskrivits ovan, framhävt vikten av att öka förståelsen för de olika stegen i vårdkedjan för att underlätta förbättringsarbetet. Hur medarbetarna upplever att förståelsen har ökat presenteras i följande diagram.

Diagram 2: I vilken grad har din förståelse för de olika stegen i vårdkedjan ökat med hjälp av processkartläggningen?²



Förståelsen för de olika stegen i vårdkedjan, bekräftas av enkätundersökningen, ha ökat hos majoriteten av medarbetarna med hjälp av processkartläggningen. Samtidigt bör noteras att det finns två som inte tycker att förståelsen har ökat alls samt att vissa är tveksamma.

Systemiskt tänkande

En annan metod som användes inom programmet var systemiskt tänkande. I programdokumenten förklaras vad man vill uppnå med systemiskt tänkande och hur det går till att implementera. En grundläggande tanke med systemiskt tänkande är att medarbetare i komplexa organisationer ska få ökad förståelse för det system de verkar inom. Fokus ligger på individen i systemet; hur individen påverkas av systemet och även hur systemet påverkas av individen. Medarbetarna ska utveckla

² Frågan besvarades utav 33 personer. 24 kände till processkartläggningen och nio kände inte till den. Diagrammet är baserat på de 24 som kände till processkartläggningen. Frågan svarsalternativ utgick från en femgradig skala där ett stod för *inte alls* och fem för *i mycket hög grad*

sin förståelse för varandra på de olika nivåerna i systemet. De ska successivt anamma ett förhållningssätt som gör att de ändrar sitt beteende för att kunna förstå sin egen del i det komplexa system de verkar inom och även andra nivåers roll i systemet. Detta förhållningssätt och förståelsen för varandra förväntas skapa trygghet, stabilitet och delaktighet i arbetet, vilket är viktigt i en komplex organisation som kräver ständig anpassning av vårdtagarnas nya behov och nya tekniker. Systemiskt tänkande kan vara främjande vid samverkan av olika delar i en komplex organisation (Region Skåne 5).

För att utveckla ett systemiskt tänkande hos medarbetarna användes i Landskrona metoden ”systemiskt möte”. Syftet med ett sådant möte är att få samtliga medarbetare att effektivt sträva mot samma mål. För att kunna förklara ett systemiskt möte bör några nyckelbegrepp förklaras. *Systemaktör*: De deltagare som agerar i mötet. *Systemsättare*: De utgörs av chefer eller politiker. Ett systemiskt möte går till på följande vis (Lindahl, 2007):

Berättelsen: En systemaktör berättar ostört, utan att bli avbruten, om ett konkret och egenupplevd händelseförlopp inom systemet. Övriga deltagare lyssnar.

Frågestunden: De övriga systemaktörerna ställer frågor till berättaren utifrån sina perspektiv för att klargöra bilden av händelseförloppet.

Mönster och val: Systemaktörerna identifierar till att börja med de faktiska i berättelsen, vad de kan se i händelseförloppet. Efter det identifieras det tänkta, alltså vilka alternativa mönster och val som finns och i händelseförloppet. Berättaren tillåts inte delta i dessa diskussioner, men finns vid sidan av och lyssnar.

Systemaktörerna kommer med förslag till **alternativ handling** som riktas till berättaren där mönstren och valen i händelseförloppet förändras i positiv riktning. Därefter kommer berättaren med reflektioner kring den alternativa handlingen samt resonemangen som förts innan, vilket kallas **kvittens**.

Ledningsperspektiv: I detta skede kommer systemsättarna in i dialogen. De börjar med att ställa frågor till berättaren och de övriga systemaktörerna. Därefter ger de sin syn på vad som diskuterats. Slutligen ska systemsättarna ge en bild av vad de kan göra för att förändra mönster och val i en positiv riktning.

Det systemiska mötet avslutas med en **efterreflektion** där samtliga deltagare är med och diskuterar hur mötet har varit och där det fokuseras på vad som hänt under mötet.

Teamets tveksamheter till det systemiska mötet

I Landskrona anordnades ett systemiskt möte med deltagare involverade i planeringen av verksamheten. De som deltog var bland annat teamdeltagarna, sekreterare, operationsplanerare, operationskoordinatorer, läkare och chefer. På mötet tog de upp ett verkligt planeringsdilemma och diskuterade kring fallet.

Av intervjuerna har det framkommit att det systemiska mötet blev misslyckat, trots att det var särskilda utbildare från Utvecklingscentrum med och styrde mötet. Det ansågs ha varit en alldeles för stor grupp som var närvarande vid sessionen. Alla vågade inte vara med och säga vad de tyckte.

”jag tyckte för det första att vi var en helt för stor grupp. (...)och det slutade med att en hel del vågade inte säga någonting bara. Alltså folk är inte vana vid att sitta i sådana stora möten. Och jag ska erkänna att jag tyckte inte att det gav mig någonting. Jag förstår fortfarande inte riktigt vitsen med det.”

Men som jag har förstått det så var ändå den främsta orsaken till att det blev så misslyckat det fallet som togs upp och diskuterades. Det var ett för känsligt fall för att tas upp i ett sådant sammanhang.

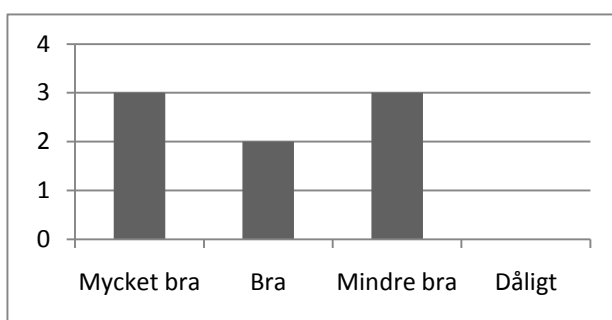
”... det var kanske ett för känsligt exempel som det diskuterades om och kanske lite för svårt just för att alla skulle få en helhet och klarhet utav det själva verktyget, att jobba på det sättet. Utan det blev väldigt fokuserat på precis händelsen, den väckte väl lite olika känslor.”

En av de intervjuade tyckte ändå att det sammanfattningsvis var lärorikt, just för att det blev som det blev och att händelsen väckte så mycket olika känslor. Men det gav inte någon inspiration att arbeta vidare med metoden just nu, men menade på att man i framtiden kanske kan göra ett nytt försök.

Övriga deltagares behållning av det systemiska mötet

Trots att intervjustudien visade på att det systemiska mötet var misslyckat så visar enkätstudien att det systemiska mötet också kunde uppfattas som en bra metod.

Diagram 3: Vad tyckte du om det systemiska mötet?³



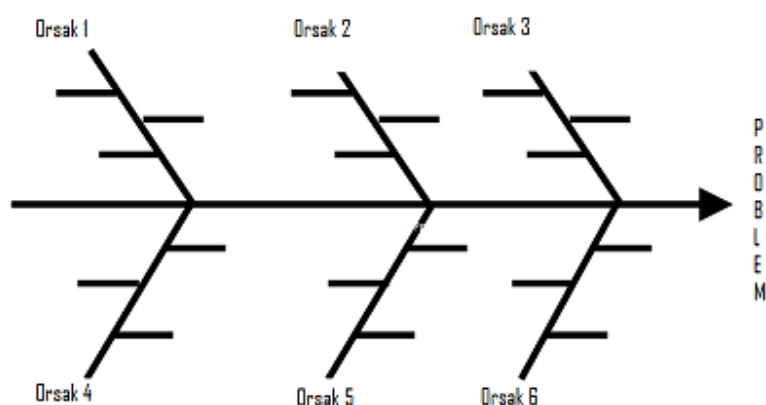
Förvisso är det empiriska underlaget begränsat. Av de som besvarade enkäten uppgav åtta att de var med på mötet. Inte desto mindre framhöll fem av dessa att det systemiska mötet var bra eller mycket bra. Detta berkäftar inte vad intervjupersonerna sagt om det systemiska mötet.

Fiskbensdiagram och teamets arbete med metoden

Fiskbensdiagram var ytterligare en metod som ingick i arbetet med programmet. Med utgångspunkt ur dokumentstudien kan fiskbensdiagram förstås som ett hjälpmedel för att strukturera upp tänkbara orsaker till problem för att lättare förstå dem. Orsakerna till problemet identifieras och sorteras under olika kategorier. På så sätt samlas en mängd tänkbara orsaker på ett överskådligt sätt och det blir enklare att förstå vad ett problem beror på få fram förbättringsidéer kring det (Lindahl, 2007). Fiskbensdiagrammet kan illustreras på följande vis:

³ Det var inte alla medarbetare som var inbjudna till det systemiska mötet. Av de som besvarade enkäten uppgav åtta personer att de var närvarande. Diagrammet är baserat på dessa åtta personer

Figur 1: Fiskbensdiagram



Källa: Lindahl (2007) *Göra saker rätt, göra rätt saker – små steg till förbättringar inom Region Skåne*

Det första steget i ett fiskbensdiagram är att identifiera ett problem. Detta ska tydligt formuleras vid plispetsen och får inte vara för allmänt formulerat. För att finna orsaker kan man låta de som är med och utformar fiskbensdiagrammet använda sig av ”brainstorming”. Inom ramen för programmet arbetade teamet med fiskbensdiagram inom sin grupp för att arbeta med problemlösning, bland annat på ett av lärandeseminarieerna. Men vinning av metoden kan förstås ha varit störst då medarbetarna också fick prova på arbetet med fiskbensdiagram under inspirationsdagen (Region Skåne 4).

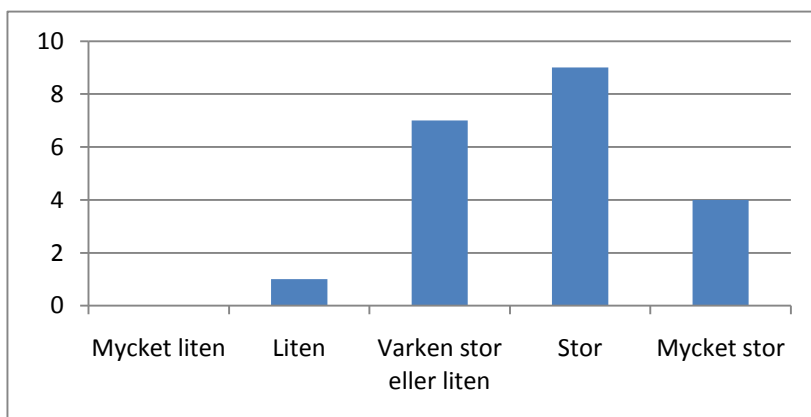
Fiskbensdiagram på inspirationsdagen

Under inspirationsdagen fick medarbetarna arbeta med fiskbensdiagram i smågrupper för att diskutera problem, orsaker och lösningar. Smågrupperna var på förhand konstruerade av teamdeltagare för att de skulle innehålla personer från olika avdelningar och med olika yrkeskategorier.

