

BOTA

– En modell för datadrivet förbättringsarbete inom hälso-
och sjukvården

BOTA

– A model for data-driven improvement work in healthcare

Elin Willner

Roseline Olaniran

Handledare: Peter Cronemyr

Examinator: Magdalena Smeds

Upphovsrätt

Detta dokument hålls tillgängligt på Internet - eller dess framtida ersättare - under 25 år från publiceringsdatum under förutsättning att inga extraordinära omständigheter uppstår.

Tillgång till dokumentet innebär tillstånd för var och en att läsa, ladda ner, skriva ut enstaka kopior för enskilt bruk och att använda det oförändrat för ickekommersiell forskning och för undervisning. Överföring av upphovsrätten vid en senare tidpunkt kan inte upphäva detta tillstånd. All annan användning av dokumentet kräver upphovsmannens medgivande. För att garantera äktheten, säkerheten och tillgängligheten finns lösningar av teknisk och administrativ art.

Upphovsmannens ideella rätt innefattar rätt att bli nämnd som upphovsman i den omfattning som god sed kräver vid användning av dokumentet på ovan beskrivna sätt samt skydd mot att dokumentet ändras eller presenteras i sådan form eller i sådant sammanhang som är kränkande för upphovsmannens litterära eller konstnärliga anseende eller egenart.

För ytterligare information om Linköping University Electronic Press se förlagets hemsida <http://www.ep.liu.se/>

Copyright

The publishers will keep this document online on the Internet - or its possible replacement - for a period of 25 years starting from the date of publication barring exceptional circumstances.

The online availability of the document implies permanent permission for anyone to read, to download, or to print out single copies for his/hers own use and to use it unchanged for non-commercial research and educational purpose. Subsequent transfers of copyright cannot revoke this permission. All other uses of the document are conditional upon the consent of the copyright owner. The publisher has taken technical and administrative measures to assure authenticity, security and accessibility.

According to intellectual property law the author has the right to be mentioned when his/her work is accessed as described above and to be protected against infringement.

For additional information about the Linköping University Electronic Press and its procedures for publication and for assurance of document integrity, please refer to its www home page:

<http://www.ep.liu.se/>

Abstract

Swedish healthcare faces several significant challenges, including increased waiting times and a shortage of healthcare staff. These challenges necessitate efficient resource utilization to optimize operations. One strategy to address these challenges is through improvement work, which involves identifying and remedying shortcomings in the healthcare system.

Despite prior research that has developed multiple improvement models, this study observed a lack of specific guidelines for improvement work in healthcare. Moreover, although a substantial amount of data is collected within healthcare, it was found that this data is not always fully utilized as a basis for decision-making. Therefore, this study aims to investigate how data-driven improvement work can be facilitated within healthcare.

To achieve this objective, information about existing improvement methods, data management, and strategies was gathered. This information was used as the basis for identifying methods that can facilitate improvement work in healthcare. Additionally, a case study was conducted at an Ear, Nose, and Throat-clinic within Region Östergötland to provide concrete insight into how improvement work can be initiated. The study also resulted in the development of a productivity measure to analyze how new outcome variables can be developed based on existing data in healthcare. The case study also laid the groundwork for future improvement efforts at the clinic.

Interviews were also conducted with various healthcare professionals about their experiences with improvement work, strategies, and data usage. The analysis of the case study and interviews emphasized the need for clearer structures for improvement work, where decisions are based on data and patients' needs are considered.

The study led to the development of the BOTA model, which aims to facilitate improvement work within healthcare. The model serves as a tool to guide healthcare organizations through structured improvement processes. BOTA is designed to be easy to implement, fulfilling the study's aim of creating a method to facilitate improvement work within healthcare.

Sammanfattning

Svensk hälso- och sjukvård står inför flera betydande utmaningar, inklusive ökade väntetider för vård och brist på vårdpersonal. Dessa utmaningar kräver en effektiv resursanvändning för att optimera verksamheten. En strategi för att möta dessa utmaningar är genom förbättringsarbete, vilket innebär att identifiera och åtgärda brister i verksamheten.

Trots tidigare forskning som har utvecklat flera modeller för förbättringsarbete, har denna studie observerat en brist på specifika riktlinjer för förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården som är enkla att tillämpa i praktiken. Vidare samlas en betydande mängd data in inom sjukvården, men det observerades att denna data inte alltid utnyttjas fullt ut som grund för beslutsfattande. Denna studie syftar därför till att undersöka hur datadrivet förbättringsarbete kan underlättas inom sjukvården.

För att uppnå detta syfte samlades information om befintliga metoder inom förbättringsarbete, datahantering och strategier. Denna information användes som grund för att identifiera metoder som kan underlätta förbättringsarbete inom sjukvården. Dessutom utfördes en fallstudie på en Öron-, näs- och halsklinik inom Region Östergötland för att ge konkret insikt i hur förbättringsarbete kan initieras. Studien resulterade även i framtagningen av ett produktivetsmått för att analysera hur nya resultatvariabler kan utvecklas baserat på befintlig data inom sjukvården. Fallstudien bidrog också till att lägga grunden för framtida förbättringsarbete på kliniken.

Intervjuer genomfördes även med olika yrkesgrupper inom sjukvården om deras erfarenheter av förbättringsarbete samt strategi- och dataanvändning. Analysen av fallstudien och intervjuerna betonade behovet av tydligare strukturer för förbättringsarbete där beslut grundas på data och där patienternas behov beaktas.

Resultatet av studien ledde till utvecklingen av modellen BOTA, som syftar till att underlätta förbättringsarbete inom vården. Modellen fungerar som ett verktyg för att leda sjukvårdsverksamheter genom förbättringsarbete på ett strukturerat sätt. BOTA är utformad för att vara enkel att implementera, vilket uppfyller studiens syfte att skapa en metod för att underlätta förbättringsarbete inom sjukvården.

Förord

Det är med stor glädje och en känsla av fullbordan som vi presenterar detta examensarbete. Under en lång och ibland utmanande resa har vi arbetat intensivt med att utforska och utveckla vårt ämne. Det har varit en tid av både personlig och professionell tillväxt, där varje steg har varit en möjlighet till lärande och reflektion.

Vi vill börja med att tacka vår handledare på universitetet, Peter, för ditt oavbrutna stöd och vägledning. Din tydliga och optimistiska syn på projektet har hjälpt oss att utveckla arbetet under utmanande tider.

Vi vill också rikta ett speciellt tack till vår opponent, Vincent, för ditt insiktsfulla bidrag och konstruktiva feedback.

Vi riktar också ett stort tack till våra handledare på Propia, speciellt Jakob, LG och Thomas. Ni har kontinuerligt stöttat oss i arbetet och funnits där för oss. Jakob, vi uppskattar verkligen din uthållighet när det gäller att granska vår rapport flera gånger. Dina värdefulla kommentarer och vägledning har varit ovärderliga och har gett oss klarhet även när det varit mörkt.

Vi är tacksamma mot alla som vi har lärt känna inom Region Östergötland under våren. Ett särskilt tack riktas här till Henrik och Bonnie för era värdefulla insikter och stöd.

Vi vill även tacka resten av Propia-teamet för att ni har välkomnat oss med öppna armar och gjort arbetet till en rolig och berikande upplevelse.

Slutligen vill vi rikta ett extra stort tack till Linköpings universitet, där vi har tillbringat de senaste fem åren och utvecklats till att kunna kalla oss civilingenjörer. Vi ser fram emot att dra nytta av de kunskaper vi har förvärvat under vår tid här i nästa kapitel av våra liv.

Elin Willner och Roseline Olaniran



Innehåll

Sammanfattning	iii
Författarens tack	v
Innehåll	vi
Figurer	ix
Tabeller	xi
1 Introduktion	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Problemformulering	2
1.3 Syfte och frågeställningar	3
1.4 Avgränsningar	3
2 Metod	4
2.1 Metodansats och övergripande metodik	4
2.2 Problemformulering och planering	5
2.3 Analysmodell	5
2.4 Litteraturstudie	7
2.5 Fallstudie på Öron-, näs- och halskliniken	7
2.5.1 Definition av en resultatvariabel för mätning av prestanda	8
2.5.2 Utveckling av den framtagna resultatvariabeln	9
2.5.3 Undersökning av prestanda med resultatvariabeln	9
2.6 Undersökning av Region Östergötlands strategier för förbättringsarbete	9
2.7 Modellutveckling	10
2.7.1 Framtagning av kritiska framgångsfaktorer	11
2.7.2 Utveckling av preliminär modell	11
2.7.3 Revidering av modell	11
2.8 Etik	12
2.9 Metodkvalitet	13
3 Teoretiskt ramverk och tidigare forskning	14
3.1 Strategi & Styrning	14
3.1.1 Balanserad styrning	14
3.1.2 Analytics for Management	15
3.1.3 Processorienterad styrning	16
3.2 Mätning & Data	18
3.2.1 Överstyrning	18
3.2.2 DRG-systemet	18
3.3 Förbättringsarbete	22
3.3.1 Genombrottsmetoden	22

3.3.2	Six Sigma	23
3.3.3	PDSA-cykeln	23
3.3.4	Ishikawadiagram	25
3.3.5	Paretodiagram	26
3.3.6	Impact Effort-Matris	26
3.3.7	Modell för förändringsarbete - ADKAR	27
3.3.8	Utmaningar med förbättringsarbete inom vården	28
3.4	Syntetisering av teori och analysmodell	29
4	Fallstudie på Öron-, näs- och halskliniken	32
4.1	Empirisk Undersökning	32
4.1.1	Definition av en resultatvariabel för mätning av prestanda	32
4.1.2	Utveckling av den framtagna resultatvariabeln	34
4.2	Ytterligare resultat från fallstudien på ÖNH-kliniken	35
5	Undersökning av Region Östergötlands strategier för förbättringsarbete	36
5.1	Strategi & Styrning	36
5.1.1	Verksamhetsstruktur och roller	36
5.1.2	Planering och mål	37
5.1.3	Uppföljning av mål	38
5.1.4	Användning av styrmodeller	38
5.1.5	Sammanfattning av intervjuer inom Strategi & Styrning	39
5.2	Mätning & Data	39
5.2.1	Respondenters koppling till data	39
5.2.2	Datasystem	40
5.2.3	Visualisering av data	40
5.2.4	Databaserade beslut	40
5.2.5	Sammanfattning av intervjuer inom Mätning & Data	40
5.3	Förbättringsarbete	40
5.3.1	Identifiering av förbättringsbehov	41
5.3.2	Patientinvolvering	41
5.3.3	Resursallokering	42
5.3.4	Verktyg för förbättringsarbete	42
5.3.5	Implementering och uppföljning av förändringar	43
5.3.6	Utmaningar med förändringar	43
5.3.7	Motivation	44
5.3.8	Sammanfattning av intervjuer inom Förbättringsarbete	44
6	Analys och Diskussion	45
6.1	Fallstudie på ÖNH-kliniken	45
6.1.1	Utförandet av fallstudien	45
6.1.2	Tillämpning av produktivitetsmått	46
6.2	Undersökning av Region Östergötlands strategier för förbättringsarbete	47
6.2.1	Strategi & Styrning	47
6.2.2	Sammanfattning av analys inom Strategi & Styrning	48
6.2.3	Mätning & Data	48
6.2.4	Sammanfattning av analys inom Mätning & Data	49
6.2.5	Förbättringsarbete	49
6.3	Identifiering av kritiska framgångsfaktorer	52
7	Modellutveckling	55
7.1	Utveckling av preliminär modell	55
7.1.1	Förutsättningar för användning av modellen	56

7.1.2	Beskriv	57
7.1.3	Organisera	59
7.1.4	Testa	62
7.1.5	Analysera	64
7.2	Revidering av modell	65
7.2.1	Generellt	65
7.2.2	Beskriv	66
7.2.3	Organisera	67
7.2.4	Testa	68
7.2.5	Analysera	69
8	Slutgiltig modell	70
8.1	Förutsättningar	70
8.2	Överblick av BOTA	70
8.2.1	Beskriv	71
8.2.2	Organisera	73
8.2.3	Testa	75
8.2.4	Analysera	77
9	Avslutning	80
9.1	Slutsats	80
9.2	Resultatreflektion	83
9.3	Metodreflektion	84
9.4	Framtida forskning	85
Litteratur		86
A	Appendix	90
A.1	Intervjufrågor	90

Figurer

2.1	Studiens arbetsgång.	5
2.2	Studiens analysmodell representerad som ett Venn-diagram.	6
2.3	Arbetsgången för utvecklingen av modellen.	11
3.1	Balanserad styrkort med de olika perspektiven samt deras respektive nyckeltal.	15
3.2	Generell kartläggning av en process.	17
3.3	PDSA-cykeln.	24
3.4	Ishikawadiagram.	25
3.5	Exempel på ett Paretodiagram.	26
3.6	Impact Effort-matrisen.	27
3.7	Ifylld analysmodell som visar metoderna och verktygen som kopplar ihop de olika delarna i analysmodellen	29
6.1	Presentation av de framtagna kritiska framgångsfaktorerna.	53
7.1	Översikt av den preliminära arbetsmodellen för genomförande av förbättringsarbete.	56
7.2	Utförlig illustration av den preliminära arbetsmodellen för genomförande av förbättringsarbete.	56
7.3	Beskrivning av fasen "Beskriv" dess steg och aktiviteter.	58
7.4	Beskrivning av fasen "Organisera" dess steg och aktiviteter.	60
7.5	Beskrivning av fasen "Testa" dess steg och aktiviteter.	63
7.6	Beskrivning av fasen "Analysera" dess steg och aktiviteter.	64
7.7	Illustration över resultat av revidering generellt av modellen.	66
7.8	Illustration över resultat av revidering av fasen Beskriv.	67
7.9	Illustration över resultat av revidering av fasen Organisera.	68
7.10	Illustration över resultat av revidering av fasen Testa.	68
7.11	Illustration över resultat av revidering av fasen Analysera.	69
8.1	Överblick över BOTA-modellens fyra faser.	70
8.2	BOTA-modellens fyra faser med ingående steg.	71
8.3	Beskrivning av fasen "Beskriv" dess steg och aktiviteter.	71
8.4	Checklista för "Beskriv"	73
8.5	Beskrivning av fasen "Organisera" dess steg och aktiviteter.	73
8.6	Checklista för "Organisera"	75
8.7	Beskrivning av fasen "Testa" dess steg och aktiviteter.	76
8.8	Checklista för "Testa"	77
8.9	Beskrivning av fasen "Analysera" dess steg och aktiviteter.	78
8.10	Checklista för "Analysera"	79
9.1	Beskrivning av fasen "Beskriv" dess steg och aktiviteter.	81
9.2	Beskrivning av fasen "Organisera" dess steg och aktiviteter.	82
9.3	Beskrivning av fasen "Testa" dess steg och aktiviteter.	82

9.4	Beskrivning av fasen "Analysera" dess steg och aktiviteter.	83
-----	---	----

Tabeller

2.1	Lista över personer som har intervjuats eller varit involverade i fallstudien.	8
2.2	Lista som beskriver vilka intervjuer som utfördes under fallstudien, med vilka personer samt dess syfte och datum.	9
2.3	Lista över deltagare i de semistrukturerade intervjuerna.	10
2.4	Lista som beskriver antalet rediveringsmöten.	12

Förkortningar

<i>AFM</i>	Analytics for Management
<i>APT</i>	Arbetsplatsträff
<i>DRG</i>	Diagnosrelaterade grupper
<i>KPP</i>	Kostnad per patient
<i>LiU</i>	Linköpings Universitet
<i>PDSA</i>	Plan-Do-Study-Act
<i>RÖ</i>	Region Östergötland
<i>SKR</i>	Sveriges Kommuner och Regioner
<i>US</i>	Universitetssjukhuset
<i>ÖNH</i>	Öron-, näs- och hals



1 Introduktion

I detta inledande kapitel presenteras en grundlig bakgrund för att kontextualisera ämnesområdet som studien berör. Efter detta följer en problemformulering, vilket leder fram till en formulering av rapportens övergripande syfte och de specifika frågeställningar som ska utforskas. Slutligen klargörs även studiens avgränsningar för att definiera omfånget för studien.

Detta examensarbete initierades av Propia AB som är en konsultfirma med inriktning på processtyrning och verksamhetsutveckling (Propia AB, 2024). Arbetet genomfördes i samarbete med sjukvården på Region Östergötland.

1.1 Bakgrund

Idag står den svenska sjukvården inför flera utmaningar, delvis på grund av befolkningsutvecklingen med en ökande andel äldre och en växande befolkning. År 1997 hade nämligen Sverige en av de äldsta befolkningarna i världen, detta skapar behov av ökad tillgång till vård eftersom många sjukdomar är vanligare vid en högre ålder (Hallin & Silverbo, 2009). En stor utmaning i sjukvården är de ökande vårdköerna, vilket resulterar i en bristande tillgänglighet av vårdtjänster. Enligt en rapport från Socialstyrelsen visar statistik från januari 2023 att omkring 40 procent av patienterna i Sverige har väntat längre än vårdgarantins 90 dagar på en åtgärd i vården (Socialstyrelsen, 2023). De konstaterar att de långa vårdköerna utgör ett av de mest omfattande problemen inom den svenska sjukvården (Socialstyrelsen, 2023).

Förutom de utdragna vårdköerna står den svenska sjukvården inför ytterligare utmaningar. Enligt Alvehus et al. (2017) är bristen på resurser, inklusive vårdpersonal, en faktor som kräver noggrann utvärdering av den nuvarande resursanvändningen och dess effektivitet. På grund av de växande vårdköerna och det ökande vårdbehovet ställs det krav på att behovet av resurser bör hållas på en låg nivå samtidigt som patienterna måste garanteras tillgång till vård av hög kvalitet (Hallin & Silverbo, 2009).

Vad innebär då effektivitet i en hälso-sjukvårds kontext? Enligt Socialstyrelsen (2014) innebär effektivitet inom sjukvården hur väl målen uppfylls med avseende på resursallokering och uppnådda resultat. Däremot utgör produktivitet en delmängd av effektiviteten och fokuserar

på kvantiteten av produktionen i förhållande till de förbrukade resurserna, utan att beakta måluppfyllelsen (SOU 2016:2, [2016](#)). Vidare beskrivs det i SOU 2016:2 ([2016](#)) att produktivitet är ett mått som mäter produktionen med avseende på processens kvalitet och resurser.

För att möta samhällets förändringar och krav på resurseffektivitet måste sjukvården anpassa sig. Det innebär att ledningen inom sjukvårdsverksamheter måste börja undersöka hur de kan använda sina resurser mer effektivt samt identifiera och åtgärda brister i den egna verksamheten. Exempelvis har det visat sig att en del av läkarnas arbetstid går mest åt dokumentation vilket tyder på ett icke effektivt resursutnyttjande samt påverkar deras produktivitet (Norbäck & Targama, [2009](#)). Förbättringsinitiativ spelar här en central roll genom att bidra till att identifiera områden för förbättring och genomföra åtgärder för att förbättra verksamheten. Genom att implementera dessa förbättringar kan processer effektiviseras och därmed minska vårdköerna. Dessutom kan effektivare processer ha en positiv inverkan på vårdpersonalens arbetsbelastning, vilket är ett stort bekymmer inom sjukvården och en av de största anledningarna till personalbrist (Brising, [2023](#)). Den ökande andelen som väljer att lämna branschen på grund av påfrestande arbetsvillkor kan därigenom möjligtvis minskas, då lösningen på bristen på sjukvårdspersonal är inte endast att anställa fler utan det är även viktigt att förbättra arbetsmiljön för de nuvarande anställda (Sveriges Kommuner och Regioner, [2022b](#)).

1.2 Problemformulering

En av de största utmaningarna inom hälso- och sjukvården är att anpassa verksamheten till samhällets förändringar och samtidigt garantera tillgänglig och högkvalitativ vård. En central fråga är hur vårdprocesser kan effektiviseras och förbättras för att uppnå önskade resultat. Att fatta beslut som inte är förankrade i verksamhetens strategi eller som saknar en solid databas kan potentiellt förvärra befintliga problem och leda till ineffektiv vård. Därför är det nödvändigt att integrera strategiska mål och datadriven insikt för att skapa hållbara och effektiva vårdverksamheter som möter samhällets krav och behov.

Effektivisering av sjukvården genom förbättringsarbete är nödvändig för att möta samhällets utmaningar, men hur fungerar förbättringsarbetet i praktiken? Finns det en tydlig plan för hur förbättringen ska genomföras, och baseras beslut på data eller magkänsla? Elg ([2022](#)) framhåller att trots stora investeringar i datainsamling och mätmetoder, så utnyttjas denna information inte på ett optimalt sätt inom sjukvården. Men det gäller inte heller att endast börja mäta och observera datan blint. Enligt Elg ([2022](#)) finns det en tendens till överstyrning, vilket innebär att förbättringsåtgärder vidtas utifrån felaktiga bedömningar baserat på data. (Elg, [2022](#)) beskriver det som att förbättringsarbetet då kan få kontraproduktiva effekter på grund av en bristande förståelse för variation. Därmed framstår det som avgörande att använda data som en grund till förbättringar. Det är alltså viktigt att undvika beslutsfattande baserat på känsla, samtidigt som det är av vikt att undvika felaktig tolkning av data, vilket potentiellt kan leda till att förbättringsinsatser istället förvärrar befintliga problem (Elg, [2022](#)).

Det räcker inte heller att endast basera förbättringsinitiativ på data, utan det måste finnas en viss anknytning till verksamhetens mål och vision. Alltså bör förbättringsinitiativ som är tydligt kopplade till verksamhetens strategi och påverkar verksamhetens prestation kunna identifieras på ett enkelt sätt för att kunna underlätta prioriteringsbeslut (Sörqvist, [2021](#)).

Det är därför avgörande för hälso- och sjukvårdsverksamheter att kunna använda sin insamlade data för att fatta välgrundade beslut baserade på fakta. Detta ger sjukvården en stark grund för att genomföra förbättringsarbete som bygger på data. Propia AB, tillsammans med

Region Östergötland, vill undersöka möjligheten att använda insamlad data på ett mer effektivt sätt, vilket i sin tur kan leda till en effektivisering av vårdverksamheter.

1.3 Syfte och frågeställningar

Att säkerställa att den insamlade datan inom sjukvården kan användas för att bedöma om verksamheten följer dess strategi och för att ligga till grund för förbättringsåtgärder är av central betydelse. Därför är syftet med denna studie är att undersöka hur datadrivet förbättringsarbete kan underlättas för att möjliggöra effektivisering av sjukvårdsverksamheter.

För att uppnå studiens syfte, kommer följande frågeställningar att undersökas:

- F1: Vilka vedertagna metoder kopplar ihop strategi, data och förbättring av en sjukvårdsverksamhet?
- F2: Hur kan en sjukvårdsverksamhet analysera sin prestanda?
- F3: Hur kan sjukvårdsverksamheter intuitivt och strukturerat genomföra förbättringsarbete baserat på sin strategi?

1.4 Avgränsningar

- Arbetet kommer att fokusera på en specifik klinik inom Region Östergötland, nämligen Öron-, näs- och halskliniken.
- Förbättringsinsatser kommer inte att implementeras praktiskt; istället kommer möjligheter till förbättring att identifieras.
- Det framtagna tillvägagångssättet för förbättringsarbete kommer inte att testas i praktiken, utan endast diskuteras muntligt.
- Det framtagna tillvägagångssättet för förbättringsarbete är avsett främst för Region Östergötlands sjukvårdsverksamheter.



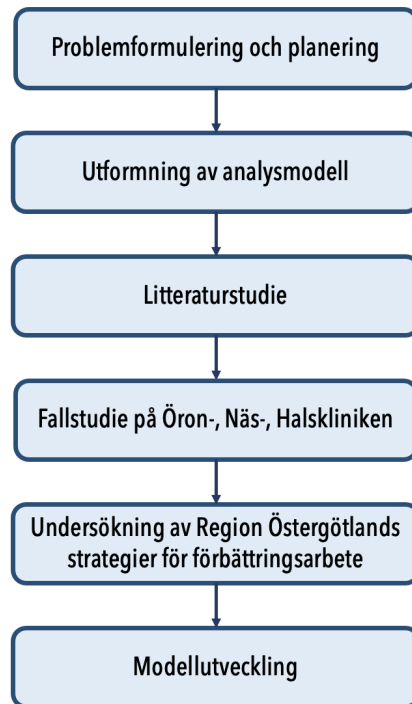
2 Metod

Detta kapitel inleds med en förklaring av arbetets övergripande ansats, följt av en genomgång av den metodik som har använts i varje fas av arbetets genomförande. Metodiken klargör utförligt hur teoretiska koncept har implementerats i praktiken. Slutligen följer en etisk diskussion samt en kritisk reflektion över metodens validitet och reliabilitet.

2.1 Metodansats och övergripande metodik

Valet av metod för insamling och analys av teori och empiri i detta arbete grundar sig på en induktiv ansats. Enligt Blomqvist och Hallin (2015) innebär att det teoretiska ramverket formas med empirin som utgångspunkt.

Studiens arbetsgång delades in i sex faser som beskrivs närmare i de kommande avsnitten enligt Figur 2.1



Figur 2.1: Studiens arbetsgång.

2.2 Problemformulering och planering

Efter inledande samtal med Propia började en problemformulering att ta form, där det identifierades en brist på strukturerade metoder för att genomföra förbättringsarbete kopplat till en sjukvårdsverksamhets strategi och dess prestanda, eller andra resultatvariabler. Därför ansågs det lämpligt att tillsammans med Region Östergötland undersöka detta kunskapsgap och studera dess effekt inom sjukvården. Problemformuleringen resulterade också i ett tydligt syfte för att avgränsa problemområdet samt tre frågeställningar som syftar till att besvara problemet.

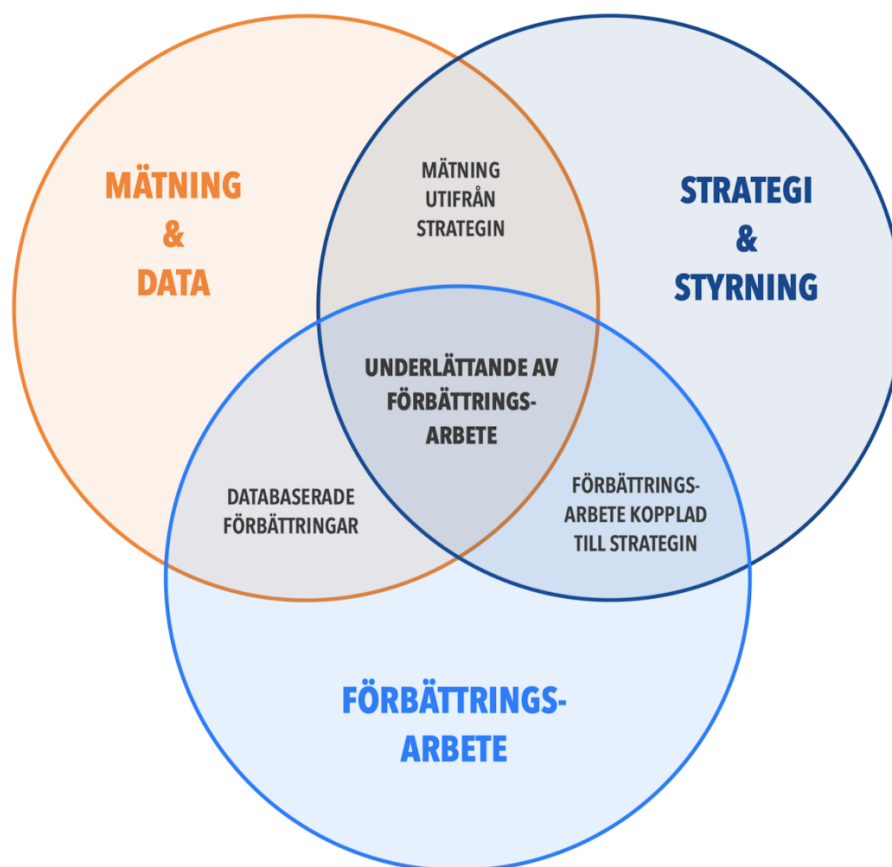
Efter att problemformuleringen och syftet hade fastställts, fortsatte arbetet genom insamling av material, inklusive teori och empiri, för att skapa grunden för att besvara syftet. Utförandet av fasen beskrivs närmare i Avsnitten 2.4, 2.5 och 2.6. Vidare kunde det insamlade materialet användas för att analysera och färdigställa det slutliga resultatet. Även denna fas beskrivs närmare i Avsnitt 2.7. Slutligen avslutades arbetet i en färdig rapport. För att säkerställa att arbetet kunde utföras inom den angivna tidsramen på 20 veckor användes ett Gantt-schema, som specificerade huvudmomenten under hela forskningsprocessen. I denna övergripande plan fastställdes även preliminära deadlines. En detaljerad plan härleddes från den övergripande planen, inklusive vecko- och dagsmål. Detaljplaneringen var dynamisk och öppen för förändringar i enlighet med studien.

2.3 Analysmodell

Efter att problemformuleringen fastställts, formulerades en strategi för att närma sig problemet. För detta ändamål utvecklades en analysmodell för att beskriva de olika områdena som är relevanta för att uppnå syftet med studien.

Eftersom huvudmålet med denna studie är att möjliggöra effektivisering av sjukvårdsverksamheten genom att underlätta för förbättringsarbete, ligger en betydande del av studien fokuserad på förbättringsarbetet i sig. Detta resulterar i en studieinriktning som riktar sig mot Förbättringsarbete. Baserat på problemformuleringen och bakgrunden till detta arbete, identifierades vikten av att koppla studiens syfte till verksamhetens strategi. Därför är studien även kopplad till perspektivet Strategi & Styrning. Ytterligare ett centralt tema inom studien är att beslut och åtgärder ska grundas på tillförlitlig och relevant data, vilket ger kopplingen till perspektivet Mätning & Data. Dessa tre perspektiv illustreras som ett Venn-diagram i Figur 2.2

I Figur 2.2 representeras syftet med studien, nämligen, "att undersöka hur datadrivet förbättringsarbete kan underlättas för att möjliggöra effektivisering av sjukvårdsverksamheter", som den gemensamma överlappningen av de tre perspektiven i Venn-diagrammet. Varje par av perspektiv har dessutom överlappningar sinsemellan. Kopplingen mellan Mätning & Data och Strategi & Styrning förklaras av att mätningar inom verksamheten bör vara förenliga med och bidra till att uppfylla verksamhetens övergripande strategiska mål. Koppningen mellan Strategi & Styrning och Förbättringsarbete indikerar vikten av att förbättringsinitiativ är förankrade i verksamhetens övergripande strategi. Slutligen är kopplingen mellan Mätning & Data och Förbättringsarbete motiverad av att förbättringsförslag bör vara välgrundade och baserade på insamlad mätdata.



Figur 2.2: Studiens analysmodell representerad som ett Venn-diagram.

2.4 Litteraturstudie

Efter strategin för studien lagts, påbörjades litteraturgenomgången med målet att få ökad förståelse och insikt i ämnet, och därmed kunna besvara frågeställning F1: *"Vilka vedertagna metoder kopplar ihop strategi, data och förbättring av en sjukvårdsverksamhet?"*.

I litteraturundersökningen användes främst kedjesökning och systematisk sökning som metodik för informationsinhämtning. Metoden för den litterära studien grundades huvudsakligen på kedjesökning, vilket innebär att relevanta källor identifieras genom att granska tidigare forskning inom det aktuella ämnesområdet (Nyberg & Tidström, 2013).Handledaren på universitetet rekommenderade läsning av tidigare forskning och äldre examensarbeten som utförts på Propia och som berörde liknande ämnen. Genom att undersöka referenslistorna i befintliga rapporter kunde ytterligare relevant litteratur för studien härledas. Denna metod möjliggjorde en effektiv identifiering av förstahandskällor relevanta för den aktuella studien.

I vissa fall användes även en systematisk sökning av källor med hjälp av sökverktyget "UniSearch". Denna metod innebär att nyckelord används för att beskriva det specifika området och problemet, vilka sedan fungerar som söktermer för att hitta relevant information (Nyberg & Tidström, 2013). För att maximera antalet sökträffar tillämpades även i vissa fall trunkering, där nyckelorden modifierades genom exempelvis böjning eller förkortning för att öka träffsäkerheten (Nyberg & Tidström, 2013).

Nyckelord som användes:

- Kvalitetsarbete
- Datadrivet beslutsfattande
- DRG
- Produktivitet sjukvård
- Effektivitet sjukvård
- Processledning
- Processmätning

Ett noggrant urval av sökträffar genomfördes i enlighet med Fribergs riktlinjer i verket "Dags för uppsats" (Friberg, 2022). Först gjordes ett primärt urval av sökträffarna genom att granska titlarna, där de titlar som inte ansågs relevanta för studien valdes bort (Friberg, 2022). Därefter gick granskningen vidare till sammanfattningar av rapporter och böcker för att göra ett sekundärt urval (Friberg, 2022). Endast de artiklar och böcker vars sammanfattningar bedömdes som relevanta valdes ut för vidare läsning.

2.5 Fallstudie på Öron-, näs- och halskliniken

En fallstudie genomfördes med två huvudsakliga syften. För det första syftade den till att svara på frågeställning F2: *"Hur kan en sjukvårdsverksamhet analysera sin prestanda?"*. För det andra avsåg den att bidra till författarnas förståelse av hur data hanteras och kan användas inom sjukvårdsverksamhet, med sikte på att utveckla ett arbetssätt som kan adressera frågeställning F3: *"Hur kan sjukvårdsverksamheter intuitivt och strukturerat genomföra förbättringsarbete baserat på sin strategi?"*.

Enligt Yin (2007) är en fallstudie användbar i situationer där frågor om "hur" och "varför" är centrala och där fokus ligger på aktuella händelser. I introduktionen och problemformuleringen framkommer det att sjukvården möter flera utmaningar i dagsläget och är därför i behov av ett effektiviserat användande av resurser. Dessutom är de frågor som behandlas i detta arbete främst inriktade på "hur"-frågor, med målet att koppla datainsamling till förbättringar inom sjukvården. Vidare förklarar Yin (2007) att fallstudier kan ligga till grund för generalisering, vilket överensstämmer med det övergripande syftet i detta arbete, att hitta ett sätt att underlätta genomförandet av förbättringsarbeten inom sjukvården. Vid genomförandet av fallstudier kan forskare välja mellan att utföra en enkel fallstudie eller flera fallstudier, där skillnaden ligger i antalet kontexter och analysenheter (Yin, 2007). På grund av tidsramen och omfattningen av arbetet beslutades det att en enkel fallstudie skulle utföras istället för flera, trots att flera fallstudier skulle ha inneburit fler kontaktpunkter och möjligheter till jämförelse av resultat. Valet av en enkel fallstudie med en analysenhet ansågs vara passande för att möjliggöra en djupare insikt och analys inom det specifika fallet. Det är dock viktigt att inte begränsa sig enbart till det specifika fallet, utan att alltid ha ett övergripande perspektiv för att kunna generalisera utan vara alltför låst vid resultatet från enfallsstudien (Yin, 2007).

Då fallstudien syftade till att möjliggöra Öron-, näs- och halsklinikens (ÖNH-kliniken) analys av sin prestanda togs en ny resultatvariabel fram. Fallstudien delas in i tre steg som beskrivs i Avsnitt 2.5.1 till 2.5.3 och är:

1. Definition av en resultatvariabel för mätning av prestanda
2. Utveckling av den framtagna resultatvariabeln
3. Undersökning av prestanda med resultatvariabeln

2.5.1 Definition av en resultatvariabel för mätning av prestanda

Fallstudien inleddes genom att genomföra ostrukturerade intervjuer och observationer med personer som arbetar inom verksamheten och regionen. En sammanställning av vilka personer som intervjuades eller var involverade i fallstudien presenteras i Tabell 2.1

Tabell 2.1: Lista över personer som har intervjuats eller varit involverade i fallstudien.

