Mittuniversitetet
MID SWEDEN UNIVERSITY

Tillsammans kan vi se med nya ögon

En kvalitativ intervjustudie om användarinvolvering för offensiv kvalitetsutveckling i primärvården

Mäjt Wik

Examensarbete
Huvudområde: Kvalitetsledning
Högskolepoäng: 15hp
Termin/år: VT/21
Handledare: Maria Eriksson
Examinator: Kristen Snyder
Kurskod/registreringsnummer: KA005A
Utbildningsprogram: Magisterprogram i kvalitets- och ledarskapsutveckling, 60 hp

Förord

Det känns smått overkligt att jag nu sitter och skriver förordet till min magisteruppsats. En magisteruppsats skriven under våren 2021. En vår som på många sätt präglats av Covid 19-pandemin. I skrivande stund är belastningen på hälso- och sjukvården värre än någonsin. Trots detta tog sig ett antal chefer tid att delta i denna studie – tack till er! Tillsammans kan vi fortsätta utveckla vår fina primärvård, som står inför en spännande men likväl utmanande framtid.

Många tack är på sin plats.

Framför allt till Peter, Elsa och Siri. Jag är så tacksam för att ni stöttat mig under den här två år långa resan som magisterprogrammet i Kvalitets- och ledarskapsutveckling utgjort. Tacksam för att ni så ofta stått ut med att jag varit hemma men ändå inte…

Jag vill också tacka kollegor, vänner och systrar för glada hejarop. Det har betytt mycket när nödbromsen varit nära.

Grupp 1. Sandra, Ian och Helena. Jag är glad för att just vi bildade Team Utveckling hösten 2019 och att vi hållit i och hållit ut tillsammans.

Sist men inte minst vill jag rikta ett tack till min handledare Maria Eriksson för kloka reflektioner och peppande feedback under skrivandet av denna rapport!

Sollerön maj 2021

Mäjt Wik

Sammanfattning

Hälso- och sjukvården behöver ständigt förbättras för att klara framtidens utmaningar och möta de krav som ställs från så väl befolkning som politisk ledning. En förutsättning för att lyckas är att systematiskt arbeta med offensiv kvalitetsutveckling och att se patienten som en medskapare. Trots att fördelarna med användarinvolvering är tydliga så sker det sällan. Denna intervjustudie, som framför allt var kvalitativ med en fenomenologisk metodansats, syftade till att bidra med kunskapsutveckling kring användarinvolvering i primärvården för att skapa en ökad organisatorisk förmåga för offensiv kvalitetsutveckling. Forskningsfrågor som besvarades var hur verksamhetschefer i primärvården såg på användarinvolvering och vilka faktorer verksamhetscheferna i primärvården upplevde som främjande respektive hämmande för användarinvolvering.

Nio verksamhetschefer i primärvården i Region Dalarna intervjuades. Resultatet från intervjuerna tematiserades utifrån offensiv kvalitetsutveckling sett som ett ledningssystem i allmänhet och Hörnstensmodellens värderingar i synnerhet. I slutsatserna framkom att användarinvolvering ansågs vara viktigt för att möta befolkningens behov men att det fanns cementerade syn- och tankesätt som bidrog till att förbättringsarbeten i regel tog sin utgångspunkt i att verksamheten utvecklade hälso- och sjukvården *för* användarna snarare än *med*. Uppfattningen var också att användarinvolvering till viss del redan skedde, även om den framför allt var av reaktiv karaktär. Genom att på andra sätt och i större utsträckning involvera användarna skulle värdet kunna öka och den personcentrerade vården ta sig uttryck i handling. Examensarbetet har genererat kunskaper om vilka faktorer som krävs för att öka och framgångsrikt arbeta med användarinvolvering.

Nyckelord: Offensiv kvalitetsutveckling, hälso- och sjukvård, primärvård, användarinvolvering, tjänstelogik.

Abstract

Healthcare needs to be continously improved to meet the challenges of the future and meet the demands of both the population and politicians. A prerequisite for success is to work systematically with Total Quality Management (TQM) and to see the patient as a co-creator. Although the benefits of user involvement are clear, it rarely happens. This interview study, which was primarily qualitative with a phenomenological methodological approach, aimed to contribute with knowledge development around user involvement in primary care to create an increased organizational capacity for TQM. Research questions that were answered were how operations managers in primary care viewed user involvement and what factors the operations managers in primary care perceived as promoting or inhibiting user involvement.

Nine operation managers in primary care in the Dalarna Region were interviewed. The results from the interviews were thematized on the basis of TQM seen as a system in general and the Corner Stone Model's values in particular. The conclusions showed that user involvement was considered important to meet the needs of the population, but that there were cemented views and mindsets that contributed to improvement work usually being based on developing healthcare *for* users rather than *with*.

The perception was also that user involvement had to some extent already taken place, even though it mostly were of a reactive nature. By involving users in other ways and to a greater extent, the value could increase and the person-centered care be expressed in action. The master thesis has generated knowledge of the factors required to increase and successfully work with user involvement.

Key words: Total Quality Management, healthcare, primary care, user involvement, service-dominant logic.

Definitioner av centrala begrepp

Begrepp	Tolkning	Referens
Användarinvolvering	Ambitionen att ge patienter och anhöriga större inflytande i planerandet, genomförandet och bedömningen av en offentlig tjänst.	Sveriges Kommuner och Landsting (2015).
Emergens	Uppkommande fenomen där ett komplext mönster eller beteende skapas genom interaktionen mellan individer, som inte kan skapas individuellt.	Bar-Yam (1997).
Offensiv kvalitetsutveckling	Organisationers ständiga strävan efter att uppfylla, och helst överträffa, kundernas behov och förväntningar till lägsta möjliga kostnad genom ett kontinuerligt förbättringsarbete i vilket alla är engagerande och som har fokus på organisationens processer.	Bergman och Klefsjö (2020).
Personcentrerad vård	Individens behov, preferenser och resurser beaktas och tillvara tas i alla delar av vårdprocessen. Före, under och efter.	Vårdanalys (2018).
Tjänst	Något som görs för att hjälpa någon och som skapar värde. En tjänst kan vara uppgiftsorienterad och rationell men kan även ha en mer upplevelsebaserad dimension.	Holmlid och Wetter-Edman (2021); Roy (2018) .
Värde	Värde uppstår vid användandet av tjänsten och både skapas och definieras av kunden. En organisation kan erbjuda resurser som ger förutsättningar för värdeskapande, men inte leverera värde.	Grönroos och Gummerus (2014); Quist och Fransson (2014).
Värdeskapande	Värdeskapande sker när resurser i ett system integreras så att interaktion uppstår.	Quist och Fransson (2014).

Förkortningar

BILD	Business Intelligence Landstinget Dalarna
CAS	Komplexa Adaptiva System
HSL	Hälso- och sjukvårdslag
LOV	Lagen om Valfrihetssystem
NPM	New Public Management
TQM	Total Quality Management

Synonymer

I föreliggande studie har orden patient och användare använts synonymt. Personcentrering används synonymt med patientcentrering, även om det senare är ett snävare begrepp som framför allt fokuserar på patient-vårdgivarinteraktionen i det enskilda vårdmötet (Vårdanalys, 2018).

Innehållsförteckning

1. Inledning 1
1.1 Bakgrund 1
1.1.2 Problemformulering 2
1.2 Syfte 2
1.3 Forskningsfrågor 2
2. Teoretisk referensram 3
2.1 Hälso- och sjukvården 3
2.2 Kvalitetsutveckling – en resa från kontroll till emergens 4
2.2 Offensiv kvalitetsutveckling 5
2.2.1 Utveckla ett engagerat ledarskap 6
2.2.2 Sätt kunderna i centrum 6
2.2.3 Basera beslut på fakta 7
2.2.4 Arbeta ständigt med förbättringar 7
2.2.5 Skapa förutsättningar för delaktighet 8
2.2.6 Arbeta med processer 8
2.3 Kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården 8
2.4 Användarinvolvering 10
2.5 I komplexa system är 1+1=3 13
2.5.1 Ledarskap i komplexa system 14
2.6 Varulogik kontra tjänstelogik 15
3. Metodbeskrivning 17
3.1 Vetenskaplig positionering 17
3.1.2 Fenomenologi 17
3.1.3 Induktion 17
3.2 Så genomfördes studien 18
3.2.1 Litteraturstudie 18
3.2.2 Databaser 19
3.2.3 Sökord och sökkriterier 19
3.2.3 Den valda organisationen 19
3.2.4 Urval 19
3.2.5 Datainsamling 19
3.2.6 Analysmetod 20
3.6 Objektivitet 22
3.6.1 Författarens förförståelse 22
3.7 Tillförlitlighet och äkthet 22

3.8 Etiska överväganden ... 23
4. Resultat och analys ... 25
4.1 Sammanställning av intervjuresultat ... 25
4.2 Värderingar ... 26
4.2.1 Engagerat ledarskap ... 26
Analys ... 26
4.2.2 Sätt kunden i centrum ... 26
Analys ... 27
4.2.3 Basera beslut på fakta ... 28
Analys ... 28
4.2.4 Arbeta ständigt med förbättringar ... 28
Analys ... 29
4.2.5 Skapa förutsättningar för allas delaktighet ... 29
Analys ... 29
4.2.6 Arbeta med processer ... 30
Analys ... 30
4.3 Arbetssätt ... 30
Analys ... 31
4.4 Verktyg ... 32
Analys ... 32
4.5 Politisk styrning och HSL ... 33
Analys ... 33
5. Slutsatser ... 34
5.1 Forskningsfråga 1 ... 34
5.2 Forskningsfråga 2 ... 35
6. Diskussion ... 36
6.1 Resultatdiskussion ... 36
6.2 Metoddiskussion ... 38
6.3 Studiens bidrag ... 39
6.4 Förslag till framtida forskning ... 39
Referenser ... 41
BILAGA A
BILAGA B

1. Inledning

I inledningen beskrivs vad som motiverar den genomförda studien. Slutligen presenteras syfte och forskningsfrågor.

"The only real voyage of discovery consists not in seeking new landscapes but in having new eyes"

- *Marcel Proust*

1.1 Bakgrund

Vård och omsorg står inför stora utmaningar vilket ställer krav på utvecklingsförmåga och en ständigt ökande förändringstakt (Vårdanalys, 2016). Sverige har en allt mer åldrande befolkning samtidigt som antalet individer i arbetsför ålder minskar vilket genererar svårigheter i form av en ansträngd ekonomi och personalvakanser. Den medicintekniska utvecklingen i kombination med kunskapsutvecklingen gör att fler kan få vård och allt svårare sjukdomstillstånd kan hanteras, något som ständigt ökar förväntningarna på vården (ibid). Dessa utmaningar gör att det är helt nödvändigt att arbeta med kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården. I betänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* framhålls betydelsen av att i synnerhet stärka och utveckla primärvården för att samhället ska klara de förändrade demografiska och epidemiologiska förhållandena (Statens Offentliga Utredningar [SOU], 2018). En väl fungerande primärvård torde öka förutsättningarna för rätt vård, i rätt tid och till rätt patient, något som anses kunna bidra till bättre hälsa och en mer effektiv och framgångsrik hälso- och sjukvård (Vårdanalys, 2017).

Framgångsrika organisationer kännetecknas utav att de ständigt möter och överträffar kundens förväntningar (Bergman & Klefsjö, 2020). En förutsättning för att lyckas med detta är att systematiskt arbeta med offensiv kvalitetsutveckling, där en central värdering är att sätta kunden i centrum (ibid). En hög kundnöjdhet anses kunna leda till såväl ett starkare varumärke som förbättrade ekonomiska resultat. Att förstå vad som skapar kundnöjdhet är därför kritiskt för organisationer (Hallencreutz & Parmler, 2019).

Även om svensk sjukvård har goda medicinska resultat lämnar undersökningar avseende patientnöjdhet, kontinuitet och tillgänglighet en del övrigt att önska (SOU, 2018). Personcentrerad vård är en grundläggande strategi för framtidens hälso- och sjukvård, vilket innebär att patienten ska ses som en partner och medskapare (Sveriges Kommuner och Landsting [SKL], 2015). Förbättringspotential finns avseende personcentrering inom primärvården och två centrala faktorer för ökad personcentrering är just patienters delaktighet och involvering (Vårdanalys, 2017). Kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården har dock historiskt till stor del inspirerats av modeller hämtade från industrin och definitionen av värdeskapande har till mångt och mycket utgått från att patienten är en passiv mottagare av vård (Grönroos &

Gummerus, 2014). Mätningar och uppföljningar i vårdsektorn fokuserar traditionellt sett på produktivitetsmått och sällan på patienternas utvärderingar (Grönroos & Ojasalo, 2015). En allt för stor tonvikt på effektivitet och kostnadskontroll inom den egna organisationen får konsekvenser för mötet med medborgaren med tanke på den medföljande synen på värdeskapande (Funck & Karlsson, 2018). Rådande synsätt har en avgörande betydelse för hur människor i organisationer tänker och agerar, något som får direkta implikationer på kvalitetsarbetet och i vilken utsträckning patienten ses som en naturlig medskapare (Batalden, Batalden, Margolis, Seid, Armstrong, Opipari-Arrigan & Hartung, 2016; Han, Hudson Scholle, Morton, Bechtel & Kessler, 2013; Joiner & Lusch, 2016; van Kemenade & Hardjono, 2019). För att verkligen skapa värde ur användarens perspektiv krävs att användaren tydligt involveras, i så väl själva vårdmötet som kvalitetsarbetet (Poksinska, Fialkowska-Filipek & Engström, 2016). Då användaren görs delaktig i att utveckla vården kan både kvalitet och effektivitet förbättras (Mohrman & Schani , 2012; SKL, 2015). Att involvera patienter i kvalitetsarbetet anses av Gremyr, Smith och Gustavsson (2018) vara helt centralt för att lyckas med förbättringar i hälso- och sjukvården men också för att kunna identifiera nya innovativa sätt att bedriva vård.

1.1.2 Problemformulering

Gustavsson (2016) belyser att användarinvolvering är relativt väl beforskat när det handlar om att involvera patienten i sin egen vård, men att ett kunskapsgap finns vad gäller involvering i kvalitetsutveckling. Användarinvolvering som koncept verkar skapa förvirring hos både chefer och medarbetare då de tycks vara osäkra på vad det betyder (Gustavsson, 2016; Pandhi, Jacobson, Crowder, Quanbeck, Hass & Davis, 2020). Trots tydliga fördelar och att aktuell forskning visar på vikten av användarinvolvering, är andelen användare som involveras i kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården väldigt låg (Groene & Sunol; 2015; Han et al., 2013; Pandhi et al., 2020). Bergerum, Thor, Josefsson och Wolmesjö (2019) pekar på vikten av att skräddarsy användarinvolveringen utifrån lokala förutsättningar vilket kräver förståelse för kontexten, vilka resurser som finns och vilka mekanismer som skapar riktning och mening. Behovet är stort av att ytterligare utforska hur chefer kan möjliggöra användarinvolvering och när det är användbart (Bergerum et al., 2019; Gustavsson, 2016; Johannessen, Ree, Strømme, Aase, Bal & Wiig, 2019). Även Groene och Sunol (2015) efterlyser kvalitativa studier som undersöker hur användarinvolvering kan tillämpas.

1.2 Syfte

Syftet med föreliggande studie är att bidra med kunskapsutveckling kring användarinvolvering i primärvården för att skapa en ökad organisatorisk förmåga för offensiv kvalitetsutveckling.

1.3 Forskningsfrågor

Hur ser verksamhetscheferna i primärvården på användarinvolvering?

Vilka faktorer upplever verksamhetscheferna i primärvården främjar respektive hämmar användarinvolvering?

2. Teoretisk referensram

Kapitlet inleds med en kort överblick av hälso- och sjukvårdens karaktäristiska för att sätta studien i ett sammanhang. Därefter följer en beskrivning av kvalitetsutvecklingens historia som leder in på offensiv kvalitetsutveckling. Nästa del berör användarinvolvering och komplexa system. Teoriavsnittet avslutas med att redogöra för de väsentliga skillnaderna mellan varu- och tjänstelogik.

2.1 Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdslagen ([HSL]SFS, 2017:30) stipulerar att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Företräde ska ges till den som har störst behov av hälso- och sjukvård och vården ska ges med respekt för människors lika värde. Vidare ska den offentligt finansierade verksamheten vara kostnadseffektiv och där verksamhet bedrivs måste en ansvarig verksamhetschef finnas (ibid). Ansvaret för svensk hälso- och sjukvård fördelas mellan staten, regionerna och kommunerna (SOU, 2020). Den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken, där även forskning och utbildning ingår, svarar staten för och det statliga ansvaret regleras främst genom lagar och förordningar.

Regionerna är enligt HSL en huvudman som är skyldig att erbjuda hälso- och sjukvård. Sveriges idag 21 regioner ansvarar för att tillse att befolkningen har tillgång till en god vård. Regionerna ansvarar för slutenvård, då en patient är inskriven vid en vårdinrättning, samt öppenvård som bland annat bedrivs i form av primärvård (SOU, 2020). Primärvård är en av två vårdnivåer i den öppna vården. Samverkan mellan olika yrkeskategorier och en helhetssyn på patienten ska kännetecknа primärvården. I jämförelse med övrig öppenvård har primärvården ett omfattande uppdrag avseende förebyggande arbete och rehabilitering (Vårdanalys, 2017). Kommunerna ansvarar inte för hälso- och sjukvård som ges av läkare men däremot sådan hälso- och sjukvård som bedrivs i särskilda boendeformer, hemsjukvård i ordinärt boende samt dagverksamhet. Samma skyldigheter föreligger dock för både region och kommun vad gäller att all vård ska bedrivas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt att verksamheten ständigt ska säkra kvaliteten och utvecklas (SOU, 2020).

Karaktäristiskt för hälso- och sjukvården är den så kallade tredjepartsfinansieringen, vilket innebär att patienterna inte direkt betalar för vården. Svensk hälso- och sjukvård finansieras till nästan 80% av offentliga medel vilket innebär att det är den politiska ledningen som fördelar skattemedel till verksamheten. Alltså betalar befolkningen indirekt för vårdens tjänster genom skatter eller försäkringspremier men politiken kan anses vara finansiär (Hallin & Siverbo, 2002).