”... inledningen gjorde vi (...) För att det skulle vara alla kategorier och så någon från alla avdelningar när vi var på inspirationsdagen.

Efter dagens slut sammanfattades alla fiskbensdiagram och lämnades sedan ut till personalen igen så de fick återkoppling. Fiskbensdiagram var den metod som medarbetarna var mest involverade i av de fyra centrala metoderna inom ramen för programmet.

Diagram 4: Vad hade du för behållning av att arbeta med fiskbensdiagram?⁴



Majoriteten av medarbetarna som var deltagande i metoden hade stor eller mycket stor behållning av arbetet, vilket visas av diagrammet.

Arbetet med PDSA-metoden

Den fjärde centrala metoden som användes inom programmet är PDSA-metoden som är en modell för problemlösning. PDSA står för Plan – Do – Study – Act. Enligt modellen testas en förändring genom att pröva den i verksamheten. Genom observation och mätningar kan slutsatser dras om förändringen lett till någon förbättring. Tanken är att olika individer/enheter utvecklar lösningar på problem efter hand, den ”rätta lösningen” finns inte från början. Att pröva sig fram kan ses som kärnan i metoden (Lindahl, 2007)

En förändring som testas enligt modellen genomgår fyra steg. Man börjar med att *planera* (Plan) idén. Här definieras behov av förbättring. Problemet kartläggs och en förståelse för problemet växer fram. En analys av problemet kan ske och med det kan möjliga lösningar identifieras. Vem som ska göra vad/när/hur beskrivs och dokumenteras också i denna fas (Edström m.fl. 2008).

Sedan *genomförs* (Do) idén. Den lösning på problemet som verkar mest sannolik testas i verksamheten. Testerna genomförs enligt planeringen som skett i den tidigare fasen. Eventuella hinder och oavsedda konsekvenser beskrivs och dokumenteras (Edström m.fl. 2008).

Efter det *studerar* (Study) man resultatet. Testet utvärderas och en mätning sker för att visa om förändringen medfört en förbättring och om den rätta lösningen på problemet har hittats. Data som samlas in redovisas, tolkas och analyseras (Edström m.fl. 2008).

Slutligen gäller det att *agera* (act). Beslut tas gällande om förändringen ska implementeras i verksamheten och om några förändringar ska göras mot bakgrund av testets resultat (Edström m.fl. 2008).

Under alla fyra faser i hjulet sker dokumentation, i Landskronas fall enligt färdig mall. Flera idéer kan testas samtidigt men ska dokumenteras var för sig. Efter att en testcykel är slut så påbörjas en ny, det är ständigt förbättringsarbete (Värdeskapande flöden för vårdtagaren, 2009).

Ett antal tester genomfördes utifrån PDSA-metoden inom ramen för programmet.

⁴ Diagrammet baseras på de 21 personerna som i enkätstudien uppgav att de hade medverkat i arbetet med fiskbensdiagram.

Det var främst teamet som kom med idéer till tester samt genomförde testerna. Medarbetarna hade också möjlighet att delta i metoden genom att komma med förslag på potentiella test, vilket inte utnyttjades av medarbetarna i någon större grad. I intervjuerna framkommer det att vissa tester som gjordes har införts i verksamheten, att man fortsatt arbeta på ett visst sätt. Till exempel:

”... våra patienter fick sitta och vänta på narkosläkaren ibland och då gjorde vi ett test, så skulle narkosläkaren komma hit, men det gick inte. Sen så gjorde vi så att patienterna fick en tid istället att gå ner och det är faktiskt en grej som vi har fortsatt med sen, nu behöver inte patienterna vänta lika länge här och det är verkligen för patientens bästa detta, så det har vi faktiskt fortsatt med.”

Som exemplet visar också så har man inte lyckats med alla test från början, men då har man ibland kunnat modifiera dem och införa delar eller ändra så att det passar mer väl in i verksamheten. En annan sak som testades och som sedan blev infört var att operationskoordinatorerna veckovis bokför alla förändringar i operationsschemat och orsaker till förändringarna, vilket inte gjordes innan programmets start.

Bristande vetskap om PDSA-metoden bland medarbetarna

Det framkom av intervjustudien att medarbetarna inte hade varit speciellt deltagande i arbetet med PDSA-metoden, även om möjlighet gav till att lämna förslag på tester. Det kan förklaras av att majoriteten av medarbetarna inte känner till arbetsmetoden. Av 36 medarbetare var det 13 som kände till metoden. Av de 13 som kände till den var det endast åtta medarbetare (fyra av dessa var medlemmar i teamet) som hade kännedom om något eller några tester som genomförts. Det bekräftar att det främst varit teamdeltagarna som har planerat och genomfört tester enligt metoden och att de övriga medarbetarna inte var särskilt involverade i det arbetet.

Metoderna som beroende av varandra

Det är alltså i huvudsak fyra olika metoder som använts inom ramen för förbättringsprogrammet Värdeskapande flöden för vårdtagaren. Tre utav metoderna förklaras som att de hänger ihop med varandra. Genom processkartläggningen identifieras problem. I fiskbensdiagrammet så letar man orsaker och lösningar på problemen. Lösningarna testas sedan enligt PDSA- metoden för att se om en orsak till ett problem kan elimineras. En av intervjupersonerna förklarar att dessa tre metoder är delar av förbättringsprocessen som helhet:

”Först måste man ju process, se processen. Sen ser man problemen, sen så ska man ha orsaker till problemen och då hamnar man lite granna i fiskbenen. Och sen när man har förslag på lösningar så får man ju testa det och så mäta och se om det blir bättre på något sätt. Så det ena ger det andra i den processen.”

En annan av intervjupersonerna förklarade metodernas beroende av varandra såhär:

”... när vi hade beskrivit processen, nästa steg var ju att se om det fanns problem någonstans i processen. Vart det hakade upp sig, var det kanske väckte irritation, frustration, eller vi hade en känsla av det, så det var ju idéer eller vi gick på känsla att här fungerar det ju sällan bra alltså. Eller här av och till strular det här. Och då försökte vi beskriva det och så fick vi försöka komma på, men varför funkar det inte då? Så var det ju orsaker. Sen så gick vi in och tittade på om det verkligen var så genom att mäta kanske och så får man ju komma på att göra det annorlunda och så mäter man det och så ser man ja men det blev ju bättre, okej, då har vi kanske eliminerat en orsak till problem. Så det var ju så man jobbade.”

Det råder delade meningar om det systemiska mötet. Misslyckat enligt intervjuerna och enligt enkäterna menar majoriteten att det var bra. Det är därför svårt att bedöma huruvida det systemiska mötet varit bidragande i förbättringsarbetet.

Värdeskapande flöden för vårdtagaren – med fokus på samverkan

Det var unikt för Landskrona att man gick in i förbättringsprogrammet med ett team med deltagare från olika avdelningar. De andra teamen som deltog i programmet var avdelningsbundna. Detta gjordes på Landskronas lasarett för att de ville ha med hela patientens väg genom vårdkedjan. Kedjan framhålls som väldigt komplex, speciellt inflödet av patienter är väldigt komplicerat. Patienter kan exempelvis komma från vårdcentraler, akutmottagning eller en mottagning i Malmö eller Lund. Men ett exempel är att patienten kommer till Mottagningen, får en remiss till Operation. Det är på Vårdavdelningen som patienten blir kallad till operation, sedan när patienten ska opereras gör den det på Operationsenheten. Sedan kan det hända att patienten måste tillbaka till Vårdavdelningen om hemgång direkt inte är aktuell och eventuellt behöver patienten senare ett återbesök som sker på Mottagningen. När man skissar upp ett sådant exempel så känns det ganska självklart att ett avdelningsöverskridande samarbete är nödvändigt. Initiativtagaren till medverkan i programmet säger såhär:

”Jag hade ju jobbat här några år innan med att förbättra operationsverksamheten inom operationsavdelningen och det kändes som att det inte fanns så mycket mer att göra. För, det man ville förbättra, det berodde inte på att man gjorde fel, men man kunde inte påverka det för det var en process utanför operationsavdelningen som behövde förändras och påverkas och det är klart då får man ju en oerhörd kraft och energi genom ett sådant här program att nå dit ut med budskapet. Jag är inte så säker på att man, man blir inte sedd med blida ögon, så att säga, om man har synpunkter på någon annans verksamhet, som man inte är chef över. Men genom det här programmet skapar man ju den kommunikationen, dialogen som behövdes för att nå en gemensam insikt och förståelse för att vi kanske ändå ska försöka göra på ett annorlunda sätt som kan göra det lite smidigare för alla. Så att självfallet är det av stor betydelse att man kan komma samman på det sättet. Olika professioner och olika verksamheter, vi var ju unika på det sättet att vi var de enda av de här teamen som deltog i det här programmet som hade deltagare från olika verksamheter.”

Under intervjuerna har det genomgående framkommit att det är samverkan mellan avdelningarna som har varit den stora vinningen med deltagandet i förbättringsprogrammet. Fokus på patientens bästa har lyfts fram och vikten av att se dennes hela väg genom vårdprocessen.

”det är klart att ska man se vården från patientens perspektiv och ha patientens fokus, vilket är lätt att tappa det fokuset i sjukvården, om man arbetar väldigt smalt och man blir blind, så är det ju viktigt att man ser helheten. Och ska man förändra, göra förändringar som påverkar kvaliteten för patienten så måste man nog ha en förståelse för hela processen. (...) Självfallet har det betydelse att man kan prata över gränserna, att man får den horisontella synen, att man inte jobba i de här stuprören och stänger in sig med murar mellan olika verksamheter.”

Intervjupersonen trycker vidare på att ökad samverkan är bra för alla parter. Främst patienten, ökad samverkan gör att patienten får en smidigare väg genom vårdkedjan. Personalen vinner också på samverkan genom att klargöra vart saker och ting ska bli

gjorda. Genom det kan eventuellt dubbelarbete undvikas och personalen kan slippa göra saker som egentligen redan ska vara färdiga när det är dags för denne att ta över patienten från förra avdelningen/stället. Verksamheten kan spara in på resurser genom att en effektivare vårdkedja skapas. Exempelvis om en operation ställs in, vilket kan bero på att allt som ska finnas inför en operation inte finns, uppges kunna kosta verksamheten 30-40 tusen kronor. Genom att samverka mellan avdelningarna kan man eliminera risken för att det ska hända.

