JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

JÖNKÖPING ACADEMY
For Improvement of Health and Welfare

Hur främjas samskapande i förbättringsarbete?

Utvärdering om ett anpassat kompetensutvecklingsprogram i förbättringskunskap är främjade eller hindrade för samskapande

HUVUDOMRÅDE: *Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd*
FÖRFATTARE: *Charlotte Forsberg*
COACH: *Thomas Schneider*
HANDLEDARE: *Anna Melke*
JÖNKÖPING 2021-09-13

Sammanfattning

Samskapande beskrivs som en modell där personal och brukare/patienter tillsammans utformar och förändrar vård- och omsorgstjänster i syfte att öka delaktighet och kvalitet. Samskapande förbättringsarbeten är fortfarande ovanligt trots goda initiativ, utredningar, stödjande lagstiftning och professionens välvilliga inställning. Att personal saknar förutsättningar och kunskap om hur patienters delaktighet och makt kan stärkas är bidragande orsaker till att patientinvolvering fortfarande är ovanligt. Målet med förbättringsarbetet var att öka samskapandet i genomförandet av lokala förbättringsarbeten i mikrosystemet genom ett anpassat kompetensutvecklingsprogram i förbättringskunskap som riktades till medarbetare inom Bräcke diakoni. Syftet med studien var att identifiera deltagarnas erfarenheter om vad som främjade respektive hindrade samskapande i genomförandet av lokala förbättringsarbeten. Förbättringsarbetet utgick från Nolans förbättringsmodell och Ellströms interaktiva modell för utvecklandet av ny kunskap vilket ledde till att utvecklingsprogrammet anpassades, genomfördes och utvärderades stegvis i två omgångar. Ett nytt mätinstrument utifrån delaktighetstrappan togs fram för att mäta deltagarnas uppfattningar om och hur patienterna hade varit delaktiga i olika förbättringsmoment. Trots stora variationer i delaktighetsmätningen pekade resultatet på att vissa förbättringsmoment samskapades i större uträckning jämfört med andra.

En mixad metod med sekventiell design användes i studien. Fokusgruppsintervjuer med programdeltagarna gav en fördjupad förståelse av resultatet från delaktighetsmätningen och användes för att undersöka vilka faktorer som främjade respektive hindrade samskapande arbetsformer. De främjande faktorer som lyftes fram i studien var: kompetens om samskapande hos medarbetare, uttryckt som en gemensam definition och förståelse för vad samskapande förbättringsarbete betyder men även att få praktisera samskapande med coachande stöd var en betydande faktor. Svårbegripliga förbättringsverktyg, begrepp och oerfarenhet framkallade en känsla av osäkerhet som hindrade deltagarna i att samskapa. De upplevde också strukturella hinder i verksamheten som avsaknad av stöd och att samskapande inte prioriterades, men de fann även strategiska trösklar hos sig själva som försvårade samskapandet.

Nyckelord:
Samskapa, Förbättringsarbete, Delaktighetstrappa, Kompetensutvecklingsprogram, Förbättringskunskap

Summary

How can co-production be supported in improvement work?

Evaluating how an adapted competence program in improvement knowledge can support and prevent co-production

Co-production is described as a model where staff and patients together design and improve care in order to increase quality and participation. Co-produced improvement work is still unusual, despite good initiatives, analyses, supportive regulations and positive attitude of the profession. Some of the reasons are that staff have neither the conditions nor the knowledge of how patients' influence and power can be strengthened. With the intention of improving the co-production support for staff at Bräcke diakoni, a competence program in improvement knowledge was adapted with the aim of increasing co-production in local improvement work in the microsystem. The purpose of the study was to examine the participants' experiences of which factors supported and prevented co-production in local improvement work. The improvement work was based on the improvement model and an interactive model for developing new knowledge, which led to two adaptions of the program which was implemented and evaluated step by step. Based on the ladder of co-production a new measuring instrument was developed to assess the participants' perceptions of how the patients had been involved in various improvement steps. Despite large variations in the survey, the results indicated that certain improvement elements were co-produced to a greater extent compared with others.

A mixed-method approach with sequential design was used in the study. Focus group interviews with program participants aimed to increase the understanding of the results from the survey and to seek their opinion of which factors supported and prevent co-production. Co-production skills among staff was a supporting factor, which meant a common definition and understanding of what co-production improvement work means. Experience of co-production and coaching support was also emphasized as another supporting factor. Complicated improvement tools and concepts led to a sense of uncertainty that prevented participants from co-production. They also experienced structural barriers in the unit as lack of support and that co-production was not prioritized as well as strategic thresholds among themselves which made co-production more difficult.

Keywords:
Co-production, The ladder of co-production, Improvement work, Competence program, Improvement knowledge

Innehållsförteckning

Inledning 1

Bakgrund 2

Samskapa då och nu 2

Samskapa inom vård och omsorg, en teoretisk ram 2

Delaktighet och partnerskap 2

Samskapa på olika systemnivåer 3

Delaktighetstrappan 3

Samskapande inom vård och omsorg, några empiriska exempel 4

Förbättringskunskap 5

Förbättringsarbete inom Bräcke diakoni 6

Rationale 7

Syften 8

Förbättringsarbetets syfte 8

Specifikt mål 8

Studiens syfte 8

Frågeställningar 8

Metod och material 9

Förbättringsarbetets och studiens kontext och tidslinje 9

Författarens och projektgruppens roll 9

Deltagande team i förbättringsarbetet och studien 10

Metod för förbättringsarbetet 12

Datainsamling, mätning och urval 12

Metod för studien 14

Design 14

Urval och rekrytering av deltagare 15

Datainsamling 15

Dataanalys 15

Etiska överväganden 16

Resultat av förbättringsarbetet 17

PGSA 1: pilotomgång, anpassningen av kompetensutvecklingsprogrammet 17

PGSA 2: Andra anpassningen av kompetensutvecklingsprogrammet 17
PGSA 3: Verktyg för systematisk uppföljning av samskapande 18
Resultat av studien 19
Faktorer som främjade samskapandet i förbättringsarbetet 20
Faktorer som hindrade samskapandet i förbättringsarbetet 22
Diskussion 23
Förbättringsarbetet 23
Resultatdiskussion 23
Metoddiskussion 24
Studien 26
Resultatdiskussion 26
Metoddiskussion 27
Slutsatser 29
Referenser 30
Bilaga 1. Enkät om förbättringsteamens uppfattning om patienters/brukares delaktighet i förbättringsarbete 34
Bilaga 2. Förfrågan om deltagande i fokusgruppintervju 36
Bilaga 3. Intervjufrågor kopplat till respektive frågeställning 38
Bilaga 4. Exempel från kvalitativ innehållsanalys av fokusgruppsintervju 39

Inledning

*"*Can you imagine what it would be like if we moved from health service that does things for its patients to one that is patient led? Where the service has been specifically designed by patient and staff together so that it provides the best experiences you could hope for."

Lynne Maher, i förordet (Bate & Robert, 2007, s. V).

För att kunna möta vårdens och omsorgens stora demografiska, politiska och ekonomiska utmaningar finns behov av att hitta nya och förbättrade sätt att tillhandahålla vård- och omsorgstjänster (Pestoff, 2009). Att samskapa förbättringar inom vård och omsorg förespråkas som ett sätt att möta dessa utmaningar (Brandsen et al., 2018; Brocklehurst, 2018). I det inledande citatet beskriver innovationsforskaren Lynne Maher, samskapande som ett paradigmskifte som fordrar en maktförskjutning, där patienter bjuds in att tillsammans med personalen utveckla vården för att uppnå ett förbättrat resultat.

Samskapande beskrivs också som en modell där professionella yrkesutövare och patienter/brukare[1] tillsammans bidrar till att planera, utforma och tillhandahålla vård- och omsorgstjänster. Samskapande handlar om att göra patienters röster hörda, men det handlar också om ett ömsesidigt partnerskap mellan profession och patient i syfte att ta till vara båda parters erfarenheter, kunskaper och förmågor (Pestoff, 2009; Farr, 2018). Samskapa är inte ett universalmedel för att lösa morgondagens välfärdsutmaningar, men flera studier visar att om vården och omsorgen samskapas, möjliggörs innovativa förbättringar som kan bidra till ökad kvalitet, demokratiskt deltagande och högre patienttillfredsställelse (Brandsen et al., 2012; Pestoff et al., 2012; Batalden et al., 2016; Rantamäki, 2017)

För att lyckas samskapa vården och omsorgen behöver personal ha både förutsättning och kunskap om hur patienters delaktighet och makt kan stärkas (Sandvin Olsson et al., 2020). I utvärderingarna av Patientlagen (SFS, 2014:821) och av Samordnad individuell plan (SFS 2017:30; SFS 2001:453) påvisas att patienters ställning, delaktighet och inflytande i vården brister. Det framkommer också att både sjukvården och socialtjänsten saknar förutsättningar och kunskaper om hur patienters delaktighet och inflytande kan stärkas (Vårdanalys 2017, Riksdagens rapport 2017). Annan forskning visar däremot att professionen vill samskapa och öka patienters inflytande i syfte att förbättra vården, men att detta förfarande är ovanligt eftersom personal saknar erfarenhet och känner sig osäkra i hur patienter kan involveras i förbättringsarbeten (Andersson & Olheden, 2012; Sandvin Olsson et al., 2020; Segnestam et al., under utgivning). Detta kan tolkas som att det finns en efterfrågan och behov av ökad kunskap, erfarenhet, modeller och verktyg för hur vård- och omsorgspersonal kan vidareutveckla patienters delaktighet för att samskapa förbättringsarbeten.

Denna uppsats har sin teoretiska utgångspunkt i beskrivningen ovan och undersöker om och hur lokala förbättringsarbeten inom Bräcke diakonis vård- och omsorgsverksamheter kan samskapas. Fokus för uppsatsens förbättringsarbete var att öka samskapandet i genomförandet av lokala förbättringsarbeten. I uppsatsen studeras också framgångsfaktorer och hinder för samskapande med utgångspunkt i deltagande medarbetares upplevelser.

[1] För läsbarhet används hädanefter endast ordet patient, men förbättringsarbetet berör såväl patienter/hälso- och sjukvård som brukare/social omsorg.

Bakgrund

Samskapa då och nu

Idag finns en utbredd rörelse inom välfärden som vill öka samskapandet med medborgarna för att behovsanpassa och höja kvaliteten på välfärdstjänsterna, samtidigt som tillgängliga resurser utnyttjas effektivt (Van Eijk & Steen, 2016; Kjellstöm et al., 2019). För att samskapa en vård- eller omsorgstjänst krävs minst två parter: patient och personal. Båda är medskapare och värdet av tjänsten definieras av patientens upplevelse och det medicinska eller sociala utfallet av insatsen. Utgångspunkten för värdeskapandet är alltid patientens behov (Grönroos & Voima, 2013).

Att samskapa är inget nytt fenomen. Redan på 1970-talet insåg Ellinor Ostrom vikten av att offentlig välfärd hade god kännedom om medborgarnas behov för att kunna erbjuda tjänster som skapar värde (Ostrom, 1978). Hon föreslog att den offentliga förvaltningen borde utöka samarbetet med medborgarna. I en av hennes studier beskrev hon hur polisen tillsammans med medborgarna kunde bidra till att skapa ett tryggare samhälle. Hon menade att invånarna var *co-producers*, samskapare, i det polisiära arbetet genom att kontakta polisen för att rapportera brottsliga aktiviteter eller andra uppgifter som underlättade utredningsarbetet (Ostrom, 1972; 1978).