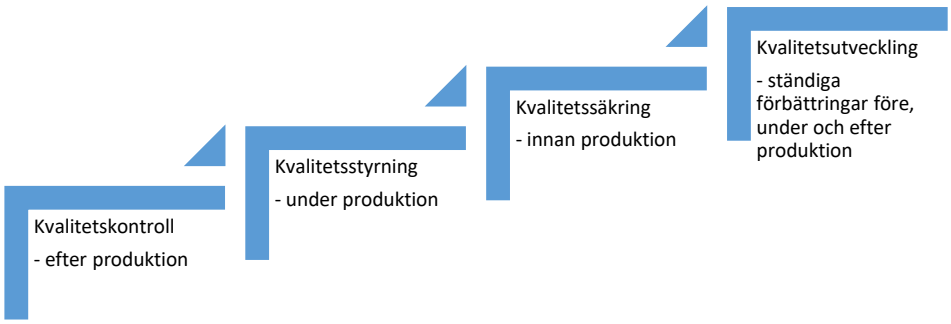
Hälso- och sjukvården är att betrakta som en komplex och kunskapsintensiv organisation med flera olika intressenter, ibland med konkurrerande mål (Alvesson & Svenningsson, 2019; Hallin & Siverbo, 2002). Patienter har anspråk på vård av hög kvalitet, befolkningen efterfrågar en god samhällsservice där de får valuta för sina skattepengar och politikerna, de förtroendevalda, är ytterst ansvariga för verksamheten

(Hallin & Siverbo, 2002). Vidare har även vårdens medarbetare intressen i form av goda arbetsförhållanden, samtidigt som de ju också är väljare av de förtroendevalda.

Tre domäner kan ses; den professionella sfären med kunskapsbaserade hierarkier, tjänstemannaledningen med en byråkratisk hierarki samt den politiska ledningen. Dessa präglas av olika värderingar och logiker vilket genererar motsättningar gällande mål, rollfördelningar och makt (Hallin & Siverbo, 2002). Glouberman och Mintzberg (2001) drar liknande slutsatser om målkonflikter mellan ledningen och de som arbetar ”på golvet” och menar att om inte en syntes kan skapas mellan dessa olika perspektiv är större förändringar inte möjliga att genomföra. Eriksson, Müllern, Andersson, Gadolin, Tengblad och Ujvari (2016) förstärker att samspelet mellan ledning och vårdprofessioner är avgörande för möjligheterna att förbättra verksamheten.

2.2 Kvalitetsutveckling – en resa från kontroll till emergens

Efter andra världskriget fokuserade kvalitetsarbetet främst på kontroll men övergavs sedermera för kvalitetsstyrning, för att så tidigt i processen som möjligt försöka sortera bort defekta enheter (Bergman & Klefsjö, 2020). Nästa steg handlade om kvalitetssäkring, att arbeta proaktivt och redan i förväg försöka skapa goda förutsättningar för att göra rätt från början. Kvalitetsutveckling inrymmer samtliga steg och bör vara en naturlig del av en organisations verksamhet (ibid). De olika utvecklingsstegen kännetecknas av olika koncept och metoder, men också olika kulturer. Kvalitetsområdet utveckling beskrivs ofta som fyra faser, se figur 2.1.



Figur 2.1 Kvalitetsområdets utveckling. Fritt efter Bergman och Klefsjö (2020).

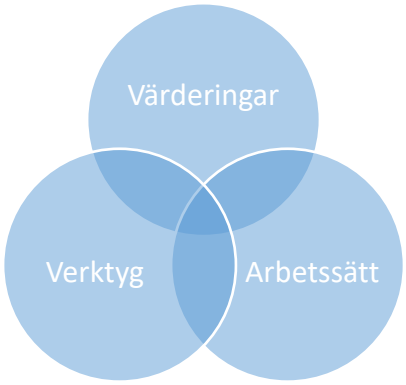
Historiskt sett har många olika perspektiv av kvalitet florerat. Kvalitet som begrepp är svårdefinierat, föränderligt över tid och behöver förstås i ett sammanhang (van Kemenade & Hardjono, 2019). Reeves och Bednar (1994) beskriver fyra olika definitioner; excellence, värdeskapande, kravuppfyllnad och att möta eller överträffa kundens förväntningar. Kvalitet är dock mångfacetterat och definitionerna har såväl styrkor som svagheter (ibid). Olika paradigm och synsätt anses ha stor betydelse för hur kvalitet definieras men också för hur kvalitetsarbetet förstås. Fyra paradigm beskrivs av van Kemenade och Hardjono (2019), ”The Empirical, ”The Reference”, ”The Reflective” och ”The Emergence”. Paradigmen har olika fokus och mål, även ledarskapsstilen skiljer sig åt. Metaforer som används för att beskriva de olika tankessätten är ”Militären”, ”Robot”, ”Tänkaren” och ”Improviserande Jazzband”, se figur 2.2.

Figur 2.2 Fyra olika paradigm som präglar kvalitetsarbetet. Fritt efter van Kemenade och Hardjono (2019).

2.2 Offensiv kvalitetsutveckling

Bergman och Klefsjö (2020, s.42) menar att offensiv kvalitetsutveckling innebär att organisationer *”ständigt strävar efter att uppfylla, och helst överträffa, kundernas behov och förväntningar till lägsta möjliga kostnad genom ett kontinuerligt förbättringsarbete i vilket alla är engagerande och som har fokus på organisationens processer”.*
Beskrivningen speglar delvis det engelska begreppet Total Quality Management (TQM), som under de senaste årtiondena dock tagit en annan riktning. Betoningen på *offensiv*

pekar på betydelsen av att ständigt förbättra och förebygga till skillnad från att kontroller och reparera (Bergman & Klefsjö, 2020). Offensiv kvalitetsutveckling består av värderingar, arbetssätt och verktyg som tillsammans bildar en helhet och där målet är att uppnå ökad extern och intern kundtillfredsställelse med lägre resursåtgång. Utmärkande för offensiv kvalitetsutveckling är kulturen och värderingarna, men också systemsynen (ibid).



Figur 2.3. Ett ledningssystem som stödjer offensiv kvalitetsutveckling mot mål och strategier med hjälp av arbetssätt och verktyg som harmonierar med värderingarna. Fritt efter Bergman och Klefsjö (2020).

Bergman och Klefsjö (2020) nämner några exempel på arbetssätt så som kundcentrerad planering, processledning och självutvärdering. Vidare nämns exempel på verktyg så som släktskapsdiagram, fiskbensdiagram och processkartor. Samtidigt framhålls att inget enskilt arbetssätt eller verktyg utgör offensiv kvalitetsutveckling. Genom Hörnstensmodellen illustreras de värderingar som offensiv kvalitetsutveckling bör vila på. Värderingarna uttrycks med fördel i aktiv form; utveckla ett engagerat ledarskap, sätt kunderna i centrum, basera beslut på fakta, arbeta med processer, arbeta ständigt med förbättringar samt skapa förutsättningar för delaktighet. De sex hörnstenarna, värderingarna, har som mål att skapa en stark organisationskultur vilket kräver att de arbetssätt och verktyg som används på ett logiskt sätt speglar och stöttar värderingarna (ibid). Det moderna kvalitetsarbete präglas av en holistisk syn där värderingar, kultur och metoder samspelar (van Kemenade & Hardjono, 2019).

2.2.1 Utveckla ett engagerat ledarskap

Ett starkt och engagerat ledarskap är grundfundamentet i offensiv kvalitetsutveckling och bör vila på en tydlighet och synlighet i organisationen (Bergman & Klefsjö, 2020). En framgångsrik organisation har chefer som på alla nivåer visar i ord och i handling att kvalitets- och utvecklingsfrågor är viktiga. Wiig, Storm, Aase, Gjestsen, Solheim, Harthug, Robert, Fulop och Quaser Team (2013) förstärker betydelsen av att ledaren håller i och håller ut och Sörqvist (2004) skriver att organisationer som lyckas med sina förbättringsarbeten har engagerade och drivna ledare. En förutsättning för att lyckas med kvalitetsarbete är också att ledaren förmår få medarbetarna att känna sig trygga och stolta över vad de åstadkommer (Bergman & Klefsjö, 2020).

2.2.2 Sätt kunderna i centrum

Att sätta kunden i centrum anses vara kärnan i en modern syn på kvalitet (Bergman & Klefsjö, 2020). Begreppet kund är dock kontroversiellt i vissa branscher, i synnerhet inom offentlig sektor där det oftast saknas en ekonomisk relation till kunden. Bergman

och Klefsjö (2020, s. 26) menar att kunden är den *”som organisationen vill bidra med värdeskapande till”*. Många företag och organisationer påstår att de alltid sätter kunden i fokus, kunden själv kan dock ofta argumentera för det motsatta och upplevelsen är att organisationen fokuserar på något helt annat (Elmgart & Bloch, 2017) . Om organisationen på allvar ska möta kundens behov måste djupare insikter tillskansas om hur värde skapas (ibid). Bergman och Klefsjö (2020) skriver att organisationen måste ställa sig i kundens skor och verkligen söka att förstå dess perspektiv för att kunna omvandla dessa insikter i utvecklingen av varor och tjänster. Kanomodellen är en modell för att förstå kopplingen mellan kundbehov och vilka egenskaper en produkt eller tjänst bör ha för att uppnå kundtillfredsställelse (Bergman & Klejsjö, 2020). Enligt Kanomodellen finns basbehov, de som kunden förväntar sig och som tillgodoses av de nödvändiga egenskaperna, uttalade behov som tillgodoses av förväntade egenskaper och outtalade behov som tillgodoses av attraktiva egenskaper. Om de attraktiva egenskaperna uppnås kan också den högsta nivån av kundtillfredsställelse uppnås. Med tanke på att de i regel är outtalade är det givetvis en extra utmaning för organisationen att få kännedom om dem (ibid).

Batalden et al. (2016) betonar att det inte är tillräckligt att fokusera på patientens behov utan det är av största vikt att patienten också involveras. Även Vargo och Lusch (2004) argumenterar för att det krävs mer än att förstå kundens perspektiv och pekar på betydelsen av att också samarbeta med kunden, lära sig av kunden och att ständigt anpassa sig utifrån kunden individuella och dynamiska behov. Osborne, Radnor och Nasi (2013) bekräftar detta och menar att det inte är tillräckligt att tillämpa instrument som exempelvis SERVQUAL, vilket är ett flerdimensionellt verktyg framtaget för att fånga konsumenters förväntningar och förstå deras uppfattning om en tjänst.

Bergman och Klefsjö (2020, s. 140) refererar ett citat av Richard Branson, grundaren av Virgin Group, *”clients do not come first, employees come first. If you take care of your employees they will take care of the client”.* Det är således viktigt att belysa att en organisation har så väl externa som interna kunder. Intern kundnöjdhet har två centrala aspekter, dels att varje medarbetare ska ha en god arbetsmiljö och möjligheter att utvecklas, men också att nästa steg eller person i processen kan ses som en kund vars behov ska tillgodoses (Bergman & Klefsjö, 2020). Quist och Fransson (2014) framhåller att de som ytterst möter användaren är centrala aktörer i interaktionen för att skapa värde. Ett ensidigt fokus på kunden som användare är därför dysfunktionellt.

2.2.3 Basera beslut på fakta

Beslut gällande utvecklingsinsatser bör baseras på väl grundad fakta vilket ställer krav på datainsamling av så väl numerisk som verbal karaktär samt metoder för analys (Bergman & Klefsjö, 2020). För att realisera kundfokusering måste fakta om kundernas behov och synpunkter inhämtas på ett systematiskt sätt. Att ha kunskaper om och förstå variation är helt centralt för att kunna rikta insatser mot verkliga problem (ibid).

2.2.4 Arbeta ständigt med förbättringar

”Den som slutar att bli bättre slutar snart att vara bra” (Bergman & Klefsjö, 2020, s. 54). Citatet pekar på betydelsen av att en organisation ständigt utvecklas och möter föränderliga kundkrav. Symbolen för ständiga förbättringar menar Bergman & Klefsjö (2020) är förbättringscykeln, inspirerad av Edward Deming (1993), även benämnd som

akronymen PDSA-cykeln. PDSA-cykeln består av fyra steg som systematiskt itererar mot målet. I det första steget *planera* identifieras problemet som ska angripas och dess möjliga orsaker. För att säkerställa att problemet är relevant är det angeläget att basera beslut om förändringar på fakta genom att analysera data så att källor till fel och variation kan hittas. I nästa steg, *gör*, bör ett antal personer utses vilka kan ansvara för att åtgärder genomförs. Antingen som ett test i liten skala eller i större omfattning. Då åtgärder vidtagits är det naturligtvis angeläget att studera effekterna. Resultaten analyseras för att se om åtgärderna bidragit till önskade förbättringar. Har kvalitetsnivån förbättrats bör säkras att nivån bibehålls. Steget *lär* betonar betydelsen av att dra lärdomar av förbättringsarbetet så att förbättringar kan skalas upp och spridas. Således läggs särskild emfas vid just *lär* istället för Demings *agera*. Faller åtgärderna inte väl ut bör också lärdomar dras om detta, och eventuella justeringar göras för att sedan iterera vidare i en ny förbättringscykel (Batalden & Stoltz, 1993; Bergman & Klefsjö, 2020).

2.2.5 Skapa förutsättningar för delaktighet

Engagerade medarbetare som upplever sig vara delaktiga och tar ansvar är en viktig ingrediens i kvalitetsarbetet (Bergman & Klefsjö, 2020). Att skapa möjligheter för medarbetarna att vara delaktiga och undanröja hinder är således en betydelsefull uppgift för en organisation. Arbetstillfredsställelse är centralt för att få motiverade medarbetare och i förlängningen förbättrade resultat. Bergman och Klefsjö (2020) betonar att arbetsuppgifter bör vara meningsfulla, stimulerande och ansvarsfulla.

2.2.6 Arbeta med processer

En verksamhet består till stor del av processer, vilket kan ses som nätverk av sammanhängande aktiviteter som upprepas (Bergman & Klefsjö, 2020). Processer kan bidra till lärande då de ger information om hur väl kundens behov tillfredsställs, på så sätt skapas även underlag för att kunna förbättra processerna (Sörqvist, 2004). Vidare kan arbete med processer underlätta för att fokusera på hela aktivitetskedjor istället för att all uppmärksamhet riktas mot enskilda enheter eller enskilda produkter. Genom att rikta blicken mot vilket slutresultat som gemensamt ska uppnås minskas risken för suboptimeringar (Bergman & Klefsjö, 2020).

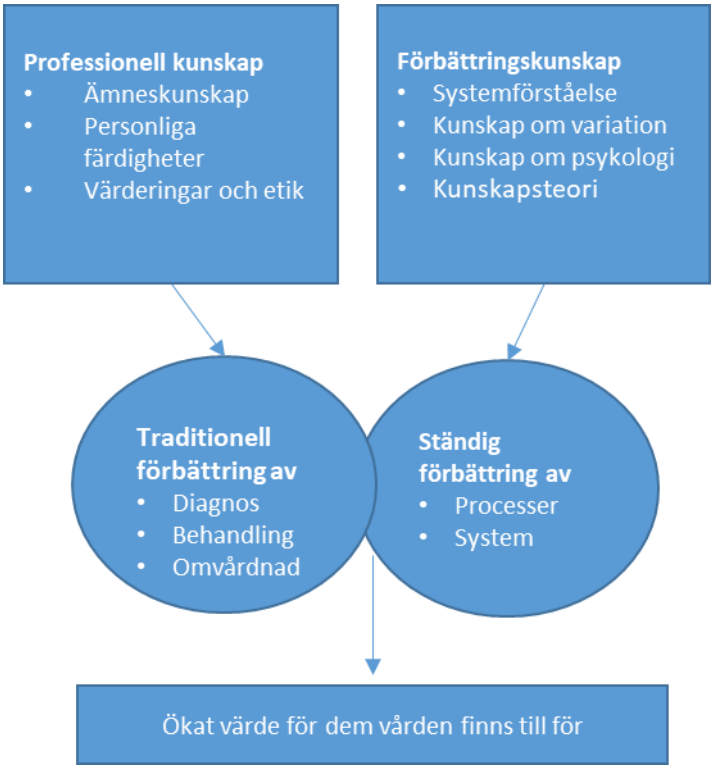
2.3 Kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården

Kvalitetsfrågorna fick sitt fäste i hälso- och sjukvården under 1990-talet då teorier och modeller främst från industrin började tillämpas och anpassas. Systematiska angreppssätt så som ständiga förbättringar, Lean och TQM har tillämpats för att optimera flöden och för att så effektivt som möjligt möta behov och förväntningar (Radnor, Holweg & Waring, 2012). Ur patienternas synvinkel menar Vårdanalys (2019) att tre kvalitetsområden är särskilt viktiga; gott hälsoutfall av vården, att bli sedd, respekterad och inkluderad samt att hälso- och sjukvården är tillgänglig. Dessa är tydligt förankrade även i lagstiftningen, såsom HSL och patientlagen.

Batalden och Davidoff (2007) menar att kvalitetsutveckling utgörs av kombinerade och oupphörliga ansträngningar där alla intressenter är delaktiga och som leder till bättre hälsoutfall, bättre vård och bättre lärande. Om hälso- och sjukvården ska kunna nå sin fulla potential måste såväl hälso- och sjukvårdspersonal och forskare som patienter och

deras närstående se kvalitetsarbetet som en naturlig del i göromålen varje dag (ibid). Alla förändringar är dock inte förbättringar, för att veta att ansträngningarna verkligen leder till förbättringar krävs mätningar och Batalden och Davidoff (2007) belyser statistiska verktyg och metoder så som styrdiagram men också lärandecykler som viktiga hjälpmedel i förbättringsarbetet.

Förbättringsvetenskap som kunskapsområde har sitt ursprung i olika vetenskaper och har utgjort en viktig bas för kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvård (SOU, 2020). Bergman och Klefsjö (2020) använder sig av begreppet förbättringskunskap och belyser vikten av att kombinera den professionella kunskapen med förbättringskunskap. Hälso- och sjukvården är ett kunskapsintensivt område där professionerna har hög kompetens inom främst naturvetenskapliga ämnen som medicin. Ett paradigm som i stor utsträckning strävar efter att söka sanning och utröna orsak-verkan (Batalden & Stoltz, 1993). Gremyr et al. (2018) förstärker detta och gör gällande att förändringar som genomförs av hälso- och sjukvårdspersonal tenderar att vara av mer inkrementell karaktär. Specialisering är vanligt och har bidragit till utvecklingen av förfinade personliga färdigheter hos de olika professionerna, vilka också har starka yrkesetiska koder (Batalden & Stoltz, 1993). Men endast genom att kombinera förbättringar för diagnos, omvårdnad och behandling med förbättringar av processer och system kan värdet öka för dem vi finns till för (Batalden & Stoltz, 1993). Förbättringskunskap innefattar systemförståelse, kunskap om variation, förändringspsykologi samt kunskapsteori (Bergman & Klefsjö, 2020), se figur 2.4.