Intervjupersonerna menade att intresset för att samverka skiljer sig åt mellan olika personer i verksamheten och uppfattningar om vikten att samverka är splittrade

”... man har olika syn på det eftersom man kan ha olika intressen, beroende på i vilken verksamhet man jobbar, det ska ju egentligen inte ha någon betydelse. Utan, för sätter man patienten i fokus så är det ju på det sättet som vi ska jobba som är bäst för patienten och inte bäst för verksamheten. Så att, skiftar man fokus från verksamhetens egna intressen till patientfokus så blir det naturligt att öppna upp för ett helhetsperspektiv.”

En av intervjupersonerna framhåller att samverka och genom det skapa förändringar i verksamheten för vissa kan upplevas som ett hot. Det finns de som tycker att de gör rätt redan och att förändringar inte är nödvändiga. Men genom att träffas över avdelningarna och skapa mer förståelse kan det bli mycket enklare.

”... ibland är det så enkelt som att träffas och umgås så får man mer förståelse. Och man får bild och ansikte på människor och då kan man prata med varandra mer nästa gång man träffas och då blir allting mycket enklare. För det är inte alltid arbetet och det här praktiska som är det viktiga, utan mötet.”

Helhetsperspektiv och ökad förståelse är återkommande. En annan av intervjupersonerna tror att det finns olika uppfattningar om vikten av att samverka men att de flesta idag, efter genomgått program, ändå tycker det är roligt med samverkan och att man genom att lära känna varandra får en ökad förståelse, vilket öppnar upp för vilja att samverka.

”För då tycker man att det är rätt roligt det här med att man över gränserna och att man kan diskutera lite, man får vara med faktiskt.”

Detta resonemang, att det är viktigt med att alla möts, är något som återkommer genom alla intervjuer och inspirationsdagen, då alla träffades gemensamt, nämns som en viktig bit i arbetet med att skapa en helhetsbild inom verksamheterna.

”... de här stora träffarna vi har haft (...) har ju gjort att man har fått träffats. Jag tror fortfarande att det är det viktigaste egentligen. För då faller allt annat också lite på plats.”

Redan innan deltagandet i programmet så skedde viss samverkan avdelningarna emellan. Det anses dock att samverkan har ökat i samband med deltagandet i programmet och i viss mån också fortsatt efter programmets avslut genom att de samverkar mer nu än de gjorde innan programmet. Förutom att man gjorde vissa förändringar inom tiden för programmet så har de fortsatt samverka.

Operationsavdelningen och Vårdavdelningen har exempelvis haft ytterligare en gemensam träff, en gemensam utbildningsdag (liknande inspirationsdagen) som ägde rum i januari 2010, alltså efter programmet avslutats. Tidigare har de haft enskilda planeringsdagar på avdelningarna. Där skapades det nya avdelningsöverskridande förbättringsgrupper som under tiden då studien genomfördes håller på med två olika projekt ett som handlar om gallkirurgi och ett om fetmakirurgi.

”... vi implementerade programmet under den tiden då det pågick men sen har vi fortsatt att jobba på det sättet, det är ju ett verktyg för verksamhetsutveckling kan man säga.”

Ingen av intervjupersonerna tror att den gemensamma utbildningsdagen som ägde rum i januari hade kommit till om det inte hade varit för deltagandet i programmet och den positiva responsen efter den inspirationsdagen som anordnades inom ramen för programmet.

Att vara medarbetare i en verksamhet under ett pågående förbättringsprogram

Då studien delvis antar ett medarbetarperspektiv har deras synpunkter på förbättringsprogrammet behandlats i avsnittet om implementeringen av de fyra metoderna. För att få ett bredare perspektiv följer här ett avsnitt om medarbetarnas kännedom om, deltagande i och synpunkter på programmet som helhet.

Medarbetarnas kännedom om programmet

Alla medarbetare på de tre avdelningarna sägs, enligt intervjupersonerna, ha kännedom om programmet värdeskapande flöden för vårdtagaren. Det är emellertid värt att notera att ingen teamdeltagare från mottagningen har intervjuats.

”I och med att vi hade den inspirationsdagen som det hette så blev de ju informerade och de blev ju informerade redan innan från deras respektive avdelningar.”

Medarbetarna har alltså fått god information om programmet och dess innebörd dels från inspirationsdagen och dels från avdelningsmöten. Processkartläggningstavlan har varit en del för att nå ut med information om programmet till deltagarna. Det har också ordnas möten för personer involverade i operationsplaneringen eftersom det var mycket inom arbetet med programmet som handlade just om planeringen, hur planeringen skulle kunna flyta på smidigare. Exempelvis har sekreterare och läkare varit en större del av programmet än övriga medarbetare.

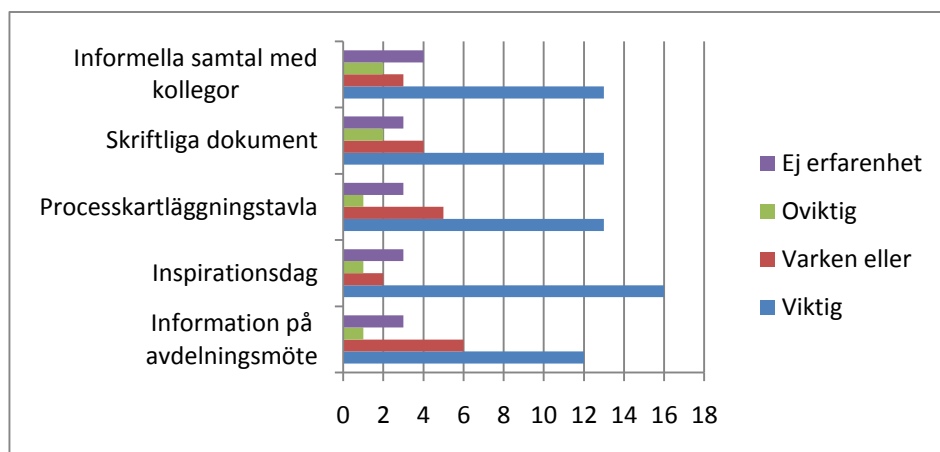
”Sekreterarna har ju varit en del i detta, vi hade ju ingen medlem i själva teamet men vi hade speciella sittningar där vi bjöd in och successivt involverade fler och fler. I den inledande informationen där vi berättade om syfte och lite grann vad processen hade vi som ingick i teamet kartlagt och sen så bjöd vi då in först sekreterare och fler utav läkarna för att presentera detta. Tanken var att vi skulle komma vidare och sen bjöd vi in till idéer, att de också skulle kläcka idéer, vad kan vi så att säga göra för att, om vi har problem här eller där och komma på en idé, testa den kanske, var den bra eller dålig och värdera den och komma vidare.”

Då jag endast har intervjuat personer från två av avdelningarna så kan det vara svårt för dem att säga exakt hur det varit på Mottagningen. Även det faktum att de personerna från Mottagningen som var deltagare i teamet slutade innan programmet avslutades kan göra att medarbetarna där inte har riktigt lika god kännedom om programmet som de på de andra avdelningarna har.

I enkätundersökningen har respondenterna fått rangordna vikten av olika informationskällor för deras kännedom om programmet. Informationskällorna är; information på avdelningsmöten, inspirationsdagen, processkartläggningstavla, skriftliga dokument och informella samtal med kollegor. För att tydliggöra eventuella skillnader presenteras resultaten utifrån de olika avdelningarna. Dock

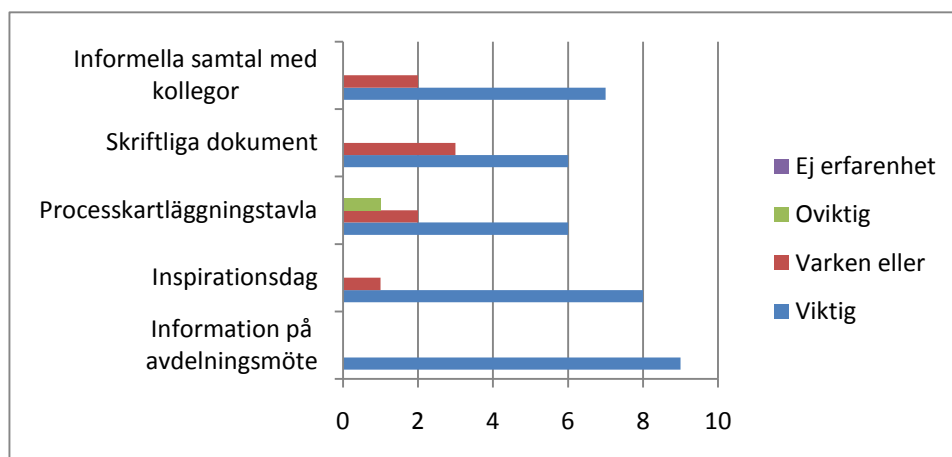
kommer inte mottagningen att presenteras då det endast var en person därifrån som hade svarat på frågan om kännedom om programmet.

Diagram 5: Hur viktig har följande aspekter varit för din kännedom om programmet? Baserat på Operationsenheten.⁵



Med diagrammet tydliggörs att samtliga informationskällor har varit viktiga för kännedomen om förbättringsprogrammet på Operationsenheten. Det är ingen större skillnad, men inspirationsdagen anses vara av allra störst betydelse. Den informationskälla som varit mindre viktig än de andra och som flest svarat som varken viktig eller oviktig för kännedomen om programmet är information på avdelningsmöten.

Diagram 6: Hur viktig har följande aspekter varit för din kännedom om programmet? Baserat på Vårdavdelningen.⁶



Vårdavdelningens resultat ser lite annorlunda ut. Det som tydligast skiljer sig åt är informationen på avdelningsmöten. Det har enligt respondenterna på Vårdavdelningen varit den viktigaste informationskällan, samtidigt som den aspekten varit den minst viktiga på Operationsenheten.

⁵ Diagrammet är baserat på 22 medarbetare på operationsenheten. I diagrammet är kategorin *viktig* en sammanställning av svarsalternativ mycket viktigt och viktigt. Kategorin *oviktigt* är en sammanställning av mindre viktigt och inte alls viktigt.

⁶ Diagrammet är baserat på nio medarbetare på Vårdavdelningen. I diagrammet är kategorin *viktig* en sammanställning av svarsalternativ mycket viktigt och viktigt. Kategorin *oviktigt* är en sammanställning av mindre viktigt och inte alls viktigt.

Medarbetarnas deltagande i programmet

Deltagandet bland medarbetarna har sett lite olika ut. Då det främst varit teamet som planerat och genomfört förbättringsprogrammet har medarbetarnas deltagande varit begränsat. Men på inspirationsdagen fick de som var närvarande komma med idéer och arbeta i smågrupper, bland annat med fiskbensdiagram.

”Den inspirationsdagen, där fick de ju jobba! Fick de sitta hela eftermiddagen och jobba i grupper och sen fick de redovisa det. Och sen sammanställdes det och så fick man tillbaka. Och utifrån det då har vi då bildat grupper.”