Kodnamn	Befattning
R1	Chef ÖNH-kliniken
R2	Sjuksköterska ÖNH-kliniken
R3	Biomedicinsk analytiker US
R4	Sjukvårdsstrateg US
R5	Anställd Akutmottagningen
R6	Ekonom US

Tabell 2.2 sammanställer de genomförda intervjuerna och de personer som deltog i dem under fallstudien. Olika intervjuetekniker kan tillämpas för att samla in data inom forskningssammanhang. Enligt Denscombe (2018) kan dessa tekniker delas in i ostrukturerad, semistrukturerad och strukturerad intervjuer. Denscombe (2018) beskriver att en ostrukturerad intervju är avsikten att den intervjuade ges möjlighet att uttrycka sig fritt och öppet om ämnet utan att intervjuaren styr dialogen. Å andra sidan karakteriseras en strukturerad intervju av en fördefinierad frågelista eller frågeformulär som fungerar som en tydlig ram för intervjun (Denscombe, 2018). Denna metod underlättar insamlingen av omfattande datamängder genom dess systematiska tillvägagångssätt (Denscombe, 2018). Semistrukturerade intervjuer innebär en kombination av både den strukturerade och ostrukturerade intervjutekniken, och ger intervjuaren ett förutbestämt ramverk för ämnesområdet som ska

diskuteras, samtidigt som den tillåter en flexibilitet som möjliggör för den intervjuade att uttrycka sina tankar fritt och opåverkat (Denscombe, 2018).

I denna fallstudie utfördes ostrukturerade intervjuer löpande parallellt med framtagningen av datamodellen. Målet med dessa intervjuer var att undersöka vad för resultatvariabel som var av intresse för personalen på ÖNH-kliniken att analysera, samt att inhämta information om den nuvarande processen för mätning och uppföljning av data inom verksamheten. Ämnesområdena för dessa intervjuer förbereddes på förhand, och presenteras i Tabell 2.2

Tabell 2.2: Lista som beskriver vilka intervjuer som utfördes under fallstudien, med vilka personer samt dess syfte och datum.

Kodnamn	Ämnesområde	Datum
R1 R2 R3	Diskussion av möjliga prestationsmätt samt genomgång av datasystemet Rebus	12/02/2024
R4	Förklaring av vad som mäts inom verksamheten samt genomgång av DRG-systemet	16/02/2024
R5	DRG och AFM	21/02/2024
R6	Ekonomisk data och koppling till DRG	12/03/2024
R1	Diskussion kring mått av prestation	14/03/2024

Lärdomar från dessa intervjuer bidrog till att definiera en resultatvariabel som mätte prestanda på ett meningsfullt sätt.

2.5.2 Utveckling av den framtagna resultatvariabeln

Under tiden som intervjuerna genomfördes, initierades arbetet med utvecklingen av en datamodell i samarbete med sjukvårdsstrategen R4 som innehar omfattande expertis inom användningen av sjukvårdsdata och besitter erfarenhet av sjukhusdatasystem. För att utveckla modellen användes REBUS, vilket är Region Östergötlands system för att strukturera och tillgängliggöra data. Tillsammans med R4 tillämpades Excelverktyget Fri Analys i REBUS, för att utforska de variabler som mäts på ÖNH-kliniken och hur dessa variabler kan användas för att kvantifiera den framtagna resultatvariabeln.

2.5.3 Undersökning av prestanda med resultatvariabeln

Det sista steget i fallstudien omfattade analys av resultatet av prestandamåttet. Detta steg utfördes genom att visualisera data med hjälp av linjediagram i Excel. Analysen av resultatet byggde på insikter från intervjuerna och det teoretiska ramverket för att säkerställa en välutvecklad utvärdering.

2.6 Undersökning av Region Östergötlands strategier för förbättringsarbete

För att samla in ytterligare information kring hur Region Östergötland arbetar med förbättringsarbete i sina verksamheter i dagsläget, och i sin tur kunna besvara frågeställning F3: "Hur kan sjukvårdsverksamheter intuitivt och strukturerat genomföra förbättringsarbete baserat på sin strategi?" så utfördes ett antal olika semistrukturerade intervjuer på olika mottagningsar inom regionen. Syftet med intervjuerna var att identifiera strategier och metoder som kan underlätta förbättringsinitiativ och sedan appliceras på olika sjukhusverksamheter i regionen. Därför ställdes frågor som var relaterade analysmodellens tre perspektiv. Genom intervjuer med personer med olika erfarenheter och arbetsroller samlades insikter för att

möjliggöra en bred generalisering av förbättringsinitiativ och för att undersöka eventuella gemensamma nämnare mellan de olika mottagningarna. Resultaten från intervjuerna syftade till att integrera teoretiska koncept med praktisk verklighet för att formulera en strategi för underlättande av förbättringsarbete som grundar sig i både teori och empiri.

För att få en djupare förståelse för tidigare förbättringsinitiativ, användningen av data inom sjukvården samt kopplingen mellan strategi och verksamhet, genomfördes semistrukturerade intervjuer med ett urval av personer som arbetade inom sjukvården i Region Östergötland.

Valet av intervjupersoner baserades på rekommendationer från handledare på Propia och en chef på ÖNH-kliniken. Det var av stor vikt att de som intervjuades hade mångsidiga erfarenheter för att täcka olika aspekter av verksamhetsstrukturen som påverkas av förbättringsinitiativ. Därför inkluderades en chef på ÖNH-kliniken, en anställd på Akutmottagningen och en sektionsledare för ÖNH-kliniken. En lista av personernas befattningar och kodnamn presenteras i Tabell 2.3, där R1 och R5 redan har intervjuats tidigare under fallstudien som presenteras i Avsnitt 2.5 men intervjuas återigen i denna undersökning. Dessa personer intervjuades inom de olika perspektiven i analysmodellen; Strategi & Styrning, Mätning & Data samt Förbättringsarbete, (se Figur 2.2). Intervjufrågorna återfinns i Appendix A.1.

Tabell 2.3: Lista över deltagare i de semistrukturerade intervjuerna.

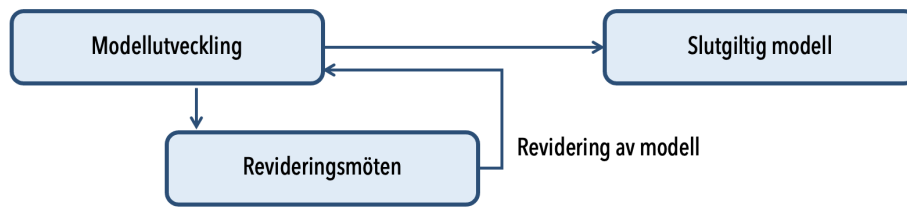
Kodnamn	Befattning
R1	Chef ÖNH-kliniken
R5	Anställd Akutmottagningen
R7	Sektionsledare ÖNH-kliniken

Under samtliga intervjuer dokumenterades respondenternas svar genom anteckningar samt ljudinspelningar för att möjliggöra en noggrann genomgång av materialet. Respondenternas svar sammanställdes sedan inom olika områden genom att återigen gå igenom anteckningarna från intervjuerna. Slutligen gick ljudinspelningarna igenom för att se till att ingen information missförstods eller missades.

2.7 Modellutveckling

Efter genomförandet av fallstudien vid ÖNH-kliniken och de semistrukturerade intervjuerna, initierades utvecklingen av en modell för förbättringar inom sjukvården med avsikt att svara på frågeställning F3: *"Hur kan sjukvårdsverksamheter intuitivt och strukturerat genomföra förbättringsarbete baserat på sin strategi?"*.

Modellutvecklingen genomfördes i tre olika steg som presenteras i Figur 2.3. Först formulerades en preliminär modell baserad på resultaten från fallstudien vid ÖNH-kliniken och de semistrukturerade intervjuerna. Därefter organiserades revideringsmöten där deltagarna fick möjlighet att kritiskt granska den preliminära modellen. Den preliminära modellen justerades därefter utifrån återkopplingen från revideringsmötena och detta ledde till framtagandet av den slutgiltiga modellen.



Figur 2.3: Arbetsgången för utvecklingen av modellen.

2.7.1 Framtagning av kritiska framgångsfaktorer

För att utveckla en modell med tydlig riktning och en stabil grund utformades ett antal kritiska framgångsfaktorer. Dessa faktorer härleddes från det teoretiska ramverket, fallstudien vid Öron-, näs- och halskliniken, samt de semistrukturerade intervjuerna på RÖ.

För att identifiera de kritiska framgångsfaktorerna kartlades först de viktigaste aspekterna av de olika metoderna och verktygen som beskrivs i det teoretiska ramverket. Dessa viktiga aspekter kopplades sedan till de insikter som erhöles från fallstudien för att hitta relevanta kopplingar till ett verkligt fall. Därefter kompletterades denna kartläggning med en undersökning av Region Östergötlands strategier för förbättringsarbete för att inhämta kunskap och erfarenheter från personer som arbetar inom regionen. Denna kombination av teoretiska och praktiska insikter ledde till en djupare förståelse av de kritiska framgångsfaktorerna som är avgörande för att utforma en effektiv modell för förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården.

2.7.2 Utveckling av preliminär modell

De kritiska framgångsfaktorerna togs fram för att utveckla en preliminär modell med syftet att stödja förbättringsarbete inom vården. För att modellen skulle få en tydlig och konsekvent struktur, undersöktes tidigare förbättringsramverk som identifierats i litteraturstudien. Detta steg var avgörande för att skapa en sammanhängande modell med en stabil teoretisk grund. Under utvecklingen av modellen var det viktigt att se till att den kunde tillämpas praktiskt för att underlätta effektivt förbättringsarbete inom vården.

2.7.3 Revidering av modell

Efter den preliminära modellen tagits fram utfördes revideringsmöten. Mötena utfördes tillsammans med personer som arbetar inom sjukvården på Region Östergötland. Tabell 2.4 presenterar tidpunkterna för revideringsmötena samt befattningen på personerna som deltog. Några av de som intervjuades har tidigare intervjuats under fallstudien som presenterades i Avsnitt 2.5 och även vid undersökningen av RÖs strategier för förbättringsarbete som presenterades i Avsnitt 2.6, varav fyra nya personer intervjuades; R7, R8, R9, R10.

Tabell 2.4: Lista som beskriver antalet revideringsmöten.

Kodnamn	Befattning	Datum
R8	Produktions och Logistiksamordnare US	29/04/2024
R7	Sektionsledare ÖNH-kliniken	29/04/2024
R9	Sjukvårdsstrateg US	2/05/2024
R1 R2 R10	Chef ÖNH-kliniken Sjuksköterska ÖNH-kliniken Stödroll US	2/05/2024
R5	Anställd Akutmottagningen	3/05/2024

I början av revideringsmötena presenterades den preliminära modellen. Dessa utfördes med hjälp av en PowerPoint presentation där en överblick av modellen presenterades, följt av en fördjupning i varje fas av modellen. Efter att varje fas hade presenterats hölls en diskussion med deltagarna där kritik och återkoppling togs emot.

Efter att samtliga revideringsmöten hade genomförts initierades processen för att revidera modellen. Återkopplingen från samtliga deltagare vid revideringsmötena samlades ihop och vägdes samman med de identifierade kritiska framgångsfaktorerna. Denna sammanställning användes sedan som grund för att genomföra nödvändiga justeringar i modellen. Slutresultatet av dessa justeringar utgjorde sedan den slutgiltiga modellen.

2.8 Etik

För att skapa en välgrundad och etisk studie bygger detta arbete på de fyra grundprinciperna för forskningsetik enligt den europeiska kodexen för forskningens integritet: Tillförlitlighet, ärlighet, respekt och ansvar (Vetenskapsrådet, 2023). Dessa principer utgör grunden för att producera ett arbete som är pålitligt, självkritiskt samt visar hänsyn och ansvarstagande.

Tillförlitlighet: Tillförlitligheten har säkerställt genom att grundligt granska och använda rekommenderade källor. Källkritik har även utövats vid informationssökning på internet och i böcker och under intervjuprocessen.

Ärlighet: Arbetet har följt LiU:s regler för att undvika plagiat (Linköpings universitet, u. å). AI-verktyget Chat-GPT har endast använts i syfte att förbättra grammatiken i texten. För att säkerställa transparens i rapporten har det strävats efter att dokumentera allt som har påträffats på ett objektivt och öppet sätt. All relevant information har inkluderats i arbetet för att bygga en så djupgående grund som möjligt för att fatta beslut baserade på korrekt fakta. Dock har det noga beaktats att skydda all personlig information i enlighet med sekretessregler, särskilt med tanke på känslig patientinformation inom sjukvården.

Respekt: Syftet med arbetet har varit att underlätta genomförande av förbättringsarbete inom sjukvården, för att kunna effektivisera vården. För att uppnå detta har fokus legat på att minimera störningar i vårdpersonalens dagliga arbete, så att de kan fortsätta med sina vanliga uppgifter. Dessutom har deras expertis och erfarenhet aktivt har beaktats för att säkerställa att arbetet bidrar till en ökad kvalitet.

Ansvar: Med medvetenhet om att arbetet kan ha praktiska konsekvenser för vårdpersonalens arbetsmiljö och patienternas tillgång till vård har förbättringsförslagens eventuella konsekvenser noggrant övervägts och hanterats.

2.9 Metodkvalitet

I detta avsnitt diskuteras överensstämmelsen mellan den valda metodens tillämplighet och dess överensstämmelse med verkligheten, samt hur tillförlitligt resultatet är. Validitet innebär att en studie mäter det den avser att mäta (Eriksson & Wiedersheim-Paul, 2014). Eriksson och Wiedersheim-Paul (2014) diskuterar begreppet validitet och kategoriserar det i två huvudsakliga aspekter: inre validitet och yttre validitet. Inre validitet handlar om överensstämmelsen mellan det koncept som ska mätas och den faktiska mätningen, medan yttre validitet reflekterar hur väl det som mäts återspeglar verkligheten.

Enligt Denscombe (2018), innebär inre validitet hur väl resultaten från en studie överensstämmer med det som faktiskt undersökts, vilket omfattar korrekta och relevanta observationer. För att säkerställa detta är en noggrann och korrekt behandling av insamlad data avgörande (Denscombe, 2018). I denna studie säkerställdes datainsamlingen genom samråd med en expert inom området för att garantera att korrekt data analyserades. För att ytterligare förstärka inre validitet användes triangulering, där flera källor av olika typer, både muntliga och skriftliga, användes för att stödja redovisningen i studien (Yin, 2013). För att säkerställa arbetets validitet utvärderades det med hjälp av teorin, erfaren sjukvårdspersonal, uppdragsgivaren Propia och handledare på universitet.

Yin (2007) beskriver yttre validitet som ett sätt att generalisera det erhållna resultatet vilket överensstämmer med målet av detta arbete med framtagning av en generell modell som är baserad på en fallstudie. För att kompensera för nackdelen med att enbart genomföra en fallstudie, användes en revideringsgrupp bestående av erfarna personer inom sjukvården. Deras insikter och återkoppling användes för att bedöma relevansen av den utvecklade modellen för sjukvården.



3 Teoretiskt ramverk och tidigare forskning

Detta kapitel presenterar en genomgång av det teoretiska ramverket och tidigare forskning som är relevant för ämnesområdena som studien berör. För att upprätthålla en konsekvent struktur i rapporten är det teoretiska ramverket och tidigare forskningen indelad i tre perspektiv som definieras i analysmodellen: Strategi & Styrning, Mätning & Data, och Förbättringsarbete. Teoretiska begrepp och modeller kombineras med tidigare forskning för beskriva kunskapsläget inom området idag. Avsnittet avslutas med en syntetisering av teorin.

3.1 Strategi & Styrning

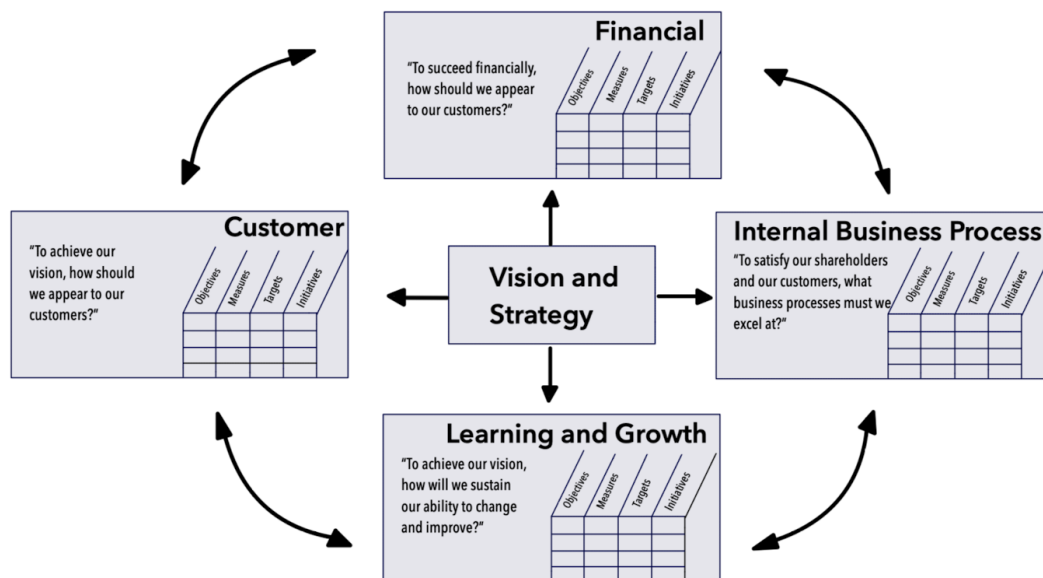
Hallin och Silverbo (2009) diskuterar tre former av styrning som är relevanta inom hälso- och sjukvårdssektorn: politisk styrning, administrativ styrning och professionell styrning. De beskriver att den mest centrala styrningen är den professionella styrningen, där sjukvårdsprofessionella, inklusive läkare och andra vårdpersonal, tar ansvar för att styra sjukvårdsprocesserna. Detta innebär att beslut rörande tid och resursallokering inom organisationen främst grundas på expertis och yrkesskicklighet (Hallin & Silverbo, 2009).

Styrningsmodeller kan användas för att hantera de utmaningar som den svenska sjukvården står inför. Berlin och Kastberg (2011) beskriver låg produktivitet och långa väntetider i hälso- och sjukvården som ett styrproblem och tar upp olika modeller för styrning som bemöter dessa problem, såsom balanserad styrning och processororienterad styrning, vilka kommer presenteras i kommande avsnitt.

3.1.1 Balanserad styrning

En effektiv metod för styrning inom sjukvården, enligt Berlin och Kastberg (2011), är att tillämpa mätning och användning av balanserade styrkort. Kaplan och Norton (2006) beskriver att huvudsyftet med balanserade styrkort att kontinuerligt utvärdera i vilken utsträckning verksamheten följer sin strategi och vision. Vid tillämpningen av ett balanserat styrkort bryts verksamhetens övergripande strategi ner i olika perspektiv, var och en ansvarig för att främja en specifik del av strategin (Kaplan & Norton, 2006). Dessa perspektiv inkluderar det finansiella perspektivet, kundperspektivet, processperspektivet samt utvecklings- och förnyelseperspektivet (Berlin & Kastberg, 2011). Det är vanligt att balanserade styrkort används

i offentliga verksamheter i Sverige (Bergman & Klefsjö, 2021), då det även brukar införas ett medarbetarperspektiv (Berlin & Kastberg, 2011). Kaplan och Norton (1996) illustrerar de olika delarna av det balanserade styrkortet, genom att företagets vision bryts ner i de olika perspektiven (se Figur 3.1). Vidare har varje perspektiv sina egna mål som kan brytas ner i kritiska framgångsfaktorer och nyckeltal (Berlin & Kastberg, 2011). Genom användning av balanserade styrkort kan en organisation effektivt kommunicera strategin till samtliga delar av verksamheten och systematiskt följa strategin för att uppnå långsiktiga mål (Kaplan & Norton, 2006).



Figur 3.1: Balanserad styrkort med de olika perspektiven samt deras respektive nyckeltal. Baserat på Kaplan och Norton (1996).

Ett praktiskt exempel på tillämpningen av balanserade styrkort presenteras av Berlin och Kastberg (2011) vid en Öron-, näs- och halsklinik vid Ängelholms sjukhus. Syftet var att styra verksamheten utifrån dess målsättningar. Genom att använda det balanserade styrkortet kunde cheferna inom kliniken få en tydligare överblick över verksamheten och identifiera samt åtgärda eventuella brister (Berlin & Kastberg, 2011).

3.1.2 Analytics for Management

Ytterligare en modell för styrning inom en verksamhet är Analytics for Management (AFM), som utvecklades som en del av Tanima Chowdhury och Louise Sandéns examensarbete år 2015 (Chowdhury & Sandén, 2015). Modellen har som mål att fungera som ett effektivt verktyg för att koppla organisations strategi till processmätning, mer specifikt Key Performance Indicators (KPI). Dessutom inriktar sig modellen till att visualisera KPI:er för att stödja ledningsbeslut (Chowdhury & Sandén, 2015).

Kopplingen från strategi till mätetal genomförs genom tre faser som sammanfattande kan beskrivas som "strategisk planering", "KPI-utformning" och "datainsamling" (Chowdhury & Sandén, 2015). Författarna beskriver att den strategiska planeringen möjliggör att strategiska mål kan fastställas, vilka sedan omsätts till taktiska mål. Det är sedan dessa taktiska mål som

utgör grunden för framtagningen av KPI:er, exempelvis nettoomsättning eller genomsnittlig kundorder. KPI:er är uppdelade i Key Performance Outcomes (KPO) och Key Performance Drivers (KPD), där KPO avser de faktiska prestationerna som mäts inom processen och är kopplade till den övergripande strategin, medan KPD är de mätetal som påverkar KPO (Chowdhury & Sandén, 2015).

Chowdhury och Sandén (2015) betonar att utvecklingen och framtagningen av KPI:er kräver ett nära samarbete mellan den operativa och taktiska nivån. Det är särskilt viktigt att involvera den operativa personalen, som besitter mest insyn i de operativa processerna. Vidare förklarar Chowdhury och Sandén (2015) att utöver att vara kopplade till strategin bör KPI:erna också vara relaterade till både interna och externa perspektiv på processen. Författarna beskriver att brainstorming kan användas för att föreslå fler KPI:er, vilket kan kräva ett urval av de viktigaste och en noggrann definition för att säkerställa effektiv hantering. Därefter begränsas urvalet genom att välja högst åtta KPO:er och högst 20 KPD:er för att säkerställa fokus och hanterbarhet i mätningen av verksamhetens prestanda. När dessa är fastställda bör rimliga målnivåer definieras för varje KPI för att underlätta uppföljningen och möjliggöra jämförelser mellan faktisk prestanda och önskade mål (Chowdhury & Sandén, 2015).

3.1.3 Processororienterad styrning

Den sista styrningsmodellen som presenteras är processororienterad styrning, där patientens flöde genom vårdsystemet kan följas för att identifiera eventuella ineffektiviteter eller brister i flödet (Berlin & Kastberg, 2011). Berlin och Kastberg definierar processororienterad styrning som en metod där flödet av verksamhetsprocesser kan analyseras (Berlin & Kastberg, 2011). Det flöde som omfattar patientens progression genom hälso- och sjukvården benämns som vårdkedja. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) definierar en vårdkedja som "Beskrivning av patientens väg genom vården. Från att patienten kontaktar vården till att kontakten avslutas. Det inkluderar alla vårdaktiviteter och ledtider" (Sveriges Kommuner och Regioner, 2022a).

Men vad är egentligen en process? Inom kvalitetsområdet är en process en kedja av aktiviteter som upprepas över tid med syfte att leverera värde till en kund och möta kundbehovet (Bergman & Klefsjö, 2021). Kundbegreppet behandlar både interna kunder (nästa person i kedjan) och externa kunder (sista personen i kedjan) (Bergman & Klefsjö, 2021).

Processer kan utvärderas genom processororienterad styrning, vars huvudsyfte är att förbättra och utveckla arbetsmetoder för att säkerställa att de specifika kundbehoven uppfylls (Bergman et al., 2022). Istället för att enbart fokusera på att uppnå resultat som i exempelvis balanserad styrning, betonar processtyrning kontinuerlig förbättring och anpassning av arbetsflöden för att optimera prestanda och kvalitet (Bergman et al., 2022). Genom processtyrning erhålls en överblick över organisationen och dess funktioner, vilket underlättar förståelsen för hur olika delar är sammanlänkade och samarbetar för att hålla kundfokus (Bergman & Klefsjö, 2021). Dessutom främjar processmedvetenhet inom en organisation spridningen och standardiseringen av förbättringar i processerna, istället för att individuella parter arbetar oberoende med dem (Liker & Meier, 2005). En fördel med processtyrning inom vården är att den möjliggör att patienten kan sättas i centrum, tack vare förbättrad kommunikation och en mer helhetssyn på patientens behov från alla inblandade parter (Berlin & Kastberg, 2011).

Det finns däremot en del utmaningar med processtyrning, speciellt inom sjukvården. Implementeringen av processtyrning inom vården kan vara problematiskt eftersom det kan leda till en bristande kontinuitet i kompetensutvecklingen, eftersom alla som arbetar med liknande frågor inte nödvändigtvis är samlade på ett ställe (Berlin & Kastberg, 2011). Dessutom är

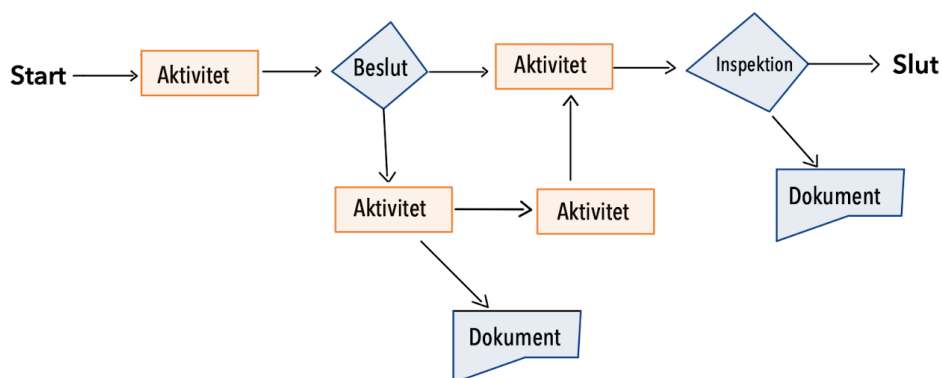
sjukvården starkt präglad av invanda mönster och rutiner, vilket gör det utmanande att införa en processinriktad metodik (Berlin & Kastberg, 2011). Detta på grund av att det innebär att befintliga rutiner kan behöva omprövas och anpassas för förbättringar, vilket kanske inte alltid följs upp av vårdpersonalen (Berlin & Kastberg, 2011).

Kartläggning av en process

Trots de utmaningar som följer med processstyrning finns det flera fördelar med metodiken. En av dessa fördelar är förmågan att tydligt visualisera hur processerna fungerar och hur information flödar (Heher & Chen, 2017). Processkartläggning fungerar som ett effektivt verktyg för att uppnå denna visualisering (Heher & Chen, 2017). Processkartläggning ger en helhetsbild av processen, inklusive dess delprocesser, aktiviteter, dokumentation och roller. För att genomföra en processkartläggning bör processen först identifieras och syftet med kartläggningen klargöras, det vill säga vad som vill uppnås med den (Heher & Chen, 2017). Exempelvis kan sådana mål vara; ökad effektivitet, mätning av processprestanda, eller identifiering av nya arbetsmetoder. För att sedan utföra själva kartläggningen behövs informationssamling i form av dokumentation, kunskap om avdelningarna och dess personal samt observation av själva processen i arbete (Heher & Chen, 2017). Det är viktigt att de som är involverade i processen deltar i kartläggningen för att säkerställa att alla relevanta delar tas med (Heher & Chen, 2017). Samtidigt bör det, enligt Bergman och Klefsjö (2021), definieras hur djupt kartläggningen vill gå in i processen. Ska varje delprocess, aktivitet och dokumentation som ingår utforskas? Valet beror på syftet med kartläggningen, och det är viktigt att hålla detta i åtanke för att undvika att kartläggningen tar över allt fokus och resurser som behövs för att faktiskt genomföra förbättringar (Bergman & Klefsjö, 2021).

Visualisering av en processkarta

Genom att kartlägga en process kan processen visualiseras. Figur 3.2 visar ett exempel på hur en generell processkarta kan se ut, där hela processen är illustrerad från början till slut. Enligt Bergman et al. (2022) är det viktigt att tydligt definiera vad slutet av en process innebär. Är det när slutkundens behov är uppfyllt eller när ett visst arbete har slutförts för att kunna gå vidare till nästa steg i processen? Vid kartläggning är det bäst att börja från slutet av processen och definiera slutmålet för att sedan arbeta bakåt för att identifiera de nödvändiga aktiviteterna som uppfyller detta mål (Bergman et al., 2022). Processkartan kan också inkludera andra delar såsom inspektion, beslut och dokumentation (Bergman et al., 2022).



Figur 3.2: Generell kartläggning av en process. Baserat på Bergman et al. (2022) s.391)

3.2 Mätning & Data

Utvärderingen av en organisations strategi är en integrerad process som kräver noggrann insamling och analys av relevanta data för att bedöma i vilken utsträckning organisationen följer den förutbestämda strategin. Enligt Elg (2022) kan data conceptualiseras som resultatet från mätningar. Elg (2022) framhåller att mätvärden bör uppfylla ett antal väsentliga kriterier. För det första bör de vara relevanta för den specifika verksamheten, vilket innebär att de ska vara direkt kopplade till de strategiska målen och aktiviteterna i organisationen. För det andra bör mätvärden vara enkla att tolka, vilket underlättar för beslutsfattare och intressenter att förstå den information som presenteras (Elg, 2022). Slutligen bör mätvärden kunna användas som underlag för förbättringsarbete, vilket innebär att de ska vara aktiva och stödjande för att informera beslut och åtgärder som syftar till att förbättra verksamhetens prestanda (Elg, 2022).

För att kunna dra slutsatser och fatta beslut utifrån insamlad data förklarar Elg (2022) vikten i att förstå dess innebörd. För att underlätta detta kan data visualiseras på olika sätt, beroende på syftet med undersökningen (Elg, 2022). Exempelvis kan tidsseriediagram användas för att upptäcka variationer och trender (Elg, 2022), medan ett paretodiagram kan vara användbart för att identifiera och hantera olika problem inom en verksamhet (Bergman & Klefsjö, 2021).

3.2.1 Överstyrning

En korrekt tolkning av data är av yttersta vikt för att kunna dra rättfärdigade slutsatser. Det är avgörande att ha en djup förståelse för att brus i mätningarna kan ge upphov till variation i resultaten. Det är därför viktigt att vara medveten om risken för att felaktigt tolka mätresultaten, exempelvis genom att felaktigt uppfatta slumpmässiga variationer som urskiljbara eller vice versa (Elg, 2022). Att vidta sådana felaktiga tolkningar kan resultera i problem såsom överstyrning (Elg, 2022). Enligt Deming (2000) kan överstyrning uppstå som ett resultat av att genomföra förbättringsåtgärder som grundar sig på felaktiga tolkningar av data eller situationen. Detta innebär att det finns en risk att försämma ett redan stabilt system genom att införa åtgärder som inte är nödvändiga eller inte direkt adresserar de verkliga orsakerna till problemet (Deming, 2000). Smeds (2022) påpekar i sin rapport att begreppet "överstyrning" har fortfarande samma innebörd idag som det gjorde när det först introducerades av Deming på 1980-talet och att det fortfarande är ett problem inom organisationer idag. Dock skriver Smeds (2021) att begreppet överstyrning kan omdefinieras enligt:

"A response to a perceived problem in the form of an action that is not directed at the fundamental cause of the problem, which leads to a deterioration of the process or the process output." (Smeds, 2021, ch. 5)

3.2.2 DRG-systemet

Enligt Norbäck och Targama (2009) utgör sjukvården ett komplext system där en omfattande dokumentation är av yttersta vikt för att skapa en sammanhängande historik av patienters vårdresor och då är det väldigt viktigt att data samlas in på rätt sätt. Dokumentation möjliggör en effektiv övervakning av patientens hälsa samt underlättar samordningen och planeringen av vården (Norbäck & Targama, 2009). En metod som används för att underlätta både insamlingen och analysen av data för att kunna föra dokumentation är klassificeringen av Diagnosrelaterade grupper (DRG) (Socialstyrelsen, 2022). DRG-systemet innebär att interaktioner mellan patienter och vården grupperas baserat på deras resurs och medicinska behov, med hänsyn till olika faktorer, och är en form av sekundär patientklassificering (Socialstyrelsen, 2022). Denna gruppering baseras på den primära patientklassificeringen som omfattar både en kod för vårdåtgärder och en kod för diagnoser (Region Östergötland,

[2024b]. Detta innebär att kontakten mellan patient och vård baseras på olika diagnoser och åtgärder, vilket resulterar i ett betydande antal individuella koder jämfört med den sekundära klassificeringen. Syftet med detta system är att möjliggöra en mer rättvis och precisa kompensation för de olika vårdinsatser som utförs, samtidigt som det bidrar till en mer strukturerad och enhetlig hantering av vårddata (Hallin & Silverbo, [2009]).

Dahlgren ([2023]) från Socialstyrelsen beskriver i en inspelning på SKRs webbplats att det finns olika varianter av DRG-systemet. Dessa system är konstruerade på olika sätt baserat på primärklassificeringen, vilket kan variera mellan länder och bör därför inte förväxlas. Vidare beskriver han att i Norden, specifikt i Sverige, används NordDRG-systemet, som bygger på redan befintliga diagnoser och åtgärder från primärklassificeringen. Dahlgren beskriver att vårdkontakter placeras i samma DRG grupp om de kräver ungefär samma resurser och om diagnoserna samt åtgärderna är liknande. Enligt Dahlgren ([2023]) är DRG grupperingen uppbyggd av redan existerande data såsom:

- Huvuddiagnos
- Bidiagnos
- Åtgärd
- Kön, ålder, vårddagar, födelsevikt och utskrivningssätt (kan användas i vissa fall)
- Besökstyp och yrkeskategori (endast i öppenvård)

Dahlgren tar även upp att måttet kostnad per patient (KPP) används för att beskriva hur resurskrävande en vårdkontakt är och registreras i KPP-databasen hos SKR. KPP-systemet tillhandahåller ekonomisk data från hela landet med syftet att möjliggöra för DRG-systemet att integrera både ekonomiska och medicinska data som kommer från primärklassificeringen (Dahlgren, [2023]).

Sundberg ([2023]) från Socialstyrelsen berättar om DRG- vikter kopplad till KPP i ytterligare en inspelning publicerad av SKR. Hon förklarar att när alla sjukvårdskostnader för patienter summeras fås en genomsnittskostnad, som då motsvarar en DRG-vikt på 1. Detta innebär att de DRG-grupper som har en genomsnittskostnad lika med denna vikt också tilldelas en DRG-vikt på 1. Denna DRG-vikt används sedan som en referenspunkt för att jämföra medelkostnader för olika DRG-grupper och få fram deras DRG-vikter, vilket i sin tur ger en bild av deras vårdtyngd, det vill säga hur resurskrävande de är. Om medelkostnaden för en DRG-grupp är lägre än den beräknade genomsnittskostnaden, resulterar detta i en DRG-vikt mindre än 1, vilket indikerar en lägre grad av vårdtyngd. Å andra sidan, om medelkostnaden för en DRG-grupp är högre än genomsnittskostnaden, resulterar detta i en DRG-vikt större än 1, vilket indikerar en högre grad av vårdtyngd. Beräkningen av DRG-vikten utförs genom att dividera medelkostnaden för en specifik DRG-grupp med genomsnittskostnaden från KPP-databasen (Sundberg, [2023]):

$$DRG - vikt = \frac{Medelkostnad_{DRG-grupp}}{Genomsnittskostnad} \quad (3.1)$$

Mätning av produktivitet

Förutom dess användning för resursfördelning, kan DRG även fungera som ett verktyg för att mäta produktivitet mellan olika regioner. Detta åstadkoms genom att beräkna kostnaden per DRG-vikt för varje region (Sveriges Kommuner och Regioner, [2023]). Det innebär att den totala vårdkostnaden relaterad till DRG-vikterna delas med summan av alla DRG-vikter för den aktuella regionen, vilket kan uttryckas enligt Ekvation 3.2 (Sveriges Kommuner och Regioner, [2023]).

$$\text{Produktivitet per region} = \frac{\sum \text{Kostnad per DRG-vikt}}{\sum \text{DRG-vikt}} \quad (3.2)$$

Produktiviteten mellan olika regioner jämförs genom att en lägre kostnad per DRG-vikt indikerar en högre produktivitet (Sveriges Kommuner och Regioner, 2023). Det intressanta med detta mått är att varje region har samma DRG-vikter, men kostnaden varierar mellan regionerna beroende på deras förutsättning vilket då ger olika produktivitet för de olika regionerna (Sveriges Kommuner och Regioner, 2023). Orsakerna till skillnaden i produktivitet kan vara olika, såsom dyrare utrustning, mer erfarna läkare med högre kostnader eller ineffektiva processer (Rådet för främjande av kommunala analyser, 2022).