Figur 2.4. Förbättringskunskap i kombination med den professionella kunskapen leder till ökat värde för dem vi finns till för. Fritt efter Batalden och Stoltz (1993).

Systemförståelse är fundamentalt för att lyckas med offensiv kvalitetsutveckling och ständiga förbättringar (Batalden & Stoltz, 1993; Bergman & Klefsjö, 2020). Enligt Deming (1993) är ett system *"ett nätverk av komponenter, som strävar efter att uppnå ett gemensamt syfte"* (Bergman & Klefsjö, 2020, s. 188). Det är av största vikt att en ledare har kunskap om systemgränser, människorna i systemet och hur de samverkar mot det gemensamma syftet eller målet (Bergman & Klefsjö, 2020). Förhållningssättet "vinna-vinna" är grundläggande för ett framgångsrikt samspel mellan individer och för att bygga långsiktigt hållbara relationer i systemet. Att förstå hur de olika komponenterna i nätverket hänger ihop är centralt då förändringar i en del av systemet sannolikt påverkar en annan (Batalden & Stoltz, 1993).

Variation finns överallt, oavsett om vi mäter väntetider på en vårdcentral eller vår egen kroppsvikt en gång i veckan (Elg, 2013). Kunskap om variation är viktig för att inte reagera på slumpmässig variation och dra felaktiga slutsatser då bakomliggande orsaker ska identifieras och problem lösas (Bergman & Klefsjö, 2020). I synnerhet i offentlig verksamhet är betydelsen av att förstå variation central då förekomsten av variation där tenderar att orsaka större bekymmer samtidigt som den ofta är försummad. Att kunden dessutom är en del av själva tjänsteprocessen innebär också i sig att variation förs in (Elg, 2013). Statistik utgör ofta ett beskrivande språk för variation och att samla in data och mäta över tid är betydelsefullt för att basera beslut på fakta. Det ska dock betonas att variation inte enbart är något mätbart (Bergman & Klefsjö, 2020).

Att förstå mänskliga beteenden och hur individer och grupper reagerar, agerar och samspelar i förändring är essentiellt för att lyckas med förbättringsarbeten (Batalden & Stoltz, 1993; Bergman & Klefsjö, 2020; Sörqvist, 2004). Genom att nyttja förståelsen för människors drivkrafter och vad som skapar inre motivation kan ett förändringsarbete få bättre förutsättningar (ibid). Kunskapsteori belyser att människan utvecklar nya kunskaper och drar lärdomar genom att koppla ihop teori och praktik (Batalden & Stoltz, 1993). Därav är ett lärandestyrt förändringsarbete, lära genom att göra, viktigt för att utveckla vår förmåga att driva förbättring. PDSA-cykeln kan vara ett betydelsefullt hjälpmedel för att systematiskt skapa ett lärande (Batalden & Stoltz, 1993; Bergman & Klefsjö, 2020). Batalden och Stoltz (1993) har observerat att hälso- och sjukvårdspersonal ofta är aktiva i att skapa ny kunskap, men har större utmaningar när det gäller att reflektera, lära och omsätta de nya kunskaperna i praktisk handling. Bakomliggande faktorer kan vara den i regel höga arbetsbelastningen och tidsbristen i vården (ibid).

2.4 Användarinvolvering

Begreppet användarinvolvering används på olika sätt i litteraturen, olika definitioner förekommer och också synen på användarinvolvering som koncept skiljer sig åt. Vidare finns en rad olika synonymer, så som patientinvolvering, patientdelaktighet, personcentrerad vård och co-design för att nämna några (Crawford, Rutter, Manley, Weaver, Bhui, Fulop & Tyrer, 2002; Gustavsson, 2016). Groene och Sunol (2015) menar att användarinvolvering i hälso- och sjukvården är ett viktigt bidrag i kvalitetsarbetet och kan ta sig uttryck på många olika sätt. Olika metoder och verktyg kan tillämpas och någon tydlig best practice saknas. Enligt SBU (2017) kan användarinvolvering ses på olika nivåer. På individnivå där patienten involveras i sin egen vård och behandling, på

verksamhetsnivå där patienter görs delaktiga i förbättringsarbeten och på systemnivå där exempelvis patientföreningar är med i framtagande av vårdprogram samt har möjlighet att påverka policybeslut (SBU, 2017).

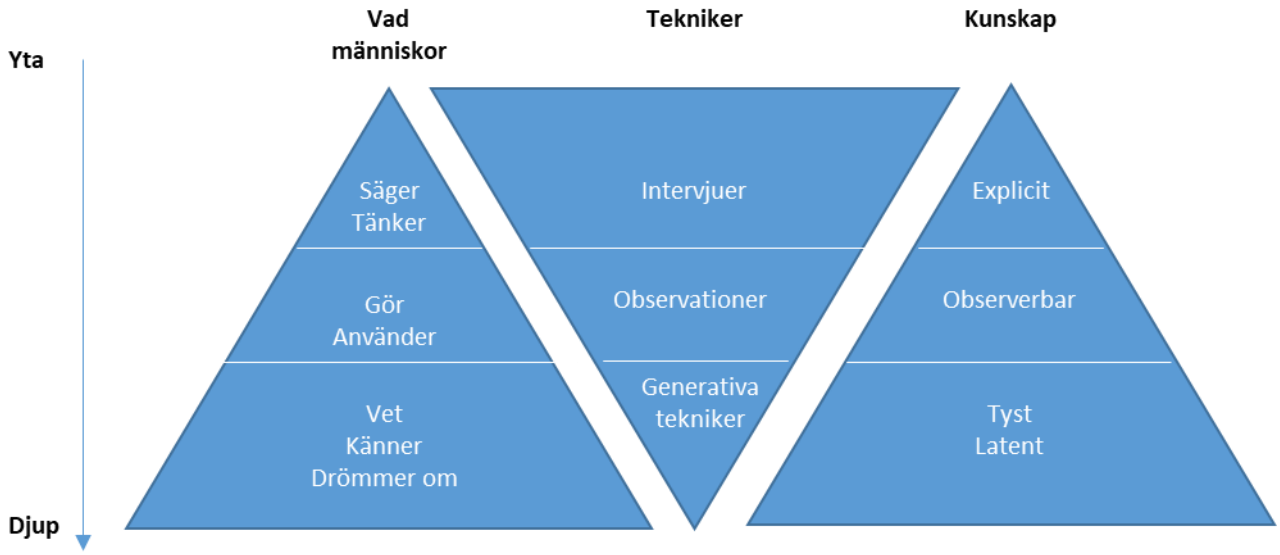
Osborne och Strokosch (2013) anser att samskapande och användarinvolvering inte är något tillägg till tjänster, utan de facto en naturlig beståndsdel. Att involvera användare är dock inget som görs i handvändning. Det kan ta åratal innan en trygg miljö etablerats i vilken användarna känner sig bekväma och trygga i att vara delaktiga i kvalitetsarbete. Ytterligare tid kan behöva passera innan faktiska resultat kan skönjas (Mockford. Staniszewska, Griffiths & Herron-Marx, 2012). Att lyssna till och hämta kraft ut användarens berättelse, synpunkter och erfarenheter, kan i sig också utgöra en drivkraft för förändring (Elg, Engström, Witell & Poksinska, 2012). Genom att involvera användaren i kvalitetsarbetet möjliggörs ett utifrån-och-in perspektiv där initiativ till förändring utgår från användarens erfarenheter och behov (Gremyr et al., 2018). Användarinvolvering i kvalitetsarbetet kan ses inom fem områden; utformning av standarder, utvärderingar, förbättringsprojekt, processdesign och inom kvalitetsutskott (Groene & Sunol, 2015). Just att det finns flertalet olika strategier och metoder för användarinvolvering kan dock göra det svårt att utvärdera effekterna (Mockford et al., 2012).

Det är av största vikt att involveringen är autentisk, och inte görs som en symbolhandling (Gremyr et al., 2018, Ocloo & Matthews, 2016). Mockford et al. (2012) betonar betydelsen av att ta hänsyn till kontexten då användare involveras och att vara tydlig med syftet. Gremyr et al. (2018) belyser vidare vikten av ett nogsamt övervägande gällande hur och när användaren involveras. Mest värdefullt verkar det vara att inkludera användaren i faser då erfarenheter fångas, genom exempelvis intervjuer eller dagböcker, eller när lösningar ska tas fram (ibid). Exempel finns där användarna inkluderats i alla faser i kvalitetsarbetet, men där ledarskapet inte varit engagerat vilket gjort att befintliga beteenden och mönster inte utmanats i tillräckligt stor utsträckning och insatserna blivit fruktlösa (Wiig et al., 2013).

Andersson och Olheden (2012) har observerat att chefer ofta anser att de involverar patienter då de inhämtar deras synpunkter och erfarenheter av vården. Gremyr et al. (2018) lyfter fram att användarinvolvering kan vara ett värdefullt bidrag i processkartläggningar eller analyser med Ishikawadiagram. Hertel et al. (2019) menar att det har varit vanligt att en till två användare involveras i aktiviteter kopplade till förbättringsarbeten men drar slutsatsen att det kan vara värdefullt att inkludera ett tiotal särskilt utvalda användare för att få en större mångfald i perspektiven.

Design är ett kunskapsområde som möjliggör involvering och stödjer utforskandet av situationer. Holmlid och Wetter-Edman (2021) beskriver design som medveten utformning. Kunskaper inom detta är betydelsefulla då användares behov behöver förstås och komplexa system ska undersökas för att utveckla verksamheten eller skapa innovationskraft (Elg, Engström & Poksinska, 2012). Erfarenheter kan synliggöras genom exempelvis artefakter, skisser och modeller vilket kan underlätta för människor att beskriva och återuppleva situationer och prototyper kan vara ett sätt att ta fram nya

idéer och lösningar (Sleeswijk Visser, Stappers, Van der Lugt & Sanders, 2005). Tjänstedesign består av olika förhållningssätt till involvering men metod och verktyg bör väljas utifrån vilken kunskap som eftersträvas (ibid), vilket illustreras av figur 2.5.



Figur 2.5. För att uppnå olika grader av insikter krävs olika angreppssätt och metoder. Fritt efter Sleeswijk Visser et al. (2005).

Många gånger är det viktigt att skapa djupare insikter än de som kan fås utifrån vad vi redan vet om en situation eller som vi människor är medvetna om. I dessa fall krävs mer generativa tekniker än intervjuer och observationer vilket visualisering och prototypande är exempel på (Sleeswijk Visser et al., 2005). De generativa teknikerna möjliggör också att användaren blir en medskapare då idéer och lösningar ska tas fram vilket bidrar till ytterligare en dimension i värdeskapandet. Synen på vilka behov som kan fångas utifrån det som sägs speglar även de uttalade och outtalade kundbehov som Kanomodellen illustrerar (Bergman & Klefsjö, 2020).

Pandhi et al. (2020) identifierar ett antal hinder för att lyckas med användarinvolvering i kvalitetsarbete inom primärvård. Hindren kan kategoriseras in på systemnivå och på klinik-/teamnivå (ibid). Exempel på systemnivå är snabba förändringar som omorganisationer eller byte av chef, diskrepans i värderingar, oklara prioriteringar och kommunikationsbrister i en hierarkisk organisation. Till exempel då verksamhetsutvecklare saknar mandat för beslut eller då de beslut som tas högre upp i ledningen inte förankras hos professionen. På klinik-teamnivå kan hindren utgöras av frekventa personalombyten, bristande erfarenheter av att driva förbättringsarbete, avsaknad av incitament för användarinvolvering, uppfattningar om att kvalitetsarbete är ”skrivbordsgöra” och inte gör någon nytta för de på golvet. Vidare verkar tidsbrist och hög arbetsbörda i primärvården utgöra en stor utmaning. Även oklara förväntningar samt förvirring gällande vad användarinvolvering egentligen är kan påverka negativt. Betänkligheter kan också finnas gällande om den hårt ansatta vårdpersonalen mäktar med användarinvolvering och strategiska beslut prioriterar ofta andra typer av angreppssätt för förbättringsarbeten (ibid).

Spänningar och målkonflikter kan också uppstå mellan vad professionen och användarna anser är värdefullt och prioriterat (Bergerum et al., 2019). Till viss del kan användarna själva utgöra ett hinder, i vissa fall kan intresse eller förmågor saknas för att kunna delta (Pandhi et al., 2020).

Det är angeläget att tydliggöra vad användarinvolvering innebär och öka kunskaperna om verktyg för kvalitetsutveckling för att professionen ska kunna förstå varför användarinvolvering är viktigt och hur det kan göras (Pandhi et al., 2020; Wiig et al., 2013). Utifrån att hälso- och sjukvården bäst förstås som ett komplext system ställs också krav på att insatserna för att involvera användare anpassas utifrån den specifika frågan och problemets komplexitetsgrad – är det enkelt, komplicerat eller komplext? (Wiig et al., 2013).

2.5 I komplexa system är 1+1=3

"It is because we cannot describe the whole without describing each part, and because each part must be described in relation to other parts, that complex systems are difficult to understand" (Bar-Yam, 1997, s.1).

Komplexa adaptiva system (CAS) karaktäriseras av att de består av fristående agenter som utbyter information och är ömsesidigt beroende av varandra, något som gör att de tillsammans skapar nya beteenden i systemet som helhet (Horvat & Filipovic, 2017). Van Beurden, Kia, Zask, Dietrich och Rose (2011) beskriver att i CAS så skiljer sig systemets beteenden fundamentalt från de individuella agenternas. Således kan inte systemets uppförande förutsägas av de ingående individernas beteenden. Ständigt agerar och reagerar agenterna på varandra och varje beslut individen tar i varje uppkommande situation kommer påverka hur systemet fungerar. En förändring i en del av systemet kommer ofrånkomligt att påverka andra delar (ibid).

Förutom de fristående agenterna och deras samspel beskriver Palmberg (2009) ytterligare några karaktärsdrag för CAS, se figur 2.6.

- Icke linjära.
- Ej förutsägbara i detalj.
- Adaptiva, lär sig av sina egna erfarenheter och anpassar sig till nya situationer.
- Självorganiserande, på så sätt skapas ordning i en "levande organism".
- Emergenta, helheten är större än summan av delarna.
- Har decentraliserad kontroll, alla agenter har inflytande genom sitt agerande.

Figur 2.6. Karaktärsdrag för komplexa adaptiva system (Palmberg, 2009).

I ett komplext system finns problem och utmaningar av olika karaktär. Problem kan vara enkla, komplicerade och komplexa och bör således angripas och lösas på olika sätt (Glouberman & Zimmerman, 2004). Att lösa ett enkelt problem kan jämföras med att följa ett recept. Receptet kan standardiseras, ungefär samma utfall kommer ses varje gång och det kräver ingen större expertis. Komplicerade problem kan liknas med att skicka en raket till månen. En raket ser ungefär likadan ut som en annan, rutiner och riktlinjer krävs och lyckas ett försök ökar sannolikheten för att lyckas med nästa.

Komplexa problem däremot kan snarare jämföras med att uppfostra ett barn. Riktlinjer har begränsad inverkan, att uppfostra ett barn ger erfarenheter men inga garantier för att lyckas med nästa, utfallet är osäkert och expertis kan vara hjälpsamt men är varken nödvändigt eller tillräckligt för att lyckas (ibid).

Hälso- och sjukvården som organisation beskrivs ofta som komplex och kunskapsintensiv (Alvesson & Svenningsson, 2019). Att lyckas med implementering, förbättringar och att sprida goda exempel är en utmaning i hälso-och sjukvården, vilket delvis kan förklaras av att vården är ett komplext system. Genom att beakta komplexiteten och lägga möda vid det lokala meningsskapandet kan förutsättningarna öka för att kunna införa framgångsrika förbättringsarbeten på bredden (Lanham, Leykum, Taylor, McCannon, Lindberg & Lester, 2013). Då organisationen betraktas som en maskin ses förändring ofta som en linjär och förutsägbar process vilken kan initieras och kontrolleras av en utsedd chefsposition (Rowe & Hogarth, 2005). Planer kan tas fram och om de bara följs så kommer önskat resultat att uppnås, detta synsätt är dock problematiskt. I synnerhet i hälso- och sjukvården (ibid). Marion och Uhl-Bien (2001) drar det så långt som att säga att linjära modeller borde förbjudas om hälso- och sjukvården ska lyckas med förbättringar. Att använda metoder baserade på rationella och mekaniska grunder är direkt olämpligt i ett komplext system (Nilsson, 2007). Glouberman och Zimmerman (2004) påpekar att det är vanligt i hälso- och sjukvården att komplexa problem beskrivs och angrips som om det vore ett enkelt eller komplicerat problem och allt för hög tilltro sätts till planering, vilket oftast inte är framgångsrikt.

Komplexitetstänkande kan bidra till att lyckas med kvalitetsarbetet (Horvat & Filipovic, 2017; Lanham et al., 2013). Att röra sig bort från maskinmetaforerna och tron på förbättringar som en linjär process, och istället omfamna osäkerheten kan vara en framgångsfaktor (Rowe & Hogarth, 2005). Leykum, Lanham. Pugh, Parchman, Anderson, Crabtree, Nutting, Miller, Stange och Mcdaniel (2014) pekar på att osäkerheten kan variera och manifesteras på olika sätt i hälso- och sjukvården, något som gör att strategier och angreppssätt behöver anpassas utifrån komplexitetsgrad och kontextuella faktorer. Nilsson (2007) lyfter fram begreppen ”efficiency”, att göra saker rätt och ”effectivness”, att göra rätt saker. Som tidigare beskrivet har dominerande fokus i hälso- och sjukvården varit att göra saker rätt med syfte att uppnå besparingar eller effektiviseringar (Vespestad & Clancy, 2019). Nilsson (2007) menar dock att med en ökande komplexitet så ökar också behovet av att göra rätt saker, vilket är det som kommer att bidra till värdehöjande effekter. Kundfokusering blir därför helt nödvändigt då det är patienternas perspektiv som avgör vad som är rätt saker (ibid).