Jämfört med det svenska språket har engelskan fler begrepp för olika samskapande aktiviteter: co-*planning, co-prioritization, co-managing, co-design, co-delivery, co-creation* och *co-assessment* för att nämna några (Van Eijk & Steen, 2016; Elwyn et al., 2019). Men *co-production* är det övergripande och allmänna begreppet för att beskriva olika aktiviteter och nivåer av samhällsmedborgares delaktighet, alltifrån framförande av politiska idéer, medverkan i utredningar och beslut om allmännyttiga tjänster till praktiskt utförandet av en tjänst (Pestoff et al., 2012; Vennik et al., 2016)

Samskapa inom vård och omsorg, en teoretisk ram

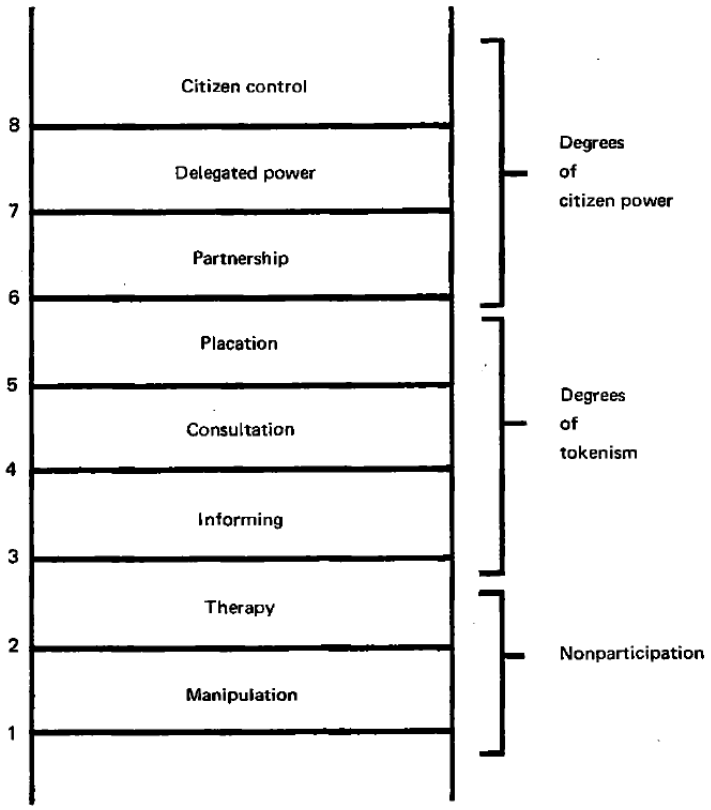
Inom vården används begreppet samskapande alltmer och har bidragit till ökad insikt om fördelarna med att ta till vara patienters erfarenheter för att utveckla och förbättra vården (Elwyn et al., 2019; Bergerum el al., 2020). Samskapande innebär att patienten intar en mer aktiv roll, att personal och patient interagerar med varandra, vilket innebär att professionen behöver dela med sig av makten för att möjliggöra delaktighet och utveckla partnerskap (Armstrong et al., 2013; Batalden et al., 2016; Vennik et al., 2016; Brandsen et al 2018; Farr, 2018; Kjellstöm et al., 2019). När en patient får vara delaktig och styra innehåll och målsättning i en vårdplan, är exempel på hur personal delar med sig makten. Vennik et al. (2016) framhåller till exempel att när patienter deltar i förbättringsarbetet får det större legitimitet i organisationen och personalen får större förståelse för problemens effekter, vilket främjar förbättringsarbetet.

Delaktighet och partnerskap

Inom vård och omsorg är delaktighet ett vanligt förekommande begrepp men till skillnaden från andra branscher är att det också lagstyrt. Patienter har rätt till att påverka sin egen vård och omsorg (Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade [LSS], 1993; Socialtjänstlag [SoL], 2001; Patientlag [PL], 2014; Hälso- och sjukvårdslag [HSL], 2017). Eftersom delaktighet är ett mångfacetterat begrepp, kan det skapa osäkerhet och försvåra utövandet av delaktighet i realiteten. Delaktighet behöver därför tydliggöras inom sitt specifika sammanhang. (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2017; Vårdanalys, 2017; Nilsson et al., 2019). Socialstyrelsen (2020) definierar delaktighet som något som sker när individen ges möjligheter att själv påverka beslut och planering av sin egen vård. Utifrån ett patientperspektiv betonar Eldh (2009) att delaktighet måste utgå från patientens egna förutsättningar och preferenser och att delaktighet måste baseras på ömsesidig respekt och utbyte av kunskaper och erfarenheter. Patienter vill bli bemötta som ansvarsfulla personer med kapacitet att ta eget ansvar över sin situation (SBU, 2017; Nilsson et al., 2019).

Sherry Arnstein (1969, s. 217) som forskade inom samhällsplanering, definierar begreppet delaktighet utifrån åtta olika steg som hon kallar för *Ladder of citizen participation,* delaktighetstrappa. Stegen i

denna trappa har en nära koppling till maktförhållanden (Figur 1). Om medborgarna inte har någon makt förekommer heller ingen delaktighet. Först på sjätte steget är makten mer organiserad och jämnt fördelad mellan parterna och först då finns det möjligheter till inflytande, delat beslutsfattande och partnerskap.



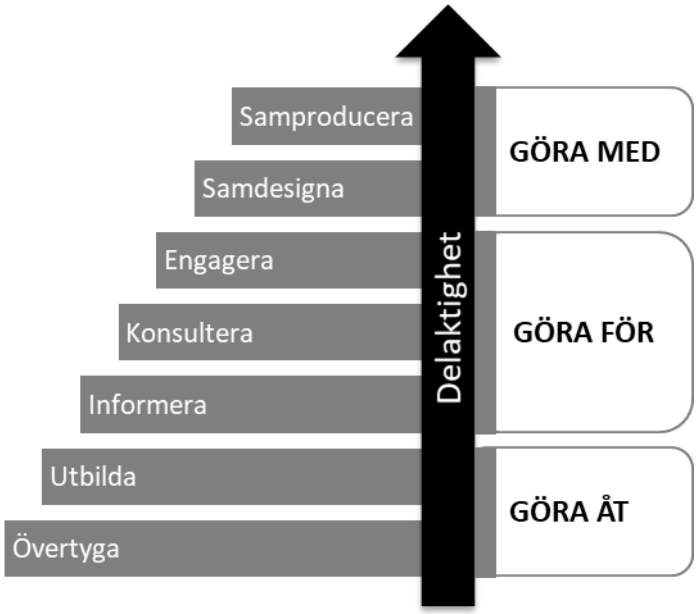
Figur 1. Ladder of citizen participation. Arnstein (1969, s. 217).

Samskapa på olika systemnivåer

Ett sätt att utveckla begreppet ytterligare, är att skilja på olika samskapande aktiviteter, utifrån olika organisations- eller samhällsnivåer: makro-, meso- och mikrosystem (Nelson et al., 2007; Vennik et al., 2016). När samskapande sker på makrosystemnivå bidrar patienter med utvecklandet av välfärdstjänster på nationell, regional eller kommunal nivå. Ett exempel är utvecklandet av ”min vårdplan i cancervården” (Sveriges regioner och kommuner [SKR], 2020). På mesonivå kan det innebära att det finns patientrepresentanter med i en styrelse för en organisation eller för ett sjukhus. När brukare är delaktiga i att besluta om innehållet i sin egen genomförandeplan är det samskapande på mikrosystemnivå. Denna uppsats har både ett meso- och ett mikrosystemfokus. Ett organiserat stöd på mesonivå togs fram som riktade sig till medarbetare med syftet att åstadkomma mer samskapande i sitt mikrosystem.

Delaktighetstrappan

The National Co-production Advisory Group (2016) har ytterligare förenklat begreppet delaktighet och samskapande genom modellen ”*the ladder of co-production*”. I figur 2 visas den fritt översatt i en svensk version och författaren har valt att översätta den till delaktighetstrappan.



Figur 2. Delaktighetstrappan. Inspirerad av The ladder of co-production (National Co-production Advisory Group UK, 2016) och Kjellström (2020).

Delaktighetstrappan beskrivs i sju steg och tre områden:

- I stegen Övertyga och Utbilda beskrivs en passiv patient, vars åsikter varken beaktas eller anses viktiga. Det är en envägskommunikation och inget ömsesidigt informationsutbyte förekommer. Dessa båda steg sammanfattas som att *Göra åt,* där varken dialog eller delaktighet förekommer.
- Att *Göra för* innefattar stegen Informera, Konsultera och Engagera. Det innebär att patienten får en mer anpassad information om exempelvis vad som orsakar ett symtom eller vilka behandlande beslut som fattas. Konsultation betyder här att patienters synpunkter efterfrågas t.ex. via enkäter eller vid olika möten, men fortfarande har de ingen makt eller förmåga att direkt påverka. Engagera innebär att patienter tillåts att påverka beslut och har fler möjligheter att uttrycka sina synpunkter och behov.
- Att *Göra med* inbegriper både samdesigna (*co-design*) och samproducera (*co-produce*). Med samdesign avses att patienten har inflytande i utformningen av en tjänst, exempelvis vilka behov av förberedelse patienten behöver inför en undersökning eller ett möte. Vid samproduktion är relationen och makten jämställd mellan patient och personal, båda parter planerar, utformar och leder vård- och omsorgstjänster tillsammans (National Co-production Advisory Group i England, 2016).

Samskapande inom vård och omsorg, några empiriska exempel

För att förbättra patienters inflytande och utveckla samskapandet finns idag flera nationella initiativ:

- *Personcentrerad vård* eftersträvar ett partnerskap mellan patient och profession för att anpassa och samskapa den individuella vården efter patientens behov (Centrum för personcentrerad vård, 2020).
- *Samordnad individuell plan* (SIP) syftar till att tillsammans med den enskilde strukturera och tydliggöra ansvar och roller för personer som har behov insatser från flera huvudmän, som hälso-och sjukvården och socialtjänst (SoL, 2001; HSL, 2017).

- *Patientkontrakt* är en ansats till en ömsesidig överenskommelse mellan patient och profession, för att stärka partnerskapet och samskapa vården utifrån patientens behov (Bräcke diakoni, 2019; SKR, 2020).
- *Min vårdplan i cancervården* möjliggör också ökad delaktighet för patienter och närstående att inta en mer aktiv och ansvarsfull roll (Regionala Cancer Centrum [RCC] i samverkan, 2020).

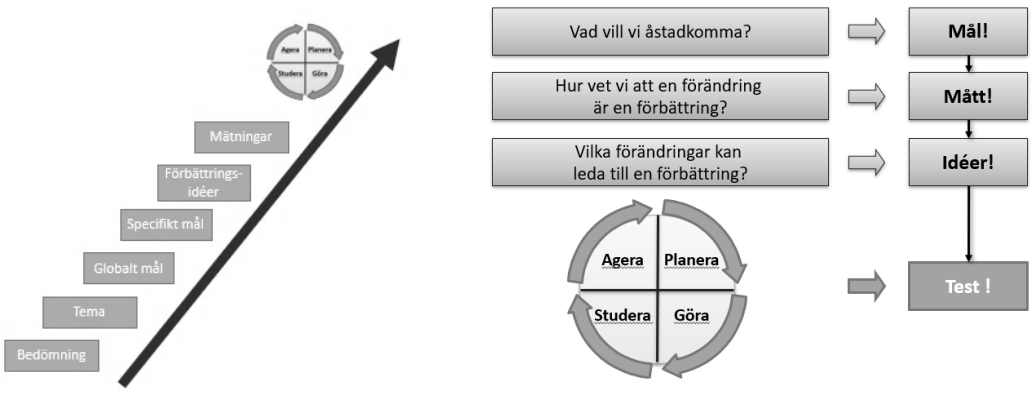
Trots goda initiativ, utredningar, stödjande lagstiftning och professionens välvilliga inställning till samskapande och stärkt patientinflytande visar flera utredningar att patienters ställning, delaktighet och möjligheter till samskapande inte har förbättrats (Andersson & Olheden, 2012; Rapport från riksdagen [RFR], 5:18, 2017; Vårdanalys, 2017; Sandvin Olsson et al.,2020).