Som tidigare nämnts så har några utav de grupperna som skapades den dagen jobbat vidare med förbättringsarbete, exempelvis har en grupp jobbat vidare med förbättringsarbete inom området vård och behandling. Enligt enkäten är det åtta av 29 medarbetare som arbetat vidare med förbättringsarbete i någon av smågrupperna.

De personer som är involverade i planeringsprocessen uppges varit mer delaktiga än övriga medarbetare då programmet till stor del varit inriktat på planering. De har bland annat bjudits in till speciella sittningar för att diskutera programmet i dess inledande skede.

Medarbetarnas synpunkter på programmet

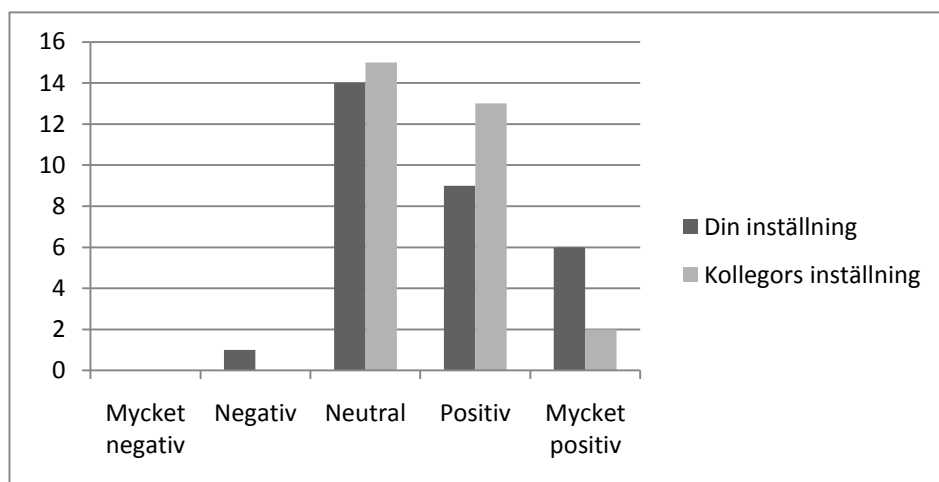
Vad jag har förstått så har motstånd bland medarbetarna inte varit något stort problem. Det har funnits personer som varit negativa till förändring och vissa kategorier som varit mindre entusiastiska än andra, men det har blivit bättre med tiden. En av intervjupersonerna menar att när man lägger fram förslag på förbättringar så kan det växa fram motstånd och att det inte är alla som hänger på tåget med en gång:

” ... det är klart när man presenterar det här och man kanske lyfter fram det som att här är problem, vi måste hitta förändringar och jobba på ett annat sätt. Förändra på ett visst sätt, då öppnar man ju också upp för att de här människorna kan se att det kan finnas hotbilder i det. Påverkar det mig på något sätt? Och så växer det fram lite förändringsmotstånd eller man blir skeptisk till det (...) Så att, där kan man väl se lite grann utav förändringsmotstånd.”

Samma person menar vidare att själva programmet som sådant och medverkan i programmet har gjort att man har kunnat genomdriva vissa förändringar, trots motstånd. Man har då haft möjlighet att ”skylla” på programmet genom att säga att de hade press på sig utifrån programmet och att de hade gått in i ett visst program där de behövde prestera. Sedan har, under programmets gång, alla som varit med förändrat sitt sätt att tänka, vilket har gjort att motståndet minskat.

I enkätstudien inkluderades frågor för att ta reda på medarbetarnas inställning till programmet och hur de uppfattade att den allmänna uppfattningen av programmet såg ut hos kollegorna.

Diagram 7: Hur bedömer du din egen inställning till programmet? Hur bedömer du den allmänna uppfattningen om programmet bland dina kollegor?⁷



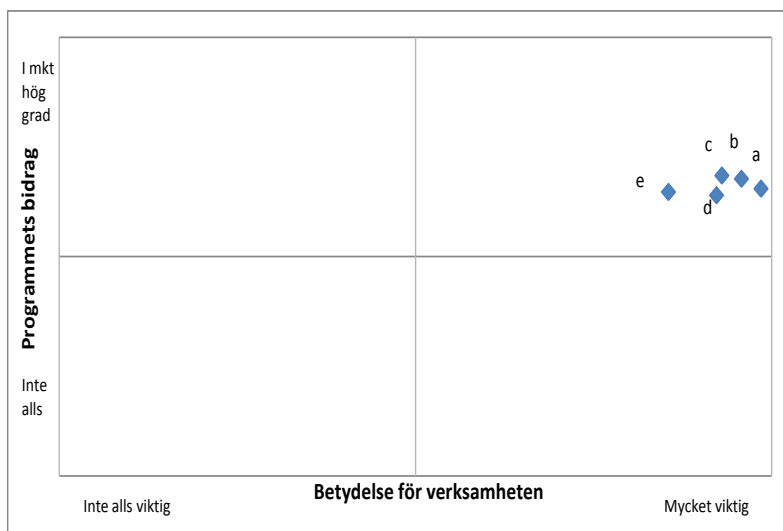
Vid en första anblick på diagrammet kan bedömningen bli att de flesta hade en neutral inställning till programmet och att de uppfattade sina kollegors uppfattning som liknande. Men det är lika många som bedömer såväl sin egen som kollegornas inställning till programmet som positiv. Detta kan bekräfta intervjupersonernas uppfattningar om att motståndet med tiden har minskat, om man likställer negativ inställning och motstånd. Som diagrammet visar är det endast en person som har en negativ inställning till programmet. Hade enkätundersökningen genomförts i början av programmet är det möjligt att fler hade varit negativa.

I enkäten fanns det möjligheter för medarbetarna till avslutande reflektioner för att lyfta upp positiva och negativa aspekter med förbättringsprogrammet genom egna ord. Majoriteten valde att inte svara. Bland de som svarade framhövdes som en positiv aspekt med programmet den ökade förståelsen för andra delar av vårdkedjan, för hela processen. Det har blivit tydligt vad andra gör och att allas arbetsuppgifter är lika viktiga för att allt ska fungera. För att lyckas med förbättringar ska det göras gemensamt och på bred front. Mer konkreta förbättringar lyfts också fram, exempelvis upplevelser av kortare väntetider för patienten, bättre rutiner, säkrare sjukvård och kunskapsmässigt bättre personal. De negativa aspekterna är få men det som framkommer är att arbetet inom programmet har medfört bråk och kommunikationssvårigheter mellan avdelningarna på grund av bristande information. Vidare menas det att vissa personalkategorier har hållits utanför vissa delar av arbetet med programmet, exempelvis på inspirationsdagen.

I enkätundersökningen fick medarbetarna rangordna ett antal förbestämda aspekter utifrån hur viktiga de tyckte aspekterna var för verksamheten. Sedan följde en fråga om i vilken grad programmet hade bidragit med en utveckling angående dessa aspekter.

⁷ Diagrammet baseras på 30 medbärares enkätsvar.

Diagram 8: Vikten av vissa aspekter för verksamheten och programmets bidrag till utveckling av dessa.⁸



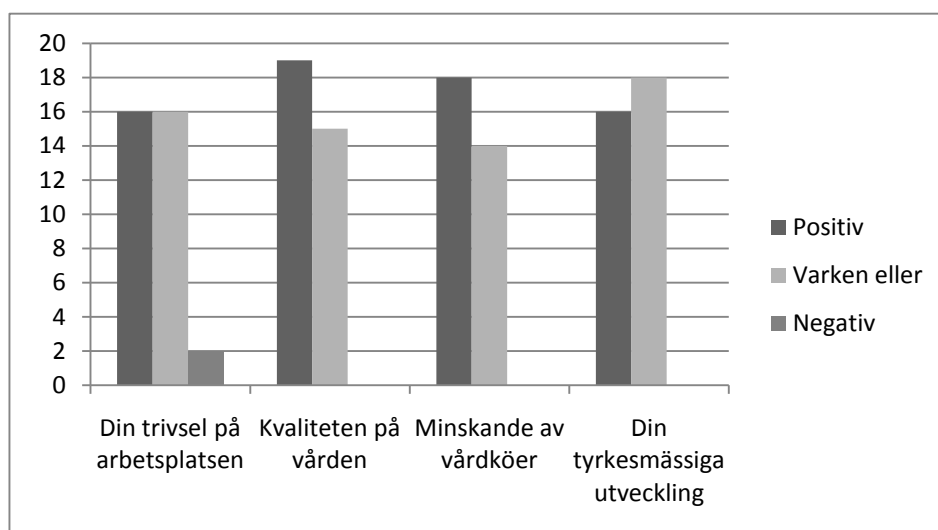
Diagramförklaring:
 a) Samverkan inom din avdelning.
 b) Samverkan mellan avdelningarna.
 c) Förståelse för de andra avdelningarnas arbete.
 d) Förståelse för andra professioners arbete.
 e) Att öka patientflödet

Punkterna i diagrammet är baserat på medelvärden. Det medarbetarna bedömer som viktigast för verksamheten är samverkan inom den egna avdelningen. Det anses inte fullt lika viktigt att öka patientflödet.

Samtliga punkter ligger i rutan högst upp till höger i diagrammet. Det tyder på att samtliga aspekter anses vara betydelsefulla för verksamheten samtidigt som programmet har bidragit till en utveckling av aspekterna. Mot bakgrund av att programmet fokuserat på samverkan mellan avdelningarna är det intressant att konstatera att medarbetarna anser att samverkan inom den egna avdelningen bedöms vara av något högre vikt än samverkan mellan avdelningarna.

Ur ett medarbetarperspektiv var det också intressant att veta vilken inverkan programmet anses haft för ett antal aspekter.

Diagram 9: Vilken inverkan anser du att programmet haft för:⁹



⁸ Diagrammet är baserat på 36 medarbetares enkätsvar

⁹ Diagrammet är baserat på 32 medarbetares enkätsvar, förutom vad gäller frågan om minskade vårdköer då två personer valt att inte svara eftersom de saknar kunskap om det. I diagrammet är kategorin *Positiv* en sammanställning av svarsalternativen positiv och mycket positiv. Kategorin *Negativ* är en sammanställning av svarsalternativen negativ och mycket negativ.

Majoriteten av medarbetarna anser att programmet haft en positiv inverkan på kvaliteten på vården och minskandet av värdköerna. Gällande den yrkesmässiga utvecklingen anser majoriteten att det inte gjorts någon skillnad, även om det är många som tycker att det bidragit positivt också. Det kan vara värt att nämna att fyra av de som upplevt en positiv yrkesmässig utveckling varit medlemmar i teamet, vilket gör att de varit mer involverade i programmet än övriga medarbetare. Programmet anses ha en negativ inverkan för två av medarbetarnas trivsel på arbetsplatsen, men överlag anses alltså programmet haft en positiv eller neutral inverkan på samtliga aspekter.