2.5.1 Ledarskap i komplexa system

Sett genom komplexitetsteorins ögon kräver CAS ett ledarskap som rör sig från att vara en expertfunktion som besvarar frågor och står för en detaljerad styrning till att skapa förutsättningar för medarbetarna att själva skapa struktur och innovation (Marion & Uhl-Bien, 2001). I CAS kan ledaren beskrivas som systemsättare, en roll som alltid finns så till vida organisationsstrukturen inte är helt platt (Palmberg, 2009). Systemsättaren har tre uppgifter; sätta visioner och enkla regler, skapa och underhålla uppföljnings- och feedbacksystem samt skapa attraktorer istället för att hantera motstånd (ibid). Genom att låta ledarskapet fokusera på värderingar och visioner istället för regler och riktlinjer

har exempelvis ett svenskt företag lyckas vinna Utmärkelsen Svensk Kvalitet två gånger (Palmberg & Garvare, 2006).

2.6 Varulogik kontra tjänstelogik

Varulogiken har sitt ursprung i industrialismen och bygger på en syn att varor kan standardiseras och produceras i kundens frånvaro (Joiner & Lusch, 2016). Osborne et al. (2013) anser att offentlig sektor i stort fokuserar för mycket på interna processer och att det är problematiskt att ledning och styrning utgår från principer hämtade från tillverkningsindustrin, något som kan sammanlänkas med NPM som länge dominerat. Varulogiken har alltså applicerats även utanför tillverkningsindustrin, då den ena parten ses som producenten av något som den andra parten passivt mottar (ibid). En väsentlig skillnad mellan varor och tjänster är dock att tjänster produceras och levereras samtidigt och kräver en relation mellan producenten och mottagaren (Osborne & Strokosch, 2013).

I hälso- och sjukvården tar varulogiken sig uttryck genom att vården blir allt mer specialiserad och fragmenterad. Fokus läggs vid produktivitet, dokumentation och rapportering i syfte att uppnå en effektivare hälso- och sjukvård (Vespestad & Clancy, 2018). Att förbättra mätinstrument och rapporteringsverktyg kommer dock inte generera en förbättrad vård, snarare kommer det enbart att resultera i mer administration för vårdpersonalen (ibid). Möjligen kan varulogiken leda till högre inre effektivitet, det vill säga att göra saker rätt. Däremot kommer den sannolikt inte leda till högre yttre effektivitet, att göra rätt saker (Osborne et al., 2013).

Vidare utgår i stor utsträckning terminologi och förhållningssätt från att vård är något som produceras för patienten (Joiner & Lusch, 2016). Vokabulären utgår från substantiv så som vårdplatser, medicinteknik, sjuksköterskor, läkare och journalsystem. Axelrod och Cohen (2000) menar att metaforer så som maskiner och hierarkier är lättare att förstå och använda än ”mjukare” och mer evolutionära metaforer vilket gör att människor ofta är mer bekväma att tänka i mekaniska termer. Joiner och Lusch (2016) menar att vokabulären istället borde utgå från verb så som läka, omvårda, återhämta och monitorera. Vokabulär och tankesätt påverkar i stor utsträckning hur människor agerar och får därmed konsekvenser för kvalitetsarbetet. Vi formas och begränsas av våra mentala tankemodeller och språkbruk (Axelrod & Cohen, 2000; Batalden et al., 2016; Joiner & Lusch, 2016; van Kemenade & Hardjono, 2019).

Sammantaget leder detta till ett ojämnt maktförhållande mellan vårdgivaren och patienten, där vårdgivaren är den som genererar värde genom sin erfarenhet och kompetens (Joiner & Lusch, 2016). Patienten å andra sidan betraktas som okunnig och som en passiv konsument. Varulogiken är så djupt rotad i vårdens tankesätt att den influerar även transformationen av densamma och utgör på så sätt en bias. Trots satsningar som patientcentrerad eller användardriven vård verkar synsättet kvarstå att vård är något som patienterna förses med (ibid). Exempelvis är det så lite som en tredjedel av vårdgivare som uttryckligen arbetar med patientcentrerad vård som involverar patienterna i utvecklingsarbetet (Han et al., 2013). Batalden et al (2016) menar att synsättet behöver förändras men att ett hinder är den resistens som tycks

finnas inom hälso- och sjukvården. Professionen faller lätt in i ett inifrån-och-ut perspektiv, vilket också är en följd av ökande krav på produktivitet.

Initiativ för att utveckla tjänster med ”varulogiksglasögonen” på innebär ofta att kvantifierbara mått efterfrågas för uppföljning (Batalden et al., 2016). Värde ur patientens perspektiv kan dock ha betydligt fler dimensioner än medicinska behandlingar eller ett läkarbesök (Joiner & Lusch, 2016). Istället kan det primära handla om att få möjlighet att leka med sitt barnbarn eller kunna utföra en idrott. Värde är inte heller alltid vad som levereras, utan kan även bestå i ett ”undvikande” Som till exempel att slippa köra långa avstånd för regelbundna uppföljningar eller att inte behöva komma ihåg att ta sin medicin (Joiner & Lusch, 2016).

Tjänstelogiken å andra sidan beskrivs som *”a logic of togetherness”* (Joiner & Lusch, 2016, s. 26) och betonar betydelsen av ömsesidig tillit och respekt för att kunna etablera ett partnerskap på lika villkor, vilket är centralt för att kunna skapa värde tillsammans. Tjänstelogikens ansats är att värde definieras av och skapas tillsammans med användaren. Till skillnad från produkter så går tjänster inte att ta på, de är svåra att standardisera, kan inte sparas och produktionen är inte möjlig att separera från själva konsumtionen (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985). Kunden måste ses som medskapare snarare än en måltavla (Vargo & Lusch, 2004). Vespestad och Clancy (2018) menar att tjänstelogiken kan utgöra ett teoretiskt ramverk som kan bidra till att utmana varulogiken och medföljande synsätt. Kunskaper om tjänstelogik kan få positiva effekter för hur tjänster i hälso- och sjukvården utformas och i synnerhet för att skapa en mer integrerad primärvård (ibid).

Joiner och Lusch (2016) belyser att om tjänstelogiken som tankesätt verkligen får fäste i ledaren kommer det få avgörande betydelse för attityder, beslutsfattande och agerande. Ett skifte från varulogik till tjänstelogik kan skönjas genom svängningar i terminologi. Varulogiken kan speglas av begrepp som individanpassad vård och patientnöjdhet medan tjänstelogiken uttrycker sig i termer som värdeerbjudande och uppskattat patientvärde (Joiner & Lusch, 2016). Kritiska röster har höjts även mot tjänstelogiken. Grönroos och Gummerus (2014) menar exempelvis att tjänstelogiken beskrivs i allt för vaga metaforer och att tydliga definitioner saknas. Några skillnader i syn- och förhållningssätt mellan varulogik och tjänstelogik sammanfattas i figur 2.4.

Varulogik	Tjänstelogik
Individen som passiv mottagare.	Individen som medskapande resurs.
Göra ”för”.	Göra ”med”.
Verksamheten i fokus	Värdeskapande i fokus
Göra saker rätt	Göra rätt saker

Figur 2.7. Författarens sammanställning av centrala skillnader i syn- och förhållningssätt inom varu- respektive servicelogik.

3. Metodbeskrivning

Avsnittet inleds med en redovisning av vetenskaplig positionering och följs av en beskrivning av studiens genomförande. Där återfinns också en diskussion om författarens förförståelse. Därpå beskrivs studiens objektivitet, tillförlitlighet och äkthet. Metodavsnittet avslutas med etiska överväganden.

3.1 Vetenskaplig positionering

Författaren förlitar sig i denna studie i stor utsträckning på respondenternas syn på det studerade fenomenet och använder sig av öppna frågor för att skapa en subjektiv innebörd, vilket går i linje med Creswell och Creswells (2018) beskrivning av det konstruktivistiska paradigmet. Då en individ bedriver vetenskaplig forskning är syftet att ställa frågor och söka förståelse något som gör att forskaren ställs inför olika vägval (Lowndes, Marsh & Stoker, 2018). Creswell och Creswell (2018) menar att forskaren inledningsvis behöver klarlägga vilken världsbild och vilka filosofiska antaganden som studien tar sin utgångspunkt i, vilket bör ligga till grund för beslut om vilken forskningsdesign som lämpar sig kopplat till världsbilden, och därefter vilka metoder som förverkligar forskningsdesignen. *"A basic set of beliefs that guide action"* (2018, s. 5) kan sammanfatta Creswell & Creswells syn på hur de filosofiska antagandena styr forskarens agerande. Då en filosofisk världsbild är fastställd kommer metodvalet naturligt (Moses & Knutsen, 2019). Creswell och Creswell (2018) belyser vanligt förekommande paradigm där det konstruktivistiska perspektivet utgör en grundsyn för kvalitativ forskning.

Då föreliggande studie har för avsikt att undersöka hur människan uppfattar och tolkar omvärlden, som således förstås som en social konstruktion, kan angreppssättet anses vara kvalitativt (Backman, 2016). Creswell och Creswell (2018) menar att världsbild, forskningsdesign och metod sammantaget bidrar till en forskningsansats som tenderar att vara kvantitativ, kvalitativ eller mixad metod. Då ett fenomen avses undersökas, utforskas och förstås är en kvalitativ ansats lämplig (ibid). Det kvalitativa perspektivet ser individen som en del av en subjektiv omvärld (Backman, 2016).

3.1.2 Fenomenologi

I den här studien ämnar författaren att studera några personers upplevelser och erfarenheter av ett fenomen genom intervjuer något Giorgi (2009) och Moustakas (1994) menar är vanligt förekommande inom fenomenologin, refererade i Creswell och Creswell (2018). Då en studie syftar till att förstå individers egna eller delade uppfattningar om ett koncept eller fenomen för att kunna utveckla arbetssätt eller skapa en djupare förståelse av dess kännetecken lämpar sig en fenomenologisk ansats (Creswell, 2013). Fenomenologiska undersökningar syftar till att undersöka en eller flera individers livsvärldar (Creswell & Creswell, 2018).

3.1.3 Induktion

Ansatsen i den här studien är induktiv, vilket är vanligt i kvalitativa studier (Henricson, 2017). Författaren har explorativt undersökt insamlad empiri utifrån syfte och

frågeställningar snarare än att utgå från en förutbestämd hypotes, något även Bryman (2011) menar speglar en induktiv ansats. Creswell och Creswell (2018) presenterar tre olika ansatser som präglar hur en studie läggs upp och analyseras: deduktiv ansats, induktiv ansats och abduktiv ansats. Vid ett induktivt förhållningssätt utgår forskaren från ett fenomen och deltagarnas upplevelse av detta, där resultatet kan vara teoriskapande eller ställas mot en teori i examensarbetets diskussion (ibid).

3.2 Så genomfördes studien

Att lösa problem genom att bidra med en ökad förståelse för verkligheten är själva syftet med forskning (Henricson, 2017). Problem och syfte utgör den så kallade röda tråden och hela forskningsprocessen vilar på denna (ibid). Arbetsprocessen inleddes därmed med att ringa in ämnesinriktning och formulera syfte och forskningsfrågor. Utifrån en litteratursökning kunde ett gap identifieras vilket påvisade ett behov av kunskapsutveckling vad gäller användarinvolvering för att skapa en stärkt organisatorisk förmåga för offensiv kvalitetsutveckling.

Nästa steg blev att formulera en teoretisk referensram för att författaren skulle få en större förståelse för ämnet och möjliggöra att syfte och frågeställningar kunde sättas i ett sammanhang i förhållande till tidigare forskning (Backman, 2016). Därefter kunde en intervjuguide utformas och empiri samlas in genom intervjuer. Precis som Backman (2016) beskriver så har analysarbetet till viss del skett parallellt med datainsamlingen men i huvudsak har den genomförts efter datainsamlingen, med stöd av Creswells (2003) fenomenologiska analysmetod. Då resultatet sammanställts och analyserats kunde slutsatser dras vilka låg till grund för diskussion där författaren i enlighet med Backman (2016) hade för avsikt att knyta ihop problem, metod och resultat. Diskussionen syftade även till att reflektera kring styrkor och svagheter i vald ansats, beskriva resultatens överförbarhet och ge förslag på vidare forskning (Creswell & Creswell, 2018). Henricson (2017) förstärker att forskningsprocessen inte är statisk utan dynamisk. De olika delarna i forskningsprocessen har delvis justerats under arbetets gång och författaren har inspirerats av PDSA-hjulet (Bergman & Klefsjö, 2020).

3.2.1 Litteraturstudie

För att bygga en teoretisk referensram och belysa vad som tidigare är känt inom området så inleddes föreliggande arbete med en litteratursökning. Informationssökningen utfördes genom att söka efter relevant litteratur och artiklar där centrala områden för kunskapsinhämtningen har varit kvalitet, offensiv kvalitetsutveckling, användarinvolvering, komplexa system och varu- samt tjänstelogik. Creswell (2013) menar att kunskapsinhämtningen är ett viktigt steg i varje studie för att klarlägga vad som redan tidigare är känt och identifiera eventuella kunskapsluckor. Den teoretiska referensramen utgör på så sätt en ”teoretisk lins” ur vilken forskningsprojektet kan ta ett tranformativt perspektiv, forma de frågor som ställs och samla in och analysera data (Creswell & Creswell, 2018). Då flertalet publikationer är skrivna på engelska valdes huvudsakligen engelska sökord. En ”snöbollsmetod” har tillämpats genom att granska de referenser som relevanta artiklar hänvisat till. På så sätt har författaren kunnat fördjupa sig ytterligare i ämnet.

3.2.2 Databaser

Sökningar har skett i databaserna Primo och PubMed.

3.2.3 Sökord och sökkriterier

Centrala sökord som användes i kombinationer var *"healthcare ", "primary care", "patient participation", "user participation", "user involvment", "codesign","quality improvement", "complexity theory" och "service-dominant logic".*

Sökkriterier som användes var att träffarna skulle vara vetenskapliga och granskade artiklar samt finnas tillgängliga i fulltext.

3.2.3 Den valda organisationen

Sedan år 2010 har samtliga landsting och regioner infört Lagen om valfrihetssystem (LOV) i primärvården, vilket innebär att ersättning till utförare av primärvård ska följa den enskildes val av utförare (SOU, 2018). Region Dalarnas valfrihetssystem benämns Hälsoval Dalarna (Region Dalarna, 2020). I Dalarna har under år 2020 totalt 28 vårdcentraler varit godkända enligt Avtal Hälsoval för att bedriva primärvård. Av dessa bedrivs 23 stycken vårdcentraler i offentlig regi och ingår i Division Primärvård. Vårdcentralerna finns belägna från Särna i norr till Avesta i söder. Som exempel ingår även en digital vårdcentral i divisionen (ibid).

3.2.4 Urval

Författaren valde utifrån studiens syfte slumpmässigt ut tretton stycken verksamhetschefer, verksamma i Division Primärvård i Region Dalarna, som tillfrågades om att delta. Antalet underställda medarbetare varierade mellan 25-100 stycken. Totalt valde nio stycken verksamhetschefer att delta i föreliggande studie, sex kvinnor och tre män. Samtliga med mer än fem års erfarenhet som chef och åtta stycken var chef över andra chefer. Fyra av cheferna angav att de tidigare arbetat i privat sektor, varav en i helt annan bransch.

En möjlig orsak till att fyra av de tillfrågade inte valde att svara på förfrågan om deltagande kan vara att det ofta är ett högt inflöde av mail till cheferna och författarens utskick inte sågs som prioriterat att hantera. Under Covid -19 pandemin har verksamhetscheferna i primärvården haft en oerhört tung arbetsbelastning vilket kan ha bidragit till att det inte fanns tid för att delta. Det är också möjligt att studien inte verkade tillräckligt intressant. Bryman (2011) menar att då respondenterna valts utifrån att de finns tillgängliga för forskaren så har ett bekvämlighetsurval använts.

Jämfört med kvantitativa studier ingår ofta färre respondenter i en kvalitativ studie. Det primära är att få en variation bland respondenterna och på så vis få rikare och mer mångfacetterade beskrivningar av fenomenet (Henricson, 2017). Om forskaren strävar efter en heterogen grupp för att kunna samla in ett underlag som besvarar forskningsfrågan kan ett strategiskt urval vara lämpligt (ibid).

3.2.5 Datainsamling

För att besvara syfte och frågeställningar valde författaren intervjuer som metod för datainsamling. I en kvalitativ studie härrör i regel fynden från intervjuer med öppna frågor, observationer eller skrivna dokument (Patton, 2002). Även Henricson (2017)

menar att då forskaren söker förstå ett fenomen eller situationer eller en situation är intervju lämplig som datainsamlingsmetod. Författaren tog fram en intervjuguide med öppna frågor, vilken användes som stöd vid intervjuerna. Se bilaga A. Henricson (2017) bekräftar nyttan av öppna frågor och menar att allt för detaljerade frågor kan påverka interaktionen i intervjun, då den som intervjuar kan bli allt för styrd av sin intervjuguide. En semistrukturerad intervju vilar på öppna frågor som visserligen finns i en struktur, men som inte behöver tas i en förutbestämd ordning (ibid). Utöver frågeställningarna i intervjuguiden ombads respondenterna även besvara bakgrundsfrågor om deras nuvarande roll samt den verksamhet de ansvarar för. Med bakgrund av att en tydlig definition saknas av begreppet användarinvolvering (Crawford et al., 2002; Gustavsson, 2016) valde författaren att använda ett ordmoln som reflektionsstöd, se bilaga A.

Inför intervjuerna beskrevs syftet med studien och att författaren hade för avsikt att undersöka ett fenomen snarare än att söka en sanning. Även information om formalia gavs, så som att deltagande var frivilligt. Se bilaga B. För att inte påverka respondenternas svar inför intervjun gavs ingen ytterligare information eller definition av begrepp.