Prestationsfinansiering

En metod för att potentiellt öka produktiviteten är genom användningen av prestationsfinansiering, även kallad prestationsersättning, där resurser allokeras baserat på utförda prestationer. Berlin och Kastberg framhäver att DRG-systemet utgör en passande grund för ett sådant system (Berlin & Kastberg, 2011). Under 1990-talet implementerade några av Sveriges landsting prestationsfinansiering parallellt med beställarstyrning (Hallin & Silverbo, 2009). Beställarstyrning, även känt som beställar-utförarmodellen innebär, enligt Hallin och Silverbo (2009), att demokratiskt valda politiker fungerar som en tydlig länk mellan patienternas behov och sjukvården. Dessa politiker betraktas som "beställare" och förmedlar behoven till "utförarna", som representeras av sjukvårdsverksamheten.

Potentiella effekter av prestationsfinansiering

Prestationsfinansiering som metod kan implementeras genom olika modeller varav en av dem är Stockholmsmodellen (Hallin & Silverbo, 2009). Målet med Stockholmsmodellen är att öka produktiviteten samtidigt som vården bibehålls på en hög kvalitetsnivå (Hallin & Silverbo, 2009). Effekterna av införandet av Stockholmsmodellen på ett akutsjukhus i Stockholms Läns Landsting (SLL) analyserades av forskarna Charpentier och Samuelson (2000) under perioden 1992-1997.

I studien observerade Charpentier och Samuelson (2000) påverkan av Stockholmsmodellen på produktiviteten där de fann bland annat att produktiviteten varierade beroende på hur den definierades. Om produktiviteten definierades som kvoten mellan produktionsvolymen och kostnaderna, noterade författarna en initial ökning följt av en avtagande trend i produktivitet. Denna observation indikerade att prestationsbaserad finansiering inte genererade en övergripande förbättring av produktiviteten. Å andra sidan, om produktiviteten definierades i termer av DRG-vikt i förhållande till kostnader, noterades endast en sänkning i slutet av studien. Denna sänkning är däremot mindre än den i det tidigare presenterade måttet för produktivitet (Charpentier & Samuelson, 2000).

Charpentier och Samuelson (2000) observerade även allmänna effekter av Stockholmsmodellen, inklusive en ökad fokusering på vårdkvalitet hos vårdpersonalen och en förkortning av vårdtiden inom slutenvården. Vidare har det hänt att prestationsersättningssystem har manipulerats i Sverige. Under våren 2022 publicerade SVT (2022b) om ett hemtjänstbolag, Attendo, som hade varit inblandat i felaktigheter gällande registrering av arbetstimmar. Bolaget, som är privat och anlitat av Uppsala Kommun (SVT, 2022a), debiterade kommunen för arbete som inte hade utförts, vilket resulterade i att individer som var beroende av bolagets vård inte erhöll den nödvändiga assistansen (SVT, 2022b). Detta avtal mellan Attendo och kommunen, där debitering skedde baserat på arbetstimmar, kan betraktas som en form av prestationsfinansiering, även om det inte explicit definieras som ett prestationsersättningssystem.

En risk som Charpentier och Samuelson (2000) tog upp är illegal DRG-glidning. Detta innebär att vårdpersonal manipulerar ett prestationsersättningssystem genom att medvetet tilldela patienter diagnoser felaktiga DRG-vikter för att erhålla högre ersättning. Dock visar Charpentier och Samuelssons forskning att under perioden 1992-1997 var det snarare vanligt att DRG-glidning utfördes åt motsatt håll, där patienter tilldelades diagnoser med lägre DRG-vikter, vilket resulterade i minskade intäkter (Charpentier & Samuelson, 2000).

3.3 Förbättringarbete

I det föregående avsnittet diskuterades Mätning & Data, vilket utgör en grund för att genomföra förbättringsarbete. Utförandet av förbättringsarbete är avgörande för att hantera de omfattande förändringarna i samhället och de krav på effektiv resursanvändning som sjukvården står inför (Elg, 2022). I sin föreskrift påpekar Socialstyrelsen (2019) att verksamheter inom vården är skyldiga att ha ett ledningssystem för att kontinuerligt förbättra sin kvalitet. Enligt föreskriften bör det finnas ett systematiskt förbättringsarbete som inkluderar egenkontroller av resultaten och jämförelser med tidigare resultat eller liknande verksamheter (Socialstyrelsen, 2019).

Enligt (Nationella plattformen för förbättringskunskap, u. å) kan verktyg som Plan-Do-Study-Act (PDSA), flödesdiagram och fiskbensdiagram underlätta förbättringsarbete inom vården. Olika tillvägagångssätt används i olika regioner. Till exempel använder sig Region Blekinge av en åtta-stegsprocess som börjar med bakgrundsinformation och avslutas med lärande (Region Blekinge, 2021). Region Stockholm ger också förslag på olika verktyg, de påpekar att flera kliniker har haft framgångsrika förbättringsprojekt med hjälp av kartläggning, brainstorming och andra nämnda verktyg (Vårdgivarguiden, 2023).

Ett exempel på ett sådant framgångsrikt projekt i Region Stockholm är ett förbättringsarbete som genomfördes på Södersjukhuset med syftet att säkerställa att patienterna får "rätt vård på rätt nivå i rätt tid" (Vårdgivarguiden, 2023). Projektet inkluderade kartläggning av den nuvarande processen för att identifiera förbättringsmöjligheter, vilket resulterade i förbättrade arbetsrutiner. Ett annat exempel är Akademiska sjukhuset i Uppsala som genomförde ett förbättringsprojekt med målet att minska den tid som patienterna tillbringade i respirator (Vårdgivarguiden, 2023). Här användes också kartläggning och brainstorming för idégenerering, tillsammans med PDSA. Resultatet av projektet inkluderade en total minskning på 12 procent av patienternas tid i respirator (Vårdgivarguiden, 2023).

I detta arbete kommer metoder och verktyg såsom Genombrottsmetoden, Six Sigma, PDSA-cykeln, Paretdiagram och Ishikawadiagram att användas för att identifiera kritiska framgångsfaktorer för förbättringsarbeten. Dessa verktyg och metoder beskrivs utförligt i kommande avsnitt.

3.3.1 Genombrottsmetoden

Genombrottsmetoden, som ursprungligen har sina rötter i USA, har vidareutvecklats av SKR för att anpassas och implementeras i den svenska kontexten sedan 1990-talet (Caping et al., 2014). Metoden förbättrar processer genom att gradvis införa förändringar med ett klart definierat mål (Caping et al., 2014). Genom att testa och utvärdera små förändringar kan verksamheter lära sig och anpassa strategin för att uppnå önskade resultat (Caping et al., 2014). Till skillnad från andra metoder, uppmuntrar genombrottsmetoden deltagarna att aktivt delta i problemlösningen, med hjälp av exempelvis PDSA, samt reflektera över verksamhetens styrkor och svagheter (Caping et al., 2014). Deltagare kan vara den operativa personalen, ledningsgrupper och även patienter (Sveriges Kommuner och Regioner, 2021). Metoden finns som ett gratis digitalt verktyg där olika organisationer kan få stöd för insamling och utförande av olika förbättringsförslag (Genombrott, u. å). Verktöget underlättar för personalen och ledningen att övervaka verksamhetens prestation genom att automatiskt sammanställa rapporter baserade på resultaten av insamlade enkäter (Uppdrag Pyskisk Hälsa, u. å). Genombrottsmetoden har använts framgångsrikt i flera projekt runt om i landet, inklusive i stor utsträckning i Region Skåne och Västra Götalandsregionen (Caping et al., 2014). Sedan 2015 har Region Östergötland använt metoden för att förbättra förebyggandet av vårdrelate-

rade infektioner (VRI), vilket har resulterat i utvecklingen av nya arbetsrutiner med målet att minska förekomsten av VRI (Region Östergötland, 2024a).

3.3.2 Six Sigma

En av de etablerade metoderna för genomförande av förbättringsarbete är Six Sigma, som är en strukturerad datadriven problemlösningsmetod för att lösa flera typer av projekt (Brook, 2010). Brook lyfter fram att Six Sigma syftar till att minimera variation i en process i syfte att eliminera slöserier och defekter för att höja kundnöjdheten (Brook, 2010). Ett framgångsrikt Six Sigma-projekt kräver ledninggruppens engagemang och stöd eftersom de har ansvaret för att godkänna föreslagna förbättringar och förändringar (Bergman et al., 2022). Utförandet av denna strukturerade metod sker genom användningen av fem olika faser, som kallas DMAIC. DMAIC står för Define, Measure, Analyze, Improve och Control (Brook, 2010).

För de olika faserna finns det diverse verktyg tillgängliga som kan användas, och nedan presenteras dem.

I den första fasen, "Define", är beskriver Brook (2010) att syftet är att förstå vilka mål som ska uppnås under förbättringsprojektet. Där det första steget är att formulera en problemformulering, som bör vara kortfattad, koncis och tydligt avgränsad. Samtidigt definieras målen för projektet, vilka inte bara ska återspegla problemformuleringen utan också klargöra projektets syfte, där även målformuleringen bör hållas så kortfattad som möjligt (Brook, 2010).

Efter Define-fasen fortsätter projektet till Measure-fasen, där Brook (2010) beskriver att fokuset är att identifiera och visualisera de mätvariabler som är relevanta för projektets problem. Under denna fas undersöks historiska mätdata som rör det specifika problemet för att ge en bild av de aktuella mätvariablernas nuvarande prestation (Brook, 2010).

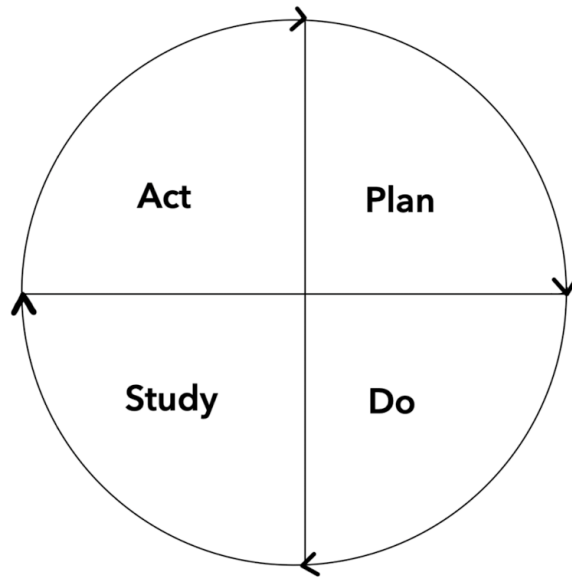
I fasen "Analyze" beskriver Brook (2010) att processens funktion undersöks och analyseras för att förstå det identifierade problemet djupare. Författaren beskriver att processkartläggning vanligtvis används för att visuellt representera och förstå de olika stegen i processen. Sedan tillämpas olika analytiska tekniker, såsom brainstorming, Ishikawadiagram och 5 whys-metoden, för att identifiera och analysera de underliggande orsakerna till problemet. Vidare beskrivs det att målet är att inte bara behandla symptomen utan att komma till roten av problemet för att kunna genomföra effektiva och långsiktiga åtgärder (Brook, 2010).

Den följande fasen, "Improve", beskriver Brook (2010) att fokus ligger på att identifiera och utveckla lösningar för de grundorsaker som har identifierats i Analyze-fasen. För att stödja detta nämns metoder som negativ brainstorming, assumption bursting, viktning av lösningar och riskanalyser. Därefter fortsätter projektet genom att bestämma hur lösningen ska implementeras. (Brook, 2010)

Den sista fasen, "Control", har som mål att säkerställa att projektet implementeras fullständigt och integreras i den operativa verksamheten (Brook, 2010). Detta inkluderar att etablera rutiner och strukturer för att säkerställa långsiktig användning i enlighet med projektets ursprungliga syfte även efter att Six Sigma-projektet avslutats (Brook, 2010).

3.3.3 PDSA-cykeln

En ytterligare metod för förbättringsarbete, som bygger på en strukturerad metod, är PDSA-cykeln. Enligt Bergman och Klefsjö (2021) kan organisationer kontinuerligt genomföra förbättringsarbete genom att följa denna cykel, som består av fyra steg där respektive steg motsvarar varsin bokstav i akronymen PDSA (Plan Do Study Act) och illustreras i 3.3



Figur 3.3: PDSA-cykeln. Baserad på Bergman et al. (2022) s.201)

Bergman och Klefsjö (2021) beskriver att det första steget innebär att planera för förbättringar, där mål och strategier för förändring fastställs. Därefter följer det andra steget, som involverar implementeringen av de identifierade förbättringsåtgärderna för att uppnå de förutbestämda målen. Vidare beskriver författarna att det tredje steget involverar observation av den genomförda processen samt effekterna av de implementerade förbättringarna. Slutligen fokuserar det fjärde steget på att dra lärdom av förbättringsinsatserna och att ytterligare förstärka den förbättrade processen (Bergman & Klefsjö, 2021).

Under det första steget, **"Plan"** ska det planeras inför vad som ska förbättras genom att exempelvis resonera kring de olika resultaten från olika angreppssätt på problemet (Deming, 2000). Verktyg såsom Pareto-diagram, ishiawadiagram och brainstorming kan användas för att systematiskt identifiera orsakerna till det identifierade problemet (Bergman & Klefsjö, 2021). Vidare betonar Bergman och Klefsjö (2021) vikten av att i denna fas utse ansvariga för genomförandet av förbättringsåtgärderna.

I det efterföljande steget, **"Do"**, genomförs förbättringsåtgärderna, antingen i full skala eller i form av pilotprojekt (Bergman & Klefsjö, 2021). Detta steg bör genomföras av ett team som är insatt i problemet samt de föreslagna lösningsmetoderna (Bergman & Klefsjö, 2021).

Efter att åtgärderna har implementerats kommer det tredje steget i cykeln, **"Study"**, där effekterna av förbättringsarbetet utvärderas (Bergman et al., 2022). Statistiska verktyg som Pareto-diagram kan återigen vara användbara för att analysera resultat (Bergman & Klefsjö, 2021). En framgångsrik förbättring möjliggör övergången till nästa steg, medan ett misslyckande öppnar upp en möjlighet till lärande för att identifiera orsakerna bakom det (Bergman et al., 2022).

I det sista steget **"Act"** förespråkar Deming (2000) anpassning till förändringen om den resulterar i önskat utfall. Vid ofördelaktigt resultat rekommenderas antingen att förkasta den implementerade förändringen eller att återgå till det inledande steget med modifierade förutsättningar (Deming, 2000). Bergman och Klefsjö (2021) betonar nödvändigheten av att standardisera förändringar som har resulterat i önskvärda utfall.

Nolans förbättringsmodell

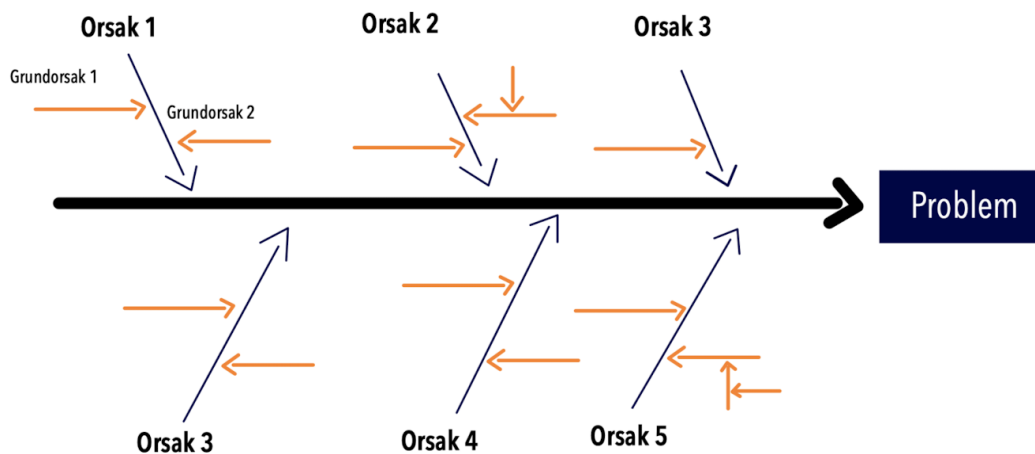
Bergman och Klefsjö (2021) tar upp Nolans förbättringsmodell vilket är en utvidgning av PDSA-cykeln som stödjer cykeln genom de tre följande frågorna; "a) Vad vill vi åstadkomma?, b) Hur vet vi att en förändring är en förbättring?, c) Vilka förändringar kan vi göra/pröva som kan leda till en förändring?" (Bergman & Klefsjö, 2021, s. 97). Dessa tre frågor är avsedda att initialt, vid användning av PDSA-cykeln, etablera ett tydligt mål och syfte, se till att mätning av faktorer som bidrar till målet utförs för att övervaka dess framsteg och resultat, samt att generera idéer som inleder PDSA-cykeln (Bergman et al., 2022).

3.3.4 Ishikawadiagram

Genomförandet av förbättringsarbete kräver vid ett givet tillfälle att orsakerna till det aktuella problemet identifieras. Detta kan uppnås genom användning av ett Ishikawadiagram, även känt som fiskbensdiagrammet. Detta verktyg är ofta använt inom förbättringsprocesser och hjälper till att visualisera potentiella orsaker till ett problem genom att kategorisera dem i olika huvudgrupper (Bergman et al., 2022).

Vid användningen av Ishikawadiagrammet tillämpas ofta brainstorming-metoder och 5-varför-metoden för att utforska bakomliggande faktorer till varje huvudområde (Brook, 2010). Brainstorming handlar om att generera olika idéer om möjliga orsaker och samla in så många perspektiv som möjligt för att säkerställa att de verkliga orsakerna identifieras och undvika beslut baserade på felaktig eller ofullständig information (Brook, 2010). För att hantera en specifik orsak och nå rotorsaken till ett problem kan verktyget "5-varför" användas. Genom att ställa frågan "varför" ungefär fem gånger i följd kan man gradvis borra ner i problemet och förstå dess olika lager (Brook, 2010). Detta tillvägagångssätt gör det möjligt att nå en specifik och korrekt identifiering av rotorsaken, vilket är avgörande för att kunna vidta rätt åtgärder för att lösa problemet (Brook, 2010).

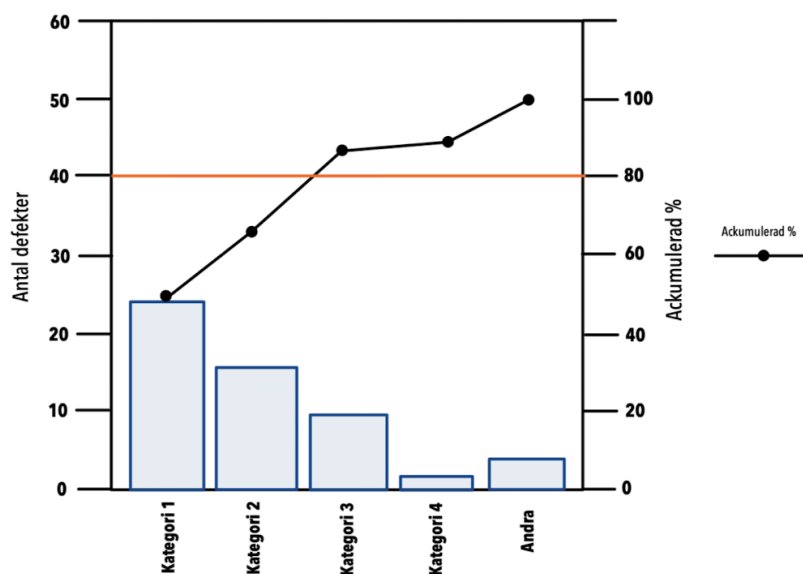
Kombinationen av brainstorming och 5-varför-metoden förstärker användningen av Ishikawadiagrammet, eftersom resultaten från båda metoderna kan användas för att fylla diagrammet med insikter om potentiella orsaker. Figur 3.4 illustrerar ett exempel på ett Ishikawadiagram där de orangea pilarna är resultatet av exempelvis 5-varför-metoden, och de olika huvudorsakerna är resultatet av brainstorming (Bergman et al., 2022).



Figur 3.4: Ishikawadiagram. Baserad på Bergman et al. (2022, s.226)

3.3.5 Paretdiagram

Det finns olika verktyg tillgängliga för att identifiera problem och bestämma deras prioriteringsordning för åtgärder. Ett av dessa verktyg är Paretdiagrammet, som anses vara användbart inom förbättringsprocesser eftersom det hjälper till att klargöra vilka problem som bör prioriteras för åtgärder (Bergman et al., 2022). Genom tillämpningen av 80/20-regeln kan det enligt Bergman et al. (2022) observeras att i de flesta fall är det 20 procent av kategorierna som är ansvariga för 80 procent av problemen, vilket illustreras i Figur 3.5. Användningen av paretdiagrammet i kombination med denna regel är särskilt fördelaktig när det finns tidsbegränsningar och det inte är praktiskt möjligt att åtgärda alla problem samtidigt (Bergman et al., 2022). Istället kan fokus läggas på de kategorier som mest tydligt representerar problemen för att effektivt identifiera och genomföra åtgärder (Bergman et al., 2022).

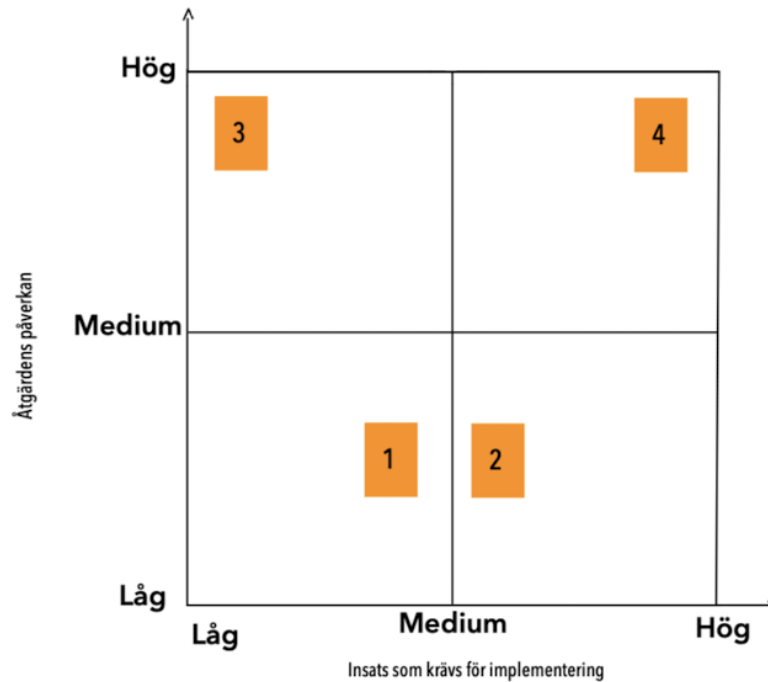


Figur 3.5: Exempel på ett Paretdiagram. Baserad på Bergman et al. (2022) s.224)

3.3.6 Impact Effort-Matris

Ytterligare ett prioriteringsverktyg som kan användas för att prioritera vilka åtgärder eller lösningar som ska väljas är Impact Effort-matrisen. Six Sigma Daily (2022) beskriver att denna matris, som består av fyra rutor, hjälper användaren att utvärdera varje åtgärd utifrån två viktiga aspekter: den insats (effort) som krävs för att genomföra åtgärden och den påverkan (impact) som åtgärden kan ha på det aktuella problemet. Artikeln beskriver att genom analys över hur mycket tid och resurser som behövs för att genomföra varje åtgärd, samt hur mycket den specifika åtgärden faktiskt kan påverka problemet, kan användaren placera åtgärden i en av de fyra rutorna i matrisen. Detta resulterar i en klar överblick över vilka åtgärder som bör prioriteras. Vidare beskriver Six Sigma Daily (2022) att åtgärder som är placerade i kategorin "låg insats, hög påverkan" är att föredra, eftersom de kräver minimal insats men ger stor påverkan på problemet. På grund av detta bör dessa åtgärder, enligt artikeln, prioriteras högst. I kontrast, åtgärder som hamnar i kategorin "hög påverkan, låg insats" bör undvikas eller ges lägre prioritet, eftersom de kräver mycket insats men ger liten påverkan på problemet (Six Sigma Daily, 2022).

En illustration över hur en Impact Effort matris kan se ut, enligt American Society for Quality (u. å), presenteras i Figur 3.6



Figur 3.6: Impact Effort-matrisen. Baserad på American Society for Quality (u. å)

3.3.7 Modell för förändringsarbete - ADKAR

Förbättringsarbete inom en verksamhet innebär identifiering av områden som behöver förändring för att förbättra verksamhetens effektivitet och resultat. För att då kunna genomföra förändringar på ett framgångsrikt sätt är det avgörande att förbereda personerna som kommer att påverkas av förändringen och skapa de nödvändiga förutsättningarna för att säkerställa att förändringen blir både effektiv och långvarig (Hiatt, 2006). En modell som ofta används för att underlätta denna process kallas för ADKAR vilket är en förkortning av de engelska orden Awareness, Desire, Knowledge, Ability och Reinforcement (Hiatt, 2006). Varje ord representerar ett steg i modellen och syftar till att förenkla den individuella förändringsresan som varje berörd anställd måste genomgå (Hiatt, 2006). Nedan följer en beskrivning av varje steg.

Awareness

Enligt Hiatt (2006) är det första steget i ADKAR-modellen, **Awareness**-steget, när den anställda blir medveten om behovet av förändring genom kommunikation från de ansvariga för förändringsprocessen eller ledningen till resten av organisationen. Författaren tar upp att det är av yttersta vikt att tydligt förklara skälen bakom förändringen och dess påverkan på verksamheten, både på individuell och övergripande nivå. En otillräcklig förklaring av varför förändringen genomförs kan resultera i motstånd mot förändring och därmed öka risken för att förändringen misslyckas (Hiatt, 2006).

Desire

Att bara skapa medvetenhet hos den anställda är inte tillräckligt; det är också viktigt att hitta motivation för att omfamna förändringen. Steget **Desire** syftar till att den anställda själv ska känna en inre önskan att delta och påverka förändringen (Hiatt, 2006). Det är avgörande för ledningsgruppen att förstå eventuella motstånd genom samtal med den anställda för att identifiera deras farhågor och göra nödvändiga anpassningar i förändringsplanen för att

bemöta dem (Hiatt, 2006).

Knowledge

Hiatt (2006) tar upp att när den anställda är engagerad i förändringsprocessen är det dags att underlätta för dem och förse dem med de verktyg som behövs för att framgångsrikt genomföra förändringen, ofta genom utbildning och träning. Denna utbildning, menar författaren, fokuserar på att lära ut de specifika kunskaper och färdigheter som den enskilda individen behöver för att anpassa sig till förändringen. Det innebär att de får insikt i nya verktyg, metoder och processer som är relevanta för den nya arbetsmiljön eller för de förändrade arbetsuppgifterna (Hiatt, 2006). Utöver att lära sig nya konkreta färdigheter beskriver även Hiatt att utbildningen även kan inriktas på att främja förändrat beteende som är nödvändigt för att lyckas med förändringen. Detta kan innefatta att lära sig att arbeta på nya sätt, samarbeta med andra avdelningar eller ta på sig nya ansvarsområden för att anpassa sig till förändringen på bästa sätt (Hiatt, 2006).

Ability

I fjärde steget i modellen betonar Hiatt (2006) vikten av att förädla de nya verktygen och kunskaperna som den anställda har förvärvat, så att personen känner sig tillräckligt säker för att effektivt implementera dem. Detta förädlande kan uppnås genom coaching från förändringsledarna, vilket ger den anställda möjlighet att öva och testa sina nyförvärvade kunskaper samt ytterligare förbättra och finslipa de nya färdigheterna (Hiatt, 2006).

Reinforcement

I det avslutande steget av ADKAR-modellen handlar det om att fullständigt implementera förändringsplanen och säkerställa dess långsiktiga framgång. Hiatt (2006) poängterar att under detta steg är det av största vikt att upprätthålla den initiala motivationen hos de involverade för att minimera risken för att återgå till gamla vanor eller att förändringen glöms bort. För att upprätthålla motivationen, menar Hiatt att det kan vara värdefullt att erbjuda meningsfull positiv feedback till de anställda och även ge dem möjligheten att bidra med feedback om förändringen. Vidare är det viktigt att fira framgångar och milstolpar för att ytterligare stärka motivationen och uppmuntra människor att fortsätta engagera sig i förändringsprocessen (Hiatt, 2006).

3.3.8 Utmaningar med förbättringarbete inom vården

Trots pågående insatser för att underlätta förändringar i verksamheter, återstår det utmaningar i genomförandet av förbättringsinitiativ. I en rapport författad av (Vårdanalys, 2016), där 411 klinik- och vårdcentralschefer med patientnära chefskap har deltagit i en nationell enkät om förbättringarbete, framhålls det att många verksamhetschefer ansåg att patienter bör involveras i förbättringsarbetet. Trots detta hade det praktiska genomförandet av detta bortprioriterats till förmån för interna förbättringsmöjligheter. Vidare konstaterar rapporten att patienters perspektiv ges mindre uppmärksamhet jämfört med traditionella förbättringsinsatser, såsom incidentrapportering och klagomålshantering, trots att forskning visar att dessa är mindre effektiva. Cheferna noterade även att de förbättringsåtgärder som har involverat patienter har lett till positiva resultat. Slutligen framhålls det att det för närvarande saknas data för att utvärdera förbättringsarbetet ur ett processförbättringsperspektiv, vilket betonar behovet av en metod för att integrera strategi och datahantering (Vårdanalys, 2016).

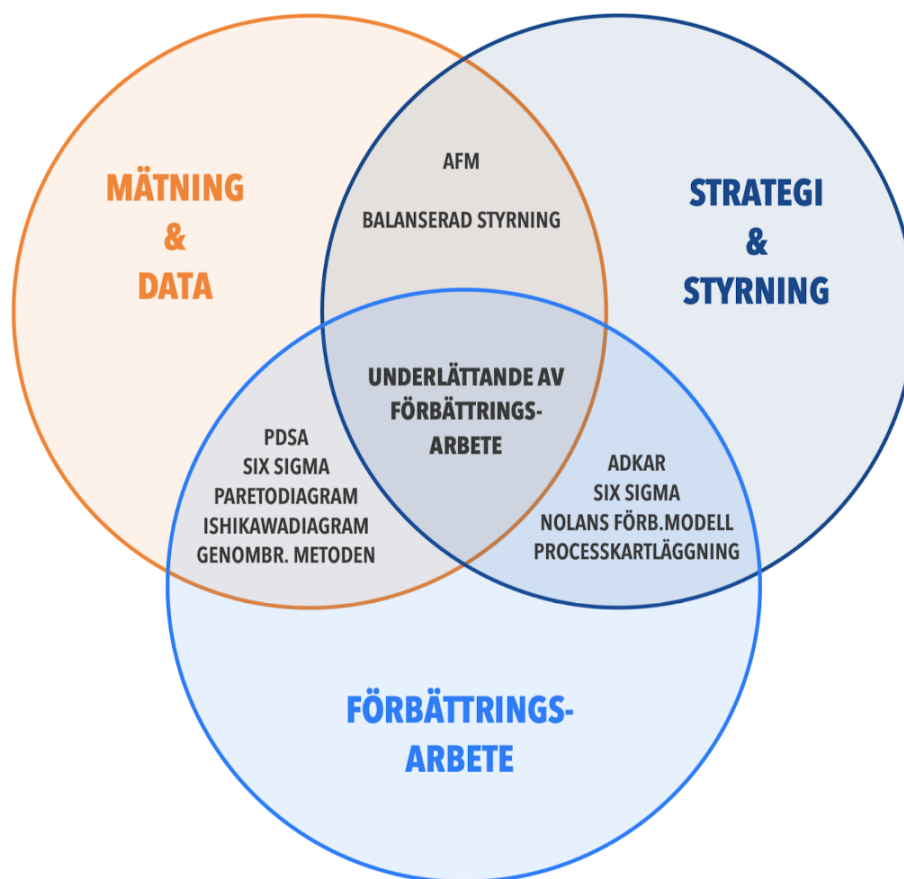
Ytterligare en utmaning inom förbättringsarbetet inom vården är betydelsen av engagerade medarbetare. Förbättringarbete enligt Bergman och Klefsjö (2021) kräver engagerade medarbetare för att vara framgångsrikt och resultera i långsiktig förändring och effektivitet. Detta visar sig vara en särskild utmaning för hälso- och sjukvården. I sin avhandling konstaterar KTH-forskaren Marcus Strömberg att ökad arbetstakt, stress och lågt arbetsengagemang är

grundorsaker till utmaningar i förändringsarbete, vilket delvis kan härledas till införandet av New Public Management på 1990-talet (Ardell, 2017). Enligt Strömgren kan framgångsrika förändringar främjas genom att bygga socialt kapital, vilket innebär att skapa förtroende och ömsesidighet mellan ledning och medarbetare för att öka engagemanget i förbättringsprocesser (Ardell, 2017).

Vidare påpekar Norbäck och Targama (2009) att många vårdanställda ser sitt arbete som huvudsakligen inriktat på att främja patientens bästa. Detta fokus på patientvård, menar författarna, kan innebära att de inte alltid anser det vara en del av sitt ansvarsområde att hitta sätt att effektivisera verksamheten, till exempel genom att använda resurser mer effektivt. Därmed uppstår en utmaning att engagera alla inom en verksamhet i förbättringsarbete (Norbäck & Targama, 2009).

3.4 Syntetisering av teori och analysmodell

Det teoretiska ramverket ämnade, med stöd av de olika aspekterna i analysmodellen, adressera frågeställning F1: *Vilka vedertagna metoder kopplar ihop strategi, data och förbättring av en sjukvårdsverksamhet?* Genom att analysera kopplingarna inom analysmodellen och referensramens resultat var det möjligt att identifiera placeringen av metoder och verktyg från den teoretiska bakgrunden i studiens analysmodell, som presenteras i Figur 3.7.



Figur 3.7: Ifylld analysmodell som visar metoderna och verktygen som kopplar ihop de olika delarna i analysmodellen.

De olika överlappningarna mellan analysmodellens perspektiv är Förbättringsarbete och Mätning & Data, Förbättringsarbete och Strategi & Styrning samt Strategi & Styrning och Mätning & Data, och presenteras nedan.

Förbättringsarbete och Mätning & Data

För att förbättra kvaliteten på vården kan vårdverksamheter använda olika metoder för förbättringsarbete. Inom analysmodellen framträder kopplingen "databaserade förbättringar", och enligt teorin återfinns metoder som integrerar förbättringsarbete med mätning & data, däribland Genombrottsmetoden, Six Sigma och PDSA, samt verktyg som paretodiagram och ishikawadiagram. Genombrottsmetoden lägger fokus på på inkrementella förändringar inom verksamheten och strävar efter att involvera deltagare i kontinuerliga förbättringsprocesser (Caping et al., 2014). Det är ett verktyg som möjliggör insamling av data med mål att producera förbättringsförslag. Six Sigma är en metod som används vid förbättringsarbete och som grundar sig på data, tydligast i faserna "Measure", där fokus ligger på att mäta och visualisera data (Cronemyr, 2007). PDSA-cykeln är ytterligare en metod som innefattar kopplingar mellan data och förbättringsarbete på grund av verktygen som ingår i ramverket (Bergman & Klefsjö, 2021). Dessa fyra metoder har gemensamt att beslutsfattandet inom förbättringsarbetet grundas på insamling, analys och bearbetning av data. Six Sigma och PDSA använder gemensamt verktygen paretodiagram och ishikawadiagram. Paretodiagram som används för att visualisera data för att kunna prioritera problemen i förbättringsarbetet, medan ishikawadiagram används för att visualisera kvalitativ data i syfte att hitta rotorsaker under förbättringsarbetet (Bergman et al., 2022).

Förbättringsarbete och Strategi & Styrning

Inom analysmodellen finns kopplingen "förbättringsarbete kopplat till strategi". Metoder som stämmer överens med denna koppling inkluderar ADKAR, Six Sigma, Nolans förbättringsmodell och Processkartläggning. Inom ADKAR är det viktigt att tydligt kommunicera varför en förändring behövs (Hiatt, 2006). Detta innebär att ledningen måste sätta en strategi och vision för var förändringen ska leda verksamheten, för att engagera de anställda (Hiatt, 2006). Dessutom betonar Hiatt (2006) vikten av att det finns tillräckliga resurser för att implementera förändringen, vilket överensstämmer med Six Sigmas krav på en engagerad ledningsgrupp för framgångsrika projekt (Bergman et al., 2022). Nolans förbättringsmodell är en utveckling av PDSA-cykeln, men som erbjuder en tydligare koppling till hur verksamhetens strategi ska gå i enlighet med förbättringsarbete (Bergman et al., 2022). Slutligen riktar processororienterad styrning in sig på analysen av processflöden inom verksamheten för att identifiera eventuella brister i dessa flöden eller i vårdkedjan (Heher & Chen, 2017). Kartläggningen av processer är en central del av denna styrningsmodell och resulterar i processkartor. Processkartorna syftar till att tydligt visualisera hur olika processer fungerar och hur informationsflödet ser ut (Heher & Chen, 2017). Denna processkartläggning är en ytterligare användbar metod för kopplingen mellan förbättringsarbete och strategi, eftersom syftet med kartläggningen är kopplat till olika mål inom verksamheten, såsom effektivitetsökning eller processprestanda.