Tre aspekter som varit särskilt framhävande

Genomgående under studiens gång har tre aspekter kunnat urskiljas som särskilt viktiga i arbetet med förbättringsprogrammet Värdeskapande flöden för vårdtagaren. Den första aspekten kallar jag *samverkan*. Att samverka mellan avdelningarna, skapa en förståelse för varandra mellan avdelningarna och att skapa ett helhetsperspektiv som utgår från patientens bästa framhålls tydligt som en viktig del. Min tolkning är att samverkan ses som nyckeln till framgång för att skapa ett värdeskapande flöde för patientens bästa och för att öka effektiviteten genom att exempelvis undvika dubbelarbete.

En andra aspekt och återkommande ämne är de verkliga verksamhetsförändringar som kommit från programmet. Som exempel nämner jag några av dessa i det följande.

Innan programmets start hade Operationsavdelningen stängt sin Uppvakningsavdelning en dag i veckan för att det var lite patienter på både Uppvakningen och Vårdavdelningen, så de samordnade så att patienterna på Uppvakningen kunde vara på Vårdavdelningen den natten istället. Under programmets gång blev det möjligt att stänga ytterligare en natt. Vid tidpunkt då studien genomförs har man kunnat stänga Uppvakningen helt och hållet nattetid. Mycket på grund av den ökade dialogen mellan Operationsenheten och Vårdavdelningen. Det synliggjordes ytterligare att det på natten fanns lite patienter på Vårdavdelningen och lite patienter på Uppvakningen, då kunde de samordna verksamheterna och personal till att bara ha patienter på vårdavdelningen nattetid istället.

Under programmets gång började de bokföra av och ombokningar i operationsschemat och eventuella orsaker. Detta synliggjorde hur många av- och ombokningar som det verkligen var och orsaker till problemet kunde i större grad än innan urskiljas. Denna rutin är nu implementerad i verksamheten.

Innan operation träffar patienten en narkosläkare. Teamet införde ett test där narkosläkaren (som vanligtvis finns på operationsenheten) skulle komma till vårdavdelningen och träffa patienten så att denne inte skulle behöva gå ner till operation och sitta där och vänta, vilket tidigare var fallet. Testet blev misslyckat, men det modifierades och de gjorde istället så att de tidsbokade möten för patienten att gå från avdelningen för att träffa narkosläkaren för att undvika onödig väntetid för patienten. Det visade sig vara lyckat, så det är nu implementerat i verksamheten.

En tredje aspekt som speciellt framhävs utav intervjupersonerna är hur man arbetat efter programmets slut. De framhåller att de haft en ytterligare sammankomst över avdelningsgränserna efter programmets slut med samtliga medarbetare från Operationsenheten och Vårdavdelningen i form av en gemensam utbildningsdag. Intervjupersonerna menar att den gemensamma dagen antagligen inte skulle

genomförts om det inte hade varit för att de genomgått förbättringsprogrammet innan. Den dagen kom det också upp nya små förbättringsgrupper som skapat nya förbättringsprojekt, ett inom fetmakirurgi och ett inom gallkirurgi. Detta tyder på att det pågår ett kontinuerligt förbättringsarbete, vilket det övergripande målet från Region Skånes sida var med programmet. Dock skall noteras att det endast är Operationsenheten och Vårdavdelningen som detta fortsatta arbete berör.

ANALYS

Precis som i kapitlet bakgrund och teoretiska utgångspunkter utgår analyskapitlet från processdimensionen, samverkansdimensionen och översättningsdimensionen och samtliga dimensioner kommer behandla processperspektivet och medarbetarperspektivet.

Processdimensionen

Här presenteras en processororienterad analys av ett processororienterat förbättringsarbete för att skapa värdeskapande flöden för vårdtagaren.

Ett processororienterat arbetssätt med utgångspunkt i genombrottsmetoden

Arbetet inom ramen för programmet har i stort gått ut på att kartlägga processerna, skaffa sig kunskap om hur de ser ut för att kunna identifiera problem i processen. De har testat olika förändringar för att se om de leder till förbättringar för verksamhetens processer och flöden. Tillvägagångssättet kan förklaras som att skaffa sig kunskap om verksamheten för att sedan förändra för att minska gapet mellan kunskap och praxis, vilket genombrottsmetoden sägs gå ut på (Ohlin, 2007). Även tänket att det inte finns någon universallösning för att lösa alla problem visar sig tydligt finnas inom teamet och inom metoderna och arbetssätten inom programmet. Det kan tolkas av resultatet att teamdeltagarna prövat sig fram, om en förändring väckt motstånd eller inte lett till förbättringar så har de kunnat backa tillbaka och börja om. Det har inte funnits klara förändringsförsök som är skrivna i sten att genomföras. Istället har de testat olika saker och om det inte lyckats har de i vissa fall kunnat modifiera idén för att passa in bättre i verksamheten.

För ett processororienterat arbetssätt är grunden att det är processerna i verksamheten som bör fokuseras istället för resultat (Rentzhog, 1998). I Landskrona har processororienteringen varit en stor del i förbättringsarbetet. Det kan tolkas utav resultatet att det största arbetet har legat i att identifiera processerna för att sedan förmedla ut en processkartläggning till alla medarbetare i verksamheten. Genom att synliggöra komplexiteten i de processer som utgör verksamheten ökar också förståelsen för att förändringar kan vara legitima. Teamdeltagarna förklarar att motståndet till förändring har minskat under tiden förståelsen för varandras arbeten över hela vårdkedjan har ökat. En grundläggande tanke inom processororienterat arbetssätt är att, först när identifieringen av hur saker och ting görs kan en förändring av vad som görs ske (Lindahl, 2007). En ökad förståelse för det komplexa systemet bland verksamhetens medarbetare kan vara en början på ett kontinuerligt förbättringsarbete likt det som var syftet med värdeskapande flöden för vårdtagaren.

Ett program inom processbaserad orientering

Vidare inom processdimensionen kommer det nu fokuseras på Røviks (2008) idéer kring processbaserad orientering i förhållande till förbättringsarbetet inom programmet. Idéerna kring processbaserad orientering har enligt Røvik (2008) starkt fokus på värdeskapande processer inom organisationer, vilket också fokuserats inom förbättringsprogrammet i Landskrona. Den skepsis som finns mot vertikalt styrda organisationer tycks också kunna tydas i förbättringsprogrammet. Detta eftersom det är olika professioner och inte bara chefer som ingår i teamet. Medarbetarna

engageras också i förbättringsarbetet genom att små förbättringsgrupper skapats inom ramen för programmet med tanke att bedriva förbättringsarbete inom specifika teman. Røvik (2008) beskriver de värdeskapande processerna som komplexa serier av aktiviteter som löper sida vid sida och ibland korsar varandras vägar. På lasarettet har de haft ett team som styrt arbetet med programmet men haft underliggande ”miniteam” som arbetat med förbättringar inom vissa delar av den värdeskapande processens helhet.

Synsätten inom processbaserad orientering tenderar enligt Røvik att fokusera kunders eller andra intressenters intressen. I intervjuerna har det framkommit att när fokuset riktas mot patienterna blir processtänket naturligt. Patienten har inte kontakt med en, utan flera olika avdelningar. Därför måste de som arbetar på en avdelning också kunna förstå helheten i hela patientens vårdkedja istället för enbart en specifik del inom kedjan. Som ett steg i att öka förståelsen och öppna upp för ett helhetsperspektiv, för alla i verksamheten, har teamet genomfört processkartläggningen, vilket enkätundersökningen antyder att de lyckats med.

Samverkansdimensionen

Samverkansaspekten inom ramen för förbättringsprogrammet har fått mycket ros utav intervjupersonerna. Genom samverkan har förbättringsarbetet kunnat utgå från patientens hela vårdkedja. Programmets processer har kunnat anpassas till att löpa över avdelningsgränserna för att öppna upp för en helhetssyn. Även medarbetarna tycker att samverkan mellan och inom avdelningarna är en viktig aspekt som de tycker att programmet i viss mån har bidragit till att utveckla.

Samverkan på Landskrona lasarett

Samverkan innebär, enligt Lindberg (2009), att människor från olika verksamheter möts och gör någonting tillsammans. Verksamheterna har olika motiv till varför de ska delta i samverkansaktiviteten. På Landskrona lasarett har sex personer från tre olika avdelningar kommit överens om att de ska samverka inom ett program. Senare i programmet har de också successivt involverat fler medarbetare. Lindberg (2009) menar att motivet till samverkan ofta skiljer sig åt mellan de olika samverkansparterna. I Landskrona verkar dock motivet till samverkan, till skillnad från Lindbergs (2009) förklaring, vara likvärdigt verksamheterna emellan. De har startat samverkansaktiviteten genom ett förbättringsprogram för att skapa värdeskapande flöden för vårdtagaren. Att skapa förståelse för varandras verksamheter, vilket kan leda till en mer effektiv organisation där dubbelarbete och flaskhalsar kan elimineras kan också ses som ett motiv. Lindberg (2009) menar att samverkansaktiviteter ofta planeras av personer som inte själv ska delta i aktiviteten. Vid Lanskrona lasarett är det en av teamdeltagarna som tagit initiativet till samverkan och denne är själv en av de som deltar i samverkansaktiviteten.

Samverkan på initiativ av den egna verksamheten

Utifrån praktikers förståelse för samverkan menar Lindberg (2009) att deltagarna lägger mycket tid på att beskriva vad de ska göra, vad de borde göra och vad de gör. I Landskrona har de inom förbättringsprocessen lagt mycket tid på att diskutera, såväl på arbetsplatsen som på de lärandeseminarier utvecklingscentrum anordnade. Det har ibland varit tuffa diskussioner där det funnits meningsskiljaktigheter, men det har varit viktigt för förståelse för varandras verksamheter. Det är, enligt Lindberg (2009), vanligt att verksamheter får i uppdrag att samverka för att tillgodose

medborgarnas behov. I fallet på Landskrona lasarett har emellertid förslaget till samverkansaktiviteten kommit ur verksamheten själv. Värdeskapande flöden för vårdtagaren kan sägas vara ett program för att främja tillgodoseendet av patienternas behov. Men programmet i sig är inget samverkansprojekt, det har teamet i Landskrona på egen hand tagit initiativ till.