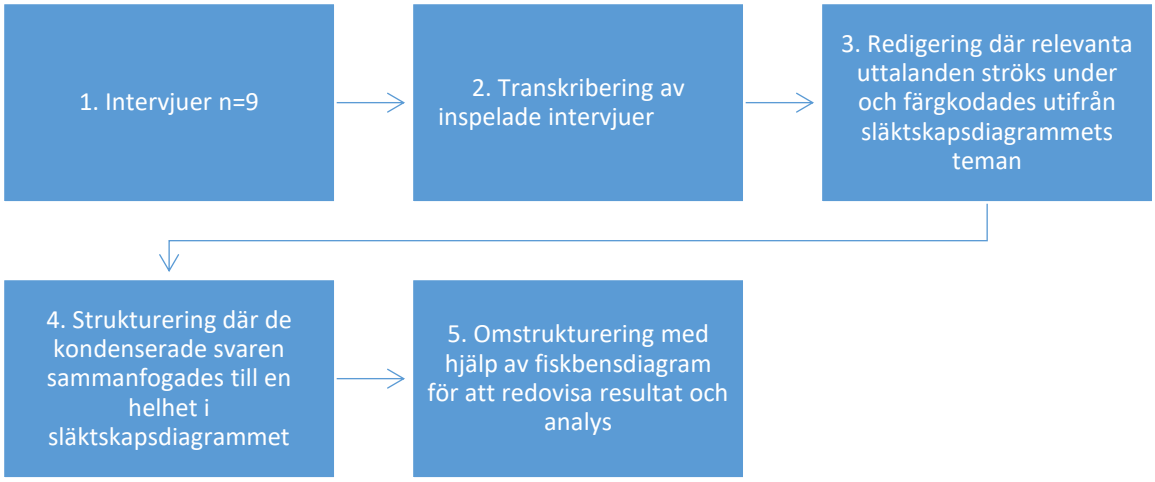
Totalt genomfördes nio stycken intervjuer över Skype då det på grund av Covid-19 pandemin ej var lämpligt att mötas fysiskt. Varje intervju tog ca 30-40 minuter i anspråk, varav ca 5 minuter utgjordes av introduktion och bakgrundsfrågor. Vid samtliga intervjuer spelades ljudet in för att författaren sedan skulle kunna transkribera intervjuerna, något som samtliga intervjuade accepterade.

3.2.6 Analysmetod

Creswell (2013) beskriver att då fenomenologisk dataanalys utförs så går forskaren igenom insamlad data, intervjutranskriberingar och stryker under relevanta uttalanden, meningar eller citat som kan bidra till en förståelse för hur respondenten upplever fenomenet. Moustakas (1994) refererad i Creswell (2013) benämner detta för ”horizonalization”. Nästa steg är sedan att skapa meningsbärande enheter eller kluster vilka kan bilda teman. Utifrån detta kan det som verkligen anses vara centralt struktureras ihop till en helhet där mönster kan skönjas som utgör studiens resultat (ibid). Intervjuerna genererade en ansenlig mängd transkriberad text. Som stöd för att hantera informationen använde författaren ett släktskapsdiagram. Klefsjö (1999) skriver att släktskapsdiagrammet är ett utav de sju ledningsverktygen som togs fram för att underlätta hantering av verbal information genom att samla in information och sortera in i naturliga grupperingar. Föreliggande studie syftade till att bidra med kunskapsutveckling gällande användarinvolvering för att skapa en ökad organisatorisk förmåga för offensiv kvalitetsutveckling. För att besvara syfte och frågeställningar valde författaren därför att nyttja offensiv kvalitetsutveckling, betraktat som ett ledningssystem (Bergman & Klefsjö, 2020), som ett ramverk för analysen. Således utgjorde *värderingar*, *arbetssätt* och *verktyg* släktskapsdiagrammets teman, där värderingarna anses vara samma som i Hörnstensmodellen (ibid). De uttalanden och citat som inte ansågs passa in under dessa teman sorterades in under en egen kolumn, som sedermera kom att delas upp på två olika teman; politisk styrning och hälso- och sjukvårdslagen.

Figur 3.1. Exempel på hur relevanta uttalanden kopplades till släktskapsdiagrammets teman.

För att slutligen sammanfatta intervjuresultatet och släktskapsdiagrammet, som utgjorde ett omfattande material, så omstrukturerades datan i ett fiskbensdiagram, se figur 4.1, för att på ett komprimerat sätt visualisera centrala delar under respektive tema. Fiskbensdiagrammet omnämns av Klefsjö (1999) som ett utav de sju förbättringsverktygen vilka främst är avsedda för att analysera numerisk information. Författaren anser dock att fiskbensdiagrammet lämpade sig väl för att strukturera upp svaren från släktskapsdiagrammet. Hantering av data och analys har i studien genomförts genom följande steg:



Figur 3.2. Hantering av data och analys. Fritt efter Creswell (2013).

3.6 Objektivitet

Då en kvalitativ metod valts är det lämpligt att forskaren reflekterar över hur dennes bakgrund kan påverka studien (Creswell & Creswell, 2018). Det finns alltid en risk att faktorer som författarens bakgrund, förförståelse och egna roll i studien påverkar datainsamling samt tolkning av resultat. I synnerhet kan detta få betydelse då ett kvalitativt angreppssätt tillämpas och forskaren är involverad i exempelvis intervjuer. Utifrån denna bakgrund är det således betydelsefullt att forskaren vid inledandet av studien reflekterar över sin objektivitet för att stärka studiens trovärdighet (ibid).

Författaren arbetar som verksamhetsutvecklare inom den organisationen där de intervjuade verksamhetscheferna arbetar, något som givetvis kan problematiseras utifrån objektiviteten. Författaren har dock i så stor utsträckning som möjligt försökt att bibehålla en god vetenskaplig grund genom att förankra och motivera val i genomförandet i litteraturen. Henricson (2017) belyser att forskaren också bör reflektera över dennes roll i intervjusituationen. Författaren intog en inlyssnande roll, använde sig av öppna frågor och lät respondenten att tala fritt för att minimera författarens inverkan i intervjusituationen. Vidare har författaren inte diskuterat studien med verksamhetscheferna i divisionen innan empirin samlats in.

3.6.1 Författarens förförståelse

Författaren har arbetat i regionen sedan 2011 och har bland annat arbetat som utvecklingsledare på Utvecklingsavdelningen vilken ansvarat för stöd till verksamheterna i införandet av en personcentrerad vård. Sedan ett halvår tillbaka arbetar författaren som verksamhetsutvecklare i den division där de intervjuade verksamhetscheferna är verksamma. Vidare har författaren arbetat kliniskt inom slutenvården som sjuksköterska. Således har författaren kännedom om och en förförståelse för verksamheterna samt en arbetsmässig relation till respondenterna. Som en person med en kronisk sjukdom har författaren även erfarenheter av att själv vara patient och på så sätt mött hälso- och sjukvården även i den rollen. Sammantaget kan författarens utbildningsbakgrund samt förförståelse påverkat hur författaren uppfattat och tolkat olika perspektiv även om en hög objektivitet eftersträvats.

3.7 Tillförlitlighet och äkthet

Patton (2002) problematiserar användandet av begreppen reliabilitet och validitet då en kvalitativ metod tillämpas. Även Bryman (2011) menar att dessa värderingskriterier lämpar sig bäst för kvantitativa undersökningar och föreslår istället begreppen tillförlitlighet och äkthet som bedömningsgrund av en kvalitativ undersökning. Tillförlitlighet menar Bryman (2011) består av fyra kriterier; *trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet* och *möjligheten att styrka och konfirmera*. Trovärdighet kan beskrivas som att den sociala verklighet som forskaren uppfattar accepteras i andra ögon. Henricson (2017) menar att trovärdighet i datainsamlingen vid en fenomenologisk inställning innebär att respondenten tillåtits komma till tals och få utrymme för sin berättelse. Respondentvalidering kan bidra till en ökad trovärdighet, genom att forskaren förvissar sig om att respondenternas verklighet uppfattats på rätt sätt (Bryman, 2011).

Under intervjuerna förhöll sig författaren passiv och lät respondenten att med egna ord svara på de öppna frågorna. I de fall författaren kände sig osäker eller där svaren kunde tolkas på olika sätt sammanfattade författaren det som sagts och bad respondenten bekräfta att det var rätt uppfattat. Ljudinspelningen från intervjuerna transkriberades ordagrant. Överförbarhet handlar om bedömningen av om resultaten är överförbara till andra individer, grupper eller en annan kontext (Bryman, 2011). I den teoretiska referensramen blir det tydligt att fenomen så som användarinvolvering och synen på densamma är kontextberoende. I det sammanhanget torde alltså resultatets överförbarhet vara begränsad.

Om forskningsprocessen är väl beskriven kan kriteriet pålitlighet anses vara uppfyllt (Bryman, 2011). Det sista kriteriet, möjligheten att styrka och konfirmera, innebär att forskaren agerat i god tro och inte försökt påverka undersökningens utfall (ibid). Författaren har eftersträvat att vara transparent och har försökt dokumentera och beskriva forskningsprocessen sanningsenligt i metoddelen. Inte under några omständigheter har författaren försökt förvanska resultatet.

Äkthet menar Bryman (2011) kan delas in i ett antal kriterier. Undersökningen bör ge en *rättvis bild* av det som studerats. Om studien också bidrar till att respondenterna bättre förstår sin egen situation, men även hur andra uppfattar kontexten, samt underlättar för respondenterna att ändra sin situation och vidta åtgärder för förändring så har en *ontologisk, pedagogisk, katalytisk och taktisk autencitet* uppnåtts (ibid). Kriterierna för äkthet har beaktats av författaren för att försöka möjliggöra att dessa kvalitetskriterier uppnås.

3.8 Etiska överväganden

Bryman (2011) betonar vikten av att vara förtrogen med de etiska riktlinjer som det egna lärosätet förespråkar. Enligt Mittuniversitet (2021) bedöms inte studentarbeten på avancerad nivå vara forskning så till vida de inte syftar till vetenskaplig publicering. Således krävdes inget godkännande i regional etikprövningsnämnd för denna studie men en god forskningsetik har ändock tillämpats. Svensk forskning ska vila på fyra forskningsetiska principer vilka är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Bryman, 2011). Respondenterna bör känna till studiens syfte och att deltagande är frivilligt. De bör också ha kännedom om att de när som helst och utan orsak kan välja att avbryta samarbetet. Samtyckeskravet innebär att respondenterna själv avgör om de vill delta eller ej (ibid). Samtliga respondenter informerades om syftet med undersökningen samt att deltagande var frivilligt. Information gavs också om att de när som helst under studiens gång kunde välja att avbryta sitt deltagande. Konfidentialitetskravet handlar om att personuppgifter hanteras så att obehöriga inte kan få tillgång till dem samt att deltagarna ska behandlas konfidentiellt (Bryman, 2011).

Uppgifter om respondenterna samt intervjumaterialet har endast varit tillgängligt för författaren och det transkriberade materialet som delats med handledaren har varit avidentifierat. I några fall har därför vissa delar av de intervjuades utsagor modifierats, exempelvis har namn på personer eller verksamheter editerats bort. Detta utfördes med så stor försiktighet som möjligt för att inte på något sätt förändra innebörden i utsagan.

Creswell och Creswell (2018) förstärker betydelsen av att deltagarnas anonymitet bevaras. Samtliga uppgifter som inhämtats har endast använts för studiens syfte, vilket gör att även nyttjandekravet kan anses vara uppfyllt (Bryman, 2011).

4. Resultat och analys

I följande kapitel presenteras resultat från studiens intervjuer, n=9. I linje med den fenomenologiska ansatsen vävs resultat och analys ihop i ett avsnitt. Resultatet är redovisat och analyserat utifrån den offensiva kvalitetsutvecklingens tre delar; värderingar, arbetssätt och verktyg. Värderingar är beskrivna utifrån Hörnstensmodellen. Hälso- och sjukvårdslagen samt den politiska styrningen lyfts fram som särskilda påverkansfaktorer och avslutar kapitlet.

4.1 Sammanställning av intervjuresultat

Intervjuerna syftade till att besvara studiens syfte och forskningsfrågor. Då författaren genom studien ämnar beskriva några personers upplevelser och erfarenheter av ett fenomen är det angeläget att läsaren får en levande bild av vad som framkom i intervjuerna. Av denna anledning har författaren valt att redovisa en sammanställning av utsagorna samt ett antal citat. Chefernas berättelser om användarinvolvering speglar värderingar, arbetssätt och verktyg som tillsammans utgör offensiv kvalitetsutveckling sett som ett ledningssystem (Bergman & Klefsjö, 2020). Värderingarna kopplar an till de värderingar som beskrivs i Hörnstensmodellen; utveckla ett engagerat ledarskap, sätt kunden i centrum, basera beslut på fakta, arbeta ständigt med förbättringar samt arbeta med processer (ibid). Med bakgrund av detta så utgör dessa begrepp rubrikerna i resultat- och analysredovisningen. Fiskbensdiagrammet i figur 4.1 åskådliggör en sammanfattande bild av meningsbärande enheter som framkommit i intervjuerna.

Figur 4.1. Författarens sammanställning av intervjuresultatet utifrån offensiv kvalitetsutvecklings tre delar. Värderingarna utgår från Hörnstensmodellens värderingar som dock ej särredovisas i denna figur. HSL och den politiska styrningen lyftes fram som särskilda påverkansfaktorer. Främjande faktorer ses i grön text och hämmande faktorer i röd.

4.2 Värderingar

4.2.1 Engagerat ledarskap

Utifrån att ha sett ordmolnet, se bilaga A, beskriver fyra av cheferna att ett ord som saknas är ledarskap. För att lyckas med användarinvolvering krävs ett ledarskap som visar vägen och att ledaren lever som man lär. Det poängteras att ledaren behöver vara tydlig med att användarinvolvering är viktigt. En chef reflekterar till och med kring om det borde vara ett påbud eller krav från högre ort att involvera användare i förbättringsarbeten.

En förändringströtthet beskrivs i organisationen, vilken kan härledas till att ledaren inte alltid mäktat med att hålla i och hålla ut, vilket gör att användarinvolvering riskerar att förefalla som en nymodighet bland andra och som rinner ut i sanden. Att vara tydlig med syfte och mål lyfts fram som viktigt. En chef säger:

> *"Min erfarenhet är också att det blir, när man kommer med såna här ord tror jag liksom att- vem har bestämt det här? Vad är syftet med det här? Vad vill ni uppnå?".*

Chefernas omfattande uppdrag lyfts fram som ett hinder och att det är svårt att få till i en hektisk vardag. En chef menar dock att det är lätt att tidsbrist blir en undanflykt.

> *"Eller är det, om det är en ren bekvämlighetsfråga för mig som chef. Alltså det blir som ytterligare ett arbetsmoment att involvera patienter och man behöver ta hänsyn till det, det är enklare liksom alltså att köra med det BILD levererar eller statistik, att använda det som istället som underlag. Så det kanske är en bekvämlighetsfråga nånstans tänker jag".*

Analys

Av resultatet framgår att cheferna är medvetna om ledarskapets betydelse för att lyckas med användarinvolvering och att hålla i och hålla ut. Bergman och Klefsjö (2020) framhåller att chefer på alla nivåer behöver vara tydliga och visa i så väl ord som handling vad som är viktigt. Wiig et al. (2013) nämner ett exempel där användare har involverats i förbättringsarbete men då bristande engagemang hos ledaren gjort att insatserna blivit fruktlösa. Chefernas höga arbetsbelastning och tidsbrist ses dock som ett hinder, något som delvis bekräftas av Batalden och Stoltz (1993) som menar att vårdens i regel stora arbetsbörda kan försämra förutsättningarna för att kunna minska gapet mellan evidens och praktik. Pandhi et al. (2020) skriver att hinder som tidsbrist och arbetsbörda verkar vara särskilt framträdande inom just primärvården.

För att realisera de sex hörnstenarna, värderingarna, krävs att de arbetssätt och verktyg som används speglar och stöttar värderingarna (Bergman & Klefsjö, 2020). Berättelserna i resultatet ger dock uttryck för att det ibland går "stick i stäv" vilket cheferna menar är en bidragande faktor till att det är svårt att uppnå en uthållighet i förbättringsarbeten och nya arbetssätt ses som modeflugor. Även van Kemenade och Hardjono (2019) hävdar att värderingar, kultur och metoder måste harmoniera, vilket kan ses som att kvalitetsarbetet utgår från en systemsyn.

4.2.2 Sätt kunden i centrum

Alla chefer uppger att vården finns till för patienterna och att vårdpersonal valt yrket för att verkligen kunna hjälpa behövande. Samtliga känner igen begreppet personcentrerad

vård och flera pratar om vikten av att sätta användaren i centrum. Samtidigt beskriver ungefär hälften att det finns ett starkt medicinskt paradigm och en kultur som hindrar användarinvolvering.

> *"Jag tänker att det är ju en för det första en väldigt viktig sak samtidigt som det är tycker jag ganska svårt att få till, i verkligheten. Vi lever ju i en vårdkultur med ganska djupa rötter".*

Åtta av nio chefer uppger att vården i stor utsträckning utgår från ett inifrån -och utperspektiv, vilket gör att förbättringsarbeten tenderar att fokusera på verksamhetens problem snarare än användarnas. En chef menar att saker görs av gammal hävd och att vårdprofessionerna utgår ifrån att de vet vad som blir bäst och därför inte tillfrågar användarna. Flera chefer poängterar att förbättringsarbeten tydligare behöver syfta till att höja kvaliteten för användarna, och att de med fördel skulle kunna genomföras tillsammans med användarna.

> *"Jag menar, vi kan ju utveckla saker. Vi kan utveckla arbetssätt och vi kan utveckla vad det än må vara, om det i slutändan inte kommer patienten till gagn så kommer det utvecklingsarbetet vara, kanske inte lönlöst. Det kan vara arbetsmiljöaspekter för personalen, det kan vara effektivitetsaspekter som gynnas av det. Men till syvende och sist måste det ju ändå på nåt vis handla om att förbättra, skapa bättre förutsättningar för patienterna att få en god och säker vård. Det är, tänker jag, det måste vara nånstans utgångspunkten för allt utvecklingsarbete. På något vis, och jag tänker att ju tajtare kanske man kan göra det här tillsammans med patienten desto bättre är det".*

Sju av de intervjuade beskriver ett synsätt eller tankesätt som hindrar användarinvolvering och att all hälso- och sjukvårdspersonal till mångt och mycket är stöpta i samma form. Det beskrivs att användarinvolvering inte görs på grund av att många är fast i ett lite gammalmodigt sätt att se på användaren.