Att politiker, myndigheter, beslutsfattare och vård- och omsorgspersonal delar med sig av makten till patienter är en avgörande faktor för att öka patienters egenmakt (empowerment), engagemang, delaktighet och för att få till stånd samskapande (Kjellstöm et al. 2019). Utifrån ett historiskt perspektiv, där patienten uppfattades som passiv mottagare av välfärdstjänster, innebär denna förändring ett paradigmskifte som medför både en förändrad maktbalans och förändrade värderingar med nya beteenden och nya arbetssätt. Detta kan vara en av orsakerna till att det fortfarande kvarstår ett gap mellan teori och praktik.

Förbättringskunskap

Batalden & Stoltz (1993) framhåller att om en verksamhet ska uppnå kontinuerliga förbättringar krävs specifik förbättringskunskap. De menar att den ämneskunskap, värderingar och erfarenheter som olika professioner innehar oavsett organisationsnivå, inte är tillräcklig. Den professionella kunskapen behöver integreras med förbättringskunskap enligt Demings (1994) *System for profound knowledge*. Den består av fyra olika delar; förståelse för organisationen och dess olika system, förståelse för de variationer som uppstår, förståelse för arbets- och förändringspsykologi samt förmågan att bygga kunskapsteori genom att skapa lärande utifrån förbättringsarbetets processer och resultat.

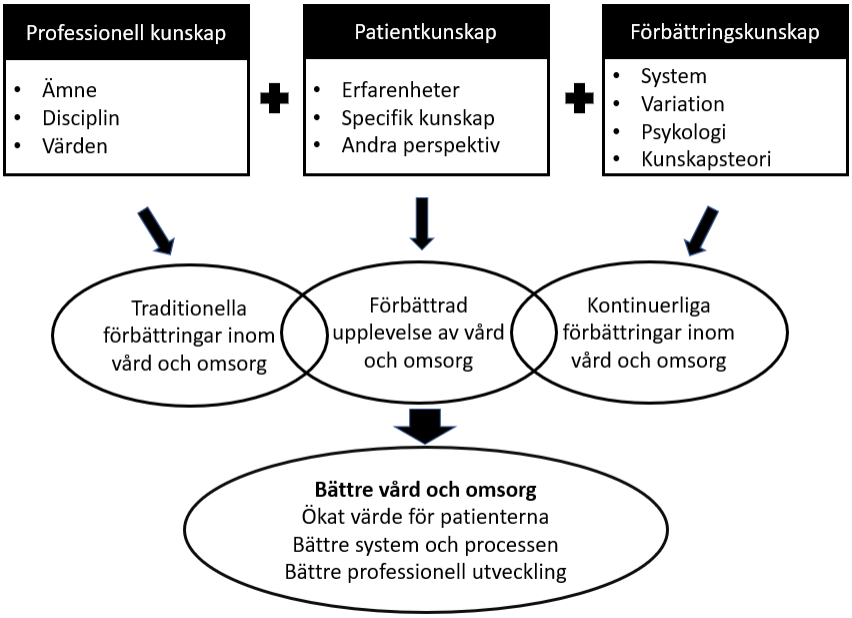
Batalden och Davidoff (2007) påpekar att all förbättring innebär förändring, men alla förändringar leder inte till förbättringar. Nelson et al. (2007) förbättringsramp och Nolans förbättringsmodell stödjer ett systematiskt genomförande av förbättringsarbete (Figur 3). Systemförståelse av mikrosystemet skapas genom att kartlägga nuläge och problem. Utifrån förbättringsmodellens tre frågor tas mål, mått och förbättringsidéer fram. Förändringarna testas sedan systematiskt med upprepande cykler enligt PGSA som utgörs av fyra steg: Planera, Göra, Studera och Agera (Figur 3) (Langley et al., 2009).



Figur 3. Förbättringsramp och förbättringsmodell efter Nelson et al. (2007) och Langley et al. (2009).

Både Bergman och Klefsjö (2007) och Nelson et al. (2007) framhåller att kvaliteten av vård- och omsorgstjänster definieras av patienten i mikrosystemet och det medicinska eller sociala utfallet av insatsen. Därför är kvalitet och förbättringar också ett relativt begrepp. Det är i mikrosystemet som värdet för patienten skapas. För att lyckas förbättra vården och omsorgen utifrån flera perspektiv menar

Bergman och Klefsjö (2007) och Marshall et al. (2013) att förbättringsarbetet behöver integreras hos fler än bara professionerna inom vård och omsorg, en samverkan med patienter och närstående i mikrosystemet är också nödvändig. Om fler parter och kunskapsområden involveras i förändringsarbetet kan också fler resultat påverkas, en förbättring kan innebära både bättre resultat och ett ökat värde för patienten, samtidigt som system, processer och den professionella utvecklingen förbättras (Figur 4).



Figur 4. Tre kunskapsområden för bättre vård och omsorg. Utvecklad efter Batalden och Stoltz (1993), Batalden och Davidoff (2007).

I motsats till vad modellerna signalerar är förändringsprocessen sällan enkla linjära processer. Ofta innehåller de också inslag av kulturella och organisatoriska frågor, som också behöver hanteras (Reed & Card, 2015). Grol et al. (2002) beskriver svårigheterna att genera trovärdig evidens för orsakssambanden mellan förändringar och utfall. Därför behöver förbättringsvetenskapen ha en tvärvetenskaplig ansats och kompletteras med till exempel kvalitativa studier för att få fördjupad förståelse av förändringsprocessens effekter. Tillsammans med andra discipliner främjar förbättringsvetenskapen ett praktiskt och lokalt lärande och med stöd av andra forskningsmetoder kan även generaliserbar kunskap genereras (Marshall et al., 2013).

Förbättringsarbete inom Bräcke diakoni

Bräcke diakoni

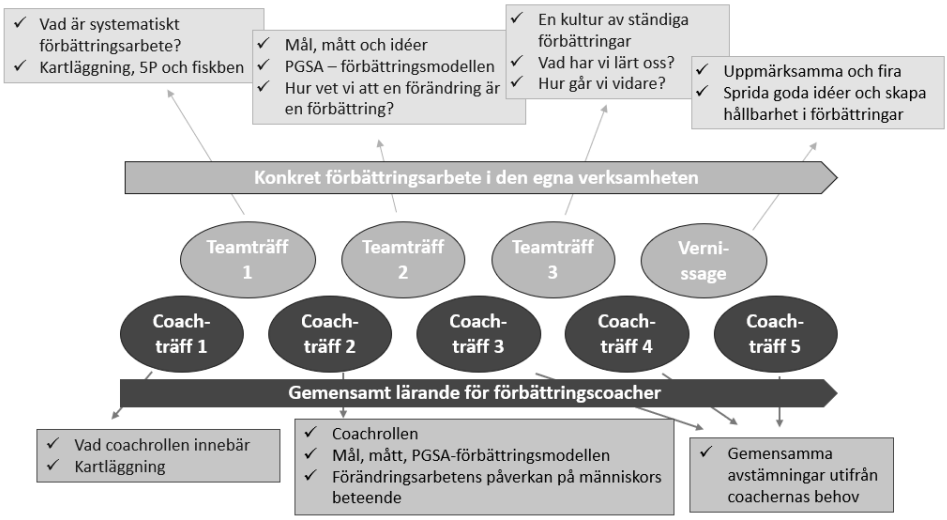
Stiftelsen Bräcke diakoni är en av Sveriges största icke-vinstdrivande välfärdsorganisationer och grundades 1923 i Göteborg. Organisationen har ungefär 1100 anställda med 40 olika vård- och omsorgsverksamheter. Verksamheterna drivs i huvudsakligen på uppdrag av regioner och kommuner och är belägna i 18 olika orter i Sverige. Verksamheterna har framförallt en inriktning mot äldreomsorg, palliativ vård, primärvård, rehabilitering, habilitering eller stöd för personer med funktionsnedsättning (Bräcke diakoni, 2020).

Förbättringskraft

För att skapa förutsättningar för Bräcke diakonis medarbetare att bedriva systematiskt och kontinuerligt förbättringsarbete i verksamheterna erbjuds sedan flera år ett kompetensutvecklingsprogram i systematiskt förbättringsarbete: Förbättringskraft. Detta program riktar in sig på verkliga behov i verksamheternas mikrosystem. Programmet utgår från *Dartmouth Microsystem Improvement Curriculum* (Nelson et al., 2007) och erbjuds alla medarbetare en till två gånger per år. Programmet främjar både praktiskt och lokalt lärande eftersom deltagarna lär sig förbättringskunskap parallellt som de också stegvis genomför ett förbättringsarbete i verksamheten. Det är åtta olika förbättringsmoment som

deltagarna undervisas i och som de sedan praktiskt får genomföra; 5P, orsak-verkandiagram, identifiering av förbättringsområde, ta fram mål, mått och förbättringsidéer, PGSA samt dokumentation av förbättringsarbetet i en poster.

Varje team består av tre till sex personer där en av personerna utses till förbättringscoach och erhåller separat coachutbildning, för att kunna leda genomförandet av förbättringsarbetet i sin verksamhet (Figur 5). Alla teamträffar och de två första coachträffarna är i regel fysiska heldagsmöten. Övriga träffar och avstämningar sker digitalt.



Figur 5. Schematisk bild av kompetensutvecklingsprogrammet i systematiskt förbättringsarbete, Förbättringskraft. Struktur och innehåll i programmet är inspirerat efter Dartmouth Microsystem Improvement Curriculum efter Nelson et al. (2007).

Rationale

Samskapande vård och omsorg är ett prioriterat område för Bräcke diakoni både utifrån vad ovanstående forskning visar men även i organisationens vision och värdegrund beskrivs vikten av att tillsammans möta behoven och förbättra bristerna (Bräcke diakoni, 2020). Under våren 2019 genomfördes därför en intern enkätundersökning om samskapande som riktades till chefer och projektledare. Frågorna handlade främst om attityder till samskapande samt förekomst av och nöjdhet med samskapande. I analysen av enkätresultatet framträdde ett gap mellan respondenternas positiva inställning till samskapande (86 procent) i förhållande till att samskapande i realiteten bara genomfördes i viss grad (25 procent). Trots att resultatet visade på en positiv inställning till att samskapa och en vilja att förbättra och öka förekomsten av samskapande i verksamheterna fanns det samtidigt svårigheter att få till stånd samskapande i praktiken (Segnestam et al., under utgivning). Både Bergerum et al. (2020) och Sandvin Olsson et al. (2020) forskning bekräftar enkätresultatet att det finns en positiv vilja till att involvera patienter men samtidigt menar de att det är både utmanande och fortfarande ovanligt med patienters inflytande i förbättringsarbeten. Därför uppfattades det som relevant att undersöka, vad som kan göras på organisationsnivå för att öka samskapandeprocesser bland personal som aktivt vill arbeta med förbättringar. Detta tillsammans med organisationens väl förankrade kompetensutvecklingsprogram i förbättringskunskap låg till grund för uppstarten av detta förbättringsarbete.

Syften

Förbättringsarbetets syfte

Syftet var att, genom en anpassning av utvecklingsprogrammet Förbättringskraft, bidra till ökat samskapande i de förbättringsarbeten som teamen genomför under programmet.