I teoridelen presenterades ett citat om samverkan som skrevs i samband med ett projekt som menade att det är viktigt att stödja samverkansformer för patienternas och personalens bästa. Intervjupersonerna har också framhävt vikten av att samverka för patienternas bästa. Exempelvis uttryckte en av intervjupersonerna att de hade utvecklat sig så pass mycket så att de kvarstående problemen låg utanför den egna avdelningen och kunde enbart lösas med hjälp av samverkan. När fokus ligger på patienten blir det naturligt att öppna upp för ett helhetsperspektiv och se processerna genom hela patientens vårdkedja. Av intervjuerna har också medarbetarnas vinning i samverkan framhållits. Bland annat genom att dubbelarbete elimineras och att de blivit klart vad som ska göras på respektive avdelning vilket underlättar arbetet. Ytterligare en aspekt som lyfts av en av teamdeltagarna är en ekonomisk vinning via samverkan.

Samverkans förutsättningar

För att ett samverkansprojekt ska nå framgång menar Danermark (2004) att tre olika faktorer som påverkar samverkan bör identifieras, lyftas fram och diskuteras. Här följer ett resonemang där dessa faktorer sätts i relation till Värdeskapande flöden för vårdtagaren.

Den första benämns som *kunskaps- och förklaringsmässiga faktorer* (Danermark, 2004). Inom ramen för programmet har deltagarna i teamet haft olika befattningar och varit från olika avdelningar. De har haft olika synsätt och skilda intressen beroende på att de arbetat inom olika avdelningar. Genom att kartlägga verksamhetens processer och skifta fokus från avdelningens intressen till patientens väg genom hela vårdkedjan har det blivit naturligt att öppna upp för ett helhetsperspektiv och en vilja att samverka för patientens bästa. I intervjuerna har det framkommit att dessa aspekter varit av stor vikt i förbättringsarbetet. Det framkommer också att det inte bara är teamet som har träffats och identifierat, lyft fram och diskuterat kunskaps- och förklaringsmässiga faktorer. Medarbetarnas förståelse för andra professioner och andra avdelningars arbete har också ökat i och med programmet.

Den andra faktorn som anses som viktig att behandla inom ett samverkansprojekt är *formella och informella regler* som de olika personalkategorierna har (Danermark, 2004). Dessa regler har inte under studiens gång blivit identifierade eller behandlade. Däremot har det i intervjuerna framhållits att diskussioner över avdelningsgränser och mellan professioner har varit av stor vikt. Med anledning av dessa många och långa diskussioner kan det finnas anledning att tro att dessa regler på något sätt har identifierats, lyfts fram och diskuterats inom programmet. Men det är inget som kan sägas säkert.

Den *organisatoriska situationen* kan enligt Danermark (2004) se olika ut även om verksamheterna befinner sig i samma organisation. De tre avdelningar som varit med i programmet möter patienten utifrån skilda organisatoriska positioner. De har dock genom en processkartläggning identifierat och lyft fram och diskuterat skillnaderna i de organisatoriska situationerna och arbetat för att öka förståelsen av hela patientens vårdkedja. Detta både bland teamdeltagare och bland övriga

medarbetare.

Danermark (2004) menar vidare att skillnader inte behöver betyda hinder utan tvärtom kan vara stimulerande för verksamheten. Inom förbättringsarbetet på Landskrona lasarett har de lyckats finna ett sätt att genom olikheter, mellan professioner och avdelningar, hitta en gemensam väg för att utveckla verksamheterna och synliggöra hela processen.

Ledningen med i teamet

Danermark (2004) har, förutom idéer kring samverkans förutsättningar, en övertygelse om att en tydlig ledningsfunktion är av stor vikt vid samverkan. Vad som avses med ledningen kan här diskuteras. Om det är sjukhusledningen som avses så är deras roll i förbättringsprogrammet ingenting som har undersökts inom studien. Om man däremot ser till ledningen inom avdelningarna så har dessa varit en del av förbättringsprogrammet. Vid problem som uppstår i ett samverkansprojekt är en klar och tydlig ledning av stor vikt enligt Danermark (2004). En fråga om det varit till samverkansprojektets övervägande fördel eller nackdel att cheferna varit en del i förbättringsteamet kan utifrån den här studien inte besvaras. Dock kan de diskuteras. En fördel kan vara att ledningen inom avdelningarna har stor kunskap om samverkansprojektet och det kan prioriteras istället för att överlåta allt ansvar på underliggande led utan att sedan själva vara delaktiga. Däremot kan det tänkas att det är ledningen som blir styrande i teamet och det blir deras viljor som prioriteras istället för att det skapas ett ömsesidigt samarbete teamdeltagarna emellan. En av avdelningscheferna har exempelvis uttryckt att programmet använts som ett verktyg för att styra verksamheten. Med en medvetenhet om att det inte alltid är roligt att göra som chefen vill har teamet också haft andra budbärare neråt inom avdelningarna. Dock finns det inget som tyder på att detta ska ha skapat problem eller inneburit något negativt för de övriga teamdeltagarna.

De samverkansfaktorerna som verkar främjande

Lindberg (2009) har identifierat ett antal faktorer som tenderar att vara främjande för samverkansprojekt. Här kommer dessa att diskuteras utifrån förbättringsarbetet på Landskrona lasarett.

För det första beskrivs det, av Lindberg (2009), vara av stor vikt att beskriva och tydliggöra de organisatoriska strukturerna. Teamet har som en process i förbättringsprogrammet klargjort detta genom att skapa en processkartläggning där de olika avdelningarnas delar i en längre kedja tydliggörs och beskrivs. Vikten av att klargöra beslutsberättigandet framhålls också av Lindberg (2009) som en viktig faktor. Beslutsberättigandet är inget som har diskuterats i intervjuerna specifikt. Men då det finns chefer inom teamet kan det finnas anledning att tro att det funnits en naturlig beslutsordning i teamet.

Det finns enligt Lindberg (2009) ett antal inre faktorer som berör de personer som samverkar. En viktig del är att personerna engagerar sig för samverkansprojektet och att de kan få legitimitet för samverkansuppdraget. Av intervjupersonerna har alla varit positiva till programmet. Det har dock framkommit att vissa haft mindre tid för att arbeta med programmet, vilket kan ha gjort att de inte kunnat engagera sig så mycket som de önskar. Vad gäller legitimiteten så kan enkätundersökningen bekräfta att medarbetarna inte i någon större utsträckning tycks vara negativa till förbättringsprogrammet, vilket kan antas likställas med att teamdeltagarna haft legitimitet för att arbeta med programmet.

En ytterligare framgångsfaktor enligt Lindberg (2009) är att deltagarna ska ha en gemensam utgångspunkt, referensram och metod inom samverkansprojektet. Då samverkan har skett inom ramen för ett färdigt program har dessa aspekter varit klarlagda från början. Sedan kan det självklart ändå ha funnits meningsskiljaktigheter, men grunderna finns redan inbyggda i programmet.

De samverkansfaktorer som verkan hämmande

Lindberg (2009) har också identifierat en rad hämmande faktorer vid samverkansprojekt. I följande avsnitt förs ett resonemang där de hämmande faktorerna sätts i relation till hur samverkan skett inom programmet.

Det kan vara hämmande för samverkan om syftet med deltagandet skiljer sig åt så pass mycket att det inte går att komma fram till en kompromiss. Olika organisationskulturer och språkbruk kan också försvåra samverkan liksom om deltagarna bär med sig olika föreställningar och antaganden in i samverkansprojektet (Lindberg, 2009). Inom förbättringsprogrammet har många och långa diskussioner förts inom teamet. Enligt dem själva har det lett till att de tillsammans har öppnat upp för ett helhetsperspektiv. Som gemensam nämnare har de patienten och dennes väg genom en hel vårdkedja. Genom att skapa denna helhetssyn har de antagligen kunnat koncentrera sig på vad som är gemensamt. Alla tillhör samma organisation i grunden och avdelningarna befinner sig heller inte rent fysiskt på långa avstånd från varandra, vilket kan göra att dessa hämmande faktorer inte känns särskilt relevanta i sammanhanget.

Lindberg (2009) menar vidare på att statuskillnader mellan de som samverkar kan också ha en hämmande effekt. De som rangordnas högst kan bli de som bestämmer och styr medans övriga bara fungerar som komplement. På Landskrona lasarett låter det annorlunda. Av intervjuerna har det framkommit att chefernas deltagande varit nödvändig i förbättringsarbetet med programmet. Framförallt på grund av att utvecklingsarbetet har kunnat styras i rätt riktning.

En sista hämmande faktor är att samverkansprojekt ofta är tidsbegränsade och det kan finnas svårigheter i att genomdriva förändringar på kort tid (Lindberg, 2009). Förbättringsprogrammet varade under ett år. Men i Landskrona har de fortsatt att arbeta även efter programmets slut men förbättringar tillsammans avdelningarna emellan, åtminstone två av avdelningarna, även om det inte har sett ut som under programmets gång med teamet som genomdrivare. Operationsenheten och Vårdavdelningen hade exempelvis en gemensam planeringsdag och nya avdelningsöverskridande projekt har startat efter programmets slut. Att arbetet öppnade upp för en helhetssyn kan ha givit insikten och viljan att fortsätta arbeta mer integrerat och gjort att tidsaspekten inte verkade hämmande i detta fall.

Översättningsdimensionen

Förbättringsprogrammet presenteras i följande avsnitt som ett organisationsrecept. Jag avser i det följande att fokusera på översättningsprocessen och hur receptet har anpassas till att kunna implementeras i den praktiska verksamheten.

Översättning till ett unikt program genom kontextualisering

Røviks (2008) translationsteori handlar om vad organisationer kan göra med färdiga recept. Författaren menar att recepten, när de ska implementeras, möter en väldigt komplex kontext av olika människor, formella och informella strukturer och fysiska

förutsättningar. Detta gör att recepten formas av kontexten samtidigt som kontexten ändras av receptet.

I Landskrona har teamet skapat sin egen version av förbättringsprogrammet Värdeskapande flöden för vårdtagaren. De har exempelvis lagt till en samverkansaspekt genom att det är tre avdelningar som deltar i programmet, vilket var unikt för Landskrona. De har kopplat samman tre avdelningars processer, för att få ett förbättringsprogram som löper över patientens hela vårdkedja, istället för delar av kedjan som det hade blivit om det endast var en avdelning med i programmet. De andra verksamheterna som också antagit receptet och genomförde förbättringsarbetet bestod av endast en avdelning. Att de inom teamet skapade egna syften och mål med deltagandet i förbättringsprogrammet, utöver de som fanns inom ramen för programmet, visar också på en kontextualisering, det vill säga en anpassning av receptets processer för att passa den egna kontexten.

Går det att urskilja en hierarkisk översättningskedja?

Røviks (2008) hierarkiska översättningskedja är en femstegsmodell som innehåller en sammanfattning av hur det går till när ett recept antas av en organisation och implementeras. Här följer en analys om huruvida det är möjligt att låta modellen förklara kontextualiseringen av Värdeskapande flöden för vårdtagaren på Landskrona lasarett.