> *"Nej men kanske att man inte ser patienten som en medskapare i vården utan ser den mer som, vad ska jag kalla det. Som en användare av vården. Inte ser patienten som en resurs. Att den faktiskt kan ansvara mycket själv för sin egen vård i samarbete då med personal. Jag tror att vi skulle vinna mycket på ett annat synsätt".*

Två av cheferna menar att det är av obetänksamhet som användarna inte involveras då vanan är att enbart personalen diskuterar förbättringsarbeten som ska genomföras.

> *"Vi har inte riktigt ändå den vanan att tänka så. Så att jag tror att det handlar nog mer om, om det en är en mental inställning eller kultur jag vet inte. Att tänka i de banorna. Vi behöver liksom tänka i de banorna på ett annat vis".*

Hälften av cheferna uppger att vi alla sannolikt har erfarenheter av att vara patient och därmed anser sig kunna anta ett patientperspektiv. Tre chefer problematiserar dock detta och menar att vården kan bli bättre på att fråga efter och öka användarinvolveringen för att få en fördjupad bild av invånarnas behov.

Analys

De intervjuade cheferna betonar att verksamheten finns till för användarna och att de löpande gör förbättringar utifrån deras synpunkter. Så väl Bergman och Klefsjö (2020) som Elmgart och Bloch (2017) fastslår dock att för att verkligen förstå användarnas behov samt vad som skapar värde så måste djupare insikter inhämtas. Batalden et al. (2016) framhåller att det är otillräckligt att fokusera på användares behov, de måste också involveras. Detta förstärks av några av cheferna som menar att

användarinvolveringen bör öka för att verksamheterna ska vara träffsäkrare i sina förbättringsarbeten.

Samtliga av de intervjuade cheferna är förtrogna med begreppet personcentrerad vård. Resultatet visar dock att endast en chef lyfter ett exempel där användare varit med i ett förbättringsarbete. Även tidigare studier belyser att få av de vårdgivare som anser sig arbeta personcentrerat involverar användare (Han et al., 2013). Av resultatet framgår att vården till viss del präglas av ett gammalmodigt syn- och tankesätt där verksamheterna är oerhört måna om att göra saker bra *för* användarna. Paralleller kan dras till varulogiken där användaren snarare ses som en passiv mottagare än en medskapare, vilket skulle kunna vara en förklaring till varför det inte faller sig naturligt att involvera användarna i förbättringsarbeten (Joiner & Lusch, 2016; Parasuraman et al., 1985; Vargo & Lusch, 2004).

4.2.3 Basera beslut på fakta

Några av cheferna omnämner rapporter i BILD, Region Dalarnas datalager och stödsystem för uppföljning och styrning, som ett sätt att inhämta underlag för förbättringar. Samtidigt poängteras att systemet saknar patientrapporterade utfall vilket gör att de besluts som fattas kring ledning och styrning av verksamheten utgår från olika nyckeltal kopplade till produktion, ekonomi och personal. En chef framhåller också betydelsen av att basera beslut avseende verksamhetsutveckling utifrån de faktiska behoven hos befolkningen. Ungefär hälften beskriver dock också att åtgärder görs utifrån patientklagomål, patientnämndsärenden och väntrumsundersökningar, vilket ses som en form av användarinvolvering.

> *”Vi liksom antar att det här blir bra utifrån olika saker, vad det nu kan vara, om det nu är värden i BILD eller nåt annat, men det är ju lite antaganden vi gör och tror att nu när vi får det här så då upplever patienterna det här som bra och det är bra för patienterna”.*

Analys

Resultatet visar att uppföljningar framför allt fokuserar på produktion och ekonomi och i viss mån patientsäkerhet. Nilsson (2007) samt Vespestad och Clancy, (2018) menar att detta speglar en varulogik. Grönroos och Ojasalo (2015) pekar på att mätningar och uppföljningar i hälso- och sjukvården sällan utgår från patienternas utvärderingar eller från patientrapporterade utfall. Funck och Karlsson (2018) korrelerar tyngdpunkten på inre effektivitet och kostnadskontroll till NPM och säger att detta fokus också påverkar synen på vad som skapar värde.

4.2.4 Arbeta ständigt med förbättringar

Chefernas berättelser speglar att förbättringar görs kontinuerligt utifrån användarnas synpunkter. En chef menar dock att utvecklingsarbete allt för ofta sker ad-hoc och att förbättringsarbeten, i det lilla och det stora, skulle dra nytta av en ökad systematik.

> *”Jag tänker det här med patienter i utveckling, det tror jag faktiskt är en ständig process här. För de tycker ju nånting hela tiden. Men jag tänker alla de här tyckandena, som tyvärr ofta är negativa, de leder ju till nånting när man ja flyttar en stol, gör om en kallelse. Så jag tycker att det händer rätt så mycket sånt där i vardagen”.*

En chef framhåller också att samtliga medarbetare har två jobb, dels att utföra sitt dagliga arbete men också att ständigt utveckla det.

> *"Jag menar var och en har ju ett ansvar att utveckla vår verksamhet. Det skriver vi ju under på i anställningsavtalet att jag ska bidra med utveckling och det gör vi ju i det kliniska hela tiden varje dag på olika sätt och vis".*

Samtliga chefer beskriver en hög arbetsbelastning i primärvården som försvårar förbättringsarbeten i allmänhet och användarinvolvering i synnerhet. En slitsam vardag gör att cheferna kan uppleva att de har fullt upp med att följa lite statistik och hantera patientsäkerhetsärenden, tiden saknas helt enkelt för mer omfattande förbättringsarbeten. En chef reflekterar dock kring om tidsbrist ibland används som en ursäkt då det upplevs som svårt och arbetsamt att involvera användare.

> *"Det är klart att det är svårt att runda frågan när man säger att det är en tidsbrist, att vi inte har tid och resurser för att jobba med det aktivt. Jag hör ju mig själv, att det är ju, ja är det riktigt så. Eller är det ett svepskäl för att inte behöva involvera patienter".*

Analys

Bergman och Klefsjö (2020) framhåller att en verksamhet ständigt måste förbättra sig genom att systematiskt planera, göra, studera och lära/agera. Chefernas utsagor säger visserligen att små förbättringar görs kontinuerligt men att utveckling skulle kunna ske mer systematiskt. Batalden och Davidoff (2007) betonar att kvalitetsarbetet måste ses som ett ständigt pågående arbetet som är en naturlig del i de dagliga göromålen. Resultatet bekräftar detta genom att en chef slår fast att alla medarbetare måste utföra sitt vardagliga arbete men också ständigt förbättra det.

4.2.5 Skapa förutsättningar för allas delaktighet

Fem av cheferna trycker på medarbetarnas betydelse och att också de i någon mening är användare och medskapare. Medarbetarna är de som arbetar närmast användarna och som snabbast identifierar problem.

> *"När man sitter som chef, alltså min personal är ju på nåt vis användare också. Och de jobbar i sin tur med patienten. Det gör ju inte jag, förutom när nån ringer. Annars är ju de mina tentakler. Och det är jätteviktigt att de är det. Att de kommer och knackar på dörren och säger att nu går det åt skogen med det här, eller nu går det bra med det här får de också säga".*

Användarinvolvering beskrivs även i sig som en förändring som kan väcka motstånd om inte medarbetarna upplever sig delaktiga och ser vinsterna med förändringen.

> *"Jag känner mig övertygad om att om vi vid varje typ av förändring, både på gruppnivå och enskild nivå kan svara på frågan what is in it for me, då har vi överbryggat. Ja vi har i alla fall övervunnit en del hinder i förändringsprocessen".*

Analys

Även medarbetarna beskrivs som en användare och cheferna betonar vikten av att de görs delaktiga vilket Bergman och Klefsjö (2020), Marion och Uhl-Bien (2001) samt van Kemenade och Hardjono (2019) understryker. Ledaren bör ses som en systemsättare som skapar förutsättningar för medarbetarna att själva ta ansvar för förbättringsarbeten (Marion & Uhl-Bien, 2001; van Kemenade & Hardjono, 2019). Det faktum att även

medarbetarna i hög grad behöver involveras beskrivs delvis av cheferna som ett hinder då medarbetarna kan se användarinvolveringen som något nytt och som en oönskad förändring. Betydelsen av att medarbetarna ser vinsterna med användarinvolvering lyfts fram något som även Pandhi et al. (2020) och Wiig et al. (2013) understryker. Det är angeläget att tydliggöra vad användarinvolvering är och ge medarbetarna ökade kunskaper om och verktyg för kvalitetsutveckling (ibid). En chef trycker på betydelsen av att skapa vinna-vinna förhållanden och att medarbetarna förstår ”what ´s in it for me”. Batalden och Stoltz (1993), Bergman och Klefsjö (2020) och Sörqvist (2004) menar att kunskaper om förändringspsykologi och vad som skapar motivation är centralt för att lyckas med förbättringsarbeten. Palmberg (2009) gör gällande att ledaren tillika systemsättaren har tre centrala uppgifter varav en är att skapa attraktorer istället för att hantera motstånd.

4.2.6 Arbeta med processer

Hälso- och sjukvårdens ”stuprör” lyfts av flera chefer fram som en omständighet som hindrar kundfokus och användarinvolvering. Sex av cheferna menar att det är bekymmersamt att fokus läggs mer på frågor av organisatorisk karaktär än att skapa sammanhållna vårdförlopp. Djupa diken har uppstått mellan primärvård, specialiserad vård och kommuner, något som i sig bidrar till att användarperspektivet förloras.

> *”Vi är så duktiga på att dra gränser. Jag ser ju det nu när man har familjecentralen och så hör man att det där är upp till förskolan och sen hamnar du i elevhälsan och samtalsmottagning barn och unga. Och sen så, nej men då vart du gravid när du var 15 år och sen så nej men var hamnar man då om man mår dåligt. Alltså vi sätter gränser för att det ska bli bra organisatoriskt”.*

Analys

I likhet med vad litteraturen beskriver (Bergman & Klefsjö, 2020; Sörqvist, 2004) tyder resultatet på att en stuprörsorganisation hindrar kundfokus och på så sätt också användarinvolvering. Osborne et al. (2013) menar att offentlig sektor generellt sett fokuserar för mycket på interna processer vilket kan härledas till en varulogik. Gremyr et al. (2018) menar dock att användarinvolvering kan möjliggöra ett perspektivskifte genom att förbättringsinitiativ utgår från användarens erfarenheter och behov.

4.3 Arbetssätt

Samtliga chefer skildrar egna erfarenheter av användarinvolvering som framför allt är av karaktären att avvikelserapporter inkommer eller att synpunkter inhämtas från användarna. Två av cheferna brukar själva fånga upp synpunkter från användarna när de besöker vårdcentralen.

> *”De synpunkter i det enkla man får in då, de är ju jättebra. Kan ni inte ha en skylt där, eller jag förstod inte att man skulle gå in där och jag tycker det vore bra om det fanns så att man liksom kan sitta och vila där och ja, så det är jättebra”.*

Tre av cheferna upplever även att användarinvolvering kan vara att patienten tar ansvar för att utföra olika uppgifter som vårdpersonalen i vanliga fall ansvarar för. En chef lyfter fram ett förbättringsarbete där användare suttit med i en arbetsgrupp och delgett sina erfarenheter av vården.

”I en sån utredning av synergier kan man ju se de brister vi har i verksamheten som på nåt sätt ändå inneburit en kommunikation med patienten och hur saker och ting har fungerat och man får liksom lägga saker och ting till rätta. Jag menar var nånstans brister vi och vilka åtgärder behöver man i så fall vidta. Så jag tänker att det är ju en aspekt, och det kanske är så vi närmast har jobbat med det så vi har liksom inte haft nåt om vi tänker oss våra utvecklingsarbeten och projekt har ju inte direkt inneburit en aktiv patientmedverkan i så att säga de utvecklingsdelarna”.

Sju av cheferna berättar om patient- och brukarråd som finns knutna till vårdcentralerna och som ses som exempel på användarinvolvering. Främst kommer användarrepresentanterna från pensionärsföreningar vilket gör att det blir en något heterogen grupp. Råden ses ändå som en betydelsefull arena för att skapa samsyn, utbyta idéer och information. Under Covid-19 pandemin har möjligheten att träffa råden varit mycket begränsad och generellt beskrivs pandemin som ett stort hinder för användarinvolvering. Tre chefer säger att de skulle kunna tänka sig att göra riktade inbjudningar till ett antal särskilt utvalda användare till fokusgrupper beroende på förbättringsarbetets ämnesområde.

”Jag tänker framgent i de här brukarråden som finns att man skulle kunna på ett smartare sätt ha dialogen. Och dit har jag inte kommit än, att liksom ta tag i dem. Men det är liksom det jag känner att jag skulle vilja göra framgent när det blir lite lugn och ro igen, när det blir lite vardag”.

Fem av cheferna framhåller vikten av ett ömsesidigt lärande mellan vården och användarna.

”Jag tror ju att det finns många förbättringsarbeten där vi borde eller ska involvera patienter i större utsträckning. Sen också involvera, att det är ett ömsesidigt lärande tänker jag. Att det inte bara är vi som ska lära av patienten utan att patienten också ska lära av oss och bli en ambassadör för hur vi jobbar och för hur vi ibland är styrda tänker jag”.

Analys

Resultatet visar att cheferna upplever att de involverar användare då de tillvaratar deras synpunkter och avvikelserapporter hanteras något som även Andersson och Olheden (2012) observerat. Detta blir dock främst ett reaktivt arbetssätt och så väl Bergman och Klefsjö (2020) som Sörqvist (2004) framhåller betydelsen av att göra rätt från början. Kvalitetsutveckling innefattar att ständigt arbeta med förbättringar. Före, under och efter tjänsten avslutats (Bergman & Klefsjö, 2020).

Att användaren själv utför uppgifter som personalen tidigare ansvarat framgår som användarinvolvering i resultatet. Stöd till egenvård kan ses som en central del i personcentrerad vård och användarinvolvering på individnivå (SBU, 2017). Även patient- och brukarråden framhävs som exempel på användarinvolvering men också som ett forum och arbetssätt som underlättar användarinvolvering. Hertel et al. (2019) drar slutsatsen att det är värdefullt med en mångfald i användarperspektiven och att det kan vara bra att ha ett selekterat urval. Detta är något som också framkommer i resultatet då cheferna reflekterar kring att en möjlighet framledes kan vara att bjuda in speciellt utvalda användare till fokusgrupper. I resultatet framkommer inga resonemang gällande i vilket skede i ett förbättringsarbete som användarinvolvering är mest framgångsrikt. Gremyr et al. (2018) menar att detta behöver övervägas nogsamt. Best

practice saknas enligt Groene och Sunol (2015) som vidare poängterar att användarinvolvering är viktigt i kvalitetsarbete och kan ta sig uttryck på olika sätt. Leykum et al. (2014) och Wiig et. al (2013) framhäver även att hälso- och sjukvården är ett komplext system och menar därför att användarinvolveringen bör anpassas utifrån situationen och frågans karaktär. Sleeswijk Visser et al. (2005) är av samma mening och lyfter tjänstedesign som ett kunskapsområde som möjliggör involvering samt stödjer utforskandet av olika situationer. Tjänstedesign inrymmer flertalet olika metoder och verktyg som kan stödja kvalitetsutveckling i alla led utifrån användarens resa (Holmlid & Wetter-Edman, 2021).

4.4 Verktyg

Verktyg för användarinvolvering som omnämns och som används i dagsläget är olika former av patientenkäter och väntrumsundersökningar. Vidare ses regionens system för avvikelsehantering och de patientnämndsärenden som inkommer som exempel på verktyg för användarinvolvering. Fem av cheferna uppger att det finns en osäkerhet kring *hur* användare kan involveras, de beskriver exempelvis att det är svårt att veta vilka metoder som är hjälpsamma. Chefen menar också att det kan finnas en skepsis gällande om det kommer att vara värt de insatser som användarinvolveringen tros kräva.

> *”Hur får man till det. Hur får man till det på ett bra vis som sagt var. Jag tror ju att vi, vad heter det, vi skulle kunna vara effektivare i vårt arbete och kanske lite mer träffsäkrare om vi nyttjar den kompetensen och kunskapen som finns i patienterna”.*

Analys

Av resultatet framgår att det cheferna känner sig osäkra kring hur användare kan involveras och att det finns tveksamheter om det kommer att vara värt insatserna. Hälso- och sjukvårdens personal är i regel inte skolad att lära genom att göra och förbättringsarbeten är ofta av inkrementell och linjär karaktär. Vilket leder till ”mer av samma” och det finns en förväntan av att ”A leder till B” (Batalden & Stoltz, 1993; Gremyr et al., 2018). Organisationer betraktas ofta som en maskin som kan optimeras och där förbättringar följer en linjär process (Rowe & Hogarth, 2005). Sammantaget kan detta bidra till att det eftersträvas att snabbt kunna se orsak-verkan förhållanden. Detta blir problematiskt då det dels kan vara svårt att utvärdera effekterna av användarinvolvering samt då det kan ta tid innan resultat kan skönjas (Mockford et al., 2012).

Verktyg för användarinvolvering bör väljas utifrån vilken kunskap som önskas uppnås (Sleeswijk Visser et al., 2005). Resultatet speglar att i dagsläget används framför allt verktyg som enkäter eller att användarna muntligt tillfrågas om sina synpunkter. Sleeswijk Visser et al. (2005) menar att med sådana verktyg kan explicit kunskap inhämtas, alltså vad användarna säger och tänker. Detta går i linje med vad Bergman och Klefsjö (2020) beskriver utifrån Kanomodellen. Vilken illustrerar att det även finns outtalade kundbehov som behöver beaktas. För att erhålla djupare kunskaper om vad användarna gör, känner eller drömmer om krävs andra mer generativa typer av angreppssätt så som visualisering eller prototypande. Dessa verktyg bidrar också till att

användaren i större utsträckning blir en medskapare i arbetet med att ta fram lösningar (Sleeswijk Visser et al., 2005).

4.5 Politisk styrning och HSL

Utmaningen med att verka som chef i en politiskt styrd organisation lyfts tydligt fram i åtta av intervjuerna. En chef beskriver svårigheten med att kunna stå upp för olika inriktningsbeslut som kommer från den politiska ledningen och upplever sig många gånger hamna i kläm mellan den och medarbetarna. Upplevelsen är att den politiska ledningen beslutar om åtgärder och förändringar som inte harmonierar med det som vårdprofessionen upplever som behovet. På så sätt uppstår målkonflikter och dilemman för de som ytterst ska utveckla verksamheten.