Specifikt mål

SMART mål: De team som deltog i andra omgången av Förbättringskraft, ska ha samskapat i minst sju av nio förbättringsmoment[2] på en ambitionsnivå som motsvarar minst fyra på en sex gradig delaktighetskala (figur 9).

Studiens syfte

Syftet med studien var att utifrån deltagarnas erfarenheter identifiera faktorer som främjar och hindrar samskapande i mikrosystemet och hur ett anpassat utvecklingsprogram som Förbättringskraft kan möta upp det.

Frågeställningar

- Vilka förklaringar till att samskapande sker eller inte sker lyfter deltagarna själva fram när de beskriver sitt Förbättringskraftsarbete?
- I vilken utsträckning kan dessa förklaringar knytas till kompetensutvecklingsprogrammet, och i vilken utsträckning handlar det om andra, mer generella, förklaringar?

[2] 5P, orsak-verkandiagram, identifiering av förbättringsområde, mål, mått, förändringsidé, PGSA, dokumentera poster och helhetsuppfattning av förbättringsarbetet (Nelson et al., 2007).

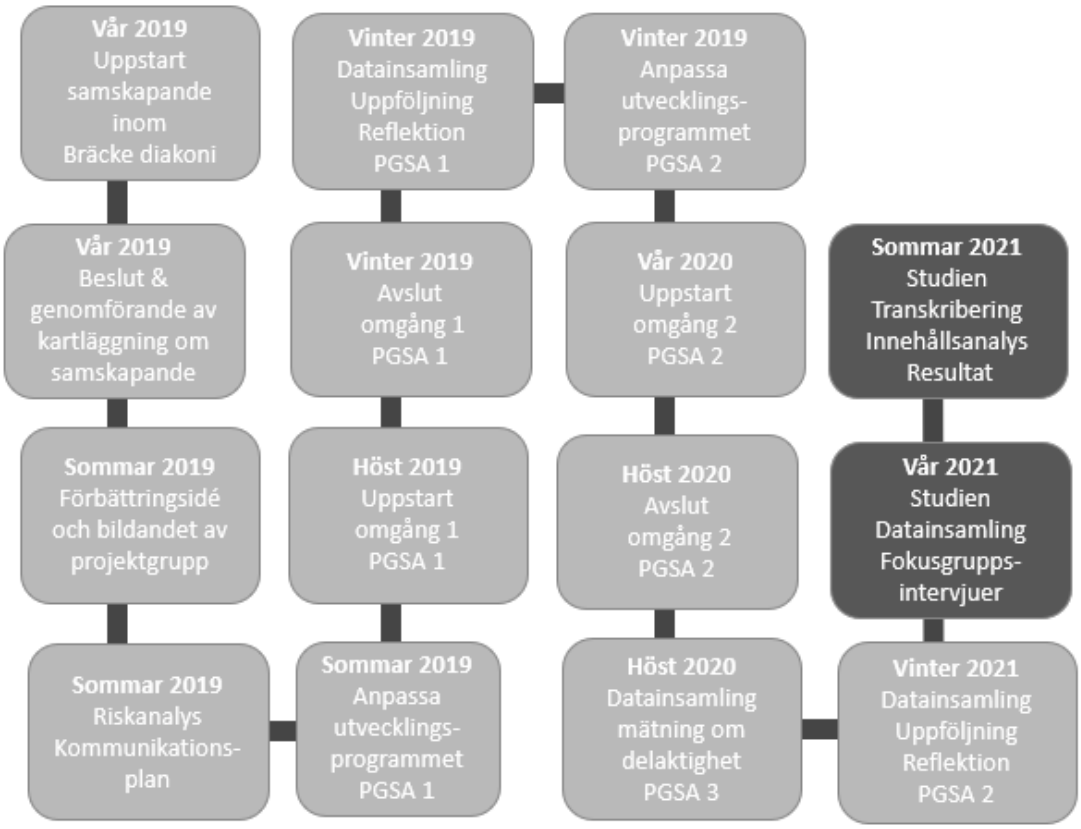
Metod och material

Metodavsnittet består av fyra delar: kontext och tidslinje, förbättringsarbetets metod, studiens metod och slutligen etiska överväganden.

Förbättringsarbetets och studiens kontext och tidslinje

Författarens och projektgruppens roll
Författaren har innehaft flera roller både som projektledare och programledare för förbättringsarbetet samt ansvarig för studiens design, inhämtande och analys av forskningsdata. Sedan 2015 har författaren arbetat som medicinskt ansvarig sjuksköterska, där en del av uppdraget har varit inriktat mot verksamhetsutveckling. Ett av verksamhetsutvecklingsuppdragen har varit att tillsammans med andra programledare leda kompetensutvecklingsprogrammet Förbättringskraft. Under våren 2019 bestod projektgruppen för förbättringsarbetet av tre personer. När förbättringsidén började ta form utökades gruppen med två personer som var verksamhetsutvecklare inom organisationen med tidigare erfarenhet av att leda kompetensutvecklingsprogram i systematiskt förbättringsarbete. Projektgruppen har under perioden 2019 till 2021 träffats i olika konstellationer utifrån olika uppdrag.

Författaren och ytterligare två personer från projektgruppen ansvarade för planering, genomförande och analys av enkätundersökningen om samskapande inom organisations verksamheter. Därefter beslutade hela projektgruppen att genomföra en anpassning av Förbättringskraft. Den första anpassade programomgången leddes av författaren tillsammans med annan person ur projektgruppen under hösten 2019. Under programmets gång träffades programledarna regelbundet för att planera, följa upp och utvärdera utbildningstillfällena. Delar av planering, uppföljning och utvärdering genomfördes tillsammans med teamen. Efter avslutad programomgång sammankallades hela projektgruppen igen och genomförde en gemensam reflekterande dialog utifrån tillgänglig dokumentation, deltagarutvärderingar och erfarenheter. Utifrån dialogen genomförde projektgruppen ytterligare anpassningar av programmet inför en ny start 2020. Författaren och två ytterligare en programledare från projektgruppen ledde den andra omgången. Under programmets gång hade dessa tre personer precis som tidigare regelbundna avstämningar med planeringar och uppföljningar. Efter avslutad programomgång sammankallades hela projektgruppen igen för en reflekterande dialog. Figur 6 visar en tidslinje av kartläggning, genomförande av förbättringsarbetet och studien av förbättringsarbetet.



Figur 6. Förbättringsarbetet och studiens kronologiska upplägg. Från våren 2019 till sommaren 2021. De ljusgråa rutorna representerar förbättringsarbetet och de mörkgråa rutorna representerar den vetenskapliga studien.

Deltagande team i förbättringsarbetet och studien

I det anpassade kompetensutvecklingsprogrammet under första och andra omgången medverkade sammanlagt sju team med tre till sex deltagare i varje team. Två team kom från samma verksamhet, ett team som bestod av tre personer från tre olika verksamheter och de övriga fyra teamen kom från fyra andra verksamheter inom organisationen. Verksamheterna har olika inriktningar och är belägna på olika platser av Sverige. Inom ramen för utvecklingsprogrammet genomförde teamen förbättringsarbeten i sina respektive verksamheter. Ett team har haft en brukare som teammedlem.

De tre team som deltog under 2020 tillfrågades också om att delta i studiens fokusgruppsintervjuer.

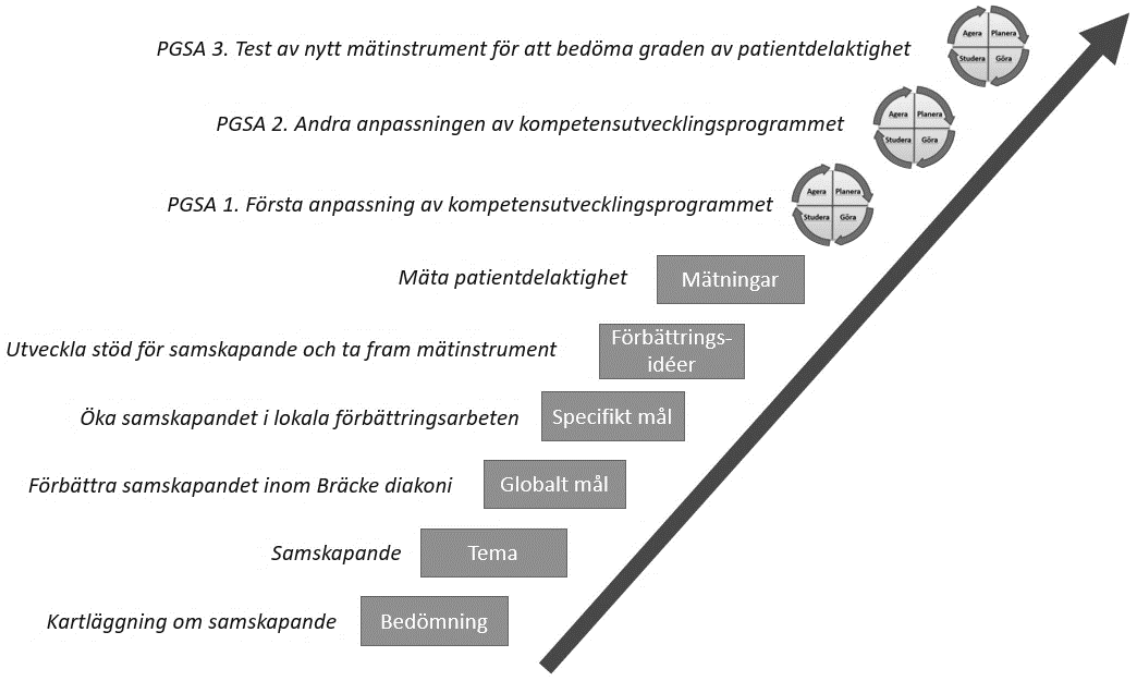
Nedanstående beskrivning av deltagande teams mikrosystem har inspirerats av modellen 5P. Denna modell syftar till att skapa en gemensam systemförståelse genom att fördjupa kunskapen om det kliniska mikrosystemet med hjälp av frågeställningar inom fem områden; *Purpose, Patient, Professionells, Processes* och *Patterns* (Nelson et al., 2007). Det femte P, *patterns*, valdes bort i nedanstående presentation och ersattes istället med en beskrivning av varje teams förbättringsområde för att förtydliga deras lokala förbättringsarbeten (Tabell 1).

Tabell 1. Presentation av de sju team som deltog i det anpassade utvecklingsprogrammet. Uppdelningen inspirerad av 5P (Nelson et al., 2007).