Det första steget i den hierarkiska översättningskedjan, *top-down orientering*, innebär att organisationsreceptet kommer in i en organisation av den högsta ledningen och att det är toppen i hierarkin som är den viktigaste kraften för spridning och översättningen av receptet nedåt i organisationen (Røvik, 2008). På Landskrona lasarett förklaras det som att det är ett tvärprofessionellt team som anmälts till förbättringsprogrammet på initiativ av en av teamdeltagarna. Det är teamet tillsammans som sköter översättningen av programmets vision till den praktiska verksamheten och inte den högsta ledningen inom organisationen.

Andra steget i översättningskedjan är *probleminriktat sökande efter lösningar* och det är ledningen som förväntas ha förståelse för vilka problem som finns i organisationen (Røvik, 2008). På Landskrona lasarett har teamet tillsammans arbetat med att identifiera problem bland annat via en processkartläggning och medarbetarna har även bjudits in till att komma med förslag på förändringar som skulle kunna förbättra verksamhetens processer. De antagna recepten ses, enligt modellen, utav ledningen som ett verktyg byggt av logiska sammansatta idéer (Røvik, 2008). Det är oklart vem eller vilka som i fallet med Landskrona ska betraktas som ledningen men en av intervjuerna uttryckte att en bakomliggande tanke med medverkan i programmet var att använda det just som ett verktyg för verksamhetsutveckling.

Det tredje steget i modellen avser *begränsad frihet i översättningen*. Det innebär att en centralstyrd implementeringsprocess startas av ledningen när receptet antagits. Att det är ledningen som skapar ramarna för implementeringen innebär en begränsning i underliggande leda möjligheter till anpassning av receptet (Røvik, 2008). På Landskrona lasarett är det teamet som haft befogenheterna att besluta om ramarna för implementeringen, men där finns ledande funktioner i form av chefer med och om de varit mer eller mindre styrande i processen är svårt att urskilja. Då det är teamet som planerat och genomfört större delen av förbättringsprogrammet så blir detta steget i modellen inte direkt aktuellt. Det kan dock vara så att de smågrupper som skapades under inspirationsdagen för att arbeta med

förbättringsarbete fick en begränsad frihet, utifrån teamets översättning, att översätta receptet på sitt sätt.

Fjärde steget i den hierarkiska översättningskedjan är *stimulus-respons-baserad sekvensitet*. Det innebär att receptet införs i organisationen sekventiellt, det vill säga att spridningen sker steg för steg i nedåtgående led och översätts på vägens gång till lokala förhållanden (Røvik, 2008). Då det inte finns speciellt många nedåtgående led under teamet är det svårt att diskutera även detta steg i modellen mot bakgrund av Landskronas förbättringsprogram. Vad som däremot skulle kunna jämföras med resonemanget är anpassningen av receptet till lokala förhållanden på de olika avdelningarna. Enkäterna visade på att det mellan Vårdavdelningen och Operationsenheten fanns skillnader i vikten av olika aspekter för att få information om programmet. Att den viktigaste informationskällan för Vårdavdelningen var information på avdelningsmöten samtidigt som den minst viktig på Operationsenheten kan tyda på att programmet anpassats till lokala förhållanden på varje avdelning.

Det sista steget i modellen visar på att recepten går *från det abstrakta till det konkreta*. Receptet är abstrakt när det kommer in genom ledningen och blir mer och mer konkret ju längre ner i hierarkin det hamnar (Røvik, 2008). Då det är teamet i Landskrona som tillsammans suttit ner och arbetat med att konkretisera programmet går resonemanget inte riktigt här att jämföra.

Även om det finns vissa likheter mellan modellen den hierarkiska översättningskedjan och Landskronas översättningsarbete så kan kontextualiseringen inte helt låta sig förklaras utifrån modellen.

Translatorkompetens

Røvik (2008) framhåller translatorkompetens som en avgörande faktor för om kontextualiseringen ska lyckas eller ej. Translationen kan innebära att vissa delar i receptet kopieras, andra plockas bort medans vissa nya delar läggs till. I Landskrona har de valt att lägga till ett avdelningsöverskridande samarbete till sin utformning av programmet för att kunna inkludera samtliga processer över hela vårdkedjan för ett större värde för vårdtagaren.

Misslyckade implementeringsförsök kommer ofta till uttryck på tre olika sätt, vilka presenterades i teoridelen. Här följer en diskussion om huruvida teamet på Landskrona lasarett har lyckats undvika dessa tre exempel som kan komma av dålig translatorkompetens.

Det första ett misslyckande kan bero på är om det sker en *löskoppling* genom att ett program tas in i organisationen men inte tas i bruk (Pfeffer och Sutton, ur Røvik, 2008). Inget tyder på att detta skulle ha skett vid Landskrona lasarett. De har tvärtom implementerat programmet om mot bakgrund av detta gjort förändringar i arbetsprocesserna.

En andra orsak som kan bidra till misslyckad implementering är om *bortstötning* av idén sker, vilket kan bero på att receptet inte passar in i organisationen. Förklaringen av det kan i sin tur vara att receptet inte har transformerats tillräckligt för att passa in (Pfeffer och Sutton, ur Røvik, 2008). Av intervjuerna med teamdeltagarna har det framkommit att det funnits motstånd mot programmet men att de har förändrats med tiden till det bättre. Det kan förklaras av att de successivt har implementerat programmet och att det har fått ta tid. En annan förklaring kan vara att förståelsen för de komplexa processerna har ökat under tiden för programmet för att mynna ut i

ett mer förändringsbenäget synsätt. Intervjupersonerna menar vidare att de har fått modifiera vissa förändringar för att motstånd har uppstått, vilket kan ha undvikit bortstötning. Det faktum att teamet har bjudit in medarbetarna till ett engageras och komma med förslag genom inspirationsdagen kan vara ytterligare en orsak till att programmet inte har stötts bort. Majoriteten av medarbetarna, enligt enkätstudien, har en positiv inställning till programmet, vilket kan grunda sig i en god översättning av programmets vision till den praktiska verksamheten.

Om ett organisationsrecept ger *oavsedda konsekvenser* kan det också leda till ett misslyckande av implementeringen. Exempelvis om programmet skulle ha lett till konsekvenser man inte hade räknat med (Pfeffer och Sutton, ur Røvik, 2008). Det framkom av intervjuerna att det systemiska mötet blev misslyckat och rörde upp mycket känslor. Detta gjorde inte att resterande delar av programmet fick svårigheter i implementeringen. Det kan dock ha varit värre om någon av de andra tre metoderna misslyckades, då de tillsammans beskrivs ha skapat en helhet.

DISKUSSION

Slutdiskussionen ägnas i ett första skede till att försöka besvara de frågeställningar som formulerats i inledningen. Sedan kommer jag ge mina avslutande reflektioner kring Landskronas medverkan i Värdeskapande flöden för vårdtagaren i relation till syfte och mål med förbättringsprogrammet. Avslutningsvis ger förslag till fortsatt forskning på området.

Hur har programmet implementerats?

Programmet har implementerats genom teamet som fått stöd i arbetet genom lärandeseminarier anordnade av Utvecklingscentrum på Region Skåne. Det är i huvudsak teamet som har varit involverade i förbättringsprogrammet, men de har bjudit in medarbetare till deltagande genom en inspirationsdag samt andra möten med personalkategorier som varit delaktiga i planeringsprocessen.

Vilka metoder har använts?

Det är i huvudsak fyra metoder som används. Processkartläggning, fiskbensdiagram, PDSA-metodik och systemiskt möte. Processkartläggningen skapades av teamet i början av förbättringsprogrammet. Den visade på de tre involverade avdelningarnas processer, från inflöde till utflöde. Genom kartläggningen har det dels kunnat synliggöra hur komplexa processerna verkligen är. De har också kunnat identifiera vart i kedjan av processer det finns problem och brister. Till identifierade problem har teamet sedan arbetat med fiskbensdiagram för att finna orsaker. Genom ett diagram likt ett fiskskelett har de radat upp möjliga orsaker för att sedan komma på förslag till lösningar. Metoden fiskbensdiagram har också använts på en inspirationsdag då alla närvarande medarbetare har arbetat med metoden. Resultatet av det sammanställdes och på så vis kunde de få en bredare insikt i vad som ansågs problematiskt, vad det fanns för orsaker och fler förslag på lösningar. PDSA-metoden användes sedan för att testa förändringar för att se om de ledde till förbättringar för verksamheterna. Ett systemiskt möte har anordnats inom ramen för programmet. Då samlades teamdeltagarna tillsammans med andra medarbetare som var involverade i planeringsprocessen och mötet styrdes av representanter från Utvecklingscentrum på Region Skåne.

Har det funnits några hinder i implementeringen?

Jag har kunnat urskilja två aspekter som kan ses som hinder vid implementeringen. Det första är att det har funnits ett visst motstånd bland medarbetarna. Detta har gjort att teamet inte kunnat genomföra allt vad de tänkt sig. Exempelvis ett test som de ville införa men som på grund av motstånd från en yrkesgrupp fick avbrytas och modifieras om för att det skulle passa bättre in i verksamheten. I detta fall tycks teamet ha omvärderat situationen när det uppstått motstånd istället för att fortsätta på samma bana som de hade tänkt sig från början.

En andra aspekt som kan ses som ett hinder i implementeringen var att det systemiska mötet som skulle vara en del av programmet misslyckades. Intervjupersonerna har menat, även om inte enkätstudien visar på det lika övertygande, att det systemiska mötet var misslyckat och inte gav någonting.

Vad anser medarbetarna om programmet?

Hälften av medarbetarna visade sig ha en neutral inställning till programmet och hälften hade en positiv eller mycket positiv inställning till programmet. Medarbetarna var inte med på alla metoder och arbetssätt. Men de flesta var med på inspirationsdagen och där fick de arbeta med fiskbensdiagram och majoriteten tyckte att de hade haft stor behållning av att arbeta med metoden. De flesta utav medarbetarna kände också till processkartläggningen och majoriteten anser att deras förståelse för de olika stegen i vårdkedjan har ökat med hjälp av den.

Vad har varit bra med programmet?

Det är som jag kan se det två aspekter som varit bra med programmet utifrån medarbetarnas perspektiv. Den första handlar om att programmet lett till ett nytt synsätt. Genom att sätta patienten i fokus och öka förståelsen för de olika delarna i vårdkedjan har programmet öppnat upp för en helhetssyn.

Den andra aspekten är de konkreta förbättringar som programmet fört med sig. Exempelvis ökad kunskap hos personalen, bättre rutiner och att det nu är tydligt vad som bör göras på de olika avdelningarna för att de ska kunna arbeta så effektivt som möjligt och underlätta arbetet för nästa led i vårdkedjan.