> *"Politikerna tror att problemet med att folk använder appar är att det inte finns tid på vårdcentralen till exempel. Medarbetarna upplever inte att det är svårt att få tid på vårdcentralen. Men politikerna tror det. Men patienterna behöver inte komma klockan åtta tycker de. Så det är många vinklar just när det gäller primärvården i alla fall".*

Flera chefer betonar att vård ska bedrivas i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen vilket gör att medicinska prioriteringar och avvägningar i stor utsträckning styr så väl vilken vård som erbjuds men också hur vården bör utvecklas. Farhågor finns gällande att befolkningen ska uppfatta att de kan avgöra vilken vård som är möjlig att få.

> *"Det är för mig otroligt viktigt att jobba enligt HSL. Med den mest sjuka först. Det är inte oftast de som låter mest, det inte ofta de som är så medverkande i eller tycker att det här personcentrerade är så viktigt utan det är en annan patientkategori i väldigt hög grad. Så här är det ju superviktigt att vi som jobbar i vården jobbar med allt det här för dem som faktiskt behöver och inte för dem andra".*

Två chefer menar att befolkningen inte har full insikt eller förståelse för vårdens uppdrag och hur olika lagrum styr, vilket skulle kunna innebära risker om inte professionen tillåts ha någon form av tolkningsföreträde vid användarinvolvering.

Analys

Resultatet påvisar utmaningar med att verka i en politiskt styrd organisation där det uppstår målkonflikter och dilemman avseende inriktningar för förbättringsarbeten och prioriteringar. Glouberman och Mintzberg (2001) , Eriksson et al. (2016) och Hallin och Siverbo (2002) bekräftar detta och menar att en syntes måste uppnås mellan de olika perspektiv och domäner som finns i hälso- och sjukvården för att lyckas med förbättringsarbeten. I enlighet med vad HSL stipulerar (HSL, 2017.30) framkommer i resultatet att hälso- och sjukvården ska ge företräde till den som har störst behov och att det kan vara en svår ekvation att arbeta personcentrerat gentemot alla och samtidigt inte handla i strid mot HSL.

5. Slutsatser

Under detta kapitel presenteras de slutsatser som framkommit baserat på de forskningsfrågor studien avsåg att besvara tillsammans med den analys som studien genererat.

Föreliggande studies syfte har varit att bidra med kunskapsutveckling kring användarinvolvering i primärvården för att skapa en ökad organisatorisk förmåga för offensiv kvalitetsutveckling. Slutsatserna, som besvarar studiens forskningsfrågor, är kopplade till primärvården i Region Dalarna. Samtidigt kan det anses vara generaliserbart att arbetssätt och verktyg behöver stödja organisationens värderingar då detta befästs i så väl litteratur samt tidigare studier.

5.1 Forskningsfråga 1

Hur ser verksamhetscheferna i primärvården på användarinvolvering?

Chefernas resonemang kring ordmolnet, se bilaga A, i allmänhet och användarinvolvering i synnerhet speglar så väl värderingar, arbetssätt och verktyg. Flera utsagor påvisar att det finns en osäkerhet kring vad begreppet användarinvolvering egentligen betyder och framför allt verkar ett kunskapsgap finnas gällande hur det kan göras. En generell uppfattning tycks vara att användarinvolvering är svårt och tidskrävande om det ska göras ”på riktigt”. Vidare finns tveksamheter om insatserna ger tillräckligt bra utdelning. Samtliga chefer beskriver dock användarinvolvering i positiva ordalag, även om en rad hinder föreligger. Det poängteras också att medarbetarna i viss mån är en användare.

Personcentrerad vård är ett känt begrepp och en grundbult i verksamheterna är att de finns till för befolkningen. Ändock tenderar verksamheterna lätt trilla in ett inifrån- och utperspektiv. Cheferna som intervjuats är till stor del av uppfattningen att användarinvolvering i dagsläget sker genom att förbättringsåtgärder kontinuerligt vidtas utifrån synpunkter och klagomål från användarna. Även de patient- och brukarråd som finns vid några vårdcentraler lyfts fram som exempel på användarinvolvering. Konstateras kan att användarinvolveringen framför allt är reaktiv i organisationen och främst genererar explicit kunskap, alltså vad användarna tycker och säger. En konsensus verkar finnas avseende att användare kan göras delaktiga på andra sätt och i större utsträckning. Så väl före, under som efter mötet med vården. Förbättringsarbeten skulle sannolikt vara träffsäkrare i att möta befolkningens behov om så var fallet. Genom att i större utsträckning arbeta med användarinvolvering kan värdeskapandet öka och personcentreringen ta sig uttryck i handling. Sammantaget stödjer resultatet av denna studie tidigare forskning i det avseendet att användarinvolvering anses vara ett viktigt bidrag för att realisera värderingen att sätta kunden i centrum samt för att säkerställa att de förbättringar som görs möter befolkningens behov och tjänsterna blir värdeskapande.

5.2 Forskningsfråga 2

Vilka faktorer upplever verksamhetscheferna i primärvården främjar respektive hämmar användarinvolvering?

Ur chefernas berättelser om användarinvolvering framträdde främjande respektive hämmande faktorer, se figur 4.1 för en sammanfattning. Slutsatsen är att dessa faktorer kan ses inom samtliga centrala delar i offensiv kvalitetsutveckling. Flest hämmande faktorer kan ses inom *värderingar* där rådande tankesätt och synen på patienterna anses vara särskilt framträdande, något som kan tala för att en varulogik är dominerande. Tidsbrist och tung arbetsbelastning framställs också som hinder, å andra sidan menar några chefer att detta också kan vara svepskäl. Det faktum att hälso- och sjukvården är en politiskt styrd organisation som dessutom styrs av olika lagrum beskrivs i sig som hinder för användarinvolvering. Resultatet visar att organisationer, för att framgångsrikt arbeta med användarinvolvering, bör satsa på ett tydligt och uthålligt ledarskap som engagerar och efterfrågar resultat hos medarbetare som arbetar med tydliga mål och syften. Vidare bör även vinsterna med användarinvolveringen framhållas.

6. Diskussion

Detta avsnitt inleds med att författaren diskuterar studiens resultat, metodval och studiens bidrag. Rapporten och diskussionsavsnittet avslutas med uppslag till vidare forskning.

6.1 Resultatdiskussion

Primärvården omfattas av LOV och är därmed konkurrensutsatt. Utifrån detta tänker författaren att intresset för kundfokusering och användarinvolvering torde vara stort då användarna har en möjlighet att ”rösta med fötterna”. De offentligt drivna vårdcentralerna är dock en del av politiskt styrd organisation med en stark kultur där det i författarens mening finns motsättningar gällande att betrakta patienterna som en kund. Även de lagrum som styr hälso- och sjukvården problematiserar detta. I de senaste debatterna kring de så kallade nätläkarbolagen blir dessa aspekter särskilt tydliga. Själva framställer sig nätläkarbolagen som kundmedvetna entreprenörer och visst kan det konstateras att de lyckas knyta till sig en stor del av befolkningen. Bara i Dalarna har vårdcentralernas kostnader för så kallade otrohetsbesök till nätläkarbolagen ökat med mångmiljonbelopp senaste åren. I det avseendet kan det uppfattas som att primärvården misslyckats med att möta befolkningens behov. I en opinionsartikel i Dagens Nyheter skriver Maciej Zaremba (2021) att under första pandemihalvåret spenderade ett nätläkarbolag 100 miljoner på reklam vilket överskrider budgeten för läkarvård på Stockholms alla äldreboenden. Med det som utgångspunkt är det inte svårt att förstå att det kan förekomma farhågor kring att kundfokusering skapar konflikter gentemot mot HSL. Användaren behöver dock ses som en medskapare snarare än en måltavla (Vargo & Lusch, 2004).

Trots att cheferna överlag har en positiv inställning till användarinvolvering verkar de snabbt falla tillbaka i ett inifrån- och utperspektiv som speglar en varulogik, något som kanske delvis kan förklaras av ökande krav från politiker och tjänstemannaledning där fokus främst ligger på produktivitet och uppföljning av kvantitativa mått. I tolkningen av studiens resultat uppfattar författaren skildringar av användarinvolvering som rör sig mellan de olika nivåerna beskrivna av SBU (2017), främst på individ- och verksamhetsnivå. Kanske behöver användarinvolveringen stärkas även på systemnivå för att få genomslag på exempelvis politiska beslut, något som i förlängningen kan stödja den offentliga hälso- och sjukvården mot en tjänstelogik där användarinvolvering är ett naturligt inslag i förbättringsarbeten och där primärvården upplevs mer integrerad. Att göra tillsammans och göra rätt saker likväl som att göra saker rätt torde stödja hälso- och sjukvården i stort till att verkligen kunna erbjuda en god hälsa och en vård på lika villkor. De exempel som beskrivs kring användarinvolvering i dagsläget blir främst efterhjälpande och verksamheterna skulle kunna vinna mycket på att arbeta mer proaktivt.

Det faktum att vi alla är en del av befolkningen, och i många fall också ibland är patienter och användare, bidrar till att det är lätt att göra sig till språkrör. Genom att tänka ”vad blir bra för patienten” eller genom att ta på sig ”medborgarhatten” anses användarperspektivet vara införlivat. Författaren menar att dessa antaganden riskerar att bli en form av bias genom vårdpersonalens förförståelse. Syn- och tankesätt blir ett återkommande tema. Tidigare forskning betonar att det är avgörande för kvalitetsarbetet ”vilka glasögon” människorna i organisationen har på sig (Batalden et al., 2016; Han et al., 2013; Joiner & Lusch, 2016; van Kemenade & Hardjono, 2019) och resultatet i denna studie påvisar att det finns en kultur med djupa rötter i hälso- och sjukvården. Ett paradigmskifte är nödvändigt, men givetvis inget som sker i en handvändning. Kanske behöver vi agera oss in i ett nytt sätt att tänka, snarare än att tänka oss in i ett nytt sätt att agera. Lära genom att göra.

Det kan vara lockande att se användarinvolvering som ett allmängiltigt recept om vi bara får rätt ingredienser, för att låna Glouberman och Zimmermans (2004) uttryck. Författarens erfarenheter är att förbättringsarbeten i hälso- och sjukvården i regel fokuserar på arbetssätt och verktyg, utan att reflektioner gjorts avseende vilka värderingar dessa ska stödja. Resultatet i denna studie påvisar att det finns en upplevelse av att de tre delarna i offensiv kvalitetsutveckling inte harmonierar i dagsläget viket i sig blir ett hinder för användarinvolvering. De hämmande faktorer som framkommit i studien liknar de som litteraturen inom området beskriver. Intressant nog presenteras dock inte några främjande faktorer i särskilt stor utsträckning i varken litteraturen eller tidigare forskning. Hinder beskrivs på system- och klinik/teamnivå men framställs främst som enskildheter. Resonemang saknas avseende hur de möjligen hänger ihop och på olika sätt ömsesidigt påverkar varandra. Beaktat att hälso- och sjukvården anses vara ett komplext system är det betydelsefullt att försöka skönja dessa samband. Helheten är större än summan av delarna.

Författaren ser det också som angeläget att reflektera kring värdeskapande ur ett systemperspektiv. Quist och Fransson (2014) menar att för att uppnå ett effektivt värdeskapande så behöver samtliga i systemet ingående aktörer ses som jämlika. En slutsats i denna studie var att även medarbetarna betraktades som en användare. Således torde det vara centralt att beakta hur förutsättningar för värdeskapande kan skapas för så väl patient som medarbetare.

Som tidigare poängterat finns en historia i hälso- och sjukvården av att förbättringsarbete i stort betraktats som något linjärt och att det skapar en trygghet att snabbt kunna se orsakssamband. En svårighet gällande användarinvolvering tycks vara att best practice saknas och då resultaten inte alltid kan ses direkt uppstår en rädsla för att insatserna är bortkastade vilket bekräftas i denna studie. Författaren tror att hälso- och sjukvården i större utsträckning behöver omfamna osäkerheten. Strategier och angreppssätt behöver anpassas utifrån komplexitetsgrad och kontextuella faktorer. Utifrån detta kanske det är oviktigt att diskutera vilket angreppssätt som är bäst, om militären eller jazzbandet är vinnaren (van Kemenade & Hardjono, 2019). Styrkan ligger möjligen i att kunna tänka både och istället för antingen eller.

6.2 Metoddiskussion

Föreliggande studie är framför allt kvalitativ med en fenomenologisk metodansats där data inhämtats genom intervjuer. Värt att nämna är att författaren delvis valde att kvantifiera resultatet genom att antalet respondenter som hade liknande utsagor redovisades. Motivet till detta var att försöka stärka mönster som framträdde och exempelvis få en uppfattning om vilka främjande eller hindrande faktorer som hade störst dignitet. Då författaren hade för avsikt att undersöka och försöka förstå individers uppfattningar om användarinvolvering för att kunna utveckla arbetssätt eller skapa en djupare förståelse av dess kännetecken så lämpade sig en fenomenologisk ansats väl (Creswell, 2013). Således bedömer författaren att intervjuerna bidragit till att besvara syfte och forskningsfrågor på ett tillförlitligt sätt. Författaren valde att genomföra semistrukturerade intervjuer med öppna frågor vilket gav utrymme för respondenternas berättelser. Enligt Henricson (2017) avgörs kvaliteten på data av om respondenterna haft möjlighet att delge variationsrika beskrivningar av fenomenet och fått en känsla av att bli inbjuden till att dela sin berättelse snarare än att bli utfrågad. Dock tog samtalen lite olika riktningar på så sätt att respondenterna stundvis avvek något från själva frågeställningen. Möjligen hade mer stringenta frågeställningar gett mer likriktade samtal. Författaren vill dock understryka att det mer fria samtalet också bidrog till reflektion hos respondenterna. En chef reflekterade exempelvis kring sin egen roll och huruvida tidsbrist var ett verkligt hinder till användarinvolvering.

Kylén (2004) belyser att relationen mellan den som intervjuar och den intervjuade kan påverka svaren i synnerhet vid en parintervju. Vidare kan det ha en påverkan om den intervjuade upplever en förväntan på att leverera något eller ”svara rätt”. Även Bryman (2011) anser att det kan utgöra en bias i intervjusituationen om den intervjuade vill vara till lags. Författaren har sedan tidigare en arbetsmässig relation till de intervjuade och upplevde samtalsklimatet som gott. Författaren var även nogsam med att inledningsvis betona att studien avser undersöka ett upplevt fenomen, således finns inga rätta svar. Genom att samtliga intervjuer transkriberades kan tillförlitligheten ha stärkts enligt Bryman (2011) då risken för att missa viktig information minskas. En svaghet kan dock vara att författaren varit ensam i databearbetningen vilket skulle kunna öka risken för bias från författarens sida.

Ur samtliga chefers utsagor framträdde tydliga kopplingar till de teoretiska begreppen värderingar, arbetssätt och verktyg i offensiv kvalitetsutveckling i allmänhet och Hörnstensmodellen i synnerhet. Författaren upplevde på så sätt en mättnad i intervjusvaren, något som indikerar en viss överförbarhet av resultaten trots att urvalet är litet (Bryman, 2011). Detta skulle kunna tala för att resultatet är överförbart på andra chefer inom divisionen och möjligen även på chefer generellt sett i hälso- och sjukvården. Värt att beakta är dock att intervjupersoner inte kan anses vara representativa för en hel population. Resultaten från en kvalitativ intervjustudie bör därför istället generaliseras till en teori (ibid). Överförbarheten hade kunnat öka genom ett större urval där en enkätstudie hade kunna varit ett alternativ. Nackdelen med en enkätstudie hade varit att de fördjupade berättelserna kring synen på användarinvolvering hade gått förlorade.

6.3 Studiens bidrag

Utmärkande för denna studie är att så väl främjande som hämmande faktorer kopplas an till offensiv kvalitetsutveckling som ett ledningssystem. Ett system där värderingar, arbetssätt och verktyg måste harmoniera för att lyckas med kvalitetsutveckling. Att studien synliggör dessa samband, sätter användarinvolvering i ett sammanhang och beaktar hälso- och sjukvårdens komplexitet tror författaren är ett värdefullt bidrag för det fortsatta kvalitetsarbetet i primärvården. En väl fungerande primärvård anses vara helt avgörande för befolkningens hälsa och för att samhället ska klara framtidens utmaningar (SOU, 2018; Vårdanalys, 2017).

Henricson (2017) menar att studier som utgått från en fenomenologisk forskningstradition kan bidra till praktisk nytta genom ökad förståelse för fenomenet som studerats hos de intervjuade. I sin tur kan detta leda till beteendeförändringar i situationer som de ställs inför i framtiden (ibid). Flertalet av de intervjuade lyfte fram att samtalet i sig bidrog till att ”rikta ficklampan” mot användarinvolvering och att tankar väcktes kring hur de i större utsträckning framledes skulle kunna involvera användare i kvalitetsarbeten i sina verksamheter. Denna studie och tidigare forskning visar på att ett engagerat och uthålligt ledarskap är en främjande faktor för användarinvolvering. Med tanke på att urvalet utgjordes av verksamhetschefer så tror författaren att studien kan utgöra en viktig pusselbit i primärvårdens fortsatta arbete med användarinvolvering för offensiv kvalitetsutveckling. Minns inledningen av Marcel Proust, *”den sanna upptäcktsresan består inte i att finna nya landskap, men att se med nya ögon”.*

6.4 Förslag till framtida forskning

I denna studie lyfts patient- och brukarråden fram som en viktig arena och framgångsfaktor för användarinvolvering. Det vore därför intressant att undersöka patientrepresentanternas upplevelser och i vilken utsträckning de anser sig vara involverade i verksamheternas förbättringsarbeten.

Medarbetarna ses i sig som en användare och har en central roll i interaktionen som bidrar till att värde skapas. Utifrån detta väcks också en nyfikenhet kring vilka logiker som präglar deras synsätt och vad som skulle stödja dem till att involvera användare.

Så väl denna studie som tidigare forskning gör gällande att för att bedriva framgångsrikt förbättringsarbete så behövs samsyn mellan hälso- och sjukvårdens olika domäner. SBU (2017) beskriver användarinvolvering på olika nivåer. Författaren ser det som intressant och betydelsefullt att närmare undersöka hur användarinvolvering sker på övergripande systemnivå och i policyskapande. Hur kan det i sig påverka involvering på individ- och verksamhetsnivå?