Omgång	Verksamhet och Deltagande team	Syfte med verksamheten	Patienter	Processer	Teamets förbättringsområde
2020	Daglig verksamhet inom LSS (SFS 1993:387). Teamet bestod av fyra aktivitetshandledare, en aktivitetssamordnare och en brukare.	Meningsfull och individuellt anpassad sysselsättning	Personer med intellektuell funktionsnedsättning	Genom stöd och meningsfull sysselsättning öka livskvaliteten samt delaktigheten i samhället för personer med intellektuella funktionsnedsättningar	Öka brukarnas delaktighet i deltagarråden
2020	Rehabiliteringscenter inom HSL och SoL, (SFS 2017:30; SFS 2001:453). Teamet bestod av fyra sjukgymnaster.	Neurologisk slutenvårdsrehabilitering	Personer som har en neurologisk diagnos eller en förvärvad hjärnskada	Erbjuder individuella och gruppträningsprogram utifrån individuella förutsättningar och person-centrerade målsättningar	Förbättra kvaliteten i konditionsgruppen
2020	Rehabiliteringscenter Inom HSL och SoL (SFS 2017:30; SFS 2001:453). Teamet bestod av fyra arbetsterapeuter.	Neurologisk slutenvårdsrehabilitering	Personer som har en neurologisk diagnos eller en förvärvad hjärnskada	Erbjuder individuella och grupptränings-program utifrån individuella förutsättningar och personcentrerade målsättningar	Testa en gruppverk-samhetsmetod (istället för individuella insatser) för att lära deltagarna att spara energi i vardagen
2019	Rehabiliteringscenter uppdrag inom HSL (SFS 2017:30) Teamet bestod av två sjuksköterskor, en läkare och en verksamhetschef.	Cancerrehabilitering	Personer med genomgången cancer-behandling	Erbjuder individuella och grupptränings-program utifrån individuella förutsättningar och personcentrerade målsättningar	Förbättra inskrivningsprocessen av patienter
2019	Tre vårdcentraler med uppdrag inom HSL (SFS 2017:30) Teamet bestod av två terapeuter och en psykolog.	Poliklinisk allmän-medicinska hälso-och sjukvård inom rehabilitering, psykosociala insatser och hälso-främjande och sjukdomsförebyggande insatser	Personer med behov av allmänmedicinska insatser	Erbjuda både mottagningsbesök och telefon-rådgivning	Förbättrad tillgängligheten för patienter med psykisk ohälsa
2019	Psykiatriskt rehabiliteringsboende, uppdrag inom SoL (SFS 2001:453). Teamet bestod av tre boendepedagoger.	Korttidsboende med rehabiliterings-inriktning	Unga vuxna mellan 18–35 år, med psykiska funktionshinder	Delta i olika boende-rehabiliteringsprocesser utifrån individuella målsättningar	Förbättra brukarnas delaktighet vid studiebesök med syfte att skapa motivation till boende-rehabilitering
2019	Elevhemmet och habiliteringen vid riksgymnasiet, uppdrag inom LSS och HSL (SFS 1993:387 & SFS 2017:30) Teamet bestod av två habiliteringsassistenter och en logoped.	Stärka och stödja ungdomar i sitt dagliga liv.	Gymnasieelever med olika fysiska och intellektuella funktionsnedsättningar	Individuellt och i grupp stärka och stödja gymnasieungdomarna utifrån deras personliga behov	Öka attraktion av torsdagsgruppen (fritidsgrupp som erbjuder olika aktiviteter)

Metod för förbättringsarbetet

Förbättringskunskapens teorier, metoder och verktyg låg till grund för planering och utförande av förbättringsarbetet. För att strukturera upp genomförandet av förbättringsarbetets olika faser användes förbättringsrampen (Figur 7) (Nelson et al., 2007). Utifrån kartläggningens resultat utformades en förbättringsidé, som innebar att på mesonivå utveckla ett samskapandestöd för genomförande lokala förbättringsarbeten i verksamheterna. Idén var att stegvis anpassa kompetensutvecklingsprogrammet, Förbättringskraft, och undersöka om de kunde främja samskapandet i mikrosystemet. Nolans förbättringsmodell användes för att systematiskt följa upp och ta reda på vad förändringarna resulterade i (Langley et al., 2009). I de första två PGSA hjulen testades en anpassning av kompetensutvecklingsprogrammet. Det tredje PGSA hjulet omfattade två delar i förbättringsarbetet; både framtagandet och testandet av ett nytt mätinstrument för att bedöma graden av delaktighet (PGSA 3) samtidigt fungerade delaktighetsmätningen som mått och utvärdering av PGSA-hjulen 1 och 2.



Figur 7. Förbättringsarbetets design. Efter Nelson et al. (2007).

Förbättringsarbetets fokus har varit att anpassa ett kompetensutvecklingsprogram för att åstadkomma mer samskapande i genomförandet av lokala förbättringsarbeten i organisationens verksamheter. Detta har genomförts genom systematisk användning av PGSA-hjulen och med stöd av Ellströms (2008) modell för utvecklandet ny kunskap.

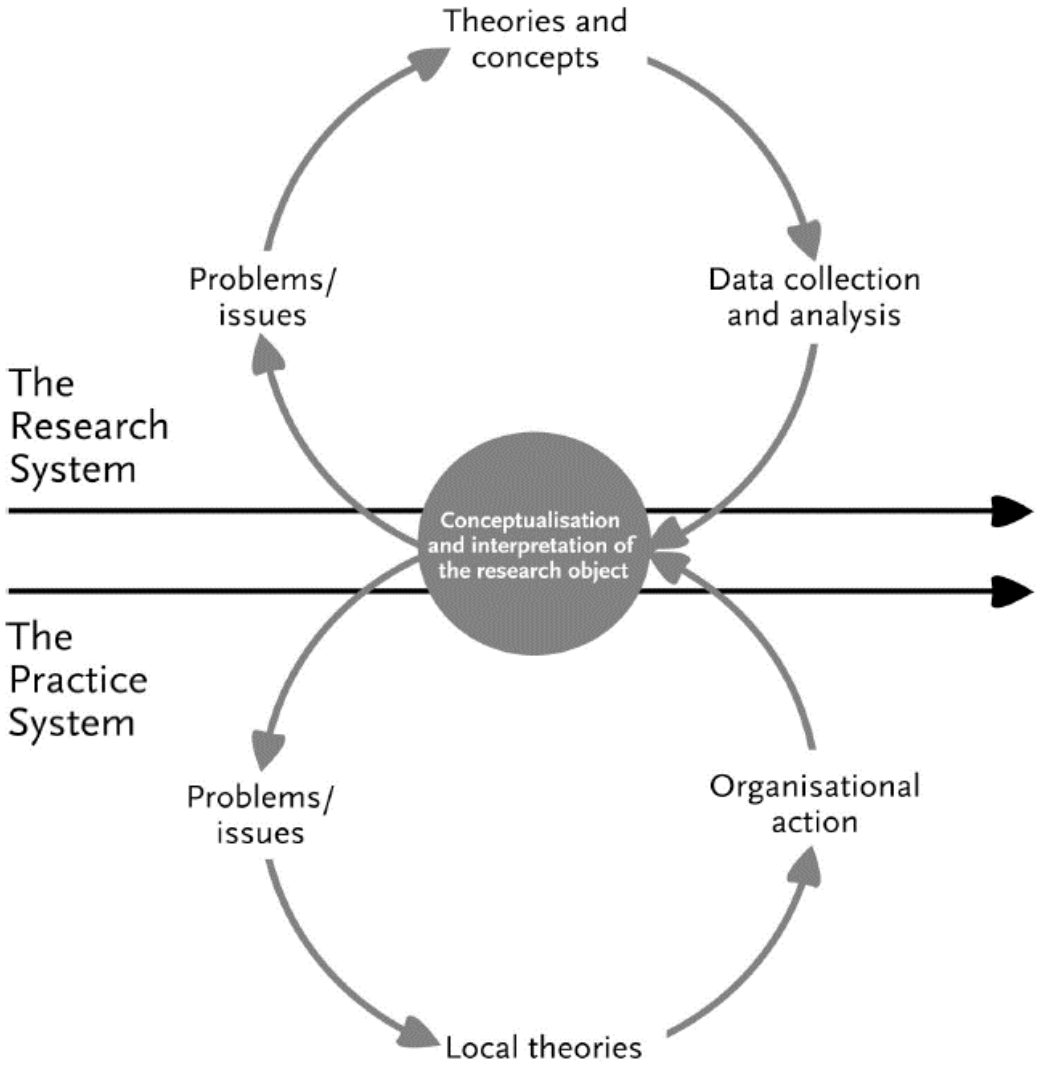
Två anpassade kompetensutvecklingsprogram har genomförts, första omgången under hösten 2019 (PGSA 1) och den andra omgången under våren och hösten 2020 (PGSA 2). Arbetet har genomförts enligt agil projektledning som har karaktäriserats av anpassningsbara arbetssätt (Gustavsson, 2016; Tonnquist, 2018). I författarens roll som både programledare och projektledare har det varit nödvändigt att kontinuerligt anpassa förbättringsarbetet och arbetssätten utifrån verksamheternas kontext och deltagarnas olika förmågor för att främja samskapande i genomförandet av deras lokala förbättringskraftsarbeten.

Datainsamling, mätning och urval

I december 2019, efter att den första programomgången var avslutad, sammankallades projektgruppen för en reflekterande dialog för att studera och analysera resultatet utifrån tillgänglig dokumentation, deltagarutvärderingar tillsammans med erfarenheter från tidigare program. En av personerna i projektgruppen ledde dialogen som var inspirerad av Ellströms (2008) kunskapsskapande modell. Förenklat

innebar detta en integrering och samverkan mellan teoretisk kunskap och praktiska organisatoriska erfarenheter som sedan knöts ihop till ett gemensamt lärande (Figur 8). Modellen visar två cykliska system som interagerar med varandra. Den ena cykeln bestod av praktiska erfarenheter, utvärderingar, behov och frågor om samskapande och förbättringsarbete som dykt upp under fösta programomgången. Den andra cykeln bestod i att systematisera och teoretisera materialet och knyta ihop det med teorier om förbättringskunskap och samskapande. Detta resulterade i nya tillägg av anpassningar i andra programomgången (Ellström, 2008).

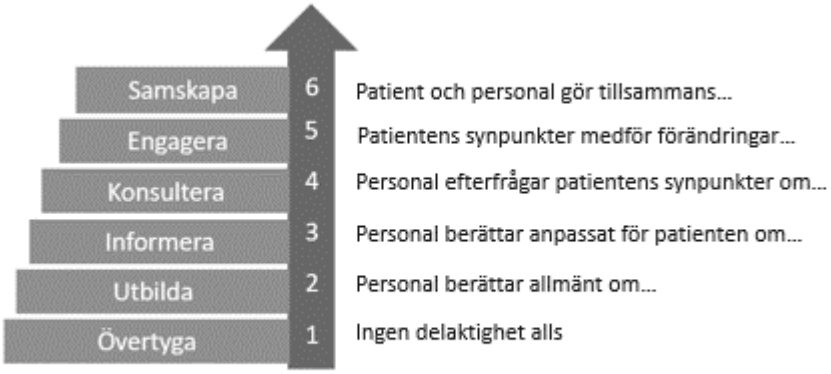
Ellström (2008) menar att om dialogen och lärandet kontinuerligt växlar mellan praktiska och teoretiska kunskaper förbättras kompetensen hos involverade parter. Efter andra programomgången fanns ett behov av att åter igen få reflektera och kritiskt analysera resultaten och erfarenheterna. I januari 2021 upprepade projektgruppen dialogen.



Figur 8. En kunskapskapande modell som integrerar teoretisk kunskap och praktiska organisatoriska erfarenheter. Av Ellström, (2008, s. 5).

För att mäta om förbättringsidén åstadkommit mer samskapande, utformades och testades ett nytt mätinstrument i form av en digital enkät i Microsofts forms (PGSA 3). För att skatta graden av delaktighet i förbättringsarbetet modifierades delaktighetstrappan (Figur 2) som låg till grund för utformandet av

en sexgradig delaktighetsskala (Figur 9). De två sista stegen i delaktighetstrappan, samdesigna och samproducera slogs ihop till ett steg eftersom det var pedagogiskt svårt att förklara gradskillnaderna mellan dessa två steg. Enkäten bestod av nio frågor, åtta av frågorna utgick ifrån de åtta förbättringsmoment som deltagande team praktiskt arbetade med i sitt lokala förbättringsarbete, dessa moment är inspirerade av faserna i Nelsons et als. (2007) förbättringsramp: genomförandet av 5P (1), identifiering av förbättringsområde (2), användandet av orsak-verkandiagram (3), framtagandet av mål (4), mått (5) och förbättringsidéer (6), genomförandet av PGSA (7) samt dokumentationen av förbättringsarbetet (8). I varje fråga bedömdes delaktighetsgrad för respektive förbättringsmoment utifrån den sexgradiga delaktighetsskalan (National Co-production Advisory Group UK, 2016). I den nionde frågan bedömdes patienternas delaktighet utifrån en helhetsuppfattning baserat på alla momenten i genomförandet av förbättringsarbetet (Bilaga 1).