Vilka kritiska perspektiv kan urskiljas?

Vid studien har de framkommit en del kritiska perspektiv, men då det endast kommer från ett fåtal medarbetare bör det tolkas med försiktighet. Jag ser det dock som viktigt att framföra dessa. Det som framkommit är att vissa personalkategorier har hållits utanför vissa delar av programmet, exempelvis inspirationsdagen. Brister i information och kommunikation anses av några ha lett till mycket bråk mellan avdelningarna.

Hur har samverkan mellan avdelningarna gått till?

Samverkan har i huvudsak skett i teamet. Teamet har gemensamt skapat egna mål och syften med samverkan inom ramen för programmets mål och syften. De har träffats dels under lärandeseminarier och dels ”hemma” i verksamheten där de har skapat en processkartläggning, identifierat problem, diskuterat orsaker och lösningar. De har också planerat för genomförande av tester och redovisat resultaten för varandra. För att även involvera medarbetarna till samverkan hade de en inspirationsdag där medarbetare från de olika avdelningarna fick träffas och bland annat diskutera verksamhetens processer, problem, orsaker till problem och lösningar. Den dagen skapades också små avdelningsöverskridande förbättringsgrupper som arbetade vidare med förbättringar inom ett visst tema. Annars har medarbetarna som jag kan se det inte varit delaktiga i samverkansaktiviteterna. Teamet har arbetat samman och sedan informerat vidare till respektive avdelningars medarbetare genom exempelvis avdelningsmöten.

Har det funnits några hinder för att samverka?

Vad jag kan se utifrån den här studien har det inte funnits några större problem med att samverka. Men det jag kan uttala mig om är endast mellan Vårdavdelningen och Operationsenheten.

Vad har samverkan haft för betydelse för arbetet med programmet?

Samverkan lyfts som en av de viktigaste aspekterna för ett skapa värdeskapande flöden för vårdtagaren. Genom att avdelningarnas samverkan har en processkartläggning skapats som leder genom hela patientens vårdkedja. Detta har skapat en förståelse för de andra avdelningarna och de andra professionernas arbete. De har kunnat öppna upp för ett helhetsperspektiv genom att fokusera på patientens hela vårdkedja.

Avslutande reflektioner

Då är det till slut dags för de sista reflektionerna kring studien. Här kommer jag att redogöra för de resultat jag fått fram genom studien i relation till det övergripande syftet och målsättningen med förbättringsprogrammet Värdeskapande flöden för vårdtagaren.

Det övergripande målet för förbättringsprogrammet var att inspirera verksamheterna till förändringar vilket skulle leda till konkreta förbättringar för vårdtagaren. Det som haft mest betydelse inom ramen för programmet kan tolkas vara den ökade förståelsen för verksamhetens komplexa system genom processkartläggningen, dels hos teamet men också för de övriga medarbetarna. Genom den förståelsen har inte bara vårdkedjans alla steg synliggjorts, det har också öppnat upp för ett synsätt där förändringar kan vara nödvändiga för patientens bästa. Resultatet visar på att det funnits förändringsmotstånd, men att de minskat i takt med en ökad förståelse för verksamhetens processer, vilket tyder på att förståelsen har skapat inspiration till förbättring. Patientens perspektiv är det som ska vara styrande, snarare än avdelningens intressen. Att öka förståelsen för de komplexa system de verkar inom, kan antas skapa inspiration för att arbeta för bättre värdeskapande flöden utifrån vårdtagarens bästa.

Programmet syftade till att utifrån vårdtagarens behov, utveckla verksamhetens flöden till att bli mer sammanhängande. Landskronas avdelningsöverskridande arbete för att få hela patientens vårdkedja med i förbättringsarbetet har i mångt och mycket bestått i information för att öka förståelsen för olika avdelningar och professioner, detta tror jag är ett första steg i för att ett kontinuerligt förbättringsarbete med utgångspunkt i vårdtagarens bästa ska kunna komma till stånd. Resultatet visar också på att förbättringsarbetet inte avslutades tillsammans med programmet, det lever vidare.

Förslag på fortsatt forskning

Föreliggande studie har delvis behandlat ett medarbetarperspektiv. Dock var svarsfrekvensen låg och med det kan tillförlitligheten i resultatet ifrågasättas. De allra flesta är positiva till programmet i sin helhet, men i ett fåtal enkäter har det riktats kritik mot programmets genomförande med ganska skarp kritik. Mot bakgrund av detta skulle en studie som lyckades inbegripa en betydligt större andel av medarbetarna vara av stort intresse.

Det skulle också vara av intresse att göra en jämförelse mellan de olika verksamheter som haft deltagande team med i förbättringsarbetet Värdeskapande flöden för vårdtagaren för att få ett bredare perspektiv på programmet.

Ytterligare en mycket central aspekt som kan studeras är vårdtagarnas perspektiv på programmet, vilket inte har bedömts som möjligt att genomföra inom ramen för denna utvärdering.

REFERENSLISTA

Litteratur

Danermark, B (2004) *Samverkan – Himmel eller helvete?* Elanders Berlings AB: Malmö

Eriksson-Zetterquist, U, Kalling, T & Styhre, A (2006) *Organisation och organisering*. Liber AB: Malmö

Ejlertsson, G (2005) *Enkäten i praktiken – En handbok I enkätmetodik*. Studentlitteratur: Lund

Lindberg, K (2009) *Samverkan*. Liber AB: Malmö

Rentzhog, O (1998) *Processorientering – en grund för morgondagens organisationer*, Lund: Studentlitteratur

Rosengren, K E & Arvidsson, P (2005) *Sociologisk metod*. Liber AB: Malmö

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

Svensson P-G, Starrin, B (red) (1996) *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Studentlitteratur: Lund

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

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet

Wahlgren, L (2005) *SPSS steg för steg*. Studentlitteratur: Lund

Digitala källor

Edström A, Svensson, C & Olsson, J (2008). *Att mäta för att veta – Praktiska råd och tips om mätning och uppföljning i samband med utvecklings- och förbättringsarbete i hälso- och sjukvården*. Sveriges Kommuner och Landsting.

Hellström, L (2007) *Anvisningar för skrivande studenter* – Handfast handledning för studenter som skriver rapporter och examensarbeten. Malmö Högskola

Landstinget i Jönköpings län,
<http://www.lj.se/index.jsf?nodeId=31713&nodeType=12>, 2010-02-26

Lindahl, F (2007) *Göra saker rätt, göra rätt saker*, små steg till förbättringar inom Region Skåne. Utvecklingscentrum: Region Skåne

Ohlin, L (2007) *Genombrott* - Ett sätt att sprida kunskap och förändra praxis på ett systematiskt och beprövat sätt. Utvecklingscentrum: Region Skåne

Region Skåne 1, <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=117577>, 2010-02-15

Region Skåne 2, <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=213532> 2010-02-15

Region Skåne 3, <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=224132>, 2010-03-05

Region Skåne 4, <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=222386>, 2010-03-05

Region Skåne 5, <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=213496>, 2010-05-18

Region Skåne (2009) *Värdeskapande flöden för vårdtagaren* – programrapporter.
Utvecklingscentrum: Region Skåne

BILAGOR:

Bilaga 1: Intervjuguide

Bilaga 2: Enkät

Bilaga 1: Intervjuguide

BAKGRUND

- Avdelning?
- Befattning?
- Arbetsuppgifter?
- Arbetat sedan när?

TEAMET

- Hur kommer det sig att du var med i teamet? (själv anmält intresse? Delegerats till dig?)
- Träffar i teamet (frekvens, vad gör man på träffarna?)
- Teamets funktion inom ramen för programmet? (uppgifter)
- Din funktion i teamet (haft någon speciell funktion i teamet?)
- Tvärprofessionellt team (hur har det fungerat)
 - Några speciella förtjänster med att arbeta tvärprofessionellt? Några problem?
- Övriga förtjänster eller problem med att arbeta med/i team (vad finns det för fördelar med att bedriva förbättringsarbete i team? Har det funnits problem med att arbeta i team?)

VÄRDESKAPANDE FLÖDEN FÖR VÅRDTAGAREN

- Programmets början och slut (1 år)
- Har du haft någon speciell roll i förbättringsarbetet?
- Mål med förbättringsarbetet (visa bild med målen, När/Hur skapades de? Vet du om alla mål har uppnåtts? Kan det vara något annat än förbättringsprogrammet i sig som gjort att man nått resultat?)
- Tillvägagångssätt (Hur har man gått tillväga för att få in förbättringsarbetet i verksamheten?)
 - Implementering (hinder vid implementeringen?)
- Vad tycker du om programmet?
 - Förtjänster (Vad anser du är bra med programmet? vad har varit mest betydelsefullt med programmet? Framgångsfaktorer?)
 - Problem (Finns det något som skulle kunna vidareutvecklas?)
- Har det funnits tillräckligt med resurser för att genomföra förbättringsprogrammet?
- Har programmet lett till effekter som man inte hade räknat med? (positiva eller negativa)

ARBETSSÄTT

Vad jag har förstått har ni använt olika arbetssätt och metoder. Kan gå igenom dem och prata lite om varje

- Processkartläggning
 - Vem gjorde den? Vilken funktion?
- Systemiskt möte
 - Vilka var med? Vilken funktion?
- Fiskbensdiagram
 - Vem var med? Vad ville man ha ut av det? Vilken funktion?
- Tester med PDSA-hjul
 - Vilka har medverkat vid tester? Vem har gjort PDSA-hjulet? Vilken funktion?

- Finns det något annat verktyg/metod som används?
- Skillnader mellan arbetssätten (Är något mer förtjänstfullt? Något mer prioriterat? Något svårare att genomföra?)
- Hade man kunnat uppnå samma resultat genom att göra på något annat sätt?

SAMVERKAN MELLAN AVDELNINGARNA

- Behovet av samverkan (Är det viktigt med samverkan? varför? är det något speciellt man förväntar sig uppnå med samverkan? tror du att olika personer i organisationen har olika uppfattning/intresse av samverkan?)
- Hur sker samverkan (arbete i teamet och sen vidareförmedling till resp. avdelning?)
- Hur var det innan?
- Samverkans betydelse för måluppfyllelse och resultat inom programmet

MEDARBETARE

- Deras kännedom om programmet (Har alla medarbetare kännedom om programmet? mer eller mindre kännedom på de olika avdelningarna?)
- Särskilda möten/träffar (Hur ofta? Vad har man gjort?)
- Deras medverkan? (Har de medverkat i arbetet med programmet? På vilket sätt?)
- Intresse/motstånd (Finns det skillnader på de olika avdelningarna?)

ÖVRIGT

Bilaga 2: Enkät