Strategi & Styrning och Mätning & Data

I analysmodellen identifieras sambandet "Mätning utifrån strategin". Inom detta ramverk representerar Balanserad Styrning och AFM. Balanserad styrning är en metod som säkerställer att mätningen av en organisations prestationer genomförs i enlighet med dess strategi (Kaplan & Norton, 2006). Detta uppnås genom att strategin bryts ner till konkreta mål, vilka i sin tur omvandlas till olika nyckeltal som kontinuerligt utvärderas för att bedöma om verksamheten når sina uppsatta mål (Kaplan & Norton, 2006). Genom detta är det möjligt att

övervaka och utvärdera en verksamhets strategi genom att systematiskt granska och analysera styrkort (Kaplan & Norton, 2006). AFM utgör också en metod där mätning är förankrad i strategin. I likhet med Balanserad Styrning involverar AFM en utvärdering av verksamhetens prestationer med utgångspunkt från strategiska mål, där nyckeltal (KPI:er) kopplade till strategin tas fram för att möjliggöra beslutsfattande (Chowdhury & Sandén, 2015). Dessutom går AFM ett steg längre genom att förklara de olika stegen från att formulera strategin till att visualisera och övervaka prestandan (Chowdhury & Sandén, 2015).



4 Fallstudie på Öron-, näs- och halskliniken

Detta kapitel presenterar empirin från fallstudien på ÖNH-kliniken vid Linköpings Universitetssjukhus. Kapitlet beskriver utvecklingen av ett prestationsmått och dess utfall. Avslutningsvis presenteras andra insikter från fallstudien.

4.1 Empirisk Undersökning

Fallstudien genomfördes på verksamheter inom Öron-, näs- och halskliniken (ÖNH-kliniken) vid Linköpings Universitetssjukhus (US), som är en del av ÖNH-kliniken i Region Östergötland. Kliniken består av elva enheter och leds av en verksamhetschef och flera enhetschefer. Målet med fallstudien var att analysera verksamheternas prestation för att kunna besvara frågeställning F2. Inledningsvis fördes diskussioner med personerna R1, R2 och R3 (se Tabell 2.2) inom verksamheten gällande strategier för vidare utredning av ärendet. Efter diskussioner har det framkommit att de samlar in en betydande mängd data. Dock används en del av denna data inte för vidare analys, och vissa datakällor kombineras inte. Exempelvis samlas data in om produktion och kötider, men det saknas analys för produktivitet som exempelvis förklarar varför produktionen inte ökat trots en ökning av resurserna, och varför kötiden inte minskat. Dessutom mäts DRG-vikt för varje vårdbesök, men även här finns det ingen koppling till annan data.

På grund av tidsramen för studien fastställdes det att endast historisk data skulle användas, med avsikt att inga nya mätningar skulle utföras. I samarbete med några av medarbetarna utforskades flera alternativa metoder för att använda den befintliga mätdata för att analysera verksamhetens prestation. Särskild vikt lades vid att undersöka effektiviteten inom verksamheten. För att utvärdera effektiviteten valdes det att fokusera på produktivitet. Eftersom det för närvarande inte existerar ett mått för produktivitet på verksamhetsnivå beslutades det att utveckla en ny variabel för produktivitet baserad på befintlig data.

4.1.1 Definition av en resultatvariabel för mätning av prestanda

För att påbörja arbetet utfördes ostrukturerade intervjuer med personal på ÖNH-kliniken samt andra aktörer inom sjukvården vid Region Östergötland. Den första intervjun hölls med R1, R2 och R3, där potentiella prestandamått diskuterades. En överenskommelse nåddes

des att mäta produktivitet över klinikens olika enheter. Under denna diskussion uppstod intresset för att definiera ett mått för produktivitet baserat på kostnader inom verksamheten, samt baserat på DRG-gruppering för att inkludera olika patienters vårdtyngd. Detta koncept liknade i stor utsträckning SKRs metod för produktivitetmätning inom olika regioner (Sveriges Kommuner och Regioner, 2023), fast i detta fall för jämförelse av mottagningens olika enheter istället för regioner.

I den andra intervjun intervjuades R4, en sjukvårdsstrateg på sjukhuset. Detta bidrog till en ökad förståelse för den data som samlas inom verksamheten samt funktionaliteten och tillämpningen av DRG-systemet. Resultatet från denna intervju visade på tillgängligheten av data för DRG-grupperingar, DRG-vikter, vårdtider, personaldata och kostnader. Under intervjun identifierades även ett stort intresse för idén att utveckla en produktivitetsmått grundat på både kostnader och DRG-vikter. Emellertid betonades vikten av att DRG-systemet innehåller en komplex logik som måste beaktas vid dess användning, och att det huvudsakligen är utformat som ett mått för ett kostnadsperspektiv.

En efterföljande intervju genomfördes med R5, en anställd på Akutmottagningen på sjukhuset. Under denna intervju framkom att DRG-kodning inte ger en fullständig bild, då kodningen kan vara beroende av den som utför registreringen; vissa personer kan vara skickliga på att koda medan andra inte är det. Detta kan betraktas som en potentiell felkälla för DRG-kodning, där en ökning i den producerade DRG-vikten över tid inte nödvändigtvis indikerar en ökning i produktivitet, utan kan snarare bero på att personalen har förbättrats i att koda. Under intervjun diskuterades det även hur man kan applicera delar från AFM i detta projekt, vilket ledde till insikten i att det är viktigt att ha en klar koppling till det övergripande strategiska målet för att undvika utveckling av variabler utan relevans för strategin.

För att ytterligare utforska tillvägagångssättet för att mäta produktivitet baserat på kostnader och DRG-vikter, initierades en intervju med R6, en ekonom vid Region Östergötland. Under denna intervju betonade R6 svårigheterna med att utvärdera produktivitet baserat på kostnader på enhetsnivå, eftersom kostnaderna mellan olika enheter kan vara ömsesidigt beroende av varandra. Därför ger mätning av produktivitet på regionsnivå med hjälp av kostnader och DRG-vikter mer tillförlitliga resultat, eftersom kostnaderna mellan olika regioner inte är direkt relaterade till varandra, till skillnad från om detta skulle mätas inom samma sjukhus eller samma klinik. Detta leder till utmaningar när det gäller att definiera produktivitet baserat på kostnad i förhållande till DRG, då produktivitetsmättet är tänkt att kunna tillämpas på enhetsnivå inom verksamheten.

En ytterligare intervju hölls med en chef på ÖNH-kliniken, R1, för att diskutera framstegen för utvecklingen av resultatvariabeln för produktivitet samt för att fortsätta diskussionen kring ämnet. Under denna intervju betonades intresset för att förstå resursfördelningen av läkare inom verksamheten och dess påverkan på produktiviteten. Diskussioner initierades angående möjligheten att definiera en variabel som är beroende av antalet läkare. Tanken väcktes att anamma SKRs koncept om produktivitet, men istället för att använda kostnadsresurser skulle läkarresurser beaktas, på grund av den identifierade problematiken från intervjuerna. Därefter formulerades ett uttryck för att mäta produktiviteten inom sjukvården, vilket presenteras enligt ekvation 4.1

$$\text{Produktivitet} = \frac{\text{DRG} - \text{vikt}}{\text{Läkare}} \quad (4.1)$$

Ekvationen beskriver ett förhållande mellan sjukvårdens resurser och DRG-vikt. Ekvation 4.1 tar hänsyn till sambandet mellan resursanvändning av läkare och DRG-vikt. Tanken var att måtten kommer kunna mätas över tid för att identifiera ökning eller minskning av produktivitet samt för att kunna jämföra olika enheter inom en verksamhet med varandra.

4.1.2 Utveckling av den framtaga resultatvariabeln

För att ytterligare utveckla den framtaga definitionen av produktivitet och för att undersöka hur befintlig data kan inkorporeras i variabeln, inleddes utvecklingen av en datamodell. Denna modell formulerades i samarbete med R4. Vertyget Fri Analys i systemet Rebus, som RÖs system för att strukturera och tillgängliggöra data, användes för framtagning av datamodellen. Målet var att utforma datamodellen så att produktivitet kan analyseras med hänsyn till DRG-vikt i relation till antalet läkare.

Efter att ha undersökt mätdatan från ÖNH-kliniken framkom det att det var nödvändigt att integrera läkarnas arbetstid i ekvationen, snarare än att enbart beakta antalet läkare. Detta beslut fattades för att undvika potentiella felaktigheter, såsom att inte korrekt inkludera bidraget från deltidsläkare. Därför konverterades läkarnas arbetstid till en enhet baserad på heltid, vilket omvandlar arbetstiden till motsvarigheten av antalet heltidsanställda läkare. I produktivitetsekvationen används således den samlade arbetstiden av läkare i "heltidsmått".

Under utvecklingen av produktivitetsmättet identifierades även några begränsningar för användningen av måttet. Mer specifikt inkluderades endast data från öppenvården vid ÖNH, vilket omfattar både mottagningsbesök och operationer, då det kan vara problematiskt att använda DRG-vikter från både öppen- och slutenvård i samma modell. Detta beror på att DRG-vikten tar hänsyn till patienternas tid på sjukhuset, vilket kan ha en betydande inverkan på DRG-vikterna mellan öppenvård och slutenvård.

För att beskriva DRG-vikten som registrerats per läkare, utgör täljaren i produktivitetsekvationen summan av DRG-vikterna. Att DRG-vikten är registrerad per läkare innebär att kostnaden som återspeglar DRG-vikten är baserad på den totala kostnaden, det vill säga alla personalresurser. Detta beror på att det kan finnas flera personalresurser som används per patientkontakt, men själva vårdkontakten är registrerad under en läkare. Den reviderade produktivitetsekvationen för ÖNH-kliniken ges av ekvation 4.2

$$\text{Produktivitet per läkare} = \frac{\sum \text{DRG} - \text{vikt}}{\sum \text{Läkare i heltidsmått}} \quad (4.2)$$

Produktivitetsmättet som har utvecklats möjliggör analys av produktiviteten per läkare vid olika delar av verksamheten, under förutsättning att det finns en tydlig uppdelning av läkare för varje enhet. Om läkarna arbetar över flera enheter kan produktiviteten istället analyseras för hela kliniken. Utvecklingen av produktivitets måttet möjliggör även analys av produktivitet per år.

4.2 Ytterligare resultat från fallstudien på ÖNH-kliniken

Utvecklandet av resultatvariabeln på ÖNH-kliniken resulterade även i andra upptäckter. Studien identifierade att RÖs system, Rebus, kan ses som en komplex struktur där data från olika kliniker och mottagningar samlas på samma plattform. Detta visade sig vara en utmaning när det kom till att kombinera data från olika källor. Under processen att utforma produktivetsmåttet krävdes sammanställning av data från både HR-avdelningen och produktionsavdelningen vilket inte gick att göra ordentligt eftersom samma typ av data var registrerad under olika terminologier inom de olika avdelningarna och även uppdelad på olika sätt, vilket komplicerade en smidig sammanställning av datan. Istället för att undersöka produktiviteten för varje enhet inom ÖNH-kliniken individuellt, blev det därför nödvändigt att gruppera flera enheter tillsammans.

Fallstudien gav också insikter i hur kommunikationen av data sker mellan olika avdelningar. Bristen på kommunikation blev tydlig då produktivitet redan mättes utifrån kostnads- och DRG-viktsparametrar på sjukhuset, trots att majoriteten av deltagarna i studien inte var medvetna om detta faktum.

5

Undersökning av Region Östergötlands strategier för förbättringsarbete

I detta kapitel presenteras resultaten från den empiriska undersökningen av strategier för förbättringsarbete inom Region Östergötland. Kapitlet är strukturerat enligt de tre huvudområdena i analysmodellen: Strategi & Styrning, Mätning & Data samt Förbättringsarbete.

Detta kapitel undersöker de strategier som Region Östergötland använder för att genomföra förbättringsarbete. I linje med studiens syfte och tredje frågeställning omfattar kapitlet inte bara förbättringsarbete utan även Strategi & Styrning samt Mätning & Data. Undersökningen genomfördes med semistrukturerade intervjuer, vilket beskrivs i Avsnitt 2.6. Denna intervjutyp hade en förutbestämd uppsättning av frågor (se Appendix A.1), men tillät flexibilitet för att anpassa strukturen under intervjuerna. Frågorna i intervjuerna delades in i de tre perspektiv som definierats i analysmodellen: Strategi & Styrning, Mätning & Data samt Förbättringsarbete. De intervjuade var anställda inom vården. En översikt av de intervjuade personerna finns i Tabell 2.3 i Avsnitt 2.6. Resultatet från intervjuerna presenteras i Avsnitt 5.1 till 5.3.

5.1 Strategi & Styrning

Intervjuerna om Strategi & Styrning behandlade områden som verksamhetsstruktur, kommunikation, planering och mål, uppföljning samt användandet av styrmodeller inom verksamheterna. Samtliga frågor från intervjuerna finns under "Strategi & Styrning" i Appendix A.1.

5.1.1 Verksamhetsstruktur och roller

Under intervjun inom området Strategi & Styrning beskrev R5 att Akutmottagningen har omkring 200 medarbetare, inklusive läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, administratörer och stabspersonal. Medarbetarna roterar baserat på ett arbetsschema som involverar olika team där läkare, sjuksköterskor och undersköterskor blandas. Vårdadministratörerna är dock inte en del av dessa team, utan de ansvarar för DRG-kodning och journalskrivning. R5 förklarade att det är ledningsgruppen som är ansvarig för att fatta beslut på Akutmottagningen. R5 berättade att Akutmottagningen använder sig av en kommunikationsstrategi, som innebär att ledningsgruppen använder sig av ett veckobrev där de tar upp klinikövergri-

pande frågor som rör de flesta medarbetarna. Medan varje yrkesgrupp har arbetsplatsträffar (APT) en gång i månaden där sjuksköterkechefer har möten med sjuksköterskorna och undersköterkechefer med undersökterskorna. R5 beskrev även att läkarna också har APT men dessa sker en gång i veckan. R5 berättar även att de har en slags uppstartsinfo för teamen, där mer daglig operativ information tas upp.

R1, som är en av cheferna på ÖNH-kliniken i Region Östergötland, har en roll med fokus på strategi och har ansvar för verksamhetens mål. ÖNH-kliniken är uppdelad i tolv olika enheter, var och en med en enhetschef. Ledningsgruppen består av enhetscheferna och verksamhetschefen. R1 förklarade att ledningsgruppen är rådgivande, men att det är verksamhetschefen som kommunicerar ut beslut till ledningsgruppen och har den slutliga beslutanderätten för verksamheten. Enhetscheferna har även egen beslutsfattande autonomi för sina respektive enheter. R1 beskrev att på ÖNH så har de ett veckomöte som är ett kortare avstämningsmöte, där de pratar om dagliga problem eller produktionen från veckan innan. R1 berättade även om deras ledningsgruppsmöten som hålls en gång i månaden, som är längre möten där ledningsgruppen diskuterar övergripande frågor som både kan vara operativa och strategiska.

R7, som innehar rollen som sektionsledare på ÖNH vid Universitetssjukhuset, fungerar som stöd för enhetschefen. Om enhetschefen inte är närvarande, är det sektionsledaren som tar besluten. Därför måste sektionsledaren vara insatt i enhetschefens arbete och verksamheten i stort för att kunna fatta välgrundade beslut. R7 berättade att de har månadsvisa avstämningar med de andra sektionsledarna på andra enheter för att följa upp verksamheten. Inom R7s verksamhet hålls även APT en gång i månaden samt morgonmöten varje dag för att diskutera aktuella dagshändelser och uppdateringar. Dessutom skickar enhetschefen veckobrev till personalen.

5.1.2 Planering och mål

Frågor som rör strategi för att sätta mål togs även upp. Här svarade R5 att de har verksamhetsplaner som ledningsgruppen har tagit fram. Den innefattar en strategisk femårsplan, samt en ettårsplan. Där femårsplanen tar upp var de vill vara om fem år, hur de vill uppfattas av medarbetare, patienter, hur de arbetar med forskning och utveckling samt hur deras ekonomi ser ut. Ettårsplanen är mer konkret och innehåller runt 25 stycken aktiviteter som ska genomföras under året samt ett årshjul för uppföljning, där de för olika månader följer upp olika delar.

R1 beskrev att de inte har någon specifik strategi för att sätta upp mål. R1 förklarade att de istället har satt upp målsiffror kopplat till produktionsstyrning, där de har satt upp mål för hur mycket mottagningsverksamhet de ska ha på ÖNH samt hörselvården och logopedimottagningen. På detta sätt kan de veta hur mycket vård de behöver producera varje dag för att ligga i fas med inflödet av patienter, där R1 menade att det är väldigt viktigt att ha en balans mellan produktion och inflöde. Dessutom nämnde R1 att det nu är viktigt att öka produktionen tillfälligt för att minska befintliga vårdköer. För R7 är strategi och målsättning också baserade på produktionsstyrning.

R7 beskrev att den plan som verksamhetschefen och enhetscheferna har tagit fram används som grund för att skapa sin schemalägningsstrategi. Dock önskade R7 att se en mer strukturerad strategi för att sätta upp mål, eftersom nuvarande tillvägagångssätt är mindre systematiskt för vissa uppgifter.

5.1.3 Uppföljning av mål

Frågan om hur strategin utvärderades för att säkerställa att verksamheten var på rätt spår besvarades av alla respondenter. R5 förklarade att de på Akutmottagningen dels har daglig uppföljning, där man kollar på hur många patienter man har haft och vilken prioriteringsordning de har haft, samt hur många patienter per team de har. Den dagliga uppföljningen är ingen djupare analys utan beskriver mer hur det har sett ut. De följer även upp måttetal kopplade till deras mål. Ett mål är att ett visst antal patienter ska vänta i max 30 minuter till första medicinska bedömning. Akutmottagningen har även ett mål att 70 procent av patienterna ska få träffa en läkare inom en timme. R5 berättade även att de har uppföljning i samband med projekt, speciellt Six Sigma liknande projekt. Då använder de sig av dataanalys för att kunna identifiera trender och variationer över tid, alltså en djupare dataanalys jämfört med analysen de gör dagligen. Vidare berättade R5 även att Akutmottagningen har uppföljning via deras ettårsplan med ett slags årshjul, där varje månad har ett visst område att följa upp. Med detta årshjul så följer de upp en till två ansvarsområden varje månad, ett ansvarsområde kan exempelvis vara medarbetarperspektivet, där R5 beskrev att det handlar mått som till exempel sjukfrånvaro eller personalomsättning. Vidare berättade R5 att den sista typen av uppföljning de har är deras kvartalsuppföljning.

Under intervjun med R1 på ÖNH-kliniken så beskrevs det att strategiska frågor som rör till exempel inflödet och produktion följs upp varje månad på ledningsgruppsmötena, men att de annars inte har direkta rutiner för uppföljning eller utvärdering av strategier. Här la R1 mycket vikt på att det är så otroligt mycket nya frågor som kommer in hela tiden, så man kan ha en strategi och tänka att man ska gå i den riktningen men att det ofta kommer in mycket frågor från sidan, detta kan vara kring till exempel ekonomi, varsel och personalbrist. Alltså menade R1 att det är väldigt mycket som försvårar att hålla fokus på strategin på grund av mycket dagliga frågor som behöver tas hand om. R1 beskrev även att det är lätt att man som chef börjar lösa dagliga problem lite för mycket i förhållande till att ha fokus på strategin.

R7 förklarade att när den satta strategin utvärderas, påbörjas reflektionen över varför strategin sattes i första hand och sedan jämförs resultatet med målet. R7 påpekade att uppföljningsmöten brukar bokas i förväg, särskilt för långsiktiga strategier.

5.1.4 Användning av styrmodeller

I slutet av intervjuerna diskuterades användandet av olika styrmodeller i verksamheterna. Gällande användningen av balanserade styrkort, beskrev R5 att Akutmottagningen inte använder sig av det men att de använder sig av liknande verktyg för att följa upp. R5 beskrev att de använder sig av en variant av processororienterad styrning, som kallas deras "critical care sektion", som är ett ansvarsområde för vård av deras mest sjuka patienter. I den sektionen så har de olika typer av kritiska processer för vård av hjärnan, spesis, HLR med mera, och är uppbyggda med mål per process. R5 menade dock att de i dagsläget är i ett startskede för att få en koppling mellan uppföljning och critical care sektionen. Gällande processororienterad styrning, så beskrev R5 att de inte pratar om processstyrning i de termerna på verksamheten. Detta menade R5 var på grund av att medarbetarna inte riktigt bryr sig om verksamhetsplaner och styrmodeller, utan brinner mer för att göra det så bra som möjligt för patienterna. Därför menade R5 att det är viktigt att prata om patienterna och hur förbättrar situationen för dem, där man arbetar med styrning.

R1 beskrev att de inte använder sig direkt av någon strukturerad styrmodell utan de arbetar med en strategikarta där de bryter ut processer som de behöver arbeta med i förhållande till deras strategi och mål. R1 berättade även att de vill börja använda sig av en strukturerad styrmodell om modellen är anpassad för sjukvård. R1 tog även upp problematik med olika

modeller där R1 menade att många modeller kan vara anpassade för till exempel tillverkningsindustri, och när de används i sjukvården så kan de vara så att modellen inte passar så bra för verksamheten, men R1 visade ett stort intresse för att eventuellt börja använda sig av någon strukturerad styrmodell. Slutligen la R1 en stor vikt på av att man behöver förstå sjukvårdens olika processer och att det ser väldigt olika ut för olika sjukvårdsverksamheter, och att det därför är en utmaning att veta vad som fungerar för olika verksamheter inom vården samtidigt som man behöver ha kunskap för själva modellen.

R7 berättade att de arbetar utifrån processtyrning, med fokus på produktionsplanering eftersom detta styr deras dagliga arbete. R7 nämnde att de också arbetar utifrån en övergripande vision för verksamheten.

5.1.5 Sammanfattning av intervjuer inom Strategi & Styrning

Utifrån intervjuer om strategi och styrning framkom det att de två undersökta klinikerna har liknande struktur och rollfördelning, även om vissa skillnader förekommer trots att de är belägna på samma sjukhus. Kommunikation mellan klinikerna följer en likartad struktur, med tydliga riktlinjer för när olika typer av möten ska hållas och hur information ska förmedlas till personalen.

När det gäller planering och uppsättning av strategiska mål, uppvisar klinikerna skillnader. Akutmottagningen har en välutvecklad strategi för att sätta upp mål över tid, medan ÖNH-kliniken saknar en sådan tydlig plan. Detta mönster fortsätter även i uppföljningen av mål, där Akutmottagningen har en systematisk strategi för att följa upp sina mål, medan ÖNH-kliniken inte har en lika klar struktur för detta.

Akutmottagningen använder en variant av processtyrning för vissa kritiska processer, men tillämpar inte systematiskt någon styrmodell. Under intervjuerna framkom att detta beror på personalens önskan om en tydlig koppling till patienterna, något som styrmodeller inte anses erbjuda. ÖNH-kliniken använder för närvarande inte styrmodeller, men under intervjuerna uttrycktes ett intresse för att börja implementera sådana modeller.

5.2 Mätning & Data

Intervjuerna inom området Mätning & Data genomfördes med syftet att undersöka hur data används inom sjukvården och behandlade områden som koppling till data, datasystem, visualisering av data samt databaserade beslut. Samtliga frågor från intervjuerna finns under "Mätning & Data" i Appendix [A.1](#).

5.2.1 Respondenters koppling till data

En central inledande del var att förstå hur de intervjuade personernas arbete var kopplat till data. R5 berättade att data utgör en betydande del av R5s arbete. R5 får ofta förfrågningar att genomföra analyser och utforskar olika typer av data för att identifiera orsaker och trender. R1 betonade att man är beroende av data för att kunna fatta beslut. R1 förklarade att de inte själva samlar in och bearbetar data, utan får hjälp med detta från olika automatiserade system och administrativa resurser på kliniken. För R7s del är data grunden för arbetet med produktionsplanering eftersom med hjälp av data kan R7 se hur mycket de måste producera för att inte skapa kö.

5.2.2 Datasystem

När respondenterna tillfrågades om vilken plattform de använde för dataanalys var svaren enhetliga: de använde plattformen REBUS, som är vanligt förekommande inom Region Östergötland. De nämnde att all personal inom sjukvården har tillgång till REBUS, men endast vissa roller har behörighet att få ut patientdata där namn och personnummer syns; i övriga fall är datan anonymiserad. R1 påpekade att få använder REBUS eftersom intresset oftast ligger i patienten snarare än i dataanvändning. R1 noterade också att REBUS oftast används vid beslutstagande.

5.2.3 Visualisering av data

När frågan om visualisering av data togs upp, påpekade R5 att på Akutmottagningen är det ledningsgruppen som ansvarar för att bestämma hur data ska visualiseras. Oftast väljer de att använda staplar och linjediagram för att göra det förståeligt för alla i verksamheten. När R5 själv utför analyser, används ibland mer komplexa visualiseringsverktyg som boxplot för att djupare undersöka data. R1 berättade att det ibland kan vara utmanande att visualisera all data, men de strävar efter att presentera resultat från olika undersökningar, såsom medarbetarundersökningar, både i form av siffror och diagram. R1 betonade sin vilja att ha återkommande parametrar som kan övervakas regelbundet för att se var verksamheten är på väg och hur de presterar. R7 betonade fördelarna med att visualisera data med hjälp av stapeldiagram och linjediagram, eftersom denna typ av grafisk presentation av data är mer lättillgänglig för personalen.

5.2.4 Databaserade beslut

När respondenterna tillfrågades om de baserar sina beslut på data, framhöll R5 att på Akutmottagningen är det vanligt att beslut grundas på data. De analyserar till exempel trender i patientbesök för att fatta beslut om personalbemanning, men R5 påpekade att man ibland måste förlita sig på sin "magkänsla" när data inte är tillgängligt. R5 noterade också att införandet av ny typ av datainsamling ibland inte kommuniceras till andra mottagningar inom regionen.

R1 förklarade att de strävar efter att alltid basera beslut på data, men att vissa beslut, som ledarskap, kultur och arbetsmiljö, inte alltid kan grunda sig helt på data. Trots detta försöker de skapa ett visst underlag, till exempel genom medarbetarundersökningar, för att fokusera på rätt frågor och prioritera korrekt. För R7 är det en självklarhet att basera beslut på data eftersom det är förutsättningen för att kunna planera en produktion som inte skapar kö.

5.2.5 Sammansfattning av intervjuer inom Mätning & Data

Intervjuerna inom området Mätning och Data gav insikter om hur de olika klinikerna använder data i sina verksamheter. Båda klinikerna är beroende av data för att fatta beslut och använder samma system, REBUS, för dataanalys.

Beträffande visualisering av data, använder båda klinikerna olika visualiseringsverktyg, såsom olika typer av diagram, för att presentera och analysera sin data. Trots att beslut i båda klinikerna baseras på data, framhölls det i intervjuerna att det inte alltid är möjligt att fullt ut basera beslut enbart på data.

5.3 Förbättringsarbete

Intervjuerna om Förbättringsarbete behandlade områden som identifiering av behov, resursallokering, patientinvolvering och verktyg för förbättringsarbete. Intervjuerna avslutades

med frågor om förändringar, där implementering, uppföljning, utmaningar och motivation var i fokus. Samtliga frågor från intervjuerna finns under "Förbättringsarbete" i Appendix **A.1**.

5.3.1 Identifiering av förbättringsbehov

R5, med sin breda erfarenhet på Akutmottagningen, har spelat en central roll i flera förbättringsprojekt inom sin verksamhet. R5 har både drivit egna projekt från början till slut och stöttat läkarcheferna i deras egna initiativ. Med olika nivåer av erfarenhet hos övriga deltagare har diskussionerna om förbättringsarbete varit mångfacetterade. Till exempel ansåg R1, i sin roll som chef, det naturligt att arbeta med förbättringar dagligen. R1 är ansvarig för att identifiera olika områden för förbättring, vare sig det handlar om processer, strukturer eller arbetsmiljö. R1 leder egna projekt och fungerar även som stöd i olika förbättringsprojekt. R7 i sin roll som sektionsledare utför förbättringsarbete utifrån aspekten att optimera bemanning och resurser.

Samtliga deltagare har betonat att det är ett gemensamt ansvar för alla på deras verksamhet att identifiera förbättringsmöjligheter, även om metoder för identifiering och rapportering skiljer sig åt mellan olika enheter. R5 berättade att det på Akutmottagningen finns en samarbetsportal där alla medarbetare kan lämna förslag till förbättringar. När förslag kommer in ser cheferna till att tydligt markera att de har mottagit dem och att de kommer att föra vidare förslaget för vidare behandling. Dessa förslag tas sedan upp av ledningsgruppen för att bedöma huruvida de ska genomföras och på vilket sätt. R5 menade dock att samarbetsportalen har ett antal brister, såsom att medarbetarna inte alltid får återkoppling på sina förslag och att portalen inte är tillgänglig för alla inom RÖ. Detta kan då, enligt R5, leda till dubbelarbete och missade möjligheter till samarbete.

Inom R1s verksamhet på ÖNH-kliniken saknas det en samarbetsportal. R1 anser att det skulle vara en bra idé att införa en sådan. Hos R1 kommer de flesta förslagen till förbättringsprojekt från de som arbetar närmast verksamheten, såsom läkare och sjuksköterskor, direkt till cheferna. R5 har också noterat att medarbetarna har möjlighet att direkt kommunicera med sina chefer om de upptäcker något som behöver förbättras.

R7 berättade att förbättringsförslag som rör alla tas oftast upp på APT eller morgonmöten, men om det är på en mindre skala så är det vanligt att ta upp förslaget med chefen. Frågan om beslutskraft ställdes till samtliga respondenter, och alla var eniga om att ledningen är det övergripande beslutande organet. Däremot har olika läkarchefer och sektionsledare befogenhet att fatta beslut om mindre frågor som berör specifika grupper eller enheter.

5.3.2 Patientinvolvering

Involveringen av patienter i förbättringsarbete inom sjukvården var en utmaning som flera av respondenterna identifierade. R5 betonade att de saknar verktyg för att på ett effektivt sätt involvera patienter i förbättringsprocessen. Inom Akutmottagningen har de en grupp som regelbundet intervjuar patienter under deras besök för att utvärdera deras upplevelse av bemötande, information, trygghet och generell vårdupplevelse. R5 betonade att en av de främsta utmaningarna är att det kan vara svårt att bedöma ärligheten hos patienterna i deras svar, eftersom patienterna förmodligen inte vill riskera att förolämpa sjukvårdspersonalen. För att komplettera intervjuerna nämnde R5 att det finns nationella patientenkäter som skickas ut vartannat år, där patienter får möjlighet att ge feedback på olika aspekter av vården. Dock påpekade R5 att enkäten har en låg svarsfrekvens. Vidare tog R5 upp att det alltid finns en möjlighet för patienter att lyfta sina åsikter och erfarenheter genom att skicka in ärenden via 1177. Dessutom har de samarbetat med paraplyorganisationen Funktionsrätt

Östergötland för att få perspektiv från medborgare med olika funktionsvariationer. Förutom Funktionsrätt Östergötland, beskrev R5 att det Levande biblioteket finns, bestående av individer vars erfarenheter fungerar som en resursbank. R5 beskrev att dessa personer kan bistå vid utvecklingen av hälso- och sjukvården genom att dela med sig av sina erfarenheter och insikter.

R1 uttryckte att de på ÖNH-kliniken inte involverar patienter till stor utsträckning i förbättringsarbetet, men vill ändra på detta. R1 nämnde att när R1 arbetade på ett annat sjukhus, arbetade de med patientrepresentanter från olika patientorganisationer. Dessa patientrepresentanter bjöds in för att delta i diskussioner och beslutsfattande. Enligt R1 finns det inget liknande system i Region Östergötland.

R7 förklarade att även om patienterna inte har speciellt stort inflytande i förbättringsarbetet, försöker de alltid ta hänsyn till deras synpunkter så mycket som möjligt. R7 har märkt att införande av förändringar möter mindre motstånd om man kan motivera hur dessa är kopplade till patienternas behov och välbefinnande.

5.3.3 Resursallokering

Genomförandet av förbättringsarbete kräver vanligtvis resurser, både i form av ekonomiska medel och personal. Angående resursallokering hade respondenterna olika tillvägagångssätt. R5 delade med sig av Akutmottagningens erfarenhet, där bedömningen av personalresurser oftast är komplex på grund av de olika arbetstiderna som gruppmedlemmarna i ett förbättringsprojekt kan ha. Det innebär att administrationen måste vara mycket noggrann med att planera och schemalägga för att säkerställa att nödvändig personal är tillgänglig för projektet. Om det visar sig vara svårt att få ihop rätt personer inom befintliga scheman, kan ledningsgruppen behöva utforska möjligheten att initiera andra projekt med tillgängliga resurser. R1 kommenterade att resursbrist, särskilt i form av tid, kan uppstå på grund av verksamhetens komplexitet.

5.3.4 Verktyg för förbättringsarbete

När det gäller verktyg för att utföra förbättringsarbete på Akutmottagningen, beskrev R5 att de använder olika metoder beroende på situationen. Ibland använder de en typ av processkartläggning, dock med en annan benämning. De genomför även händelseanalyser för att följa patientens väg genom vårdkedjan och för att identifiera varför avvikelser uppstått. R5 nämnde att R5 också ofta använder sig av klassisk processkartläggning. Vidare beskrev R5 att grundorsaksanalyser oftast utförs genom diskussion för att komma fram till olika orsaker till avvikelser. R5 framhöll även att den fullständiga implementeringen av PDSA-cykeln ännu inte har skett i regionens verksamheter trots att det är tanken att alla verksamheter ska använda cykeln, men R5 noterade en vilja från personalen att arbeta enligt både PDSA och andra kvalitetsverktyg.

R1 noterade också bristen på fullständig implementering och uttryckte en omedvetenhet om att PDSA användes i regionen, men R1 visade en positiv inställning för användandet av det.

R7 nämnde att de har använt PDSA-modellen och att det har fungerat väl för dem. R7 förklarade att det är lättare att genomföra förändringar när man kan förklara att det inte är en permanent åtgärd, utan att det är ett test för att se om det fungerar. Detta tillvägagångssätt har underlättats av PDSA-modellen. Andra verktyg som R7 har använt inkluderar SWOT-analys, som användes när en del av kliniken skulle renoveras och de behövde planera utrymmena. Under planeringen samlades de och diskuterade svagheter och styrkor med deras dåvarande lokalbehov. R7 ansåg att SWOT-analysen var ett enkelt men effektivt verktyg.

5.3.5 Implementering och uppföljning av förändringar

För att implementera nya arbetssätt eller rutiner arbetar både Akutmottagningen och ÖNH-kliniken med en implementeringsplan som inkluderar utbildning av personalen och kommunikation av förändringarna. Detta sker antingen genom veckobrev för mindre förändringar eller genom arbetsplatsträffar för större ändringar. R1 pratar dessutom med personalen när ledningen har beslutat om en förändring som påverkar flera enheter. På ÖNH-kliniken och Akutmottagningen sker inte uppföljning av förändringar lika frekvent som respondenterna hade önskat, speciellt vid små förändringar där uppföljning ibland faller mellan stolarna. För R5 följs större projekt upp kvartalsvis på ledningsgruppmöten. Informationen om inkommande, pågående, pausade och avslutade projekt delas med personalen genom Akutmottagningens intranät efter varje kvartalsuppföljning. R5 påpekade att det inte är möjligt att lägga all kraft på att följa upp varje enskilt projekt, men att man måste prioritera att noggrant följa upp de större projekten.