Figur 9. Sexgradiga delaktighetsskala. Mäter teamens uppfattning om och hur patienten varit delaktiga i förbättringsarbetets olika moment. Skalan är inspirerad av The ladder of co-production (National Co-production Advisory Group UK, 2016).

Skalan användes som mätinstrument för båda programomgångarna (PGSA 1 och 2). Varje team (n=26) tillfrågades att besvara enkäten gemensamt. Alla sju team (n=22) som deltog i första och andra programomgången besvarade enkäten. Det insamlade datamaterialet analyseras både utifrån vad varje team hade svarat samt utifrån medianvärdet av de skattade värdena per omgång och moment för att se om de gav ytterligare perspektiv av resultattolkningen (Provost & Murray, 2011).

För att studera och utvärdera det nya mätinstrumentet mer ingående följdes det också upp som ett eget PGSA-hjul (PGSA 3).

Metod för studien

Design

Upplägget kan beskrivas som sekventiell design därför att datamaterialet samlades in och analyserades i två steg: först användes samma enkät med kvantifierbara mått som i förbättringsarbetet. Därefter genomfördes fokusgruppsintervjuer med varje grupp/förbättringsteam i andra omgången, de fick ta del av både sina enkätresultat samt alla tre teams gemensamma enkätresultatet under andra omgången. Intervjuguiden som användes i fokusgruppsintervjuerna utgick delvis ifrån de kvantifierbara enkätresultaten och i analysen granskades och jämfördes det kvalitativa intervjumaterialet tillsammans med det kvantitativa mätresultatet för att söka bättre förståelse för utfallet av både mätningar och deltagarnas erfarenheter. Därmed kan studiens upplägg också beskrivas som en mixad metod eftersom både kvantitativa och kvalitativa metoder integrerades med varandra (Bryman, 2018). Syftet var att samverka med deltagarna som hade svarat på enkäten och be dem förklara och tolka mätresultaten och söka förståelse för vilka faktorer som främjade respektive hindrade samskapande arbetsformer i

förbättringsarbete. Detta medförde att även denna del av metoden blev mer av att *Göra med* i enlighet med delaktighetstrappan till skillnad om författarens ensam hade tolkat mätresultaten.

Portela et al. (2015) menar att användandet av en mixad metod kan bidra till både kunskapsutveckling och ett pålitligare förbättringsresultat. Målet var att dra nytta av båda metodernas styrkor och minimera deras respektive svagheter (Bryman,2018; Johnson & Onwuegbuzie, 2004). En abduktiv ansats har använts för att få en teoretisk förståelse för teamdeltagarnas uppfattningar och erfarenheter om faktorers olika sammanhang och hur de påverkade samskapandeprocessen. Detta har inneburit en kontinuerlig pendling mellan förståelse för de vetenskapliga teorierna och samtidigt inkludera teamdeltagarnas erfarenheter och uppfattningar (Blom et al., 2011; Bryman, 2018). En förbättrad förståelse för vilka faktorer som främjar respektive hindrar samskapande kan bidra till ökad kunskap om vilket stöd medarbetare behöver för att lyckas involvera patienter i framtida förbättringsarbeten.

Urval och rekrytering av deltagare

Utifrån studiens syfte och forskningsfrågor var det ändamålsenligt att intervjua de tre team som deltagit under andra omgången (PGSA 2). Fler anpassningar av programmet hade genomförts under andra omgången jämfört med första omgången (PGSA 1). Teamen hade dessutom nyligen deltagit i Förbättringskraft och hade detta i färskt minne. Både muntligen och skriftligen informerades alla deltagare i respektive team om syftet och frivilligheten med fokusgruppsintervjun (Bilaga 2). Av 13 personer som deltagit i andra omgången, tackade tio personer ja. Två personer i ett team svarade inte och i ett annat team hade en person avslutat sin tjänst. Skriftligt personligt samtycke samlades in. På grund av sjukdom deltog sammanlagt åtta personer i de tre fokusgruppsintervjuerna som genomfördes av författaren. Varje fokusgrupp bestod av två till tre personer.

Datainsamling

Först genomfördes enkätundersökningen, detta var samma enkätundersökning som utfördes i förbättringsarbetet, där varje team gemensamt bedömde om och hur patienterna hade varit delaktiga i genomförandet av olika förbättringsmoment (Bilaga 1). Därefter samlades det kvalitativa datamaterialet in genom semistrukturerade fokusgruppsintervjuer (Johnson & Onwuegbuzie, 2004). För att öka förståelsen av vilka faktorer som underlättade respektive motverkade samskapande valdes fokusgruppsintervjuer som datainsamlingsmetod (Kvale & Brinkman 2014; Bryman, 2018). Det var naturligt att intervjua alla i teamet samtidigt eftersom de under hela programomgången hade arbetat tillsammans. I enlighet med, Kvale & Brinkman (2014) var inte målet med fokusgruppsintervjuerna att nå ömsesidig förståelse om vilka faktorer som främjade samskapande utan det främsta syftet var att belysa olika uppfattningar utifrån teamens varierande kontexter. En semistrukturerad intervjuguide togs fram (Bilaga 3) innehållande 13 frågor baserade på studiens frågeställningar. Intervjun gav plats för följdfrågor för att fördjupa förståelsen och få fram ytterligare förklaringar och nyanseringar. Fokusgruppsintervjuerna genomfördes synkront online och spelades in via Teams (Bryman, 2018). Varje intervju tog cirka 60 minuter och transkriberades ordagrant.

Dataanalys

Den kvantitativa datan analyserades först separat, enligt beskrivningen i förbättringsarbetets metodavsnitt. Med stöd av det kvantitativa resultatet samlades därefter den kvalitativa datan in och analyserades. En kvalitativ innehållsanalys valdes för att söka bättre förståelse för vad som främjade och hindrade samskapande i genomförande av förbättringsarbete. Metodvalet grundade sig på det begränsade urvalet samt att metoden anses vara både transparent och åskådliggöra variationer och mönster i texter från intervjuer på ett tydligt sätt (Graneheim & Lundman, 2004; Bryman, 2018). Den mixade analysen bestod i att granska och jämföra det kvalitativa intervjumaterialet tillsammans med det kvantitativa mätresultatet för att söka bättre förståelse för utfallet av både mätningar och deltagarnas erfarenheter. Analysprocessen hade också en abduktiv ansats genom att först utgå från empirin för att sedan knyta an till förbättringskunskapens och delaktighetsstegens teoretiska ramverk Bryman, 2018; Solberg & Solberg, 2019). Kodningen utgick ifrån att finna faktorer som påverkade utfallet av samskapande. Analysen genomfördes enligt Graneheim och Lundmans (2004) modell. De transkriberade intervjumaterialet lästes igenom upprepande gånger. Meningsenheter identifierades och kondenserades för att sedan resultera i koder. Dessa koder fogades samman till 16 subkategorier och sju kategorier för att slutligen resultera i tre övergripande teman (Bilaga 4).

Etiska överväganden

Efter genomförd etisk granskning enligt Jönköpings Universitys formulär i samråd med handledare, bedömdes studien inte hantera känsliga personuppgifter eller innehålla andra etiskt känsliga delar.

Inför både enkätundersökningen och intervjuerna informerades deltagarna både muntligen och skriftligen om den övergripande planen och syftet med studien och förbättringsarbetet (Bilaga 2). Datainsamling genomfördes via enkäter och intervjuer och allt deltagandet var frivilligt med möjlighet att avbrytas när som helst utan några som helst risker eller konsekvenser (Belmont rapporten, 1979). Deltagarna fick också vetskap om vem som är ansvarig för studien och att de får återkoppling av studiens resultat under 2021 (SFS 2003:460).

De team som deltagit i förbättringsarbetet och studien går att finna på Bräcke diakonis intranät eftersom deras förbättringsarbeten finns dokumenterade där med datum, namn och verksamhet. På grund av detta och att enkätresultatet inte innehöll känsliga uppgifter togs beslut om att inte utlova konfidentiellitet eller anonymitet. Inkommande enkätresultaten och behandlades dock med största möjliga försiktighet och har redovisats avidentifierat i enlighet med GDPR (2017). Ljud- och textmaterial från intervjuerna har kodats för att inte kunna härleda informationen till någon individ eller grupp. Materialet har förvarats inlåst eller i datorn och då med IT tekniska krav, att obehöriga ej kan ha tillgång till materialet. Redovisning av resultatet har skett på ett sätt, att det inte går att identifiera enskilda individer eller grupper av personer (GDPR, 2017; Sandman & Kjellström, 2018).

Det har funnits en risk för lojalitetskonflikt eftersom programledaren, projektledare och författaren var samma person. Deltagarna kan ha upplevt en tacksamhetsskuld mot programledaren och har eventuellt mot sin vilja ställt upp i att delta i studien (Sandman & Kjellström, 2018). För att minimera denna risk har insamling av data genomförts efter avslutat program. Före genomförandet av studien har deltagarnas chefer också kontaktats och gett sitt muntliga samtycke om medverkande.

Resultat

Resultat av förbättringsarbetet

PGSA 1: pilotomgång, anpassningen av kompetensutvecklingsprogrammet
Planera: I början av sommaren 2019 påbörjades planeringen på mesonivå av hur genomförandet av hur kompetensutvecklingsprogrammet skulle anpassas och hur erbjudandet skulle kommuniceras ut till alla medarbetare och chefer inom organisationen. För att minimera eventuella risker med programanpassningarna, som att försämra teamens förutsättningar att genomföra lokala förbättringsarbeten i mikrosystemet, bibehölls den övergripande strukturen och innehållet i programmet enligt figur 5. Den första anpassningen av Förbättringskraft innebar tillägg av utbildning och reflektion om samskapande arbetsformer. Redan i uppstarten av programmet planerades introduktion av begreppet samskapande med förklaringsmodeller och definition på vad samskapande innebär. Samskapande skulle sedan följa som en röd tråd och återkomma vid varje teamträff samt vid uppföljningar med team, coacher och chefer mellan träffarna. Upprepande reflektionsdialoger med deltagande team planerades för att exemplifiera hur samskapande kan genomföras i olika förbättringsmoment.

Göra: I augusti 2019 var det uppstart för första omgången av det anpassade kompetensutvecklingsprogrammet som leddes av författaren och ytterligare en programledare. Fyra team från sex olika verksamheter deltog (Tabell 1). Programmet avslutades med sedvanlig vernissage som inkluderades i en årligt förekommande kunskapsarena i december 2019.

Studera: Projektgruppen träffades i december efter avslutad programomgång för att gemensamt studera och reflektera över resultaten utifrån tillgänglig dokumentation, utvärderingar och erfarenheter. Flera förbättringsområden identifierades samt nya lärdomar drogs. Hos deltagande teamen fanns det variationer från att vilja samskapa förbättringsarbetet till starkt motstånd att försöka få till stånd samskapande arbetsformer. Programledarna uppfattade också att vissa deltagare ansåg att samskapa förbättringsarbete var komplext och tidsödande. Men när teamen lyckades samskapa förbättringsmoment i sitt mikrosystem bidrog det ofta till nya insikter som påverkade val av förbättringsområde samt att andra och fler förbättringsidéer framkom än vad teamen hade förutsett.

Team som bestod av personer från flera verksamheter eller som hade hög arbetsbelastning under programomgången hade behövt mer riktat programledar- och chefsstöd under förbättringsprocessen för att underlätta både genomförandet och samskapandet av det lokala förbättringsarbetet i mikrosystemet.