Vårdcentralernas arbete styrs i stor utsträckning av vårdvalssystemet. Med anledning av detta menar författaren att det vore av värde att utforska hur vårdvalets utformning kan påverka graden av användarinvolvering. Vårdcentraler drivs i både offentlig och privat regi och i denna studie har endast vårdcentraler i offentlig regi inkluderats. Därmed anser författaren att det vore intressant att göra en jämförande studie. Hur ser verksamhetschefer på privatdrivna vårdcentraler på användarinvolvering och sker användarinvolvering i större utsträckning där?

Slutligen skulle författaren vilja föreslå en studie som syftar till att undersöka hur ”mognadsgraden” av kvalitetsutveckling i en organisation påverkar synen på och möjligheten till att öka användarinvolvering. Bergman och Klefsjö (2020) menar att kunskapsbasen för offensiv kvalitetsutveckling är förbättringskunskap – är det en nyckel för att öka användarinvolvering och våga se med nya ögon tillsammans?

Referenser

Alvesson, M. & Sveningsson, S. (red.) (2019). *Organisationer, ledning och processer*. (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Andersson, A., & Olheden, A. (2012). Patient participation in quality improvement: managers' opinions of patients as resources. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(23-24), 3590–3593. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04254.x

Axelrod, R., & Cohen, Michael D. (2000). *Harnessing complexity : Organizational implications of a scientific frontier*. New York, NY: Basic Books

Backman, J. (2016). *Rapporter och uppsatser*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Bar-Yam, Y. (1997). *Dynamics of complex systems* (Advanced book program). Reading, Mass.: Perseus Books, Westview.

Batalden, M., Batalden, P., Margolis, P., Seid, M., Armstrong, G., Opipari-Arrigan, L., & Hartung, H. (2016). Coproduction of healthcare service. *BMJ quality & safety*, *25*(7), 509–517. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004315

Batalden, P., & Davidoff, F. (2007). What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Quality and Safety in Health Care, 16*(1), 2-3.

Batalden, P.B. & Stoltz, P.K. (1993). A framework for the continual improvement of health care: Building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 19 (10),* 424-445.

Bergerum, C., Thor, J., Josefsson, K., & Wolmesjö, M. (2019). How might patient involvement in healthcare quality improvement efforts work—A realist literature review. *Health Expectations*, *22*(5), 952–964. https://doi.org/10.1111/hex.12900

Bergman, B. & Klefsjö, B. (2020). *Kvalitet från behov till användning*. (Sjätte upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Bloch, E. & Elmgart, A. (2017). *Kundfokus: skapa kundvärde och hållbara resultat*. (Första upplagan). Stockholm: Liber.

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber.

Crawford, M., Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Bhui, K., Fulop, N., & Tyrer, P. (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ, 325*(7375), 1263-1265

Creswell, J.W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. (3., [updated] ed.) Thousand Oaks: SAGE Publications.

Creswell, J.W. & Creswell, J.D. (2018). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. (5. rev. ed., international student edition). Los Angeles: SAGE.

Elg, M. (2013). *Mätningar för bättre styrning – att synliggöra och hantera variation för styrning och förbättring av offentlig verksamhet.* Innovationsrådet. Hämtad från http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:686581/FULLTEXT01.pdf

Elg, M., Engström, J., Witell, L., & Poksinska, B. (2012). Co-creation and learning in health-care service development. *Journal of Service Management, 23*(3), 328-343.

Eriksson, N., Müllern, T., Andersson, T., Gadolin, C., Tengblad, S., & Ujvari, S. (2016). Involvement Drivers: A Study of Nurses and Physicians in Improvement Work. *Quality Management in Health Care, 25*(2), 85-91.

Funck, E. K., & Karlsson, T. S. (2018). *Post-NPM, vad är det? : Trender och empiriska iakttagelser kring alternativa idéer för den offentliga sektorn.* Hämtad 2021-03-16 från: http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:lnu:diva-79175

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation. *Health Care Management Review, 26*(1), 56-69.

Glouberman, S., & Zimmerman. B. (2004). Complicated and Complex Systems:: What Would Successful Reform of Medicare Look Like? *Changing Health Care in Canada: The Romanow Papers, Volume 2*. University of Toronto Press.

Gremyr, I., Elg, M., Smith, F., & Gustavsson, S. (2018). Exploring the phase for highest impact on radicality: a cross-sectional study of patient involvement in quality improvement in Swedish healthcare. *BMJ Open*, *8*(11), e021958. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021958

Groene, O., & Sunol, R. (2015). Patient involvement in quality management: rationale and current status. *Journal of Health Organization and Management*, *29*(5), 556–569. https://doi.org/10.1108/JHOM-07-2014-0122

Grönroos, C. and Gummerus, J. (2014), "The service revolution and its marketing implications: service logic vs service-dominant logic", *Managing Service Quality: An International Journal*, Vol. 24 No. 3, pp. 206-229. https://doi-org.proxybib.miun.se/10.1108/MSQ-03-2014-0042

Grönroos, C. and Ojasalo, K. (2015), "Service productivity as mutual learning", *International Journal of Quality and Service Sciences,* Vol. 7 Nos 2/3, pp. 296-311, doi: 10.1108/IJQSS-03-2015-0035.

Gustavsson, S., Gremyr, I., & Kenne Sarenmalm, E. (2016). Designing quality of care – contributions from parents. *Journal of Clinical Nursing*, *25*(5-6), 742–751. https://doi.org/10.1111/jocn.13050

Hallencreutz, J., & Parmler, J. (2019). Important drivers for customer satisfaction – from product focus to image and service quality. *Total Quality Management & Business Excellence,* 1-10.

Hallin, B., Siverbo, S. (2002). *Jakten på den goda styrningen – En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården.* Hämtad 11 mars, 2021, från: http://www.natverken.se/media/7346/Jakten%20p%C3%A5%20den%20goda%20styrningen_rapport.pdf

Han, E., Hudson Scholle, S., Morton, S., Bechtel, C., & Kessler, R. (2013). Survey shows that fewer than a third of patient-centered medical home practices engage patients in quality improvement. *Health Affairs (Project Hope)*, *32*(2), 368–375. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1183

Henricson, M. (red.) (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Holmlid, S. & Wetter Edman, K. (2021). *Tjänstedesign: principer och praktiker*. (Upplaga 1). Lund: Studentlitteratur.

Horvat, A., & Filipovic, J. (2018). Service quality and maturity of health care organizations through the lens of Complexity Leadership Theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *24*(1), 301–307. https://doi.org/10.1111/jep.12789

Johannessen, T., Ree, E., Strømme, T., Aase, I., Bal, R., & Wiig, S. (2019). Designing and pilot testing of a leadership intervention to improve quality and safety in nursing homes and home care (the SAFE-LEAD intervention). *BMJ Open*, *9*(6), e027790. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027790

Joiner, K. A., & Lusch, R. F. (2016). Evolving to a new service-dominant logic for health care. *Innovation and Entrepreneurship in Health, 3*, 25-33. doi:http://dx.doi.org.proxybib.miun.se/10.2147/IEH.S93473

Klefsjö, B. (red.) (1999). *De sju ledningsverktygen: för effektivare planering av förbättringsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.

Kylén, J-A.(2004). *Att få svar. Intervju, enkät, observation*. Bonnier Utbildning, Stockholm.

Lanham, Holly Jordan, Leykum, Luci K., Taylor, Barbara S., McCannon, C. Joseph, Lindberg, Curt, & Lester, Richard T. (2013). How complexity science can inform scale-up and spread in health care: Understanding the role of self-organization in variation across local contexts. *Social Science & Medicine, 93*, 194.

Leykum, L. K., Lanham, H. J., Pugh, J. A., Parchman, M., Anderson, R. A., Crabtree, B. F., Nutting, P. A., Miller, W. L., Stange, K. C., & Mcdaniel, R. R. (2014). Manifestations and implications of uncertainty for improving healthcare systems: an analysis of observational and interventional studies grounded in complexity science. *Implementation Science : IS*, *9*(1), 165. https://doi.org/10.1186/s13012-014-0165-1

Lowndes, V., Marsh, D. & Stoker, G. (2018). Introduction. In V. Lowndes, D. Marsh & G. Stoker (Eds.), *Theory and methods in political science* (4th ed., pp. 1-13). London: Palgrave.

Marion, R., & Uhl-Bien, M. (2001). Leadership in complex organizations. *The Leadership Quarterly, 12*(4), 389-418.

Mittuniversitetet. (2021). Hämtad 2021-03-09 från: För arbete på grund- och avancerad nivå (miun.se)

Mockford, C., Staniszewska, S., Griffiths, F., & Herron-Marx, S. (2012). The impact of patient and public involvement on UK NHS health care: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care, 24*(1), 28-38.

Mohrman, S.A. & Shani, A.B. (red.) (2012). *Organizing for sustainable health care [Elektronisk resurs]*. Bingley, U.K.: Emerald.

Moses, J.W. & Knutsen, T.L. (2019). *Ways of knowing: competing methodologies in social and political research*. (Third edition.) London: Red Globe Press.

Nilsson, F. (2007) Den komplexa vården – om komplexitet och komplexa processer inom hälso- och sjukvården. *Region Skåne*.

Ocloo, J., & Matthews, R. (2016). From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in healthcare improvement. *BMJ Quality & Safety*, *25*(8), 626–632. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004839

Osborne, S., Radnor, Z., & Nasi, G. (2013). A New Theory for Public Service Management? Toward a (Public) Service-Dominant Approach. *American Review of Public Administration, 43*(2), 135-158.

Osborne, S. P., & Strokosch, K. (2013). It takes Two to Tango? Understanding the C o-production of Public Services by Integrating the Services Management and Public Administration Perspectives. *British Journal of Management*, *24*(3), S31–S47. https://doi.org/10.1111/1467-8551.12010

Palmberg, K. & Garvare, R. (2006). Sustained quality management: how to receive the Swedish quality award twice (ed.). *International Journal of Quality & Reliability Management, 23*(1), 42-59

Palmberg, K. (2009). Complex adaptive systems as metaphors for organizational management. *The Learning Organization, 16*(6), 483-498.

Pandhi, N., Jacobson, N., Crowder, M., Quanbeck, A., Hass, M., & Davis, S. (2020). Engaging Patients in Primary Care Quality Improvement Initiatives: Facilitators and Barriers. *American Journal of Medical Quality*, *35*(1), 52–62. https://doi.org/10.1177/1062860619842938

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1985). A conceptual model for service quality and its implications for future research. *Journal of marketing, 49* (4), 41-50.

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. (3. ed.) London: SAGE.

Poksinska, B. B., Fialkowska-Filipek, M., & Engström, J. (2016). Does Lean healthcare improve patient satisfaction? A mixed-method investigation into primary care. *BMJ Quality & Safety*, *26*(2), 95–103. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004290

Quist, J. & Fransson, M. (2014). *Tjänstelogik för offentlig förvaltning: en bok för förnyelsebyråkrater / Johan Quist & Martin Fransson ; [illustrationer: Alexandra Ranelid, Josefine Aspenstrand och författarna]*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Radnor, Zoe J., Holweg, Matthias, & Waring, Justin. (2012). Lean in healthcare: The unfilled promise?(Report). *Social Science & Medicine, 74*(3), 364

Reeves, C., & Bednar, D. (1994). Defining Quality: Alternatives and Implications. *The Academy of Management Review, 19*(3), 419-445.

Region Dalarna (2020). *Rapport uppföljning 2020 Avtal Hälsoval Dalarna.* Hämtad 2021-04-15 från: rapport-avtal-halsoval-2020.pdf (regiondalarna.se)

Rowe, A. and Hogarth, A. (2005), Use of complex adaptive systems metaphor to achieve professional and organizational change. *Journal of Advanced Nursing*, 51: 396-405. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03510.x

Roy, S. (2018). Effects of customer experience across service types, customer types and time. *Journal of Services Marketing*, *32*(4), 400–413. https://doi.org/10.1108/JSM-11-2016-0406

SBU. (2017). *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården.* Stockholm: SBU. Hämtad 2021-01-20 från: https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-bereder/patientdelaktighet-i-halso--och-sjukvarden/'

SFS 2017:30. Hälso- sjukvårdslag.

SKL. (2015). *När brukare och patienter blir medskapare- en lönsam historia.* Stockholm: SKL. Hämtad 2021-01-20, från: https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-267-6.pdf?issuusl=ignore

Sleeswijk Visser, F., Stappers, P.J., Van der Lugt, R & Sanders, E.B. (2005). Contextmapping: Experiences from practice. *CoDesign, 1* (2), 119-149.

SOU. (2018). *God och nära vård – En primärvårdsreform.* Hämtad 2021-03-11 från: God och nära vård – En primärvårdsreform - Regeringen.se

SOU. (2020). *Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter.* Hämtad 2021-03-01 från: http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2020/06/SOU-2020_36_Webb.pdf

Sörqvist, L. (2004). *Ständiga förbättringar: en bok om resultatorienterat förbättringsarbete, verksamhetsutveckling och Sex Sigma*. Lund: Studentlitteratur.

Van Beurden, E. K., Kia, A. M., Zask, A., Dietrich, U., & Rose, L. (2013). Making sense in a complex landscape: how the Cynefin Framework from Complex Adaptive Systems Theory can inform health promotion practice. *Health Promotion International*, *28*(1), 73–83. https://doi.org/10.1093/heapro/dar089

Van Kemenade, E., & Hardjono, T. (2019). Twenty-first century Total Quality Management: The Emergence Paradigm. *The TQM Journal, 31*(2), 150-166.

Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004). Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing, 68*(1), 1-17. doi:10.1509/jmkg.68.1.1.24036

Vespestad, M.-K. and Clancy, A. (2019). Service dominant logic and primary care services, *International Journal of Quality and Service Sciences*, Vol. 11 No. 1, pp. 127-140. https://doi-org.proxybib.miun.se/10.1108/IJQSS-02-2018-0012

Vårdanalys. (2016). *Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården.* Hämtad 2021-03-11 från: https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2016/06/PM-2016-3-Chefers-syn-på-förbättringsarbete-i-hälso-och-sjukvården.pdf

Vårdanalys. (2017). *En primär angelägenhet.* Hämtad 2021-03-11 från: En primär angelägenhet | Vård- och omsorgsanalys (vardanalys.se)

Vårdanalys (2018). *Från mottagare till medskapare.* Hämtad 2021-03-17 från: https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2018/11/Rapport-2018-08-Från-mottagare-till-medskapare.pdf

Vårdanalys. (2019). *Med örat mot marken.* Hämtad 2021-03-17 från: https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2019/03/Rapport-2019-2-Med-örat-mot-marken-del-1.pdf

Wiig, S., Storm, Aase, Gjestsen, Solheim, Harthug, Robert, Fulop, & Quaser Team. (2013). *Investigating the use of patient involvement and patient experience in quality improvement in Norway: rhetoric or reality? 13*(1), 206. https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-206

Zaremba, M. (2021, 22 mars). Nej bästa Irene Svenonius, sjukvården är ingen bilaffär. *Dagens Nyheter.* Hämtad 2021-05-16 från: https://www.dn.se/kultur/maciej-zaremba-nej-basta-irene-svenonius-sjukvarden-ar-ingen-bilaffar/

Bilaga A

Intervjuguide

Presentation

- Tack för medverkan.
- Avslutande arbete inom magisterprogrammet Kvalitets- och ledarskapsutveckling vid Mittuniversitet.
- Kortfattat om syftet med studien. Ämnar förstå ett fenomen, söker ingen sanning.
- Formalia kring anonymitet och hantering av data.
- Rätt att när som helst avbryta deltagandet utan motivation.
- Godkännande av att intervjun spelas in.
- Tidsramar.
- Eventuella frågor från respondenten.

Intervjufrågor

1. **Bakgrund**
    a. Vill du kort beskriva din bakgrund och nuvarande roll?
    b. Eventuell följdfråga: hur många medarbetare har du under dig?
2. **Ordmoln**
    a. Du kommer nu att få se en bild som jag vill be dig tänka högt kring. Vad tänker du när du ser bilden med de olika orden? Vad betyder orden för dig?

    b. Vad tror du dina medarbetare skulle tänka?

3. Frågeflöde

Har du någon berättelse du skulle vilja dela med dig av där du involverat patienter i förbättringsarbeten?

Ja
Vad bestod upplevelsen av?
Vilka framgångsfaktorer kan du se?
Fanns det några hinder/utmaningar? Vilka var de?

Nej
Vad tänker du om möjligheterna att involvera patienter i förbättringsarbeten i din verksamhet?
Vilka faktorer tror du skulle underlätta för att involvera patienter i förbättringsarbeten?
Vilka hinder tror du finns för att involvera patienter i förbättringsarbeten?

Bilaga B

Informationsbrev till respondenter

Studie kring användarinvolvering för att skapa en ökad organisatorisk förmåga för offensiv kvalitetsutveckling inom primärvården i Region Dalarna.

Du tillfrågas härmed om du vill delta i en studie. Att delta är frivilligt.

Vad handlar studien om?

I den här studien önskar jag utforska några verksamhetschefers syn på hur värde skapas och vilka faktorer de upplever kan påverka möjligheten att involvera patienter/användare i kvalitetsutveckling.

Hur går studien till?

Om du tackar ja till att delta kommer du att intervjuas enskilt. Intervjun tar ca 45 minuter och genomförs med fördel över Skype eller Teams.

Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Det insamlade materialet kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av det och destrueras efter studiens avslut. Inga namn eller persondata kommer att publiceras.

Insamlat intervjumaterial kommer att analyseras med metoden kvalitativ innehållsanalys och endast student och handledare har tillgång till intervjumaterialet. Undersökningen kommer att presenteras i form av en uppsats vid Mittuniversitet, utan att avslöja respondenternas identitet.

Ytterligare upplysningar lämnas gärna på förfrågan av ansvarig.

Hoppas du vill bidra med din kunskap och dina erfarenheter för att fortsätta utveckla vår primärvård!

Ansvarig för forskningsstudien

Mäjt Wik

Student, Magisterprogrammet i Kvalitets- och ledarskapsutveckling
Verksamhetsutvecklare Division Primärvård, Region Dalarna
Kontaktuppgifter