R1 förklarade att ÖNH-kliniken är bra på att generera idéer, ha visioner och driva projekt framåt, men att de har svårt att avsluta projekt på ett strukturerat sätt samt följa upp dem. R1 ansåg att den komplexa sjukvårdsmiljön gör det svårt att förutse och planera, eftersom situationen kan förändras snabbt. Detta, beskrev R1, kan leda till att fokus tappas, vilket ökar risken för att onödigt arbete utförs när något nytt uppstår. R1 menade att ÖNH-kliniken möjligtvis kan bli bättre på uppföljning om det fanns en tydlig struktur för det. Enligt R1 bör man sätta upp tydliga mål för projekten och även ha en plan för hur uppföljningen ska genomföras när ett projekt startar.

R7 förklarade att de ofta har en plan för att följa upp större projekt, både i mitten och slutet av arbetet, medan mindre projekt ofta endast bedöms vid avslut. R7 påpekade att även om viljan att fortsätta följa upp projekten ytterligare finns, blir det ofta svårt att genomföra på grund av tidsbrist. När det gäller att kommunicera uppföljningen av arbetet till deltagarna i genomförandet av förändringen, nämnde R7 att de har en fast punkt på sina APT där de mestadels diskuterar uppdateringar kring produktionsplaneringen. R7 uttryckte ett personligt intresse av att veta hur förändringar påverkar verksamheten på lång sikt och av att få information om förändringar som är relevanta för sin egen roll.

5.3.6 Utmaningar med förändringar

Respondenterna fick frågor om de utmaningar de stött på när de genomfört förbättringsinitiativ i sina verksamheter. På Akutmottagningen beskriver R5 att det upplevs svårigheter med informationsdelning på grund av personalens varierande scheman och att detta även påverkar möjligheten att genomföra utbildningar. R5 betonade vikten av att säkerställa att informationen finns tillgänglig på lämpliga platser, såsom på intranätet, för att kompensera för detta. Enligt R5 upplevs kulturen kring förändringar inom sjukvården som trögrörlig, men att de på vissa verksamheter, som Akutmottagningen, är mer öppna för förändringar. Detta beskrev R5 kan vara på grund av akutverksamhetens snabba tempo. Den trögrörliga kulturen och svårigheterna med informationsdelning noterades även av R1.

R1 menade att denna tröghet kan vara fördelaktig eftersom de arbetar med patienter och deras hälsa, och det är viktigt att vara noggrann innan man inför nya förändringar. Samtidigt ansåg R1 att trögheten kan försvåra framsteg inom områden där de behöver gå vidare. R1 påpekade att tidsbrist är en stor utmaning vid genomförande av förbättringsarbeten eftersom sådana projekt kräver tid. Dessutom tyckte R1 att brist på kunskap och kompetens även kan vara en begränsande faktor, då det kan saknas personer i verksamheten med kunskap om hur förbättringsprojekt bör utföras.

R7 påpekade att en av utmaningarna inom sjukvården är att många kan vara emot förändringar på grund av ett invariant tankesätt som säger "så har vi alltid gjort". Enligt R7 handlar det om att när personer har arbetat på samma sätt under flera år, kan de bli ovilliga att acceptera förändringar. För att övervinna detta betonade R7 att det är viktigt att lyfta fram vad patienterna kan få för fördelar av förändringen samt att förändringarna inte är permanenta utan är snarare ett test. Om en förändring visar sig fungera bra, kan den bli en permanent verksamhet.

5.3.7 Motivation

När frågan om hur personalen kan motiveras till att genomföra förändringar ställdes, konstaterade R5 att det är relativt enkelt att uppnå engagemang när det handlar om förbättringar som gynnar patienterna. Däremot kan det vara svårare att motivera personalen när det handlar om ekonomiska aspekter. För att öka motivationen har de tidigare använt belöningar, som att bjuda på frukost när vissa mål uppnåtts, och under perioder av hög arbetsbelastning har de erbjudit tårter som tack för personalens hårda arbete.

R1 betonade att kommunikation är nyckeln till att motivera anställda. R1 beskrev att när nya förändringar införs är det viktigt att kunna förklara varför dessa förändringar görs. Att det är avgörande att i ett tidigt skede kunna ge ett tydligt svar på frågan varför, och att detta svar är i linje med det övergripande målet för vården: att hjälpa patienterna. R1 menade att om personalen förstår och tror på detta mål, blir de mer benägna att genomföra förändringen.

Som tidigare nämnts ansåg även R7 att patientsynpunkten är en viktig faktor för att motivera personalen att genomföra förändringar. R7 höll med R1 om att det är viktigt att förstå syftet bakom förändringarna. Enligt R7 kräver detta att beslutsfattare redan från början ställer sig frågan varför förändringen sker och kan kommunicera det tydligt till personalen.

5.3.8 Sammanfattning av intervjuer inom Förbättringsarbete

Intervjuerna kring Förbättringsarbete visade att de olika mottagningarna har skilda strategier för att identifiera förbättringsbehov. Vidare är en gemensam utmaning mellan mottagningarna resursallokering vid genomförandet av förbättringar. Respondenterna tog även upp att patienter involveras i alltför liten skala i nuläget, och det finns en önskan om ökad patientmedverkan.

Det framkom även att det inte finns något enhetligt verktyg för förbättringsarbete som används regelbundet inom regionen, trots att PDSA-cykeln är tänkt att användas. Det finns dock en vilja att införa ett strukturerat verktyg. När det gäller uppföljning av förändringar är detta en utmaning som samtliga respondenter upplever, då projekt oftast inte följs upp. Det är även svårt att få personal att följa förändringar, ibland på grund av bristande kommunikation och invanda vanor.

Slutligen ansåg respondenterna att medarbetare kan motiveras att följa förändringar genom att tydligt förklara anledningen bakom förändringen.



6 Analys och Diskussion

Detta kapitel presenterar en analys samt diskussion av resultaten från fallstudien på ÖNH-kliniken och från undersökningen av Region Östergötlands strategi för förbättringsarbete. Kapitlet avslutas sedan med identifiering av kritiska framgångsfaktorer.

Analysavsnittet använder analysmodellen (se Figur 2.2) för att identifiera överlappande teman mellan fallstudien och intervjuerna inom de tre studerade områdena. Målet var att hitta gemensamma mönster och likheter inom de olika mottagningarna inom RÖ, vilket bidrog till att besvara frågeställning F3 och förstå vilka viktiga aspekter som bör beaktas. Samtidigt belyser avsnittet skillnader mellan olika mottagningar för att avslöja eventuella brister samt undersöka om någon mottagning har framgångsrika metoder som kan överföras till andra.

6.1 Fallstudie på ÖNH-kliniken

Fallstudien som utfördes vid ÖNH-kliniken resulterade i framtagandet och utvecklingen av ett produktivitetmått, som i sin tur besvarade frågeställning F2. Utförandet av fallstudien mötte vissa utmaningar, vilka granskas i det kommande Avsnitt 6.1.1. Tillämpningen av det framtagna produktivitetmåttet diskuteras i Avsnitt 6.1.2.

6.1.1 Utförandet av fallstudien

Som tidigare beskrivet i Avsnitt 4.2 framgår det att utvecklingen av måttet för ÖNH-kliniken stötte på vissa utmaningar. När Fri Analys i Rebus började användas upplevdes systemet genast som komplicerat med en omfattande datamängd samlad på en central plats utan en klar struktur. Detta behöver dock inte vara problematiskt då själva tanken med systemet kan vara att inte alla medarbetare ska behärska det, utan endast de som arbetar mer frekvent med dataanalys. Däremot var problematiken kring sammanställningen av olika data betydande för studien. Även fast hjälp togs av kunniga inom dataanalys vid framtagningen av måttet, så var det inte möjligt att kombinera den datan som önskades med varandra. Därmed begränsades möjligheterna att mäta produktiviteten på den detaljnivå som ursprungligen planerades, utan fick mätas på en mer aggregerad nivå. Problematiken härleddes till variationer i terminologi och strukturer på data inom olika avdelningar, vilket försvårar sammanslagningen av data. Det komplicerar möjligheterna för sjukvården att integrera och analysera data för

att utveckla nya resultatvariabler, trots att nödvändig data redan är insamlad och lagrad i databasen. Därmed kan det, enligt Elg (2022), uppstå en situation där en omfattande mängd data samlas in, men som inte kan nyttjas fullt ut enligt önskemål.

En ytterligare möjlighet till förbättring som identifierades var relaterad till bristande kommunikation inom regionen. För närvarande finns inget centralt forum eller plattform för att enkelt överblicka vilka projekt eller förbättringsinitiativ som pågår inom sjukvården i Region Östergötland. En sådan plattform skulle kunna vara till stor nytta vid utvecklingen av olika mätetal och mål, eftersom det skulle möjliggöra för verksamheterna att dra nytta av varandras arbete och erfarenheter. Om det fanns ett sätt för olika verksamheter inom regionen att samordna sina insatser och dela kunskap, skulle det kunna leda till en mer effektiv resursanvändning och undvika dubbelarbete. Till exempel skulle tiden under detta projekt som lagts på att utveckla ett nytt produktivitetmått kopplat till kostnad ha kunnat användas för att genomföra fler intervjuer och öka förståelsen för de olika verksamheternas behov och utmaningar.

6.1.2 Tillämpning av produktivitetmått

Genom att tillämpa produktivitetmålet som togs fram under fallstudien kunde jämförelser av produktivitet över olika tidsperioder utföras för att upptäcka signifikanta avvikelser och potentiella problem. Jämförelsen möjliggör initiering av undersökningar för att identifiera orsakerna bakom eventuella avvikelser som observerats under specifika år. På så vis kan åtgärder vidtas för att proaktivt förebygga återkomsten av sådana händelser i framtiden, vilket möjliggör optimering av personalresurser. Detta i sin tur kan leda till en ökning av produktiviteten och därigenom effektivisera vården.

För att förbättra produktiviteten för läkarna på en verksamhet kan undersökningar utföras för att bedöma möjligheten att öka deras tid för patientkontakt eller att hänvisa patienter med lägre DRG-vikter till andra vårdgivare. Genom att hänvisa patienter till andra vårdgivare kan varje vårdgivares expertis förhoppningsvis utnyttjas mer optimalt. Det kan innebära att uppgifter som att ta blodprov delegeras till sjuksköterskor för att möjliggöra att läkare kan fokusera på patienter med mer komplexa medicinska behov. Däremot måste försiktighet tas för att inte kompromissa med vårdkvaliteten eller riskera en oetisk fördelning av resurser. Ett annat sätt att öka patientkontakten är att minska tiden som läkare spenderar på dokumentation, vilket enligt Norbäck och Targama (2009) utgör en stor del av deras arbetstid på sjukhuset. Detta arbete tar mycket tid och bidrar inte till en effektiv användning av resurser.

En annan potentiell risk med åtgärder för att förbättra produktiviteten som måste beaktas är illegal DRG-glidning, där patienter tilldelas felaktiga DRG-vikter. Detta fenomen beskrivs av Charpentier och Samuelson (2000) när de analyserade effekterna av Stockholmsmodellen, vilket då kan anses vara en potentiell risk även vid jämförelser av produktivitet. Illegal DRG-glidning kan leda till en snedvridning av produktivitetsdata, där det kan framstå som att läkarna är mer produktiva än de faktiskt är på grund av att patienter med låga DRG-vikter tilldelas höga vikter. Det är därför viktigt att övervaka och hantera detta fenomen för att säkerställa att produktivitetsdata är korrekt och pålitlig. Det inkluderar att tydliggöra att syftet med att övervaka produktiviteten är att gynna patienternas välmående och möjliggöra effektivare vård för att minska vårdköer och förbättra vårdkvaliteten, snarare än att gynna den enskilda personalen eller verksamheten.

Definitionen av prestationsmålet för produktivitet bör betraktas med försiktighet. Detta på grund av den tidigare erfarenheten av Charpentier och Samuelson (2000), där författarna beskriver att beroende på hur produktiviteten definierades så erhöles olika resultat för uppmätt

produktivitet. Som resultat av detta riskeras att datan blir opålitlig, detta bör därför beaktas vid analys av datan.

Utvecklingen och framtagandet av produktivetsmåttet (se Avsnitt 4) möjliggör för sjukvårdsverksamheter att systematiskt analysera sin prestanda när det gäller produktivitet och säkerställa optimal användning av tillgängliga resurser, vilket i sin tur besvarar frågeställning F2, *"Hur kan en sjukvårdsverksamhet analysera sin prestanda?"*. Genom att jämföra produktiviteten över olika tidsperioder kan detta mått utgöra grunden för att genomföra retrospektiva förbättringsåtgärder. Denna metodik innebär att granskning av tidigare perioder, till exempel det föregående året, utförs för att identifiera eventuella nedgångar i produktivitet jämfört med tidigare år. Denna granskning kan sedan leda till identifiering av förbättringsområden inom verksamheten för att förhindra upprepning av liknande nedgångar i framtiden. De aspekter som identifieras som förbättringsområden kan fungera som utgångspunkt för att påbörja förbättringsinitiativ. Det är även möjligt att analysera år med en ökande produktivitet för att identifiera dess bakomliggande faktorer och om möjligt tillämpa dessa för att kontinuerligt öka produktiviteten i framtiden.

För att ytterligare förstå hur förbättringsinitiativ fungerar inom vården och för att få konkreta exempel och insikter, intervjuades olika personer inom hälso- och sjukvården i regionen. Dessa intervjuer presenteras i Avsnitt 5, där flera perspektiv och erfarenheter diskuteras. Analys och diskussion av dessa intervjuer återfinns i kommande avsnitt 6.2

6.2 Undersökning av Region Östergötlands strategier för förbättringsarbete

Intervjuerna som presenterades i Avsnitt 5 resulterade i fler insikter kring hur förbättringsarbete fungerar inom hälso- och sjukvården samt hur vårdverksamheterna inom Region Östergötland arbetar med datahantering och driver strategiarbete. För att identifiera likheter och skillnader mellan de olika verksamheterna analyseras intervjuerna utifrån de tre områdena i analysmodellen: Strategi & Styrning, Mätning & Data, samt Förbättringsarbete.

6.2.1 Strategi & Styrning

Det första området i analysmodellen som respondenterna blev tillfrågade om var Strategi & Styrning. Intervjuerna visade att olika verksamheter inom samma sjukhus kan skilja sig avsevärt från varandra. Akutmottagningen har en tydlig uppdelning i olika team för att hantera den breda variationen av dagliga situationer, medan ÖNH-kliniken har mindre strikta uppdelningar. Detta kan bero på att Akutmottagningen behöver vara redo att snabbt ta hand om alla möjliga fall, medan ÖNH-kliniken kan planera sina insatser mer förutsebart.

Verksamheterna har även olika strategi för att sätta upp mål, där Akutmottagningen har två tydliga verksamhetsplaner medan ÖNH-kliniken inte har någon direkt strategi för att sätta upp mål utan analyserar olika målsiffror direkt. Med tanke på att det är olika typer av verksamheter behöver det inte vara något negativt att ÖNH-kliniken inte har lika tydliga planer, utan att Akutmottagningen behöver mer tydliga planer för att kunna hantera deras mindre prognostiserbara verksamhet. För att sedan följa upp olika mått inom verksamheten använder Akutmottagningen sig av sin verksamhetsplan medan ÖNH-kliniken har en löpande uppföljning varje månad. Här beskrev även R1 svårigheter att hålla sig till en strategi på grund av att andra frågor hela tiden kommer emellan, detta kan bero på att de ändå behöver en strategi för att sätta upp mål. Respondent R7 uttryckte också att en mer systematisk metod för att sätta upp mål kan vara fördelaktig. En möjlig lösning på de utmaningar som R7 och R1 tar upp skulle kunna vara införandet av balanserade styrkort, som ÖNH-kliniken kan

använda för att, som Kaplan och Norton (2006) beskriver, systematiskt följa sin strategi för att uppnå sina mål. Balanserade styrkort är även en modell som hjälper till att kommunicera ut en nedbryttna strategin till olika delar av verksamheten (Kaplan & Norton, 2006), detta kan gynna både ÖNH-kliniken och Akutmottagningen då intervjuerna identifierade en brist på kommunikation inom verksamheterna.

Intressant för studien var dock att ingen av verksamheterna beskrev att de använder sig av någon tydlig styrmodell, där en av anledningarna var att modellerna måste vara anpassade till sjukvården samt att medarbetarna i sjukvården söker ett fokus på själva patienterna. Enligt R1 var bristen på styrmodeller på grund av att många modeller inte är anpassade för en sjukvårdsverksamhet, studiens litteraturundersökning visar dock på att just balanserad styrning ofta används i offentliga verksamheter (Bergman & Klefsjö, 2021). Där även Berlin och Kastberg (2011) beskriver en implementation av balanserad styrning på en ÖNH-klinik med positiva resultat. För att använda styrmodeller som exempelvis balanserad styrning kan det krävas att den anpassas efter den specifika sjukvårdsverksamheten för att kunna erhålla goda resultat. Det huvudsakliga fokuset med att använda sig av styrmodeller blir slutändan att förbättra situationen för verksamhetens patienter, även fast det kanske inte visas tydligt utåt. På grund av detta finns det svårigheter, som R1 beskriver, att personalen vill lägga fokus i att göra det bättre för patienterna. Alltså kan det vara problematiskt att den direkta kopplingen mellan styrmodellen och patienterna inte är tydlig, vilket i sin tur kan leda till att modellen inte används, trots att den är anpassad efter verksamheten.

R1 betonade även under intervjun, att om man vill implementera någon modell är det viktigt att de som initierar modellen besitter kunskap om både modellerna men också om hur verksamheten fungerar. Detta stämmer väl överens med tankesättet som används i processororienterad styrning, där det är mycket viktigt att de som utför kartläggningarna av en process är involverade i verksamheten (Heher & Chen, 2017). Både R7 och R5 nämnde att de använder processororienterad styrning i sina verksamheter, men inte i dess teoretiska form. För dem innebär processororienterad styrning att de kan få en översikt av sitt arbete och sätta upp mål för det. Trots att styrmodeller inte används på ett systematiskt sätt inom sjukvården, uttryckte dock R1 ett särskilt intresse för att börja använda sådana modeller. Här kan, som tidigare beskrivet, användningen av balanserade styrkort vara en potentiell modell, då det tidigare har initierats på en ÖNH-klinik där resultatet blev att cheferna på kliniken fick ett tydligare överblick över verksamheten (Berlin & Kastberg, 2011). Som Berlin och Kastberg (2011) påpekar, kan utmaningar som låg produktivitet och långa väntetider ses som ett styrproblem. Kan därför införandet av styrmodeller inom vården vara en del av lösningen på vårdens utmaningar.

6.2.2 Sammanfattning av analys inom Strategi & Styrning

Sammanfattningsvis belyser intervjuerna kring Strategi & Styrning att det finns betydande skillnader mellan verksamheter inom samma sjukhus, såsom Akutmottagningen och ÖNH-kliniken. Akutmottagningen är starkt organiserad för att hantera dagliga variationer, medan ÖNH-kliniken är mer förutsägbar i sina aktiviteter. Respondenterna påpekade behovet av att implementera balanserade styrkort eller andra styrmodeller för att stödja verksamheter och förbättra kommunikation och måluppsättning. Anpassningen av styrmodeller till sjukvårdsverksamheten kan också underlätta effektivare processer och gynna både personal och patienter.

6.2.3 Mätning & Data

Intervjuerna kring Mätning & Data, som är ett av perspektiven i analysmodellen, visade hur Akutmottagningen respektive ÖNH-kliniken använder sig av mätdata i sin dagliga verk-

samhet och beslutsfattande. Samtliga respondenter framhävde vikten av att utnyttja data för att analysera verksamheten och fatta välgrundade beslut.

Respondenterna lyfte fram att det finns risker för avvikelse från en datadriven inställning inom sjukvården, då personalens fokus ofta ligger på patientvården snarare än datan i sig. Alltså är det viktigt att underlätta personalens förståelse av datans innebörd vilket kan göras genom att visualisera data på ett enkelt och tydligt sätt som möjligt (Elg, 2022). De undersökta verksamheterna strävar efter att visualisera den insamlade datan på ett så tydligt sätt som möjligt genom användning av exempelvis enkla staplar och diagram. Det är dock viktigt att notera att enbart att fokusera på visualiseringen av data inte är tillräckligt; det är även av väsentlig betydelse att utbilda personalen i att korrekt tolka datan. Risken för överstyrning uppstår om beslut baseras på felaktiga tolkningar av data, vilket kan leda till ogynnsamma resultat (Elg, 2022). Därför är det av stor vikt att personalen som ansvarar för att tolka datan erhåller tillgång till tydliga visualiseringar samt utbildning i tolkningen av datan.

Intervjuerna avslöjade att kommunikationen mellan olika verksamheter inom sjukvården är otillräcklig. R5 betonade särskilt att kommunikationen kring dataanvändning mellan olika mottagningar var bristfällig. R1 ansåg också detta som ett problem, eftersom enligt R1 finns det sannolikt många värdefulla initiativ på olika kliniker som skulle kunna gynna deras egna verksamheter. En risk med bristen på kommunikation kan vara att det leder till suboptimering, eftersom förändringar som genomförs på en mottagning kanske inte beaktar hela sjukhusets eller sjukvårdens verksamhet. En ytterligare risk är uppkomsten av dubbelarbete, vilket exemplifierades när författarna till detta arbete arbetade med produktionsmålet i Avsnitt 4.1. Det framkom långt senare att en annan klinik inom RÖ redan hade tagit fram ett produktivitetmått kopplad till kostnad, vilket ledde till onödig duplicering av ansträngning. Dessa exempel på dubbelarbete och suboptimering illustrerar ineffektiv användning av data inom hälso- och sjukvården. Trots att de inom RÖ har tillgång till ett gemensamt system (REBUS), vilket borde innebära att alla inom organisationen kan dela data, förekommer ändå dubbelarbete i framtagning och analys av data. Detta tyder på behovet av ett mer strukturerat sätt att meddela andra mottagningar om nya tillägg. Förslag på lösningar inkluderar utvecklingen av en sökmotor eller ett forum med uppdateringar om den senaste dataframtagningen, vilket kan tänkas underlätta identifieringen av existerande initiativ och minska onödigt arbete.

6.2.4 Sammanfattning av analys inom Mätning & Data

Sammanfattningsvis har intervjuerna kring Mätning & Data visat hur Akutmottagningen och ÖNH-kliniken använder mätdata för att analysera sina verksamheter och fatta beslut. Respondenterna betonade vikten av enkel och tydlig datavisualisering samt utbildning för att undvika felaktiga tolkningar. Det framkom även att bristande kommunikation mellan olika verksamheter kring dataanvändning kan leda till suboptimering och dubbelarbete. För att åtgärda detta kan exempelvis en sökmotor eller ett forum för uppdateringar om den senaste dataframtagningen utvecklas.

6.2.5 Förbättringsarbete

Det sista området i analysmodellen som behandlades i intervjuerna var Förbättringsarbete. Analysen som presenteras i det kommande avsnittet följer samma struktur som det presenterade resultatet från intervjuerna i Avsnitt 5.3.

Identifiering av förbättringsbehov

De presenterade teorierna kring förbättringsarbete har en övergripande likhet i att de framhäver ledningens viktiga roll för att ett förbättringsprojekt ska lyckas. Enligt Bergman et al.

(2022) är det ledningsgruppen som har makten att godkänna förändringar, vilket gör deras engagemang och deltagande avgörande. R1 betonade vikten av att som ledare delta i och stödja olika projekt.

En viktig aspekt av förbättringsarbetet är att identifiera förbättringsmöjligheter. Bland de intervjuade framhölls Akutmottagningen som mycket strukturerad vid identifiering av områden för förbättring. Deras användning av en samarbetsportal underlättar för medarbetare att rapportera in förbättringsförslag samtidigt som chefer har en samlad plats att hitta förslag. Dock kan det antas att för att detta ska vara effektivt krävs det att någon regelbundet kontrollerar och följer upp för att säkerställa att inga möjligheter missas. Som tidigare nämnts så är det bara på Akutmottagningen som denna studie har noterat härkomsten av en samarbetsportal, vilket innebär att det förmodligen saknas en gemensam samarbetsportal för hela RÖ, vilket försvårar delning av information mellan olika avdelningar. Användningen av ett centralt samarbetsforum skulle kunna underlätta en typ av benchmarking mellan olika kliniker och mottagningar, kan vara fördelaktigt. Detta kan i sin tur underlätta möjligheten att ta lärdom från andra liknande verksamheter för att förbättra sin egna (Bergman et al., 2022).

För att skapa långsiktiga förändringar är det avgörande att engagera och uppmuntra medarbetarna (Hiatt, 2006). Enligt respondenterna kommer många förbättringsförslag kommer från personalen på golvet, och för att uppmuntra dem att tänka i förbättringsbanor i sitt arbete kan det vara bra att utforska dessa idéer så mycket som möjligt, för att i sin tur, eventuellt införa dem. Men enligt Ardell (2017) kan ökad arbetstakt och stress hindra personalen från att engagera sig. Därmed måste ledningen hitta sätt att motivera personalen även när det inte går att minska arbetsbördan. Bland annat är förtroende mellan ledning och medarbetare avgörande (Ardell, 2017) för denna motivering.

Patientinvolvering

Enligt Vårdanalys (2016) är patienters involvering i förbättringsarbete inom vården något som ledningen ofta eftersträvar, men i praktiken blir patienter sällan inkluderade i beslutsprocessen. Respondent R1 betonade att det skulle vara intressant att inkludera mer patientperspektiv under planeringen av förbättringsinitiativ. R7 delade denna åsikt och ansåg att när patientperspektivet lyfts fram, möter förändringar mindre motstånd från personalen. På Akutmottagningen, som R5 nämnde, intervjuas patienter på plats, dessutom nämnde R5 att resursbanken Levande Bibliotek finns i Östergötland, men att den inte har använts i den utsträckning som de hade önskat. Caping et al. (2014) påpekar att inom genombrottsmetoden är patienter ofta aktivt involverade i att utveckla och skapa förbättringsförslag. Därför kan Levande Biblioteket vara en värdefull resurs för att hitta personer med relevant erfarenhet och engagemang.

Resursallokering

Resursbrist utgör en betydande utmaning för förbättringsarbete inom sjukvården, vilket både R5 och R1 har påpekat. Svårigheten att samla den nödvändiga kompetensen och personalen på grund av varierade scheman kräver kreativitet vid allokering av resurser. Att använda Pareto-principen för att prioritera insatser och Ishikawa-diagram för att identifiera grundorsaker kan bidra till att effektivisera arbetet (Bergman et al., 2022).

Verktyg för förbättringsarbete

Ett centralt problem inom verksamheterna är bristen på strukturerade metoder och verktyg för att utföra förbättringsarbete, vilket riskerar att vissa steg, särskilt uppföljning och utvärdering, förbises. R5 nämnde att PDSA-cykeln bör användas inom regionen, men R1 konstatera-

de att detta inte tillämpades i sin verksamhet. Användningen av metoder som PDSA-cykeln möjliggör planering av förbättringsinitiativ med tydliga mål, steg för att genomföra arbetet samt strategier för uppföljning (Bergman et al., 2022). På samma sätt kan detta möjliggöras med Six Sigma (Brook, 2010).

Implementering och uppföljning av förändring

Svårigheter med varierande schema som nämndes tidigare påverkar inte bara resursallokeringen, utan utgör även en utmaning av implementering av förändringar genom information och utbildning. Enligt (Hiatt, 2006) är utbildning avgörande för att medarbetare ska få de färdigheter de behöver för att kunna genomföra förändringar. Både R1 och R5 har upplevt utmaningar på grund av bristande informationsdelning inom vården. På grund av olika scheman är det svårt att samla personalen, vilket kan leda till att vissa inte får den information de behöver, medan andra (till exempel chefer) får detaljerad förklaring till varför förändringen sker.

Svårigheterna att samla information tyder på behovet av en centraliserad plattform för att dela information med alla medarbetare. För närvarande delar både Akutmottagningen och ÖNH-kliniken information inom verksamheterna genom bland annat veckobrev, men det är osäkert om alla anställda tar del av dem. Ett sätt att hantera detta problem vid genomförandet av förbättringsprojekt är att införa rutiner och strukturer för hur projekten ska implementeras och användas långsiktigt, i linje med Control-fasen i Six Sigma (Brook, 2010).

Uppföljning av förbättringsprojekt inom vården är inte alltid tillräcklig, och fokus ligger ofta på större projekt. Exempelvis finns det ingen strukturerad uppföljning på ÖNH-kliniken, medan Akutmottagningen genomför kvartalsuppföljningar, vilket är ett bra exempel på hur uppföljning kan förbättra verksamheten. I PDSA-cykeln är studera-delen (Study) ett viktigt steg där effekterna av förbättringsarbetet utvärderas, vilket möjliggör lärdomar från tidigare erfarenheter (Bergman et al., 2022). Att dra lärdom av tidigare erfarenheter kan innebära exempelvis att reflektera över hur resurser har använts under tidigare förbättringsprojekt. Eftersom det har framkommit att resursallokering är en utmaning kan det vara värdefullt att förstå ungefär hur många personer som behövs för olika projekt samt vilken typ av kompetens som krävs.

Uppföljning är särskilt viktig eftersom det i ADKAR-modellen innebär att de färdigheter och kunskaper som anställda har fått under utbildningen kan förädlas genom coachning (Hiatt, 2006). Utan uppföljning kan vårdpersonal lätt återgå till etablerade rutiner, vilket försvårar anpassningen till nya riktlinjer. Som Berlin och Kastberg (2011) påpekar, kan de invanda rutinerna inom sjukvården göra det utmanande för personalen att följa upp nya rutiner. Vidare nämner Hiatt (2006) att uppföljning även möjliggör förstärkning av positiva förändringar genom feedback och firande av framgångar.

Utmaningar med förändringar

Ytterligare en utmaning vid införandet av förändringar, som respondenterna nämnde, är den tröga kulturen inom sjukvården kring förändringar. Enligt R1 kan detta ibland vara positivt för patienternas hälsa, eftersom förändringar då införs försiktigt och noggrant övervägs för att undvika risker för patienterna. Detta kan jämföras med teorin kring överstyrning där Elg (2022) noterar att förbättringar ibland kan baseras på felaktiga tolkningar, vilket kan försämrade ett stabilt system. Att ha ett långsamt och försiktigt förändringssätt, som respondenterna beskriver, möjliggör upptäckt av potentiella felaktigheter och ger en chans att upptäcka om brister har tolkats korrekt eller om de är tillfälliga variationer.

Motivation

När det gäller motivation visade intervjuerna att personalen lättare motiveras när det handlar om patienter, vilket kan bero på det som Norbäck och Targama (2009) påpekar om att många vårdanställda ser sitt arbete som främst inriktat på att främja patientens bästa. Belöningar har också använts som en metod för att motivera personalen. Enligt Hiatt (2006) är det viktigt att fira framgångar för att motivera personalen att fortsätta vara engagerad i förändringsarbetet. R1 betonade att även kommunikation är avgörande för att en förändring ska lyckas. Ibland går R1 själv ut i verksamheten för att introducera nya förändringar och förklarar för de berörda varför ett förbättringsinitiativ sker och hur det är kopplat till verksamhetens mål för att minska risken för motstånd.

R7 påpekade att utöver att vara tydlig med anledningen bakom förändringen ska förändringsledarna se till att förklara att förändringen är ett test och inget permanent. Detta överensstämmer med ADKAR-steget "Awareness" som betonar vikten av att kommunicera syftet med en förändring för att skapa medvetenhet om hur förändringen kommer att påverka de anställda (Hiatt, 2006). Utöver ADKAR-modellen kan även Nolans förbättringsmodell användas för att förstå vad en förändring ska leda till samt visualisera ett mål för förändringen (Bergman et al., 2022). Genom att klargöra detta kan det underlätta kommunikationen från ledning till de anställda.

Sammanfattning av analys inom Förbättringsarbete

Sammanfattningsvis avslöjar analysen av både intervjuerna och teorierna kring förbättringsarbeten stark konsensus kring betydelsen av att engagera olika intressenter, inklusive ledning, anställda och patienter, för att främja framgångsrika förbättringsprojekt. Vidare framkom det att kontinuerlig uppföljning och utvärdering av förbättringsinitiativ är avgörande för att säkerställa att projektet leder till önskade resultat och för att möjliggöra justeringar vid behov. Att etablera tydliga rutiner för informationsutbyte och skapa system för att samla in feedback från personal kan förbättra projektens långsiktiga effektivitet. Dessutom kan en aktiv och engagerad ledning bidra till att övervinna motstånd och främja en positiv organisationskultur som uppmuntrar till förbättringsarbete.

Avslutningsvis kräver lyckade förbättringsprojekt inom vården en helhetssyn där alla aktörer bidrar och känner sig inkluderade. Att balansera de olika intressenternas behov och skapa strukturer som stödjer förbättringsarbeten är nyckelfaktorer för att nå framgång och hållbara förändringar.

6.3 Identifiering av kritiska framgångsfaktorer

Det teoretiska ramverket, intervjuerna och fallstudien på ÖNH möjliggjorde identifieringen av kritiska framgångsfaktorer som underlättar genomförandet av förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården. Dessa kritiska framgångsfaktorer lägger grunden för vad som är viktigt att ta vidare in i modellutvecklingen. En sammanställning av de kritiska framgångsfaktorerna presenteras i Figur 6.1



Figur 6.1: Presentation av de framtagna kritiska framgångsfaktorerna.

Främjande av smidig förslagshantering

Främjande av smidig förslagshantering har visat sig vara avgörande inom förbättringsarbete. Detta innebär att uppmuntra så många personer som möjligt, både medarbetare och patienter, att dela med sig av förslag på potentiella förändringar eller synpunkter.

Tydlig koppling till verksamhetens strategi

En klar koppling mellan förbättringsarbete och verksamhetens strategi är viktig för att säkerställa att arbetet överensstämmer med organisationens mål. Detta underlättar även att motivera och förklara varför förändringar behövs.

Noggrann planering

Ett välplanerat förbättringsarbete med tydliga mål ökar sannolikheten för framgång. En sådan struktur minskar risken för att hoppa över steg och minimerar därmed risken för att förändringen misslyckas.

Aktivt engagerad ledning

För att öka motivationen för förändringar hos medarbetare är det oerhört betydande att ledningen är engagerad och är villiga att lyssna på medarbetarna.

Beslut grundade på data

För att maximera sannolikheten att förändringsarbetet leder till förbättringar och inte det motsatta, är det av väsentlig betydelse att fatta beslut som är grundade på data. Om beslut endast grundar sig på magkänsla finns risken att det uppkomna behovet för en förändring egentligen inte finns, utan snarare att den upplevda känslan är resultatet av andra variabler. Att ha tillgång till data som stödjer intuitionen är därför av avgörande vikt för att fastställa att ett problem faktiskt existerar och därmed motiverar en förändringsinsats.

Användarvänliga och tydliga verktyg

För att förenkla förbättringsarbetet är det avgörande att ha tillgång och kunskap kring användarvänliga och tydliga verktyg. För att så många individer som möjligt ska ha möjlighet att påverka vid förbättringsarbetet är det essentiellt att dessa verktyg ska vara enkla att förstå för alla inom verksamheten.

Tydlig inriktning mot patienternas välbefinnande

Sjukvårdspersonal lägger generellt en stor vikt i att göra det bästa möjliga jobbet för patienternas skull, och är otroligt engagerade för att patienterna ska må så bra som möjligt. På grund av detta är det av stor vikt att hitta kopplingen mellan förbättringsarbetet till hur detta påverkar patienterna och att förbättringsarbetet ska ha ett underliggande syfte att öka patienters livskvalitet.

Prioritering av patienters behov och perspektiv

Eftersom sjukvårdsverksamheten framförallt handlar om vården av patienter ligger det en stor vikt i att involvera patienter så mycket som möjligt i förbättringsarbetet. Detta kan vara allt från att intervjua patienter till att ta hänsyn till patientundersökningar i arbetet.

Involvering av relevanta intressenter

Att involvera relevanta intressenter i förbättringsarbete är avgörande för att ta hänsyn till olika perspektiv och behov. Detta bidrar till en bra grund för beslutsfattandet och säkerställer att förändringarna påverkar verksamheten på ett inkluderande sätt.

Tydligt och öppet kommunikationsflöde

Ett öppet och tydligt kommunikationsflöde är nödvändigt för att genomföra förändringar som engagerar de berörda parterna. Detta minskar risken för motstånd och främjar en smidig implementering av förbättringar.

Effektiv delning av information mellan aktörer

Inom sjukvården är det avgörande att effektivt dela information mellan olika verksamheter. Detta möjliggör jämförelser och lärande mellan enheter, vilket i sin tur kan leda till förbättringar inom den egna verksamheten.

Kontinuerlig uppföljning och utvärdering

Kontinuerlig uppföljning och utvärdering är centralt för framgångsrikt förbättringsarbete. Regelbundna mätningar och analyser av resultat kan säkerställa att mål uppnås och att förändringar förblir hållbara över tid.