Agera: Utifrån ovanstående analys med identifierade förbättringsområden fick projektgruppen, som arbetade på mesonivå, i uppdrag att genomföra nya anpassningar av programmet samt bjuda in till en ny programomgång.

PGSA 2: Andra anpassningen av kompetensutvecklingsprogrammet
Planera: De första anpassningarna i programmet behölls men programansvariga genomförde ytterligare anpassningar av kompetensutvecklingsprogrammet under december 2019 och januari 2020. Den andra omgångens anpassningar innebar tillägg av förnyade utbildningspass och introduktion av delaktighetstrappan som sedan planerades att användas återkommande i reflektionsövningar för att tydliggöra vad samskapande är. Påhittade falldiskussioner infördes för att deltagarna fiktivt skulle få öva sig i att samskapa i olika förbättringsmoment. Programledarna beslöt också att innan programomgångens första träff introducera förmöten med varje team och dess chef i deras respektive verksamheter. Syftet med dessa möten var att initialt stärka chefs- och coachstödet i förbättringsprocessen samt att ge teamen bättre förutsättningar till att samskapa och tidigarelägga uppstarten av förbättringsarbetet. För att ytterligare stärka chefsstödet under förbättringsresan införde programledarna tätare avstämningar med coach och chefer.

Göra: Fyra team anmälde sig till den andra programomgången som startade i januari 2020 (Tabell 1). Innan första coachträffen genomförde programledarna fysiska förmöten med varje team och chef i deras verksamheter. Under våren påverkades teamen och programledarna av den pågående pandemin. På

grund av omprioriteringar och begränsade resurser, valde ett team att lämna programmet. Projektgruppen beslöt tillsammans med de tre återstående teamen att pausa programmet och därmed förlängdes det till december 2020. Två av teamträffarna fick ersättas med digitala träffar istället för fysiska möten. Programmet avslutades med sedvanlig vernissage som även denna gång inkluderades i den årliga kunskapsarena som genomfördes digitalt i december 2020.

Studera: Projektgruppens andra analys efter avslutad programomgång genomfördes på likande sätt som den föregående. De tre team som fortsatte delta i programmet påverkades på olika sätt av pandemin. En verksamhet hade tidvis inga patienter alls och hade därför svårt att både samskapa och praktiskt genomföra förbättringsarbetet. Trots detta uppfattade programledarna att teamen hann samskapa och genomföra alla momenten i förbättringsarbetet på ett grundligare sätt jämfört med pilotomgången. Förmötena i verksamheterna kan ha bidragit till att teamen tidigare började prata om hur patienterna kunde involveras i förbättringsarbetena. En annan orsak kan ha varit den förlängda tiden i kombination med introduktionen av delaktighetstrappan som bidrog begreppsförtydligande om vad samskapande innebär.

Agera: Projektgruppen beslutade om att fortsätta med det anpassade programmet för att även framtida team ska uppmuntras och inspireras till att samskapa. Framtida deltagande team bör också vara delaktiga i att anpassa programmets upplägg efter deras behov och förutsättningar. Fortsatta delaktighetsmätningar och utvärdering av programmen samlar också mer kunskap över tid om vilket programstöd som behövs för att framtida lokala förbättringsarbeten ska samskapas i ännu större grad.

PGSA 3: Verktyg för systematisk uppföljning av samskapande
Planera: Ett nytt mätverktyg togs fram under hösten 2020 för att mäta och jämföra teamens uppfattningar om och hur patienterna varit delaktiga i förbättringsarbetets olika moment (Bilaga 1). Målet med den stegvisa programanpassningen var att de team som deltog i det anpassade kompetensutvecklingsprogrammet under 2020 skulle involvera patienterna på grad fyra eller högre på delaktighetskalan i minst sju av nio olika förbättringsmomenten (Figur 10). Mätverktyget utarbetades i form av en digital enkät.

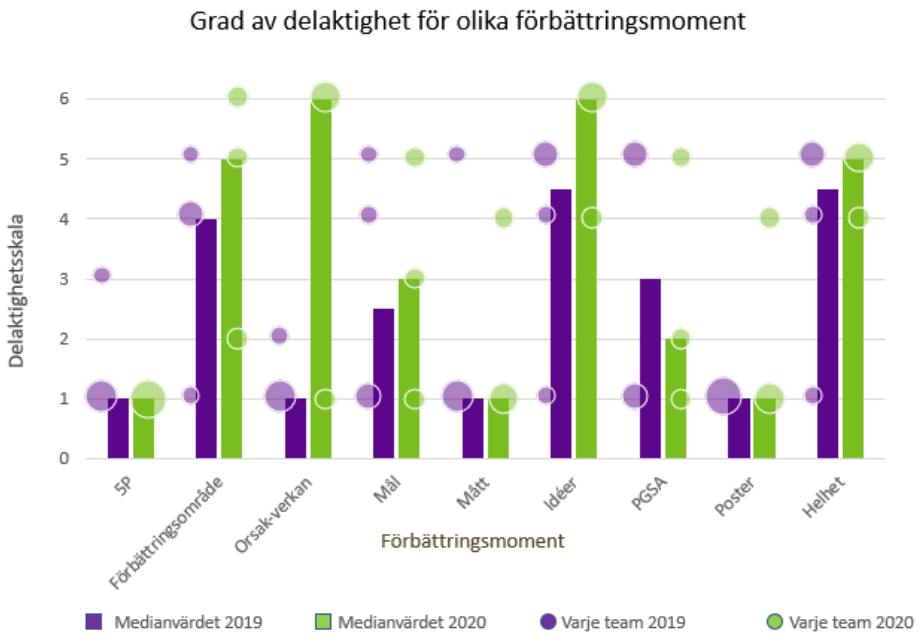
Göra: Alla deltagare i de sju teamen som deltagit det anpassade programomgångarna (PGSA 1 och 2) tillfrågades och tackade ja till att besvara enkäten. Därefter bokade författaren in ett digitalt möte med respektive team under november och december 2020 för att presentera och förklara mätinstrumentet innan teamen svarade på enkäten. Författaren fanns tillgänglig för eventuella frågor under tiden som teamen svarade på enkäten. I tre av teamen som svarade på enkäten saknades det en till två personer, men varje team som besvarade enkäten bestod minst av två personer. Orsaken till frånvaron var sjukdom eller svårigheter att komma ifrån arbetet.

Resultaten av enkätsvaren sammanställdes i ett stapeldiagram (Figur 10). Där den vågräta axeln visar de olika förbättringsmomenten inklusive teamens helhetsbedömning om och hur patienten varit involverad i hela processen av förbättringsarbetet. Den lodräta axeln visar delaktighetsskalan, där steg ett betyder ingen delaktighet alls, två innebär att personal berättar allmänt för patienten om genomförandet av förbättringsmomentet, i steg tre erhåller patienten anpassad information om vad som pågår utifrån respektive moment. I det fjärde steget efterfrågar personalens patientens synpunkter men först i de femte steget medför patientens synpunkter förändringar i personalens arbete. Slutligen i steg sex samskapar patient och personal hela förbättringsmomentet tillsammans (Figur 9).

Studera: Resultatet redovisas både utifrån varje teams skattningsvärde för varje moment samt teamens medianvärde per programomgång och förbättringsmoment. De lila punkterna visar enkätsvaren för de fyra team som deltog i pilotomgången under 2019 och de lila staplarna visar medianvärdet för respektive förbättringsmoment. De gröna punkterna och staplarna visar enkätsvaren för andra omgångens tre team och deras medianvärde för varje moment (Figur 10).

Endast i två förbättringsmoment, identifiering av förbättringsidéer och helheten, hade de tre teamen i andra omgången skattat minst fyra eller högre. Medianvärdet visade att de tre teamen skattade i genomsnitt grad fyra eller högre på delaktighetsskalan i fyra av nio förbättringsmoment. Sammanfattningsvis

betyder detta att det specifika målet inte har uppnåtts eftersom minst sju av nio moment skulle ha skattats på en ambitionsnivå som motsvarar minst fyra.



Figur 10 Delaktighet i varje förbättringsmoment för respektive programomgång. Deltagares skattning redovisas som punkter där storleken korrelerar med antal svar. Se även delaktighetsskalan (Figur 9)[3].

Trots detta och stora variationer i teamens delaktighetsbedömningar skattade teamen generellt högt gällande patienternas delaktighet i förbättringsarbetet som helhet.

Agera: Användandet av enkäten har tydliggjort förbättringsområden. Det behövs en kompletterande fråga som kan belysa andra alternativa samskapandeformer, än de som efterfrågas i enkäten. Vissa enkätfrågor behöver också förenklas eftersom de uppfattades som svåra att svara på. Författaren anser att även framtida deltagande team i Förbättringskraft bör få svara på enkäten efter avslutad programomgång. Både för att samla in mer data och över tid jämföra hur teamen bedömer patienters delaktighet i förbättringsarbete. En annan orsak till att fortsätta använda enkäten är att team får tillfälle att tillsammans reflektera över hur de involverade patienterna i olika förbättringsmoment vilket kan bidra till lärande och stärka samskapandet i framtida förbättringsarbeten.

Resultat av studien

Den kvantitativa mätningen presenteras i förbättringsarbetets resultatdel. Den kvalitativa innehållsanalysen som hade fokus på att finna faktorer som påverkade samskapandet innehöll också tydliga kopplingar till teamens mätresultat eftersom intervjufrågorna även berörde detta område. Analysens utfall samt studiens syfte och frågeställningar påverkade framställandet av resultatredovisningen. Den redovisas i tabell 2 och 3 i form av tematiseringar och kategoriseringar som främjade respektive hindrade samskapande i förbättringsarbete. De fynd som den mixade metodanalysen resulterade i, där mätningar

[3] 1=Ingen delaktighet alls, 2=Personalen berättar allmänt om…, 3=Personal berättar anpassat för patienten om…, 4=Personal efterfrågar patientens synpunkter om..., 5=Patientens synpunkter medför förändringar…, 6=Patient och personal gör tillsammans…

och intervjuanalys integrerades med varandra förtydligas under kategorirubrikerna. För att beskriva den kvalitativa innehållsanalysprocessens tillvägagångssätt redovisa detta i form av exempel i bilaga 4.

Faktorer som främjade samskapandet i förbättringsarbetet

I tabell 2 presenteras en sammanställning av främjade faktorer som mynnade ut i ett tema, tre kategorier och åtta underkategorier. Sambanden mellan tema, kategorier och underkategorier beskrivs under respektive kategorirubrik.

Tabell 2. Främjande faktorer för samskapandet i förbättringsarbete. Resultatet från den kvalitativa innehållsanalysen med teman, kategorier och underkategorier.

Faktorer som främjade samskapandet i förbättringsarbeten		
Tema	**Kategorier**	**Underkategorier**
Samskapandekompetens hos medarbetare	Förmåga att bygga professionella relationer	Medvetenhet om relationens betydelse
		Medarbetarens förmåga att se sin egen roll
		Medarbetarens förmåga att se individen
	Förtrogenhet med begrepp och verktyg	Förståelse att praktisera och anpassa förbättringsverktyg
		Förståelse för olika grader av delaktighet
	Praktisk guidning i samskapande	Lära av varandra
		Coachande stöd
		Upplevelse av egen erfarenhet av samskapande

Samskapandekompetens hos medarbetare

Förmåga att bygga professionella relationer

Den första kategorin handlar om betydelsen av att *bygga professionella relationer* med patienten, vilket ansågs vara en förutsättning för att tillämpa samskapande som en arbetsform. Personal behövde vara *medveten om relationens betydelse*, deltagarna menade här att patient och personal ömsesidigt behöver lära känna varandra och att relation byggde på en ömsesidig dialog.