7 Modellutveckling

Detta kapitel innehåller en diskussion som utvecklar arbetsmodellen baserat på tidigare insikter och resultat. Därefter följer en revidering av modellen, där eventuella förändringar och förbättringar införs för att förbättra dess tillämpbarhet.

Genom intervjuer och fallstudien på ÖNH-kliniken framgick det att det för närvarande saknas ett strukturerat sätt att genomföra förbättringsprojekt inom de olika verksamheterna i hälso- och sjukvården i Region Östergötaland. Detta motiverade framtagandet av ett strukturerat arbetsmetod för att underlätta förbättringsarbeten inom sjukvården. För att metoden skulle bli framgångsrik var det viktigt att den var lätt att känna igen för vårdpersonalen. Intervjuerna pekade på att tanken är att PDSA-cykeln ska användas inom sjukvården. Därför blev det naturligt att använda denna cykel som inspiration för den nya modellen. För att vidareutveckla modellen användes insikter från det teoretiska ramverket, samt erfarenheter från fallstudien och intervjuerna vilka bidrog till framtagandet av tolv kritiska framgångsfaktorer. Genom att kombinera PDSA-cykeln med dessa lärdomar skapades en anpassad modell som passar de specifika behoven inom hälso- och sjukvården i Region Östergötaland. För att säkerställa att modellen verkligen skulle användas och implementeras effektivt, var det avgörande att den var enkel att följa. Detta skulle möjliggöra för all personal inom hälso- och sjukvården att använda modellen utan djupgående kunskap om förbättringsarbete. Modellen bör även kunna anpassas till de unika behoven i varje verksamhet, vilket främjar flexibilitet och effektivitet i genomförandet av förbättringsinitiativ.

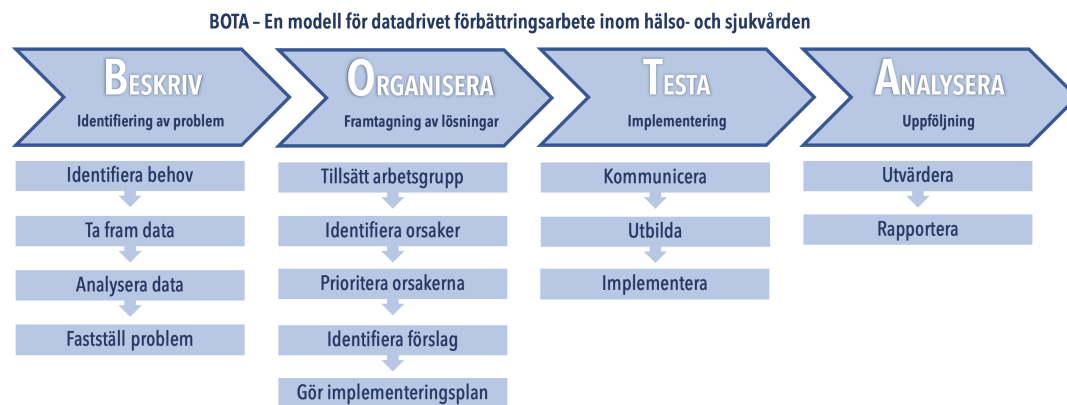
7.1 Utveckling av preliminär modell

Som tidigare nämnts är modellen inspirerad av PDSA-cykeln. Men eftersom det framkom från intervjuerna att genomförandet av förbättringsarbeten ofta saknar uppföljning och att det är svårt att få personal att planera och utföra arbetet, var det därför viktigt att lägga särskilt fokus på planeringssteget, som behandlar den kritiska framgångsfaktorn "Noggrann planering". För att åtgärda dessa utmaningar delades Plan-steget i PDSA upp i två faser: Beskriv och Organisera. I dessa faser läggs tonvikten på att förstå problemet som ska undersökas, samla data som stödjer det, samt att skapa en detaljerad plan för arbetets genomförande. Där fasen "Beskriv" är en generalisering på vad som utfördes i fallstudien på ÖNH-kliniken. Beskrivning av dessa faser finns i Avsnitt [7.1.2](#) och [7.1.3](#). Vidare ansågs

det vara avgörande att genomförandet av förbättringsinitiativet får sin egen fas, "Testa", där lösningen på problemet implementeras och beskrivs i Avsnitt 7.1.4. Slutligen inkluderades en sista fas, Analysera, där arbetet utvärderas och rapporteras, och beskrivs i 7.1.5. Denna fas är av särskild betydelse, eftersom respondenterna från de semistrukturerade intervjuerna tog upp att förbättringsinitiativ inom sjukvården ofta inte följs upp eller rapporteras till andra verksamheter, vilket hindrar lärande och delning av erfarenheter. Samtliga faser som ingår i modellen illustreras i Figur 7.1 och en överblick av de ingående stegen hittas i Figur 7.2



Figur 7.1: Översikt av den preliminära arbetsmodellen för genomförande av förbättringsarbete.



Figur 7.2: Utförlig illustration av den preliminära arbetsmodellen för genomförande av förbättringsarbete.

Det är viktigt att påpeka att PDSA-cykeln är en iterativ process som upprepas för att stödja kontinuerlig förbättring. Men eftersom det från intervjuerna har framkommit att det kan vara utmanande att införa denna metodik inom sjukvården, på grund av bristen på struktur i vissa fall och tid som krävs för kontinuerlig förbättring. Kan det därför anses för optimistiskt att förvänta sig att sjukvården omedelbart ska anamma en kultur av kontinuerlig förbättring. För att underlätta denna övergång har arbetsmodellen strukturerats som en linjär process med ett tydligt slut. Denna justering av PDSA-modellen syftar till att stärka planeringen, genomförandet och analysen av förbättringsinitiativ inom sjukvården.

7.1.1 Förutsättningar för användning av modellen

Eftersom modellen är avsedd att vara en förbättringsmodell baserad på data, måste användarna uppfylla ett antal förutsättningar. Modellen är tänkt att användas för att förbättra prestanda eller andra resultatvariabler. Med andra ord, när man börjar använda denna modell, bör målet vara att förbättra ett mätbart resultat. I fallstudien på ÖNH-kliniken betonades

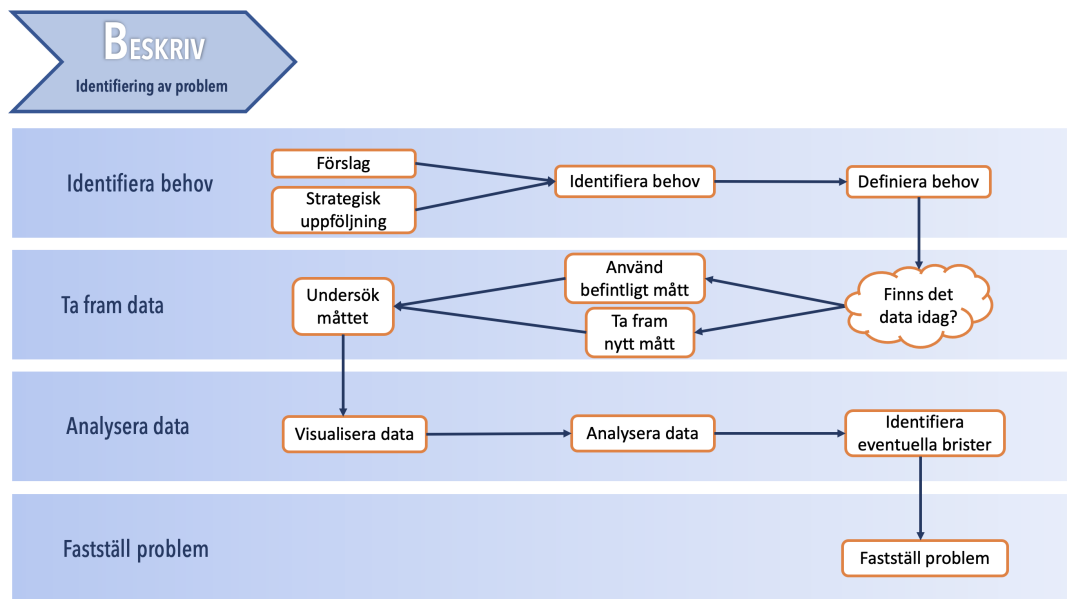
vikten av att ha tillgång till historisk data, eftersom detta är nödvändigt för att kunna analysera den framtagna resultatvariabeln. En avgörande förutsättning för att kunna använda modellen är därför att det finns tillgång till historisk data från verksamheten.

Utifrån den kritiska framgångsfaktorn ”Involvering av relevanta intressenter”, har det framkommit att för att använda modellen effektivt krävs det att de som inleder förbättringsarbetet bör ha en djupgående förståelse för sjukvårdsverksamheten. Som Bergman och Klefsjö (2021) framhåller, är det viktigt att de personer som är involverade i att lösa ett problem har en god insikt i själva problemet. Denna expertis kan tillhandahållas av en ledare, verksamhetsutvecklare eller projektledare med relevant erfarenhet inom området. Det är av största vikt att denna person har omfattande kunskap om verksamhetens dagliga funktioner och rutiner.

För Six Sigma projekt, en väletablerad metod för förbättringsarbete, är det av yttersta vikt att ha en engagerad ledning (Bergman et al., 2022). Likaså är det av betydelse att ledningen engagerar sig i denna modell för att säkerställa att dess faser och tillhörande steg genomförs enligt plan samt för att upprätthålla motivationen hos deltagande medarbetare. Ökad motivation för att utföra förändring framkommer även ur kritiska framgångsfaktorn ”Aktivt engagerad ledning”. Det är även av väsentlig betydelse att ledningen är stödjande och skapar förtroende hos övriga deltagare, eftersom ömsesidighet mellan ledning och medarbetare, precis som Ardell (2017) framhåller, kan bidra till ökat engagemang i arbetsprocessen och därigenom främja framgångsrika förändringar.

7.1.2 Beskriv

I den första fasen i modellen är målet att fastställa vad problemet är i verksamheten och innefattar det som utfördes i fallstudien på ÖNH-kliniken då ett mått för produktivitet togs fram. Att data bör användas som underlag vid förbättringsarbete där målet är en prestandaförbättring (Elg, 2022), utgör syftet med denna fas. Därför är stegen i fasen ”Beskriv” en generalisering av vad som utfördes på ÖNH-kliniken i fallstudien. De ingående stegen i ”Beskriv” är; Identifiera behov, Ta fram data, Analysera data och Fastställ problem, som presenteras i figur 7.3



Figur 7.3: Beskrivning av fasen "Beskriv" dess steg och aktiviteter.

Identifiera behov

Det första som bör göras är att identifiera behovet av förbättringen. Från intervjuerna framkom det att behov kan uppkomma genom förslag från medarbetare, antingen via en samarbetsportal eller muntligt. Eller så kan initiativet komma från patienter via exempelvis patientundersökningar. Beroende på hur sjukvårdsverksamheten ser ut och om de har några tydliga strategiska planer så kan även förslagen komma från en strategisk uppföljningsplan. Exempelvis gör Akutmottagningen en årlig uppföljning inom olika områden på verksamheten. I fallstudien på ÖNH-kliniken identifierades behovet genom muntliga förslag från ledningen. Vidare, enligt kritiska framgångsfaktorn "Främjande av smidig förslaghantering", bör ledningen underlätta möjligheten att ge förslag, vilket i sin tur gör det enklare att identifiera behov.

Efter att behovet har identifierats ska det nu definieras i termer för verksamheten. Tankarna som ska behandlas i detta steg är bland annat; vad är det som behöver ändras? Vad är det som inte fungerar?

Ta fram data

Behovet av förbättring kan framträda i verksamheten, men bör stödjas av data för att säkerställa att förändringar baseras på fakta, i linje med kritiska framgångsfaktorn "Beslut grundade på data". Detta kan hjälpa till att undvika överstyrning. Till att börja med är det viktigt att kontrollera om det finns tillgänglig data inom verksamheten. I fallstudien på ÖNH-kliniken undersöktes det därför om det finns något mått idag som mäter produktivitet, och om måttet i sådana fall fungerar bra eller inte. Om det finns ett relevant mått som beskriver prestandan kopplat till verksamhetens strategiska mål så behöver inget nytt mått tas fram. Om det inte finns ett relevant mått i dagsläget så behöver ett nytt tas fram.

Vid framtagning av ett nytt mått bör det klargöras vilken typ av prestation som ska undersökas och om detta mått kan formuleras med variabler som redan mäts inom verksamheten eller om insamling av ny data krävs. I båda fallen är det viktigt att involvera en person med

expertis inom verksamhetens data och förmåga att utveckla nya mått. Vid utveckling av ett nytt mått bör processen börja med idégenerering för att identifiera potentiella resultatvariabler som kan vara relevanta att undersöka. Dessutom är det fördelaktigt att granska tidigare utvecklade mått både inom den specifika verksamheten och inom sjukvården i stort för att förstå deras användning och resultat. Detta tillvägagångssätt tillämpades under fallstudien, där arbetet började med idéer från idégenereringen och sedan förstärktes genom analys av tidigare forskning och granskning av befintliga mått inom sjukvården. Ett exempel på framtagning av ett nytt mått med hjälp av befintlig data är måttet på produktivitet under fallstudien vid ÖNH-kliniken.

Efter ett befintligt mått har identifierats eller ett nytt har tagits fram så ska måttet undersökas närmre. Alltså undersöka hur det kan appliceras på olika delar av verksamheten och alltså om måttet är relevant för just det identifierade problemet.

Analysera data

När relevant data är tillgänglig bör den visualiseras med grafiska verktyg för att underlätta förståelsen, som framgår av Elg (2022). Visualiseringen hjälper till att identifiera ett eller flera förbättringsområden. Kritiska framgångsfaktorn "Användarvänliga och tydliga verktyg" betonar vikten av att visualiseringen är så enkel och tydlig som möjligt, och därför rekommenderas användning av enkla grafer. I fallstudien på ÖNH-kliniken visualiserades produktiviteten grafiskt med linjediagram, vilket var en av de lättförståeliga metoderna för att utföra just visualisering av data.

När datan har visualiserats bör den analyseras för att identifiera eventuella brister eller förbättringsområden. Under fallstudien på ÖNH-kliniken resulterade dataanalysen i upptäckten att läkarna på VIN generellt hade lägre produktivitet än läkarna på US. Denna insikt blev utgångspunkten för att fastställa att det fanns ett problem.

Fastställ problem

Slutligen avslutas fasen "Beskriv" med att fastställa själva problemet. Identifieringen av brister ska leda till ett tydligt definierat problem som är kopplat till det ursprungliga behovet som identifierades i det första steget. Problemet bör även anknyta till verksamhetens strategi enligt kritiska framgångsfaktorn "Tydlig koppling till verksamhetens strategi".

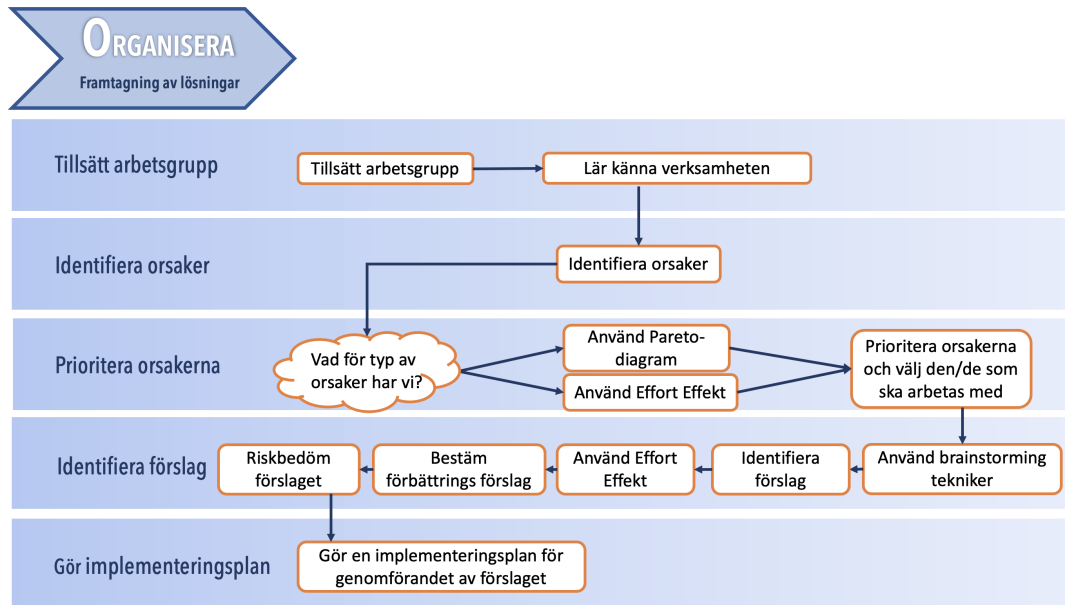
Här kan till exempel verktyget AFM användas för att koppla verksamhetens strategi till processmätningen (Chowdhury & Sandén, 2015), alltså mätningen av verksamhetens prestation. Genom att tillsammans med verksamhetens operativa personal, använda brainstorming-verktyg för att identifiera KPIer (Chowdhury & Sandén, 2015). På detta sätt läggs en grund för jämförelser mellan det uppmätta prestandan och de strategiska målen, som i sin tur kan underlätta för kommande uppföljning (Chowdhury & Sandén, 2015).

Vidare är det viktigt att behandla hur problemet kan påverka patienternas välbefinnande, som kritiska framgångsfaktorn "Tydlig inriktning mot patienternas välbefinnande" betonar. I slutet av denna fas bör man fråga sig vad målet är att uppnå? (Bergman & Klefsjö, 2021) enligt Nolans förbättringsmodell för att formulera ett tydligt syfte med förbättringsinitiativet.

7.1.3 Organisera

I "Organisera"-fasen ligger vikten på att förstå hur det identifierade problemet i "Beskriv"-steget ska angripas. Detta steg motsvarar ett delsteg av plan-fasen i PDSA samt define-fasen i Six Sigma. Här gäller det att först tillsätta relevanta personer, sedan kan gruppen identifiera olika förslag för att angripa behovet, och slutligen ska planeringen göras för att genomföra

förslaget, där ingår även uppföljningen. De ingående stegen i "Organisera" är; Tillsätt arbetsgrupp, Identifiera orsaker, Prioritera orsakerna, Identifiera förslag och Gör implementeringsplan, och presenteras i Figur 7.4.



Figur 7.4: Beskrivning av fasen "Organisera" dess steg och aktiviteter.

Tillsätt arbetsgrupp

Eftersom fokus för "Organisera"-fasen ligger på att besluta om konkreta åtgärder, är det viktigt att involvera en arbetsgrupp med olika perspektiv och expertis. En förutsättning för modellen är att arbetsgruppen inte bara ska bestå av chefer och ledare utan även av personal som arbetar närmast de operativa processerna och därmed har god insyn i praktiska utmaningar.

För att underlätta arbetet och hålla förbättringsprocessen på rätt spår bör en ledare utses för att övervaka framstegen och hålla gruppen fokuserad. Arbetsgruppen bör planera regelbundna möten för att utvärdera framsteg och justera strategier vid behov. Att schemalägga dessa möten i förväg är viktigt för att undvika schemakonflikter, särskilt som det har framkommit i intervjuerna att vårdmiljön är dynamisk och det kan vara svårt att få till stora möten där alla kan delta. En fast mötestid, exempelvis varje vecka eller månad beroende på projektets omfattning, kan vara till hjälp. Om det visar sig att ett möte är överflödigt, kan det alltid ställas in.

När en arbetsgrupp har blivit tillsatt och arbetet har påbörjats, är det viktigt att gruppen fördjupar sin förståelse för problemet. Processkartläggning är ett användbart verktyg för detta syfte och kan anpassas till olika detaljnivåer beroende på problemets art. Kartläggningen hjälper gruppen att visualisera den undersökta processen och identifiera var brister kopplade till problemet uppstår (Heher & Chen, 2017). I vissa fall kan det hända att problem inte har en tydlig process som går att kartlägga. I sådana fall kan diskussioner föras för att utforska och analysera situationen och eventuella bakomliggande faktorer. Att involvera olika perspektiv är avgörande för att få en så korrekt och representativ bild av processen eller problemet som möjligt (Heher & Chen, 2017). Enligt Genombrottsmetoden är det viktigt att involvera pati-

enter (Caping et al., 2014), eftersom deras insikter kan vara särskilt värdefulla, särskilt när de har regelbunden kontakt med specifika delar av vården. Även kritiska framgångsfaktorn "Prioritering av patienters behov och perspektiv" lyfter fram vikten av att involvera patienter för att det är dem sjukvårdsverksamheter handlar om. Att engagera deltagare från Levande Biblioteket eller andra externa experter kan också bidra med viktiga perspektiv, särskilt när det är relevant för den undersökta situationen. Den insamlade informationen från olika källor ger arbetsgruppen en stark bas att arbeta utifrån för att hitta lämpliga lösningar och förbättringar. Att ha tillgång till så mycket data som möjligt undviker beslut baserade på magkänsla, vilket Elg (2022) påpekar kan förvärra ett problem.

Identifiera orsakerna

Efter att ha fått en tydligare bild av problemet kan arbetsgruppen nu börja samla ihop vilka de bakomliggande orsakerna är. Här är Ishikawadiagram, även känt som fiskbensdiagram, ett lämpligt verktyg för att kartlägga och visualisera möjliga orsaker till problemet (Bergman et al., 2022). För att fylla i Ishikawadiagrammet kan olika brainstorming och 5-whys, användas för att identifiera de bakomliggande orsakerna till problemet (Brook, 2010).

Utöver arbetsgruppen, är det bra i detta steg att involvera de som arbetar närmast problemet eller påverkas av det, för att säkerställa en korrekt och insiktsfull bild av situationen. Enligt Brook (2010) kan deras praktiska kunskap och erfarenhet ge arbetsgruppen en djupare förståelse av hur problemet uppstår och vilka faktorer som bidrar till det. För att få en bredare insikt i situationen kan arbetsgruppen genomföra undersökningar eller enkäter med patienter och medarbetare. Dessa verktyg hjälper till att samla in data och få en bättre förståelse för vilka faktorer som påverkar det identifierade problemet. Eftersom enkäter och undersökningar redan har genomförts under fasen "Tillsätt arbetsgrupp", kan de resultaten användas som utgångspunkt för denna fas. Dock kan det vara nödvändigt att komplettera undersökningarna från den föregående fasen för att säkerställa att så många orsaker som möjligt tas upp och beaktas.

Prioritera orsakerna

I fasen "Identifiera orsakerna" är det sannolikt att flera grundorsaker kommer att framkomma. Som Ardell (2017) påpekar är det utmanande att genomföra förändringar inom sjukvården, och därför är det viktigt att prioritera de mest betydelsefulla orsakerna att hantera först. Olika prioriteringsverktyg kan användas i denna fas för att underlätta processen. I denna modell föreslås två verktyg: Pareto-diagram och Impact-Effort-matris. Arbetsgruppen bör välja verktyget utifrån vilken typ av data som är kopplad till de identifierade orsakerna. Om det är möjligt att kvantifiera frekvensen av orsaker, till exempel utifrån antalet klagomål, är ett Pareto-diagram ett lämpligt verktyg (Bergman et al., 2022). Å andra sidan, om det saknas tillräcklig data för att skapa ett Pareto-diagram, kan Impact-Effort-matrisen användas. Denna metod baseras på att gruppen ska ha kännedom om exempelvis resurser samt påverkan ett problem kan ha (Six Sigma Daily, 2022). Det innebär alltså att de som deltar i prioriteringsprocessen bör djup kunskap om problemet och dess detaljer. I slutet av fasen "Prioritera orsakerna" väljs ett antal prioriterade orsaker ut för att undersökas vidare och för att utveckla lösningar. Antalet valda orsaker bör bero på hur komplex arbetsgruppen bedömer att processen för att hitta lösningar på de identifierade orsakerna kommer att vara, samt vilka resurser som är tillgängliga för arbetet.

Identifiera förslag

När gruppen har valt ut ett antal orsaker kan de nu, tillsammans med de som berörs av problemet, utforma och utvärdera förbättringsförslag för att avgöra vilka som är mest genomförbara och effektiva. För att generera förslag kan olika idégenereringsmetoder från Six

Sigma användas.

Efter att ha identifierat flera förslag är det återigen viktigt att prioritera dem eftersom det kanske inte är möjligt att testa alla. Impact-Effort-matrisen rekommenderas för denna process på grund av dess enkelhet och effektivitet, vilket gör det lätt att se vilka förslag som ger mest effekt i förhållande till insatsen (Six Sigma Daily, 2022). Utifrån prioriteringslistan kan nu förslagen som ska testas bestämmas.

Under detta steg är det viktigt att agera med försiktighet för att säkerställa att de föreslagna åtgärderna inte försämrar vården eller påverkar patienternas hälsa negativt, vilket har betonats av respondenterna under intervjuerna. För att garantera detta är det nödvändigt att genomföra riskbedömningar av de föreslagna åtgärderna. Dessa riskbedömningar kan inkludera analys av potentiella risker samt utveckling av strategier för att hantera dem.

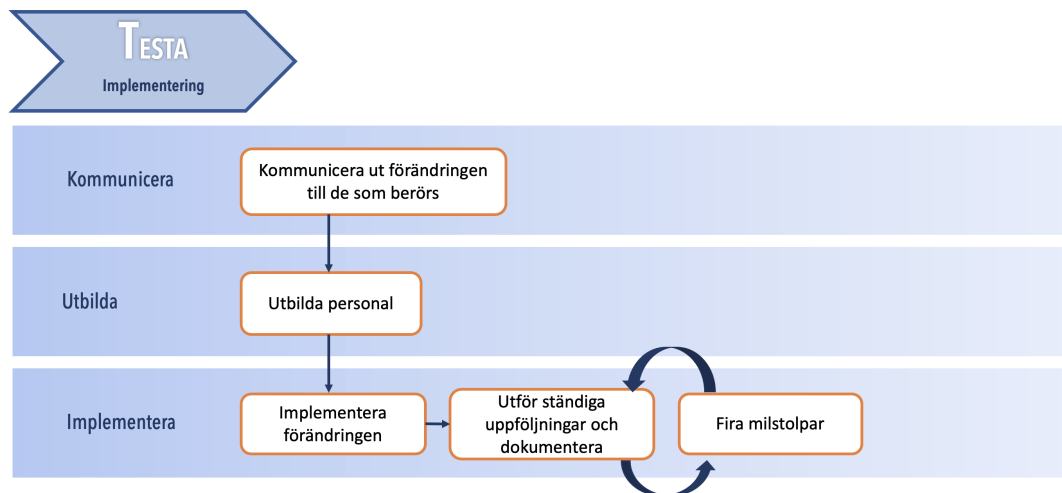
Gör en implementeringsplan

I den sista fasen av "Organisera"-steget handlar det om att skapa en detaljerad implementeringsplan för att genomföra det valda förslaget eller förändringen. Detta steg inleds med i enlighet med Define-fasen i Six Sigma (Brook, 2010) att fastställa tydliga och mätbara mål för förbättringsförslagen, vilket ger en tydlig riktning för arbetet och möjliggör utvärdering av framstegen och effekten av åtgärderna. För att säkerställa en framgångsrik implementering är det också viktigt att identifiera vilka som kommer att påverkas av förändringen och hur de kommer att påverkas (Hiatt, 2006). Att förstå påverkan på olika intressentgrupper hjälper till att anpassa strategier och kommunikationsplaner för att hantera eventuella oro eller motstånd (Hiatt, 2006). Det är också avgörande att klargöra syftet bakom förändringen eftersom det hjälper till att skapa engagemang och stöd bland de berörda. När syftet är tydligt definierat, blir det lättare för alla inblandade att förstå varför förändringen är nödvändig och vilka fördelar den kommer att medföra (Hiatt, 2006).

Vidare bör implementeringsplanen innehålla tidsscheman, utbildningsdatum, ansvarsfördelning och de resurser som krävs för att genomföra förändringen effektivt. Dessutom bör planen inkludera mekanismer för kontinuerlig uppföljning för att övervaka framstegen, justera strategier vid behov och säkerställa att åtgärderna leder till de önskade förbättringarna. Planen bör vara flexibel och anpassningsbar; efter varje uppföljningsmöte kan justeringar vara nödvändiga för att integrera nya idéer eller hantera oförutsedda förändringar i tidsschemat.

7.1.4 Testa

Fasen "Testa" handlar om att implementera förändringen på korrekt sätt för att säkerställa bästa förutsättningarna för dess framgång. De ingående stegen är; Kommuniera, Utbilda och Implementera, och presenteras i Figur 7.5



Figur 7.5: Beskrivning av fasen "Testa" dess steg och aktiviteter.

Kommunicera

Informationsdelning är en stor utmaning inom sjukvården, vilket framkommer av fallstudien och intervjuer. Därför är det, som kritiska framgångsfaktorn "Tydligt och öppet kommunikationsflöde" lyfter fram, avgörande att ha en tydlig kommunikation av implementeringsplanen efter att "Organisera"-steget har avslutats. Denna plan bör kommuniceras till alla berörda parter så snart som möjligt. Det är fördelaktigt om kommunikationen sker personligen, där den ansvarige chefen presenterar planen för resten av verksamheten. Vid förändringar som påverkar flera avdelningar bör högsta chefen leverera informationen, medan närmaste chefen förstärker meddelandet genom att erbjuda anställda möjlighet att träffas och ställa frågor om förändringen. Cheferna bör ha ett tydligt svar på målet med förändringen och hur det kommer att påverka de berörda för att kunna minimera risken för motstånd (Hiatt, 2006). Dessa aspekter bör ha definierats både i "Beskriv"-fasen och i "Organisera"-fasen. Om personlig kommunikation inte är möjlig, bör informationen delas genom ett veckobrev som distribueras till alla anställda. Veckobrevet kan även fungera som komplement till den personliga informationen för att säkerställa att alla får den nödvändiga informationen.

Utbilda

Efter att informationen har skickats ut till de berörda kan implementeringen av förändringen påbörjas. För att säkerställa en smidig övergång är det viktigt att tillhandahålla de utbildningar och verktyg som behövs (Hiatt, 2006). Detta kräver ett nära samarbete med bemanningsansvariga för att säkerställa att utbildningar kan schemaläggas i god tid och undvika avbrott under själva implementeringen. Att ha ett välorganiserat utbildningsschema är avgörande för att undvika förseningar och säkerställa att personalen har rätt kompetens och resurser för att hantera förändringen (Hiatt, 2006). Utbildningssteget kan vara olika omfattande beroende på hur stort förändringsprojektet är.

Implementera

När förändringen implementeras bör de ansvariga för förbättringsprojektet vara tillgängliga som bollplank och support för personalen. Detta innebär att de kan svara på frågor och ge vägledning vid behov, vilket kan minska osäkerhet och skapa förtroende hos personalen (Hiatt, 2006). Att ha en tydlig kommunikationslinje mellan projektansvariga och personal är också viktigt för att underlätta implementeringen. Det gör det möjligt att snabbt identifiera

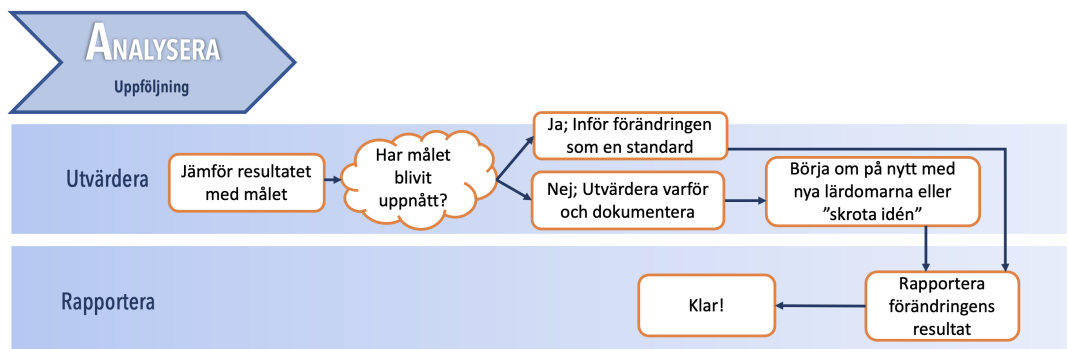
och åtgärda eventuella problem som uppstår, och att anpassa strategin vid behov (Hiatt, 2006).

Under implementeringssteget är det viktigt, som kritiska framgångsfaktorn "Kontinuerlig uppföljning och utvärdering" behandlar, att regelbundet följa upp arbetet genom möten för att granska framsteg och identifiera eventuella utmaningar. Enligt Hiatt (2006) är ett viktigt inslag i uppföljningssteget att samla in återkoppling från de som var involverade i förbättringsprojektet för att förstå hur de har upplevt förändringen och få förslag på hur den kan förbättras ytterligare. Under uppföljningsmötena ska det även publiceras uppdateringar från projektet så att de relevanta parterna kan se. Det är även viktigt att dokumentera händelser och framsteg, inklusive hur förbättringen har utvecklats. Dokumentation av händelser och prestationer, inklusive utvecklingen av förbättringen, är en del av denna process. Dokumentation kan göras under uppföljningsmöten, efter erhållen feedback från medarbetare samt vid diskussioner. Denna dokumentation är värdefull eftersom den kan ge ett referensunderlag för framtida projekt och möjliggör att dra lärdomar från tidigare erfarenheter.

Samtidigt som kontinuerlig uppföljning och dokumentation sker, bör även milstolpar firas för att öka motivationen hos medarbetarna och minska risken att förändringen glöms bort. Att fira milstolpar innebär att erkänna och belöna framsteg som har uppnåtts, vilket bidrar till att främja en positiv arbetsmiljö och engagemang (Hiatt, 2006). Firandet kan innebära att bjuda medarbetarna på något speciellt, som en gemensam måltid eller en trevlig aktivitet. Det kan också innebära att uppmärksamma delresultat genom att framhålla prestationer och framsteg, vilket förstärker syftet med förändringen och visar hur långt man har kommit. Det är även viktigt att kontinuerligt följa upp effekterna av förändringen på patienterna, eftersom det har framkommit under studien att det är en ytterst viktig motivationshjälp för medarbetarna.

7.1.5 Analysera

Den sista fasen i modellen handlar om att utvärdera arbetet för att dra lärdomar från både framgångar och misslyckanden. I denna fas är det viktigt att noggrant granska hela processen och de resultat som uppnåtts för att identifiera vad som har fungerat bra och vad som kunde ha gjorts bättre. De ingående stegen i "Analysera" är; Utvärdera och Rapportera, och presenteras i Figur 7.6.



Figur 7.6: Beskrivning av fasen "Analysera" dess steg och aktiviteter.

Utvärdera

Efter implementeringen av förändringen bör förändringen och förändringsarbetet utvärderas. Inledningsvis bör resultaten av förbättringsprojektet analyseras för att jämföras med de ursprungliga målen som fastställdes vid projektets början, och på så sätt svara på frågan om målet har uppnåtts eller inte. Genom dokumentationen som skapades under "Testa"-fasen går det att förstå orsakerna till eventuella skillnader mellan resultatet och målet. Om målen har uppnåtts kan förändringen införas som en etablerad standard. Om målet inte har uppfyllts är det avgörande att noggrant undersöka orsakerna till detta vilket enligt Bergman et al. (2022) ger möjlighet till lärande. Beroende på resultatet av analysen av orsakerna kan gruppen antingen initiera justeringar för att förbättra förändringen eller avsluta projektet om det anses vara nödvändigt.

Rapportera

Oavsett vad utvärderingen får för resultat så bör resultatet rapporteras och göras tillgängligt för andra verksamheter inom sjukhuset att ta del av. Detta för att andra verksamheter kan ta lärdom från förändringsarbetet inför framtida förbättringsarbeten, eller undvika att samma misstag görs igen eller att dubbelarbete utförs. Enligt kritiska framgångsfaktorn "Effektiv delning av information mellan aktörer" kan rapporteringen även främja framtida benchmarkinginitiativ genom att jämföra förändringsarbetet med liknande insatser inom sjukvården kan för att identifiera bästa praxis och möjliga förbättringsområden.

7.2 Revidering av modell

För att revidera modellen så att den blir lämplig inom hälso- och sjukvården, utfördes revideringsmöten med olika yrkespersoner inom sjukvården i Region Östergötland. Dessa möten innebar att deltagarna fick granska modellens olika delar och steg, samt ta del av förklaringar till varje komponent. Utifrån detta fick deltagarna ge återkoppling, inklusive kritik om vilka delar de ansåg inte skulle fungera i praktiken och som därför borde justeras eller tas bort. Samtidigt gav de beröm för de delar de ansåg var välfungerande och borde bibehållas.

Resultatet av revideringen presenteras i Figur 7.7 till 7.11, där varje tabell behandlar en av modellens huvuddelar, samt en tabell för generella kommentarer.

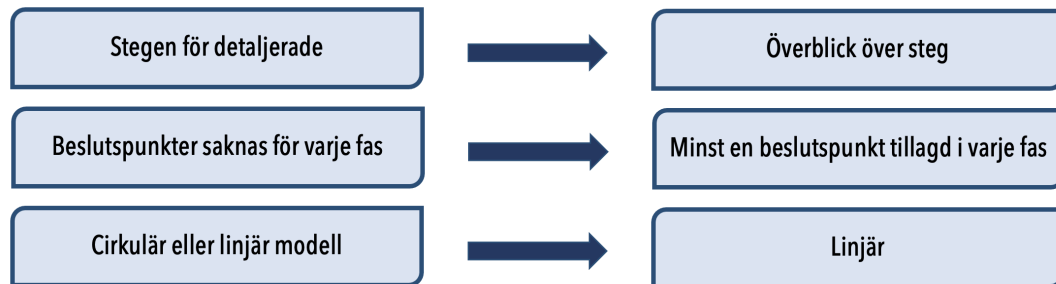
7.2.1 Generellt

Generellt var alla deltagare överens om att modellen var tydlig och att dess presentation som en processkarta gjorde den enkel att följa. Det framkom dock att flera av fasernas steg var för detaljerade, vilket ledde till att alla faser gjordes mer överskådliga. Det påpekades också av en av deltagarna att beslutspunkter saknades för varje fas, vilket resulterade i att rombformade beslutspunkter lades till, såsom "Ska en förändring ska?", lades till i modellen. Dessa punkter måste besvaras för att säkerställa att modellen används korrekt.

Vid presentationen av modellen nämndes att den var inspirerad av PDSA-cykeln, vilket väckte en del diskussion kring modellens linjära utformning, till skillnad från PDSA-cykelns cirkulära struktur. Deltagarna på strategisk nivå föredrog en cirkulär modell, eftersom den bättre speglar de komplexa och ofta icke-linjära förändringarna inom hälso- och sjukvården. En cirkulär modell skulle möjliggöra justeringar och förbättringar under projektets gång och därmed minska dramatiken i förändringsprocessen. De deltagare som arbetade mer operativt höll inte med och uppskattade istället en linjär modell eftersom den ger ett tydligt slut på processen, vilket förenklar arbetet för dem. De uttryckte att en cirkulär modell ofta leder till att deltagare hoppar av projektet, och de uppskattade därför att modellen var linjär men att det fortfarande var möjligt att gå tillbaka och justera vid behov. De ansåg att detta

följer PDSA-tankesättet utan att modellen explicit är cirkulär. Dessutom upplevde de att en cirkulär modell skulle kunna skapa förvirring genom att likna för mycket vid PDSA. Utifrån åsikterna som framgick från deltagarna som arbetade mer operativt, beslutades det att behålla modellen linjär för att öka användarvänligheten och attrahera så många användare som möjligt.

Figur 7.7 presenterar förändringarna som gjorts generellt av modellen.



Figur 7.7: Illustration över resultat av revidering generellt av modellen.

7.2.2 Beskriv

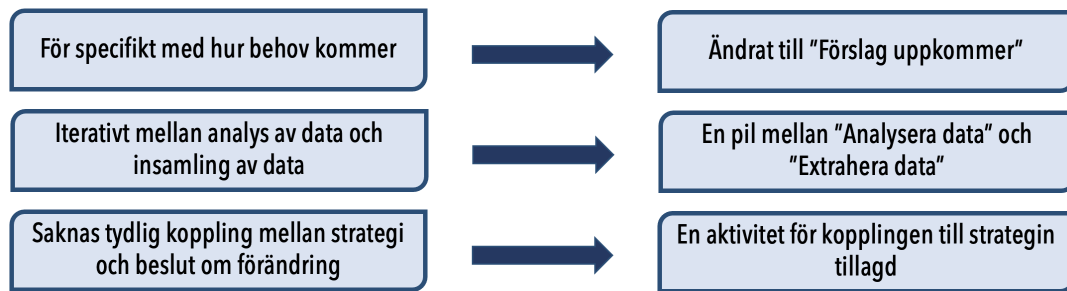
Under revideringsprocessen framkom det att det initiala steget i "Beskriv" är viktigt, att förstå ursprunget till behoven. Däremot framfördes synpunkter angående den preliminära modellens presentation av detta steg. I den preliminära modellen specificerades det att behoven kan komma från antingen förslag eller strategisk uppföljning. Eftersom behov kan uppstå från flera källor ansågs det att detta inte behöver vara specificerat, risken finns att andra källor till behov kan komma att förbises. Som ett resultat justerades detta steg för att bli mer generellt.

Återkopplingen gällande processens steg fokuserade på att de i verkligheten inte är lika linjära som det framgick i den preliminära modellen, särskilt när det gäller stegen för datainsamling och dataanalys. Deltagarna betonade att dessa steg ofta är mer iterativa i praktiken. Detta åtgärdades därför i modellen.

Ytterligare en synpunkt som var återkommande under revideringsmötena var att ordet "problem" kan ha en negativ klang och ändrades därför till "mål" för att åtgärda detta.

Efter revideringsmötena framkom det också att kopplingen mellan verksamhetens strategi och beslutet att genomföra förändringen bör framhävas tydligare i denna fas.

Figur 7.8 presenterar förändringarna som gjorts generellt av modellen.



Figur 7.8: Illustration över resultat av revidering av fasen Beskriv.

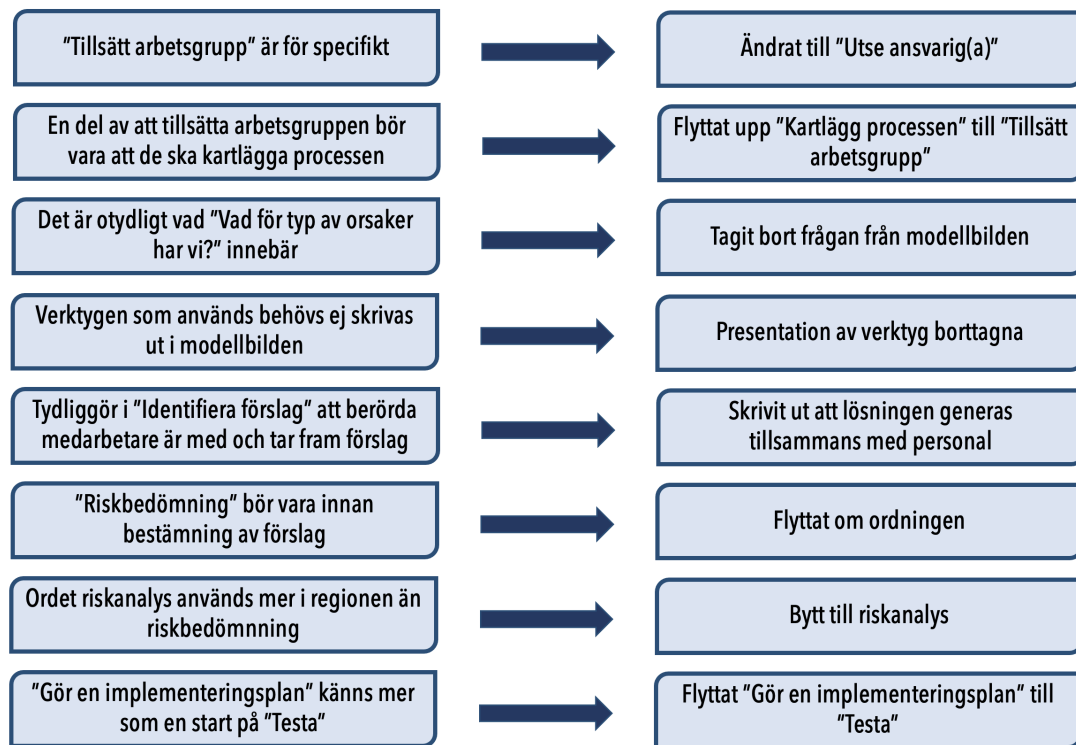
7.2.3 Organisera

När deltagarna ombads att dela sina tankar kring fasen "Organisera" var de överens om att den gav en välstrukturerad tillvägagångssätt för att identifiera orsaker och lösningar på ett noggrant sätt. Samtidigt noterades det att det första steget, "Tillsätt arbetsgrupp", ansågs vara alltför specifikt. För att åtgärda detta föreslog deltagarna att istället utse en eller flera ansvariga personer som leder projektet. Vidare ansågs steget "Kartlägg processen" vara nära kopplat till att tillsätta en arbetsgrupp, eftersom dessa två steg bör utföras i nära anslutning och nästan parallellt.

Deltagarna ansåg att frågebubblan "Vad för typ av orsaker har vi?" var för otydlig och inte intuitiv vid läsning av modellbilden. De påpekade att frågan kunde antingen vara mer konkret för att underlätta förståelsen eller släppas helt. Dessutom ansåg de att det var för specifikt att ange exakta verktyg, såsom "Använd Pareto-diagram", direkt i modellbilden. Istället föreslog de att modellbilden borde fokusera på syftet med steget, vilket är att prioritera orsakerna.

Flera synpunkter framkom gällande steget "Identifiera förslag". Majoriteten ansåg att modellen bör betona att idégenereringen sker tillsammans med personal som arbetar närmast problemet. En deltagare framhöll att riskbedömning av förslag bör ske innan beslut om förbättringsförslag fattas. Att bestämma något och sedan inse att det inte fungerar skulle vara tidskrävande och leda till onödiga iterationer. Deltagaren föreslog också att termen "riskbedömning" bör bytas ut mot "riskanalys" för att vara i linje med terminologin inom regionen och för att anpassa sig till redan befintliga modeller för detta. Slutligen ansågs steget "Gör en implementeringsplan" bättre höra hemma i fasen "Testa", eftersom fasen "Organisera" fokuserar på att utveckla lösningar snarare än att implementera dem.

Figur 7.9 presenterar förändringarna som gjorts generellt av modellen.



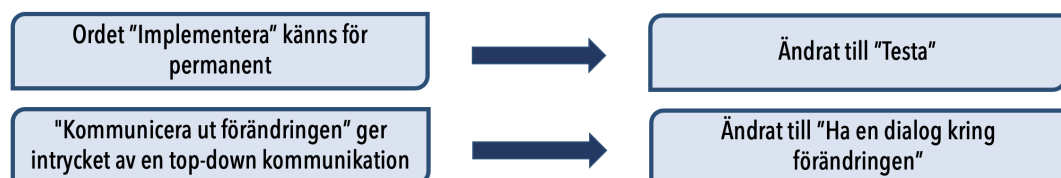
Figur 7.9: Illustration över resultat av revidering av fasen Organisera.

7.2.4 Testa

Under revideringsprocessen framkom återkommande synpunkter angående användningen av ordet "implementera" i denna förändringsmodell. Det noterades att begreppet kan ge intrycket av en permanent förändring, vilket kan bidra till motstånd inom verksamheter. Många deltagare ansåg att ordet "testa" gav en mer avskräckande klang, vilket kan öka medarbetarnas positiva inställning till att prova på förändringar. Steget "Implementera" ändrades därför till "Testa".

Några av deltagarna ansåg även att aktiviteten att kommunicera förändringen till berörda parter gav ett för starkt "top-down" intryck, vilket inte överensstämde med den kontext som är typisk för ett sjukhus. Många ansåg att vikten ska läggas på att ha en dialog med personalen angående förändringen istället, därför justerades detta i modellen.

Figur 7.10 presenterar förändringarna som gjorts generellt av modellen.



Figur 7.10: Illustration över resultat av revidering av fasen Testa.

7.2.5 Analysera

Under revideringsprocessen väckte den sista fasen, "Analysera", inte lika många synpunkter bland deltagarna. Det som togs upp var att ordet "standard" kunde upplevas som något strikt, särskilt om fokus låg på att testa förändringen istället för att genomföra en fullständig implementering. Av den anledningen ansågs det passande att istället introducera förändringen som en "best practice" om målet har blivit uppnått. Om målet inte har blivit uppnått så ansågs det även vara för hårt att antingen börja om eller förkasta idén helt. Därför inkluderades möjligheten att genomföra justeringar som ett mellanting mellan att fullständigt godkänna eller förkasta förändringen.

Figur 7.11 presenterar förändringarna som gjorts generellt av modellen.



Figur 7.11: Illustration över resultat av revidering av fasen Analysera.

8 Slutgiltig modell

Detta kapitel presenterar den slutgiltiga modellen BOTA. Här presenteras förutsättningarna för användandet av modellen, en överblick över modellen samt ingående beskrivningar över modellens faser och steg.

Den slutgiltiga modellen BOTA är framtagen utifrån fallstudien på ÖNH-kliniken, intervjuer med sjukvårdspersonal samt revideringsmöten med sjukvårdspersonal.

8.1 Förutsättningar

För att använda förbättringsmodellen BOTA krävs det ett antal förutsättningar för att den ska fungera bra:

- Det ska finnas en bra kännedom om verksamheten
- Modellen används vid förbättring av prestanda eller annan resultatvariabel
- Historiska data ska finnas tillgängliga
- Engagerad och stöttande ledning

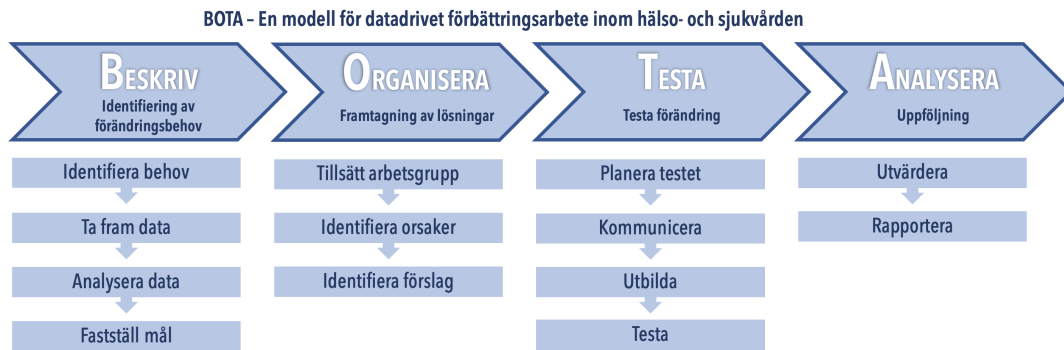
8.2 Överblick av BOTA

Utifrån den preliminära modellen samt revideringen kunde den slutgiltiga modellen BOTA fastställas. De faser som ingår i modellen är Beskriv, Organisera, Testa och Analysera, enligt Figur 8.1.



Figur 8.1: Överblick över BOTA-modellens fyra faser.

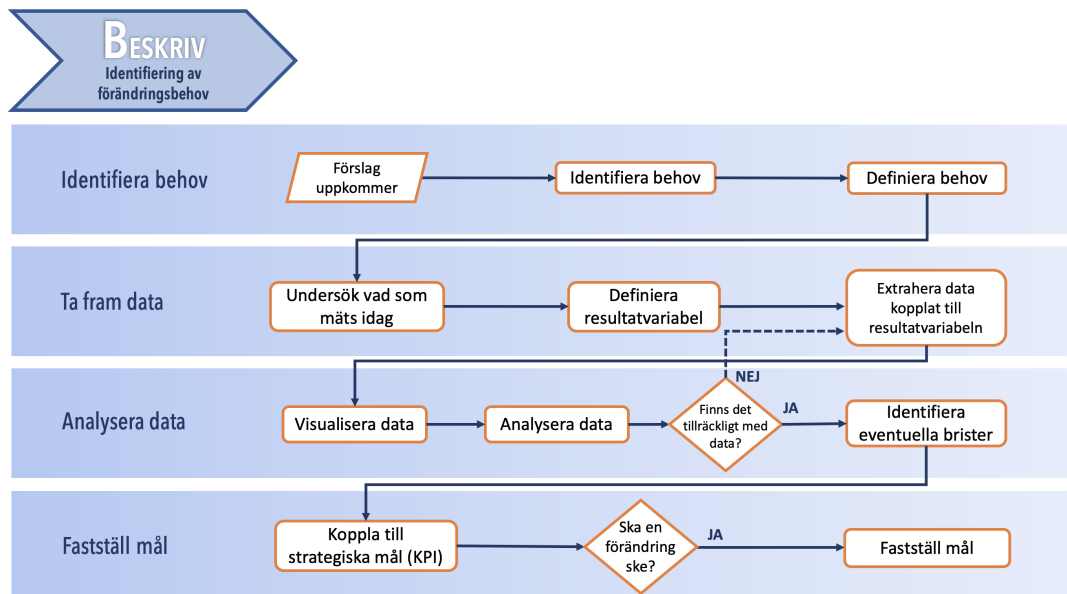
En översikt av de fyra faserna samt huvudstegen som ingår i dem presenteras i Figur 8.2. Förklaringar av vad som ingår i varje fas och steg finns nedan.



Figur 8.2: BOTA-modellens fyra faser med ingående steg.

8.2.1 Beskriv

Den första fasen i modellen är "Beskriv", som består av fyra steg; Identifiera behov, Ta fram data, Analysera data och Fastställ mål, dessa steg innehåller i sin tur olika aktiviteter. "Beskriv" fungerar som en planeringsfas för det kommande förbättringsarbetet och bör ledas av någon i en ledande befattning, till exempel en chef eller verksamhetsutvecklare. Figur 8.3 visar en översikt av denna fas.



Figur 8.3: Beskrivning av fasen "Beskriv" dess steg och aktiviteter.

Identifiera behov

Det första huvudsteget i modellen innebär att identifiera förändringsbehov baserat på framlagda förslag. Behov kan identifieras på olika sätt, exempelvis genom inlägg på samarbetsplattform, genom förslag som tas upp under APT, eller genom direkta samtal med chefen.

När ett behov har identifierats är det viktigt att definiera det tydligt. Ofta kan ett behov vara oklart formulerat, vilket gör det nödvändigt att specificera och förtydliga vad den som framfört behovet faktiskt önskar uppnå. För att säkerställa att man har förstått behovet korrekt kan man återge det för den som har föreslagit det och bekräfta att det har tolkats på rätt sätt. Dessutom ska de områden som är kopplade till behovet identifieras för att bedöma dess omfattning och påverkan. Kartläggning av de relaterade områdena ger en bättre förståelse för behovets räckvidd och hur det kan påverka olika delar av verksamheten.

Ta fram data

Nästa steg är att "Ta fram data", som innebär att hitta och analysera relevant data kopplat till det definierade behovet. Första steget i denna process är att "Undersöka vad som mäts idag," vilket innebär att noggrant kartlägga och bedöma vilken data som redan är tillgänglig och relaterad till det aktuella behovet. Med hjälp av verktyg som REBUS kan kartläggning av relaterade områden utföras för att identifiera relevant data för det undersökta behovet. Efter att ha fått en klar uppfattning om vilken typ av data som finns tillgänglig, kommer resultatet av detta steg vara definieringen av ett eller flera resultatvariabler. Dessa variabler representerar mått som påverkar förändringsbehovet. Dessa resultatvariabler kan redan finnas tillgängliga och väl etablerade. Om så är fallet, handlar det om att bekräfta att de verkligen är relevanta för det undersökta problemet. När det är tydligt vilken/vilka resultatvariabler som ska undersökas kan processen med att extrahera relevant data påbörjas. Beroende på datatypen och dess källor kan detta steg variera i komplexitet och omfattning. I vissa fall kan det vara tillräckligt att använda enklare verktyg som Excel för att hantera färdigställd data från REBUS.

Analysera data

Extraheringen av data möjliggör att datan nu kan analyseras för att identifiera eventuella brister gällande det definierade behovet. I steget "Analysera data" ska datan först visualiseras med hjälp av enkla grafiska verktyg, såsom linjediagram eller stapeldiagram i exempelvis Excel, för att ge en översikt över hur resultatvariabeln presterar. Efter visualiseringen kan datan analyseras för att identifiera brister i variabeln. Brister kan inkludera tydliga trender, såsom en nedgång i produktivitet flera år i rad, eller att variabeln inte presterar som förväntat. Analysen kan också visa behovet av ytterligare data, vilket skulle kräva att gå tillbaka till steget "Extrahera data" för att hämta mer information. Efter analysen av datan kan eventuella brister identifieras, och om det finns brister kan behovet definieras som att det bör ske en förändring.

Fastställ mål

Efter att bristerna har identifierats är det dags för det sista steget i fasen "Beskriv". Detta steg handlar om att fastställa mål och avgöra om en förändring bör genomföras. Först kopplas bristerna till verksamhetens strategiska mål för att skapa en tydlig länk. Där kopplingen mellan verksamhetens prestanda och mål exempelvis kan utföras med verktyg som AFM. De strategiska målen bör även kunna kopplas till hur vården kan förbättras för patienterna. Om det inte finns en klar koppling mellan bristerna och de strategiska målen kan det krävas ett separat projekt för att etablera strategiska mål relaterade till den identifierade bristen. Oavsett om en tydlig koppling finns eller inte är nästa steg att besluta om en förändring ska genomföras. Viktiga faktorer att överväga inkluderar tillgång till resurser för att genomföra förändringen och om det finns andra, mer brådskande, förändringar som bör prioriteras.

Om beslut fattas att en förändring ska ske, är nästa steg att fastställa målet med förändringen. Här ska gruppen ställa sig frågorna: Var är vi nu? Och vad vill vi uppnå? Ett tydligt mål med förändringen markerar slutet på första fasen i modellen BOTA och leder till nästa fas där lösningar på bristerna ska hittas för att kunna genomföra förändringen.

Checklista för steget Beskriv

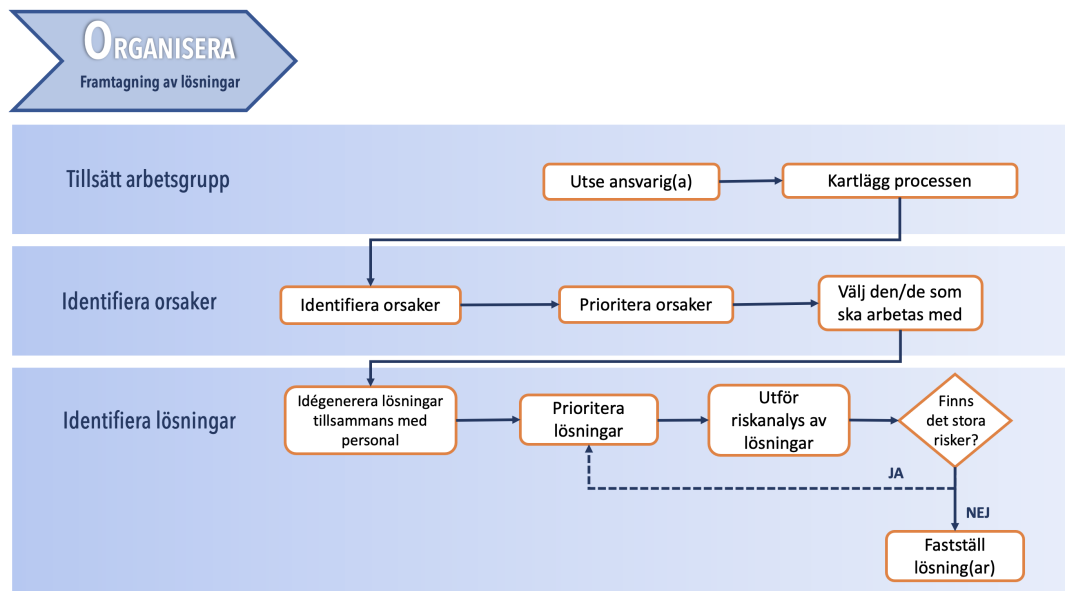
Figur 8.4 presenterar en lista över vad som rekommenderas är färdigt innan nästa fas påbörjas.



Figur 8.4: Checklista för "Beskriv"

8.2.2 Organisera

Fasen "Organisera" i BOTA fokuserar på att, genom att utse en eller flera ledare för förändringen, identifiera olika orsaker till den identifierade bristen från fasen "Beskriv". Fasen består av tre steg; Tillsätt arbetsgrupp, Identifiera orsaker och Identifiera lösningar. Målet är att hitta lösningar för bristen, vilket är början på att faktiskt genomföra förändringen och uppnå det mål som fastställdes i slutet av föregående fas. Stegen och aktiviteterna i denna fas visas i Figur 8.5



Figur 8.5: Beskrivning av fasen "Organisera" dess steg och aktiviteter.

Tillsätt arbetsgrupp

Det första steget i fasen "Organisera" är att tillsätta en arbetsgrupp. Detta steg inleds med att de personer som påbörjade arbetet i fasen "Beskriv" nu ska utse personal från verksamheten som har en tydlig koppling till de områden som bristerna rör och som ska ingå i projektgruppen för förändringen. Gruppens storlek och sammansättning beror på tillgänglig personal och projektets omfattning. I arbetsgruppen kan även externa parter, som konsulter, ingå. Dessa konsulter bör ha insyn i verksamheten, vilket kan uppnås genom nära samarbete med övrig personal. En projektledare bör också utses för att ansvara för att övervaka framstegen och säkerställa att det finns regelbundna mötestider på förhand för att arbetet ska kunna drivas framåt på ett effektivt sätt.

När projektgruppen har tillsatts är det dags att fördjupa sig i de områden som rör de identifierade bristerna. I denna fas är kartläggning av processer och rutiner ett effektivt verktyg för att skapa en tydlig överblick över den aktuella situationen. Genom att visualisera processer kan gruppen förstå hur processer fungerar och identifiera potentiella utmaningar. För att säkerställa en fullständig kartläggning bör så många perspektiv som möjligt beaktas. Projektgruppen kan besöka verksamheten för att prata med personal och genomföra undersökningar och enkäter. Det är särskilt viktigt att inkludera patienters synpunkter i arbetet. För att göra det kan gruppen genomföra korta undersökningar när patienter är på plats eller ordna mötesdialoger med externa parter som Levande Biblioteket för att samla in patienternas åsikter. Målet är att påbörja en problemlösningsprocess genom att identifiera de bakomliggande orsakerna till bristerna och därefter utveckla konkreta lösningar.

Identifiera orsaker

När gruppen har fått en klar bild av den aktuella situationen kan de börja identifiera orsakerna till varför bristerna har uppstått. Ett verktyg som rekommenderas för detta steg är Ishikawadiagrammet, även känt som fiskbensdiagram. Det används för att kartlägga och visualisera möjliga orsaker till bristen. För att fylla i Ishikawadiagrammet kan olika metoder som undersökningar, brainstorming och "5 varför"-tekniken användas för att identifiera de bakomliggande orsakerna till problemet. Återigen är det viktigt att involvera så många som möjligt som arbetar nära de undersökta områdena för att säkerställa en korrekt förståelse av orsakerna.

När orsakerna har identifierats kan det uppstå flera möjliga orsaker, och eftersom det är tidskrävande att hantera alla är det viktigt att prioritera vilka som ska åtgärdas först. För att göra denna prioritering kan olika verktyg användas, såsom Pareto-diagram eller användning av en Impact-Effort-matris. Pareto-diagram är särskilt användbart när orsakerna kommer från data som samlats in genom enkäter och undersökningar under fasen "Beskriv". Det här verktyget hjälper till att kvantifiera frekvensen av olika orsaker och identifiera de viktigaste problemen. För fall där orsakerna huvudsakligen har identifierats genom brainstorming och 5-varför-metoden är Impact-Effort-matrisen mest lämplig. Denna metod kräver ingen kvantitativ data, utan baseras på en diskussion kring hur stor påverkan och insats en viss orsak kommer att kräva.

Genom att prioritera orsakerna kan gruppen välja ut ett antal orsaker att fokusera på. Antalet valda orsaker beror på tillgängliga resurser och kan variera beroende på projektets omfattning. Detta gör det möjligt för gruppen att koncentrera sina ansträngningar på de mest relevanta orsakerna först.

Identifiera lösningar

Det sista steget i den andra fasen av BOTA är "Identifiera lösningar", där gruppen arbetar fram lösningar som sedan blir starten för att testa förändringen. Steget börjar med att utifrån de prioriterade orsakerna skapa lösningar tillsammans med den personal som kommer att påverkas av förändringen. Brainstorming är återigen en effektiv metod för att generera idéer, och en motsvarande teknik är negativ brainstorming, där gruppen först genererar dåliga lösningar på ett problem för att sedan vända dem till goda idéer.

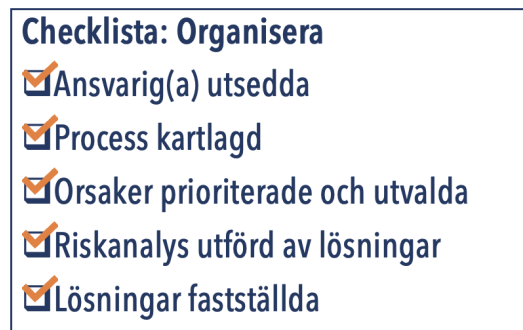
Även här är det viktigt att prioritera vilka lösningar som ska hanteras först, eftersom det kan finnas flera alternativ som inte alla kan genomföras inom det aktuella projektet. I detta steg rekommenderas Impact-Effort-matrisen som ett verktyg för prioritering. De lösningar som prioriteras högst bör väljas med tanke på tillgängliga resurser för att säkerställa att de kan testas.

De lösningar som prioriteras högst ska genomgå en riskanalys för att säkerställa att de inte försämrar situationen eller påverkar närliggande processer negativt. Riskanalysen innebär att bedöma potentiella risker med varje lösning och skapa strategier för att hantera dem. Lösningar som visar sig innebära för stora risker eller som inte går att hantera bör undvikas, och gruppen kan behöva återgå till prioriteringslistan för att välja nya lösningar och genomföra riskanalyser på dem.

När en eller flera lösningar bedöms ha antingen liten eller hanterbar risk kan projektgruppen gå vidare med att testa dem i verksamheten.

Checklista för steget Organisera

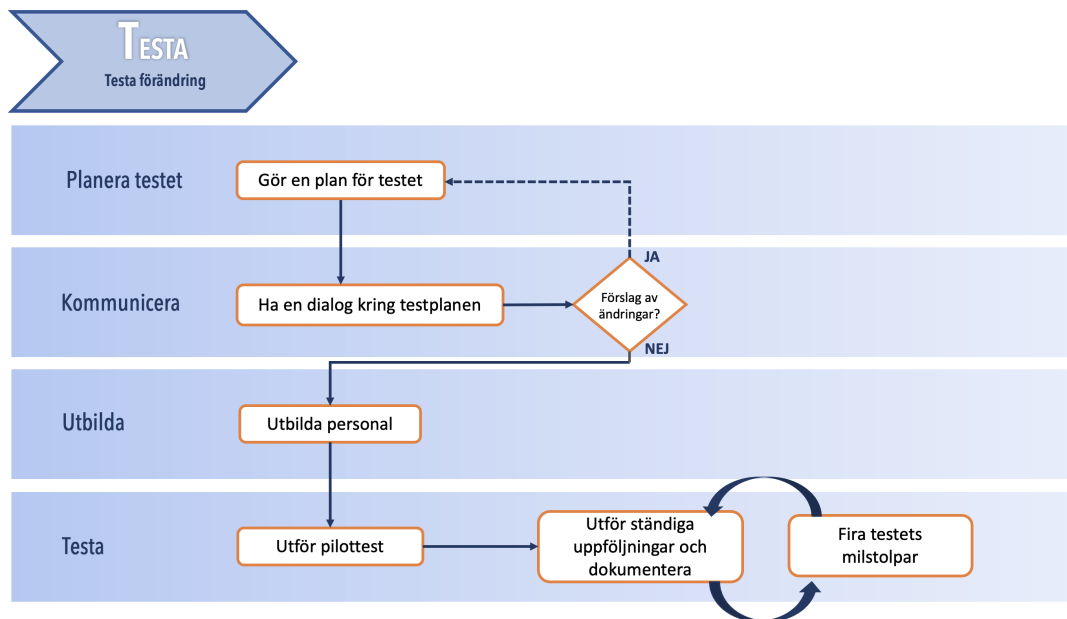
Figur 8.6 presenterar en lista över vad som rekommenderas är färdigt innan nästa fas påbörjas.



Figur 8.6: Checklista för "Organisera"

8.2.3 Testa

Fastställandet av vilka lösningar som ska genomföras leder nu i den tredje fasen i modellen vilket är "Testa". Här ska lösningarna, utifrån en plan för testet, genomföras i verksamheten i form av ett pilottest där mycket fokus ligger på att utföra ständiga uppföljningar. Fasen består av fyra steg; Planera testet, Kommunicera, Utbilda och Testa, och presenteras i Figur 8.7



Figur 8.7: Beskrivning av fasen "Testa" dess steg och aktiviteter.

Planera testet

Det första steget i fasen "Testa" är att planera hur de utvalda lösningarna ska testas. I denna fas ska en detaljerad testplan skapas som beskriver hur lösningarna ska genomföras. Planen bör börja med att baseras på det övergripande mål som fastställdes i fasen "Beskriv" och brytas ned till delmål för att möjliggöra uppföljning av framsteg och utvärdering av lösningarnas effekt. Dessa delmål ska bedömas under regelbundna uppföljningsmöten som planeras i förväg. När planen tas fram är det viktigt att gruppen förstår hur planen påverkar olika intressenter och börjar tänka på strategier för att hantera eventuella farhågor eller motstånd. Detta inkluderar även att tydliggöra syftet med förändringen. Testplanen bör innehålla tids-scheman för när olika aktiviteter ska genomföras, utbildningsdatum, ansvarsfördelning och de resurser som krävs för att genomföra förändringen effektivt. Planen bör vara flexibel för att kunna justeras vid behov.

Kommunicera

När testplanen är klar är det dags att ha en dialog med dem som ska genomföra lösningarna. Personal har redan varit involverad i tidigare skeden, till exempel vid framtagandet av lösningar, så nu handlar det mest om att kommunicera tidsscheman, ansvarsfördelning och andra detaljer. Detta kan ske under möten som till exempel ett APT-möte. Personalens feedback bör tas på allvar och kan leda till justeringar i planen för att minimera motstånd och öka framgången för testet.

Utbilda

När planen har godkänts av personalen är nästa steg att utbilda och träna dem för att genomföra lösningarna effektivt. Utbildningen ska ge personalen de verktyg och den kunskap de behöver för att hantera förändringen, inklusive träning av nya rutiner. Omfattningen av utbildningen varierar beroende på lösningens natur.

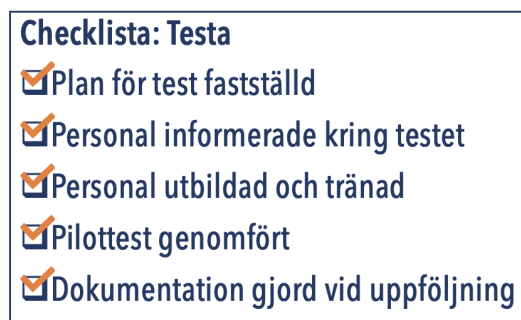
Testa

Med en färdig plan och utbildad personal kan lösningarna nu testas i form av ett pilottest. Testet ska genomföras enligt testplanen och uppföljningar bör ske kontinuerligt under testets gång, enligt schemat i planen.

Uppföljningarna bör dokumenteras skriftligen för att följa testets utveckling. Dessa möten ger personalen möjlighet att ge feedback om testet och att hantera eventuella utmaningar som uppstår. Mötena ska också användas för att rapportera framsteg och, om möjligt, fira milstolpar för att öka personalens motivation. Detta kan inkludera att erkänna och belöna framsteg samt lyfta fram individer som har presterat särskilt bra under pilottestet.

Checklista för steget Testa

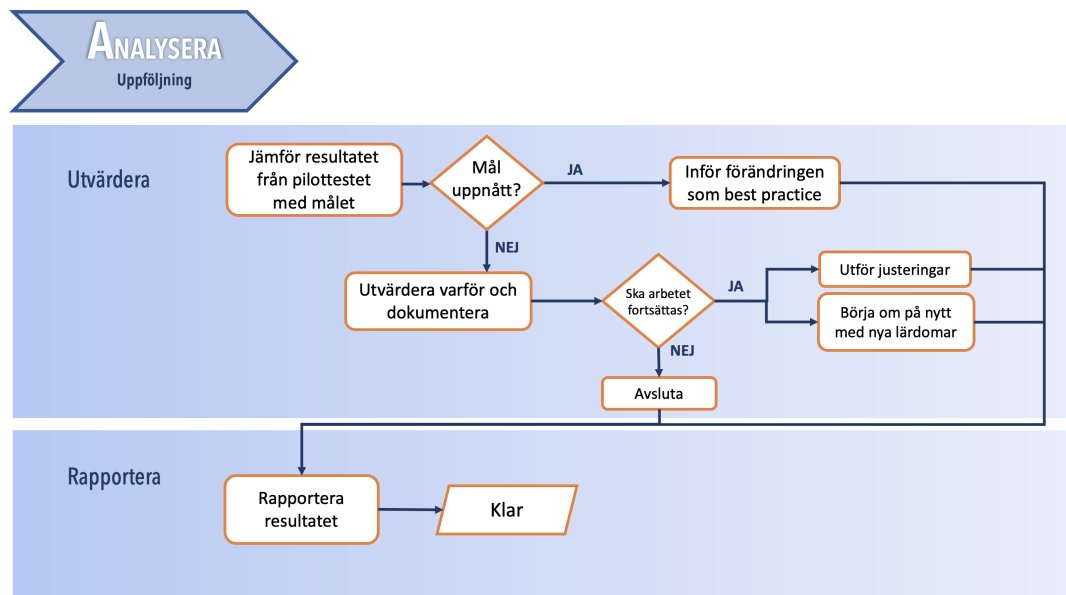
Figur 8.8 presenterar en lista över vad som rekommenderas är färdigt innan nästa fas påbörjas.



Figur 8.8: Checklista för "Testa"

8.2.4 Analysera

Slutet av ett pilottest markerar starten av utvärderingsprocessen, där testets resultat bedöms för att avgöra om lösningarna bör införas helt i verksamheten eller om andra åtgärder behövs. Detta inkluderas i den sista fasen "Analysera", som innehåller stegen; Utvärdera och Rapportera, och presenteras i Figur 8.9



Figur 8.9: Beskrivning av fasen "Analysera" dess steg och aktiviteter.

Utvärdera

Vid testets slut genomförs ett sista uppföljningsmöte för att bedöma resultaten, vilket görs i steget "Utvärdera." Här jämförs resultaten från pilottesterna med de uppsatta målen från "Beskriv" för att avgöra om målen har uppnåtts. Om målet har uppnåtts kan förändringarna implementeras som en del av verksamhetens best practice, och gamla rutiner kan ersättas med de nya lösningarna. Om målet inte har uppnåtts ska projektgruppen utvärdera varför genom att granska dokumentationen från testet och diskutera med den personal som arbetat med förändringen. Beroende på orsaken till misslyckandet finns tre möjliga åtgärder att överväga:

1. Avsluta arbetet: Detta alternativ kan bli aktuellt om förändringen inte är lämplig för verksamheten eller om externa faktorer, som politiska bestämmelser, förhindrar genomförandet.
2. Justera och fortsätt: Om det upptäcks att små justeringar kan förbättra resultaten kan projektgruppen återvända till en tidigare fas, till exempel "Organisera" för att hitta lösningar eller andra aspekter.
3. Om det visar sig att de identifierade bristerna inte helt täcker förändringsbehovet kan gruppen behöva återvända till "Beskriv" för att genomföra en ny undersökning av behovet.

Rapportera

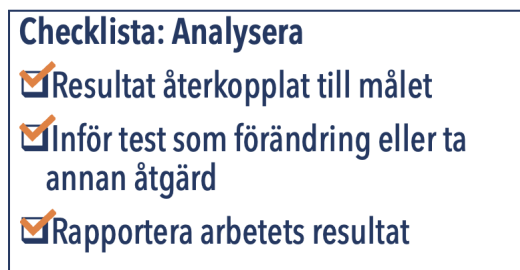
Oavsett om pilottestet har varit framgångsrikt eller inte, bör resultaten och processen rapporteras och göras tillgängliga för både den egna och andra verksamheter inom sjukvården. Under "Rapportera" får projektgruppen även en chans att reflektera över projektet och dra egna lärdomar. Att dela med sig av projektet gör det möjligt för andra att förbereda sig inför framtida förbättringsprojekt och undvika liknande misstag. Rapporteringen kan också stödja framtida benchmarkinginitiativ där projektet jämförs med liknande förbättringsprojekt inom

sjukvården för att identifiera best practice och ytterligare förbättringsområden.

Steget "Rapportera" markerar slutet av modellen BOTA.

Checklista för steget Analysera

Figur 8.10 presenterar en lista över vad som rekommenderas är färdigt i slutet av arbetet med modellen.



Figur 8.10: Checklista för "Analysera"



9 Avslutning

I detta kapitel presenteras arbetets slutsatser genom att besvara de tre frågeställningarna som är kopplade till syftet. Kapitlet avslutas med en diskussion av projektets resultat och metod, där viktiga insikter och eventuella begränsningar lyfts fram.

9.1 Slutsats

Slutsatsen ämnar till att besvara arbetets syfte; "undersöka hur datadrivet förbättringsarbete kan underlättas för att möjliggöra effektivisering av sjukvårdsverksamheter", med dess tillhörande frågeställningar; F1, F2 och F3.

F1: Vilka vedertagna metoder kopplar ihop strategi, data och förbättring av en sjukvårdsverksamhet?

Från arbetets litteraturstudie, har ett antal metoder identifierats som kopplar ihop studiens analysområden; Strategi & Styrning, Mätning & Data och Förbättringsarbete. Dessa metoder är:

- PDSA
- Six Sigma
- Paretdiagram
- Ishikawadiagram
- Genombrottsmetoden
- Analytics for Management
- Balanserad Styrning
- ADKAR
- Nolans Förbättringsmodell
- Processkartläggning

F2: Hur kan en sjukvårdsverksamhet analysera sin prestanda?

En sjukvårdsverksamhet kan analysera sin prestanda genom att undersöka verksamhetens produktivitet, mer specifikt resultatvariabeln produktiviteten per läkare. Denna analys kan utföras genom tillämpning av historisk data i Ekvation [9.1](#)

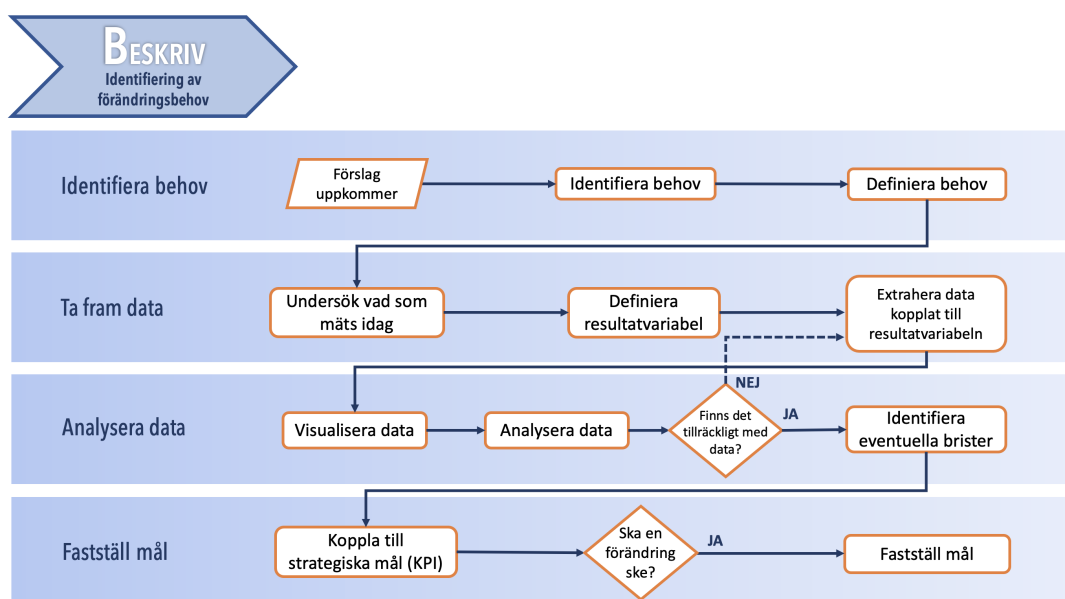
$$\text{Produktivitet per läkare} = \frac{\sum \text{DRG} - \text{vikt}}{\sum \text{Läkare i heltidsmätt}} \quad (9.1)$$

Ekvationen beräknar produktiviteten per läkare genom att summera DRG-vikten för varje vårdkontakt som är knuten till en läkare och sedan dividera det med det totala antalet läkare i heltidsmätt. Begreppet "läkare i heltidsmätt" refererar här till en enhet som omvandlar läkarnas arbetstid till ekvivalenten av heltidsanställda läkare.

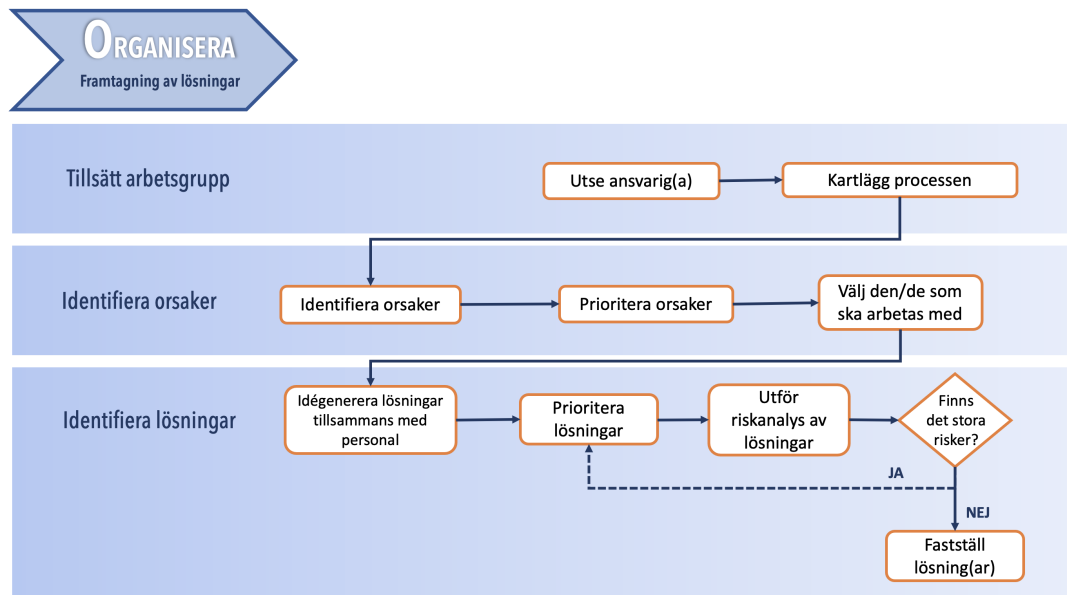
Denna resultatvariabel kan sedan hjälpa sjukvårdsverksamheter att analysera sin prestanda över tid, samt jämföra sin produktivitet med andra verksamheter.

F3: Hur kan sjukvårdsverksamheter intuitivt och strukturerat genomföra förbättringsarbete baserat på sin strategi?

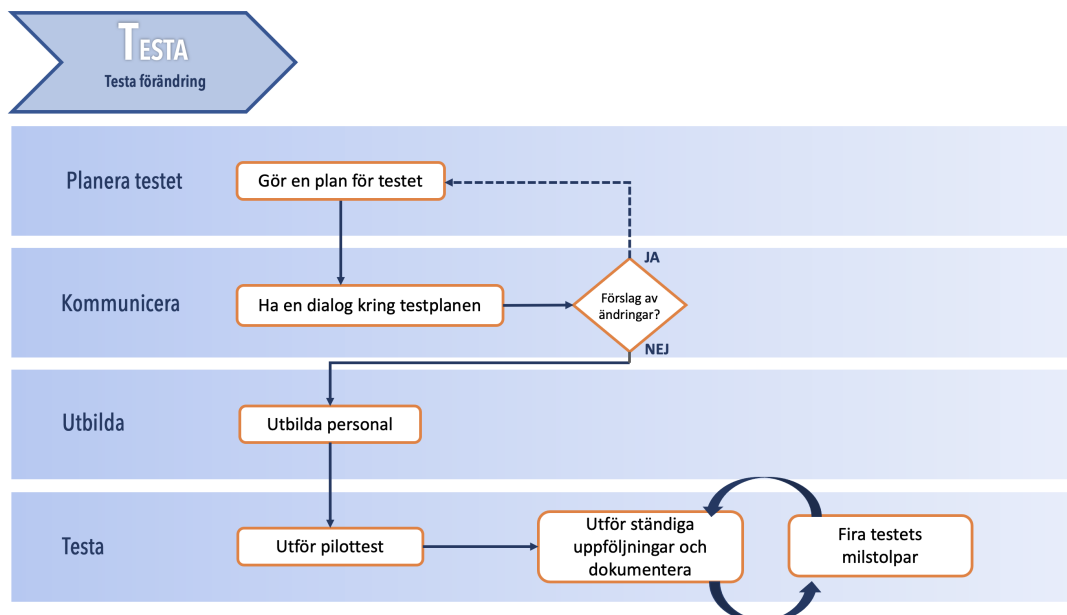
Sjukvårdsverksamheter kan utföra förbättringsarbete utifrån sin strategi på ett intuitivt och strukturerat sätt genom att använda förbättringsmodellen BOTA, som presenteras i Figurerna [9.1](#), [9.2](#), [9.3](#) och [9.4](#). Genom modellen BOTA har även syftet för arbetet besvarats.



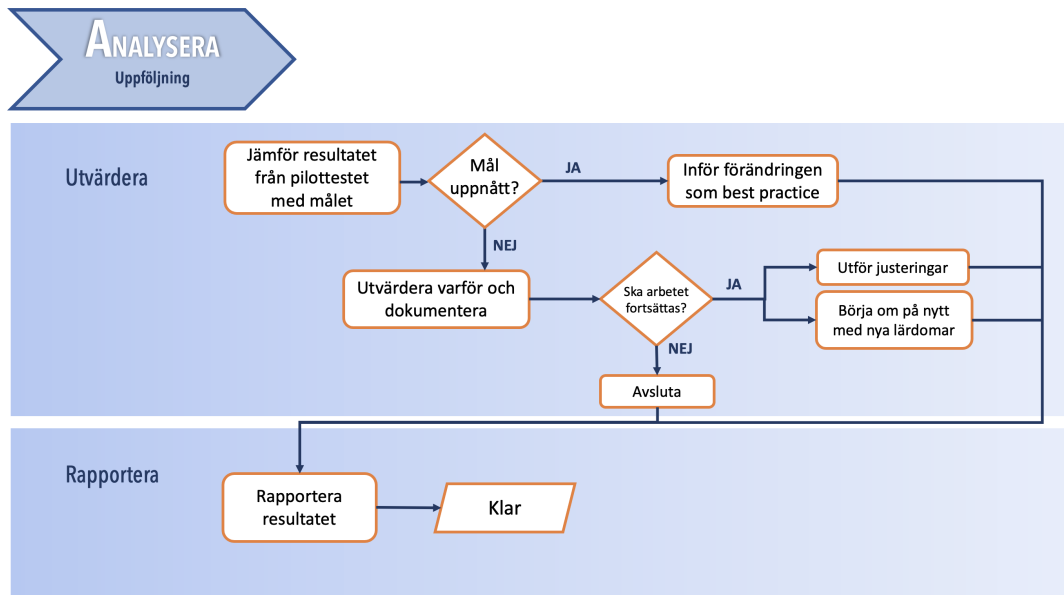
Figur 9.1: Beskrivning av fasen "Beskriv" dess steg och aktiviteter.



Figur 9.2: Beskrivning av fasen "Organisera" dess steg och aktiviteter.



Figur 9.3: Beskrivning av fasen "Testa" dess steg och aktiviteter.



Figur 9.4: Beskrivning av fasen "Analysera" dess steg och aktiviteter.

9.2 Resultatreflektion

För att svara på frågeställning F1 utfördes litteraturstudier som inleddes med rekommendationer från handledare vid universitetet och fortsatte med att söka efter relevant teori kopplad till de olika delarna av analysmodellen. De olika metoderna som förbinder de tre delarna av analysmodellen gav en grund för att reflektera över deras sammanhang. Vissa metoder valdes dock bort från undersökningen, eftersom författarna ansåg att vissa var mer relevanta att fokusera på. Detta val kunde ha lett till att vissa metoder som bättre kunde ha kopplat ihop de olika delarna av analysmodellen missades. Trots detta anser författarna att de metoder som presenterades ger en stark bas för att knyta samman de olika delarna av analysmodellen. En risk med att inkludera fler metoder är att det kan bli för komplext och svårt att se hur de olika metoderna kan kopplas samman.

Den andra frågeställningen syftade till att undersöka hur ÖNH-kliniken kan analysera sin prestanda. Fallstudien ansågs ha genomförts väl, med stöd från personalen på ÖNH och tillgång till data för att utveckla ett nytt mått. En utmaning som påverkade resultatet var dock bristen på en enhetlig databas, vilket försvårade analysen av produktiviteten mellan olika enheter. Eftersom data inte kunde sammanställas konsekvent, fick analysen istället inriktas på att studera produktiviteten på klinisknivå med samtliga enheter sammanslagna. Det bör även noteras att produktivetsmålet kräver noggrannhet då DRG-vikter ibland kan rapporteras felaktigt, vilket kan leda till missvisande produktivetsresultat om en klinik är mer effektiv i sin rapportering än en annan. Därför är det viktigt att regionen säkerställer att DRG-vikterna rapporteras korrekt för att undvika opålitlig data.

Insikterna från fallstudien på ÖNH, kombinerat med det teoretiska ramverket och intervjuer, ledde till utvecklingen av modellen BOTA. Modellen är utformad för att hjälpa vårdverksamheter att på ett enkelt och strukturerat sätt genomföra förbättringsarbete baserat på sin strategi. Att sammanställa modellen var till en början utmanande, trots att det fanns mycket material att basera den på. Målet var att hålla modellen enkel, men författarna insåg att för mycket förenkling kunde leda till att modellen inte blev tillräckligt strukturerad. Därför blev

modellen mer detaljerad än vad som ursprungligen tänkt. Intervjuerna visade även behovet av en styrmodell för att verksamheterna ska kunna sätta upp och följa tydliga strategiska mål. Initialt var tanken att BOTA skulle inkludera hur styrmodeller kunde användas, men den begränsade kunskapen om styrmodellers användning inom vården kräver ytterligare forskning. Därför föreslås detta som ett område för framtida forskning.

9.3 Metodreflektion

För att ta fram en modell för förbättringsarbete så har arbetet grundat sig på tre väsentliga delar; litteraturundersökning, fallstudie och intervjuer. Fallstudien som utfördes på ÖNH-kliniken har bidragit med goda insikter i hur den administrativa verksamheten på en sjukvårdsklinik kan fungera, samt hur data kan användas för framtagning av nya resultatvariabler. Detta ger en bra grund för det första steget "Beskriv" i modellen BOTA. De andra stegen är däremot grundade på litteraturstudien och intervjuer med personer som arbetar inom sjukvården och inte på någon fallstudie. Detta kan innebära en lägre trovärdighet i funktionaliteten i de följande stegen "Organisera", "Testa" och "Analysera" eftersom de inte har utförts praktiskt av författarna. Eftersom sjukvården är en så känslig verksamhet i form av att det handlar om patienters liv och hälsa, då är det viktigt att belysa att modellen som helhet inte har provats praktiskt och kan därför kräva ytterligare forskning innan den används i praktiken.

En stor del av modellen är utvecklad från insikter från de semistrukturerade intervjuerna med sjukvårdspersonal på ÖNH-kliniken samt Akutmottagningen. De semistrukturerade intervjuerna var en användbar metod för att kunna ställa frågor som höll sig inom ramen för analysmodellen, och se till så att alla respondenter ställdes ungefär samma frågor. Eftersom författarna till detta examensarbete inte besitter tidigare erfarenhet inom hälso- och sjukvården så var det betydande att den semistrukturerade formen på intervjuerna gav respondenterna möjligheten att även styra intervjuerna själva vid behov. I vissa fall hade respondenterna viktiga punkter att belysa som författarna inte hade i åtanke.

Trots att de semistrukturerade intervjuerna var ett mycket användbart verktyg för författarna att få en inblick i två sjukvårdsverksamheter så ska det inte bortses att det endast var ett fåtal personer som intervjuades. På ÖNH-mottagningen hölls intervjuer med två personer, medan på Akutmottagningen hölls endast en intervju med en person. Det går inte att bortse från att det är ett litet antal personer som har intervjuats och sänker därmed trovärdigheten för innehållet i intervjuerna, samt modellen som till stor del är grundad på intervjuer. Däremot så har det, efter den preliminära modellen hade utvecklats, utförts revideringsmöten. Här har samma personer som från de semistrukturerade intervjuerna varit delaktiga, samt ytterligare fem personer där samtliga arbetar på olika nivåer inom hälso- och sjukvården i Region Östergötland. Dessa revideringsmöten ökar den slutgiltiga modellens trovärdighet eftersom personer med olika arbetsroller inom sjukvårdsverksamheten fick vara med och kritisera modellen, som sedan den slutgiltiga modellen BOTA har baserats på.

9.4 Framtida forskning

Detta examensarbete har genomförts under en begränsad tid, vilket har lett till att vissa aspekter inte kunde undersökas fullt ut. Följande områden identifierades som intressanta för framtida forskning:

Användning av styrmodeller inom hälso- och sjukvården

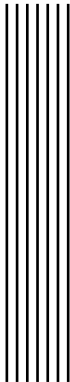
Arbetet visade att det finns ett behov av ett mer strukturerat sätt att sätta strategiska mål och följa upp dem inom hälso- och sjukvården. Därför föreslås framtida forskning för att undersöka vilka styrmodeller som kan användas inom hälso- och sjukvården och hur dessa kan anpassas till olika verksamheter för att användas effektivt.

Undersökning av hur ett mer enhetligt system kan skapas i REBUS

Framtida forskning kan undersöka hur ett mer integrerat och enhetligt system kan byggas upp inom REBUS, vilket kan förbättra effektiviteten och underlätta samarbete mellan olika avdelningar och system. Detta inkluderar en djupare analys av olika metoder för integration och standardisering som kan användas för att maximera utnyttjandet av data inom REBUS. Genom att utforska dessa metoder kan forskningen bidra till att identifiera och implementera lösningar som optimerar databehandlingen och ökar värdet av informationen som genereras inom systemet.

Testa BOTA i praktiken och koppla det till produktiviteten

I detta arbete har modellen BOTA inte testats praktiskt, utan endast reviderats muntligt. Framtida forskning kan därför innebära en djupgående undersökning av hur BOTA kan implementeras och utvärderas i verkliga tillämpningar. Vidare kan en fördjupad analys av produktivetsmålet som utvecklades i fallstudien bidra till att skapa ett förbättringsarbete med hjälp av BOTA baserat på detta mått. Att testa och utvärdera BOTA i olika scenarier kan ge värdefulla insikter om dess fördelar och potentiella utmaningar, och öppna möjligheter för vidare anpassning och utveckling.



Litteratur

- Alvehus, J., Ekholm, A., Krohwinkel, A., Rognes, J., & Winberg, H. (2017). *Från flytt till förändring – en studie av verksamhetsutvecklingen i Region Skåne (LHC REPORT, 2017:1)*. Leading Health Care.
- American Society for Quality. (u. å). *IMPACT EFFORT MATRIX*. <https://asq.org/quality-resources/impact-effort-matrix> (Hämtad 2024-05-04).
- Ardell, P. (2017). *Detta behövs för hållbart förbättringsarbete i sjukvården*. <https://www.kth.se/om/nyheter/centrala-nyheter/detta-behovs-for-hallbart-forbattningsarbete-i-sjukvarden-1.766848> (Hämtad 2024-03-06).
- Bergman, B., Bäckström, I., Garvare, R., & Klefsjö, B. (2022). *Quality from customer needs to customer satisfaction* (4. utg.). Studentlitteratur AB.
- Bergman, B., & Klefsjö, B. (2021). *Kvalitet i alla led* (3. utg.). Studentlitteratur AB.
- Berlin, J., & Kastberg, G. (2011). *Styrning av hälso- och sjukvård* (1. utg.). Liber AB.
- Blomqvist, P., & Hallin, A. (2015). *Metod för teknologer - Examensarbete enligt 4-fasmodellen* (1. utg.). Studentlitteratur AB.
- Brising, E. (2023). *Ny rapport: Därför lämnar sjuksköterskor regionen*. <https://www.vardfokus.se/nyheter/ny-rapport-darfor-lamnar-sjukskoterskor-regionen/> (Hämtad 2024-04-04).
- Brook, Q. (2010). *Lean Six Sigma and Minitab - The Complete Toolbox Guide for all Lean Six Sigma Practitioners* (3. utg.). OPEX Resources Ltd.
- Caping, U., Frank, L., Fricksack, E., Kvarnefors, A., Melke, A., & Söderling, Y. (2014). *Förändring förbättring lärande! Introduktion och inspiration till förbättringsarbete och genomförandetoden*. Sandstens, Göteborg.
- Charpentier, C., & Samuelson, L. A. (2000). *Effekter av en sjukvårdsreform - En analys av Stockholmsmodellen*. Handelshögskolan i Stockholm: EFI, Ekonomiska forskningsinstitutet.
- Chowdhury, T., & Sandén, L. (2015). *Analytics for Management - En modell som beskriver framtagandet av ett beslutsunderlag där rätt mätetal visualiseras på rätt sätt utifrån en formulerad strategi*. Linköpings Universitet.

- Cronemyr, P. (2007). DMAIC and DMADV - differences, similarities and synergies. *International Journal of Six Sigma and Competitive Advantage (IJSSCA)* 3(3): s.193–209. <https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A664031&dswid=9249> (Hämtad 2024-03-01).
- Dahlgren, R. (2023). *Introduktion till DRG-systemet. [Video]. Sveriges Kommuner och Regioner.* <https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/kostnadperpatientkpp.1076.html> (Hämtad 2024-02-15).
- Deming, W. E. (2000). *The New Economics: For Industry, Government, Education* (2. utg.). MIT Press.
- Denscombe, M. (2018). *Forskningshandboken - för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna* (4. utg.). (Larson, P, övers.). Studentlitteratur AB. (Originalarbete publicerat 2017).
- Elg, M. (2022). *Förstå, Förutse & Förbättra* (1. utg.). Studentlitteratur AB.
- Eriksson, L. T., & Wiedersheim-Paul, F. (2014). *Att utreda, forska och rapportera* (10. utg.). Liber AB.
- Friberg, F. (Red.). (2022). *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. utg.). Studentlitteratur AB.
- Genombrott. (u. å). *Så fungerar digitala verktyget.* https://www.genombrott.nu/how_it_works (Hämtad 2024-03-25).
- Hallin, B., & Silverbo, S. (2009). *Styrning och organisering inom häslo- och sjukvård* (1. utg.). Studentlitteratur AB.
- Heher, Y., & Chen, Y. (2017). Process mapping: A cornerstone of quality improvement. *Cancer Cytopathology*, 125: s.887–890. <https://doi.org/10.1002/cncy.21946> (Hämtad 2024-03-07).
- Hiatt, J. (2006). *ADKAR: a model for change in business, government and our community*. Prosci Research.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2006). *The Balanced Scorecard*. Boston, Mass : Harvard Business Review Press.
- Kaplan, R., & Norton, D. (1996). *The balanced scorecard: translating strategy into action*. Harvard Business School Press.
- Liker, J., & Meier, D. (2005). *The Toyota Way Fieldbook: a practical guide for implementing Toyota's 4Ps* (1. utg.). McGraw-Hill Higher Education.
- Linköpings universitet. (u. å). *Plagiering och upphovsrätt.* <https://liu.se/artikel/plagiering-upphovsratt> (Hämtad 2024-02-19).
- Nationella plattformen för förbättringskunskap. (u. å). *Metoder och verktyg.* <https://www.forbatttringskunskap.se/metoder-och-verktyg/> (Hämtad 2024-02-25).
- Norbäck, L., & Targama, A. (2009). *Det komplexa sjukhuset: att leda djupgående förändringar i en multiprofessionell verksamhet*. Studentlitteratur AB.
- Nyberg, R., & Tidström, A. (Red.). (2013). *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar* (2. utg.). Studentlitteratur AB.
- Propia AB. (2024). *VÅRA TJÄNSTER.* <https://www.propia.se/upptack-vart-erbjudande/erbjudande-och-tjanster/> (Hämtad 2024-05-07).

- Region Blekinge. (2021). *Att göra förbättringsarbeten*. <https://regionblekinge.se/halsa-och-varld-for-varldgivarer/utvecklings--och-forbatttringsarbete/att-gora-forbatttringsarbeten.html> (Hämtad 2024-02-05).
- Region Östergötland. (2024a). *Förbättringsarbete inom vårdhygien*. <https://asq.org/quality-resources/benchmarking> (Hämtad 2024-03-06).
- Region Östergötland. (2024b). *Om vårdgaranti*. <https://vardgivare.regionostergotland.se/vgw/patientadministration/varddokumentation/sjukdomsklassifikation> (Hämtad 2024-02-15).
- Rådet för främjande av kommunala analyser. (2022). *Produktivitet i regioner - En rapport om kostnader och volymer inom hälso- och sjukvården*. <https://skr.se/download/18.50bfbbe141840e2c6c5a12bd7/1666852835916/Produktivitet-effektivitet-regioner-2022-.pdf> (Hämtad 2024-03-12).
- Six Sigma Daily. (2022). *How to Use the Impact Effort Matrix to Prioritize Projects*. <https://www.sixsigmadaily.com/how-to-use-the-impact-effort-matrix/> (Hämtad 2024-05-04).
- Smeds, M. (2021). Deming's tampering revisited: definition and future research agenda. <https://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1624017/FULLTEXT01.pdf>.
- Smeds, M. (2022). Exploring Tampering: Towards an Understanding of Why Improvement Efforts Sometimes Fail. *Linköpings Universitet*. <https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A664031&dswid=9249>
- Socialstyrelsen. (2014). *Handbok för effektivitetsanalyser*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2014-11-17.pdf> (Hämtad 2024-02-20).
- Socialstyrelsen. (2019). *Senaste version av SOSFS 2015:10 Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/201510-om-basal-hygien-i-varld-och-omsorg/> (Hämtad 2024-02-05).
- Socialstyrelsen. (2022). *DRG - Grundläggande begrepp och principer*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/klassifikationer-och-koder/drg-grundlaggande-begrepp-och-principer.pdf> (Hämtad 2024-02-10).
- Socialstyrelsen. (2023). *Gemensamma ansträngningar ska korta vårdköer*. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/gemensamma-anstrangningar-ska-korta-varldkoer/> (Hämtad 2024-01-30).
- SOU 2016:2. (2016). *Effektiv vård*.
- Sundberg, J. (2023). *Hur skapas DRG-vikten? [Video]*. *Sveriges Kommuner och Regioner*. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/kostnadperpatientkpp.1076.html> (Hämtad 2024-02-15).
- Sverige Kommuner och Regioner. (2023). *KPP - Sammanställning av verksamhetsåret 2022*. <https://skr.se/download/18.565a1fb118a82e14f6769061/1695203167021/KPP-sammanstallning-2022.pdf> (Hämtad 2024-03-13).
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2021). *Digitalt stöd, förbättringsarbete*. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/psykiskhalsa/digitaltstodforbatttringsarbete.3308.html> (Hämtad 2024-03-06).
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2022a). *Ordlista A till Ö*. <https://skr.se/vantetiderivarden/omvantetider/ordlistaatillo.43531.html> (Hämtad 2024-02-05).

- Sveriges Kommuner och Regioner. (2022b). *Välfärdens kompetensförsörjning*. <https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/valfardenskompetensforsorjning.68208.html> (Hämtad 2024-04-03).
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). *Uppföljning regionernas KPP-databas*. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/kostnadperpatientkpp/uppfoljning.75015.html> (Hämtad 2024-03-12).
- SVT. (2022a). Så avslöjade kommunen hemtjänstfusk – spanade och loggade. SVT. <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/uppsala/sa-avslojades-hemtjanstfusket> (Hämtad 2024-03-18).
- SVT. (2022b). Vårdbolag anklagas för fusk – kommunen säger upp avtal. SVT. <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/uppsala/kommunen-haver-avtal-med-privat-vardgivare> (Hämtad 2024-03-18).
- Sörqvist, L. (2021). *LEAN - Processutveckling med fokus på kundvärde och effektiva flöden*. Studentlitteratur AB.
- Uppdrag Pyskisk Hälsa. (u. å). *Genombrott.nu – förenkla era förbättringsarbeten*. <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/genombrott-nu/> (Hämtad 2024-03-25).
- Vetenskapsrådet. (2023). *Etik i forskningen och god forskningssed*. <https://www.vr.se/uppdrag/etik/etik-i-forskningen.html> (Hämtad 2024-02-16).
- Vårdanalys. (2016). *Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården - ett diskussionsunderlag*. TMG Sthlm.
- Vårdgivarguiden. (2023). *Verktyg för förbättringsarbete och patientsamverkan*. <https://vardgivarguiden.se/utveckling/verktyg-for-forbattringsarbete/> (Hämtad 2024-02-05).
- Yin, R. (2007). *Fallstudier: design och genomförande* (1. utg.). (Nilsson, B, övers.). Liber AB. (Originalarbete publicerat 2006).
- Yin, R. (2013). *Kvalitativ forskning: från start till mål* (1. utg.). (Retzlaff, J, övers.). Studentlitteratur AB. (Originalarbete publicerat 2011).



Appendix

A.1 Intervjufrågor

Strategi & Styrning

1. Vilken roll har du på ditt nuvarande jobb?
2. Hur är din roll kopplad till verksamhetens strategi?
3. Hur ser organisationsstrukturen för din verksamhet?
4. Vilka avdelningar består ni av?
5. Hur ser samarbetet/kommunikationen ut mellan olika avdelningar/enheter inom verksamheten?
6. Vilka roller finns det inom verksamheten som har någon form av besluts/påverkanskraft?
7. Har ni någon strategi för att sätta upp mål?
8. Vilka strategiska mål har ni satt upp på kort och lång sikt?
9. Hur kommunicerar ni er strategi till verksamhetens olika delar?
10. Hur utvärderar ni er strategi för att säkerhetsställa att ni är på rätt spår?
11. Hur hanterar ni resursallokering?
12. Använder ni er av styrmodell? Isåfall vilken?

Mätning & Data

1. Hur är din roll kopplad till Mätning & Data?
2. Vad har ni för plattform för dataanalys?
3. Är datan tillgänglig för alla nivåer inom verksamheten?
4. Vem/vilka är ansvariga för insamling och uppföljning av mätdata?
5. Baserar ni beslut på data? och hur?
6. Visualiserar ni er data på något sätt, isåfall hur?
7. Vem är ansvarig för tolkning av data?
8. Meddelar ni till andra mottagningar om införande av ny data så att det inte sker dubbelarbete?

Förbättringsarbete

1. På vilket sätt har du varit involverad i förbättringsarbete i din verksamhet?
2. Vem/vilka är ansvariga för framtagning/identifiering av förbättringsarbete på er verksamhet?
3. Brukar alla nivåer vara involverade i själva förbättringsarbetet?
4. Utförs förbättringsarbete kontinuerligt? Eller finns det rutin för när det ska initieras?
5. Finns det några särskilda metoder eller verktyg ni använder för att bedöma behoven av förbättring?
6. Hur rapporteras avvikelser?
7. Vad händer om man vill göra något åt avvikelsen?
8. Hur säkerställer ni att det finns tillräckligt med resurser? T.ex tid, pengar osv.
9. Vad gör ni om det inte finns tillräckligt med resurser?
10. Hur tar ni hänsyn till patienter i förbättringsarbete? Får de vara med och påverka? T.ex genombrottsmetoden
11. Har ni någon gång använt er av verktyg som processkartläggning, paretodiagram och Ishikawadiagram för att utföra förbättringsarbete?
12. Om ja till ovan, på vilket sätt har ni använt dem?
13. Om nej, vad för andra verktyg använder ni?
14. Vem tar beslut om förändringar kan ske?
15. Hur införs nya arbetssätt/rutiner i verksamheten?

16. Hur följs/utvärderas resultaten från förändringsarbetet?
17. Blir de anställda uppdaterade gällande resultatet av förbättringsarbetet?
18. Vilka utmaningar har ni stött på när ni har genomfört förbättringsinitiativ på er mottagning och hur har ni hanterat dem?
19. Hur är kulturen inom sjukvården gällande förändringar?
20. Hur motiveras de anställda för att följa förändringarna?
21. Hur lär ni er från tidigare förändringar? Både lyckade och misslyckade.
22. vad kan misslyckandet bero på?