Men även *medarbetarens förmåga att se både sin egen roll* och *se individen* var väsentliga egenskaper som gynnade den professionella relationen. Detta handlade om faktorer som förhållningssätt, vilja och intresse för att bygga relationer och medarbetarens ansvar för att skapa en trygg atmosfär.
Att se individen innebar att samskapandet måste anpassas utifrån patienternas förutsättningar och behov. Främjande faktorer var att medarbetare möjliggjorde patientinvolvering på olika sätt. Alla patienter kunde inte delta i en grupp utan delaktighet i förbättringsarbete fick utövas på flera sätt. Men även deltagandet i en grupp kunde se olika ut.

> *Fokusgrupp 1: ”Hon var delaktig på ett avstånd och inte satt ihop med oss, utan hon var delaktig på sitt vis en bit ifrån. Det var nåt hon själv valde. Hon själv valde det sättet. Men då kom med idéer men på avstånd.”*

Förtrogenhet med begrepp och verktyg

I denna kategori behandlas förmågan att omsätta den teoretiska förbättringskunskapens verktyg i praktiken. För att kunna samskapa olika förbättringsmoment behövde medarbetarna själv kunna förklara verktygen på ett enkelt sätt. Vissa verktyg uppfattades som lättare att begripliggöra, däribland orsakverkan diagrammet, identifiering av förbättringsområde samt ta fram förbättringsidéer vilket också förklarar de högre delaktighetsvärdena för dessa tre förbättringsmoment. Att samskapa dessa förbättringsmoment medförde engagemang i patientgruppen som underlättade samskapandet.

Ett annat verktyg som deltagarna tog upp var delaktighetstrappan, den bidrog till ökad förståelse om vad delaktighetsgrader innebär samt bidrog till en gemensam förståelse och definition av samskapandebegreppet. Att få reflektera över de olika stegen utifrån hur patienterna hade deltagit var klargörande och uppmuntrade dem till att involvera patienterna ännu mer.

Praktisk guidning i samskapande

Den tredje och sista kategorin under temat samskapandekunskap handlade om praktiskt kunskapsutbyte. Att få praktiska tips på hur förbättringsmoment kan samskapas gav nya insikter och kopplade samman det teoretiska lärandet med det praktiska genomförandet. Varje teamträff i Förbättringskraft inleddes med en teamredovisning om hur processen för det pågående förbättringsarbetet hade framskridit samt hur de involverade patienterna i olika moment. Här uppstod ett kunskapsutbyte mellan teamen och ett lärande av varandra. Erfarenhetsutbyte, praktiska tips och konstruktiva frågor upplevdes som främjande faktor för samskapandeprocessen eftersom deltagarna aldrig tidigare hade involverat patienter i ett systematiskt förbättringsarbete.

> *Fokusgrupp 3: ”…när vi presenterade våra arbeten så fick man exempel på hur andra har gjort. Jag tycker att det var bra att få lite olika exempel för att starta igång ens egen process i att se möjligheter. För jag tycker att det blev efteråt så tänkte jag att jamen visst, där hade vi ju kunnat ta med deltagare också…”*

Coachande stöd som anpassades till microsystemets kontext framhöll deltagarna som en annan viktig faktor för att åstadkomma samskapande. Kopplingen mellan coachande stöd bestående av praktiska tips och samt träning i hur olika förbättringsmoment kunde samskapas påverkade delaktighetsgraden av de olika förbättringsmomenten. Om teamet inte hittade en lösning på hur ett förbättringsmoment skulle samskapas, var programledarnas rådgivande funktion betydelsefull för att komma vidare i processen.

Den tredje och sista underkategorin handlade om deltagarnas egna erfarenheter, upplevelser och lärdomar av samskapande under pågående förbättringsarbete. Erfarenheterna av samskapande gav teamen fler perspektiv som öppnade upp nya alternativa vägar till andra samskapandeformer. Efter genomgången utbildning ansåg deltagarna att de hade kunnat samskapa ännu mer. Det uttryckte ett behov av att få träna samskapande. Deltagarna markerade en tydlig skillnad mellan att samskapa den personliga vården och att samskapa ett förbättringsarbete.

Faktorer som hindrade samskapandet i förbättringsarbetet
I tabell 3 presenteras en sammanställning av hindrande faktorer som mynnade ut i två teman och fyra kategorier samt nio underkategorier.

Tabell 3. Hinder för samskapande i förbättringsarbeten. Resultatet från den kvalitativa innehållsanalysen med teman, kategorier och underkategorier.

Faktorer som hindrade samskapandet i förbättringsarbeten		
Tema	**Kategorier**	**Underkategorier**
Osäkerhet	Upplevelse av okunnighet och oerfarenhet	Svårbegripliga verktyg som var krångliga att omsätta i praktiken
		Första gången patienter involverades i ett förbättringsarbete
	Bristande empiriskt kunskapsutbyte	För få praktiska exempel om samskapande
		Pandemin försämrade förutsättningar för kunskapsutbyte
Verksamhetens kontext	Strukturella trösklar i verksamheten	Avsaknad av fortsatt stöd efter programavslut
		Samskapande förbättringsarbete prioriteras inte
	Strategiska trösklar hos medarbetare	Förutbestämda val försvårar patientinvolvering
		Hänsynstagande till patientens mående och funktionshinder

Känsla av osäkerhet
Upplevelse av okunnighet och oerfarenhet

Under fokusgruppsintervjun fick deltagarna även ta del av sina resultat från delaktighetsmätningen som genomfördes efter att förbättringsarbetet var avslutat. Syftet var att skapa större förståelse för orsakerna till det varierande resultatet. Flertalet deltagare upplevde att vissa förbättringsmoment och verktyg var svårare att förstå och praktisera jämfört med andra. Steget till att involvera patienter blir större om man själv upplever en osäkerhet och en oförmåga att förklara förbättringsverktygen. Förbättringsmoment som 5P, ta fram mått och posterdokumentation upplevdes också som främmande och för komplicerat att göra tillsammans med patienter vilket var en förklaring till mätningens låga delaktighetsvärden.

Bristande empiriskt kunskapsutbyte
Deltagarna saknade praktiska tips hur olika förbättringsmoment kunde samskapas. När de fick ta del varandras erfarenheter hur de hade samskapat upplevdes det som ett stort stöd. Men dessa erfarenheter och praktiska tips ansågs komma för sent in i programmet vilket fördröjde uppstarten av samskapandeprocessen. 5P var det första förbättringsmomentet som teamen genomförde, teamen uttryckte en brist på praktiska tips hur de kunde samskapat detta moment vilket påverkade graden av patientdelaktighet negativt. Avsaknad av tips på praktiska tillämpningsmetoder av samskapande medförde också en känsla av vilsenhet och osäkerhet

När pandemin av covid-19 fick en spridning även i Sverige under våren 2020 medförde det att den andra programomgångens teamträffar fick övergå i digital form under en period. Detta försämrade kunskapsutbytet mellan teamen. Men även förutsättningarna för kunskapsutbytet mellan patienter och medarbetare försämrades av pandemin eftersom flera begräsningar infördes för fysiska möten.

Verksamhetens kontext
Strukturella trösklar
Deltagarna önskade en fortsättning efter att programmet var avslutat, de hade svårigheter att själva fortsätta både förbättringsarbetet och samskapandet utan organiserat stöd. Delvis orsakades detta av bristande resurser i form av tid och personal. Ett annat skäl var att både chefer och kolleger saknade de kunskaper och erfarenheter som deltagarna hade tillskansat sig under programomgången. Deltagarna i Förbättringskraft och övriga medarbetare och chefer hade olika idéer om hur förbättringsarbeten och samskapande ska bedrivas.

Andra strukturella hinder i verksamheten som bidrog till att samskapande inte prioriterades, var upplevelse av hög arbetsbelastning och kort framförhållning i andra utvecklingsarbeten.

Strategiska trösklar hos medarbetare
Andra kontextuella hinder i verksamheten var medarbetarnas egna förhållningssätt där förutbestämda val samt hänsynstagandet till patientens mående och funktionshinder ansågs vara hindrande faktorer. I en fokusgruppsintervju framkom det att deltagarna redan valt förbättringsområde och därför inbjöds aldrig patienterna att delta i förbättringsmomentet orsak-verkan diagrammet, vilket också synliggörs i mätningen.

En annan hindrande faktor i att involvera patienter i förbättringsarbete var balansgången mellan vad patienterna orkade i förhållande till deras hälsostatus och olika former av funktionshinder. Deltagarna ansåg att samskapandet försvårades om patienter hade kognitiva funktionshinder men samtidigt hanterades detta föredömligt i praktiken. Det fanns ett ifrågasättande om patienten skulle lägga sina resurser på att förbättra verksamheten eftersom patienternas ork ofta var begränsad. Vilka moment var värdefulla för patienten att delta i och vad gick gränserna för patientinvolvering var frågor som deltagarna reflekterade över. Patienter involverades inte i förbättringsmomentet posterdokumentation eftersom teamen ansåg att detta moment tog mycket resurser i anspråk, vilket bidrog till lågt skattade i delaktighetsvärden.

> *Fokusgrupp 2: ”Men det funkar ju inte riktigt i våran verksamhet att göra så, för jag menar deltagarna är ju här för sin egen skull och inte för att förbättra våran verksamhet.”*

Diskussion

Förbättringsarbetet

Resultatdiskussion
En grundläggande princip i förbättringskunskapen är baslinjemätningen som tydliggör om en förändring leder till en förbättring och om förväntat resultat uppnås (Langley et al., 2009). Det gjordes ett försök att samla in data i en retroaktiv baslinjemätning från tidigare programomgångar. I denna mätning framkom det att team som deltagit i tidigare programomgångar under 2018, hade varierande kunskaper om vad samskapande i praktiken innebär. Begreppet samskapande är tämligen nytt för organisationens medarbetare och hade tidigare aldrig diskuterats i Förbättringskraft. Tiden var också en påverkande faktor, flera deltagare från 2018 års programomgångar arbetade inte kvar inom organisationen och det fanns också svårigheter för teamen att minnas om och hur patienterna hade involverats i olika förbättringsmoment. Sammantaget bedömdes validiteten för baslinjemätningen inte tillförlitlig och därför valdes den bort.

Mätresultaten om och hur patienterna hade involverats i förbättringsarbetets olika moment varierade stort både hur varje team hade graderat delaktighet för respektive förbättringsmoment men också mellan programomgångarna. En reflektion utifrån att målet inte uppnåddes var om det var för högt ställt med tanke på att det var första gången för teamdeltagarna att försöka samskapa ett förbättringsarbete. En annan tanke är om det finns ett värde för både deltagare och patient att samskapa minst sju

moment i ett förbättringsarbete. Bergman och Klefsjö (2007) menar att ett specifikt mål ska ge en tydlig uppfattning om förbättringsarbetets riktning och vad det ska uppnå vilket också innebär att högt ställt mål kan vara fördelaktigt både utifrån att det skapar engagemang och ger drivkraft i arbetet. Med stöd av Nelsons et al., (2007) förbättringsmodell och reflekterande dialoger enligt Ellströms (2008) kunskapsskapande modell identifierades olika hinder för att åstadkomma samskapande under första omgången; det blev uppenbart att några deltagare upplevde ett starkt motstånd till samskapa och några team startade sin förbättringsprocess ganska sent i förhållande till programmets längd vilket bidrog till att de hade svårt att hinna med att samskapa. För att undvika att dessa problem upprepades gjordes nya anpassningar av programmet. Förmöten med teamdeltagare, chef och en programledare bokades in och genomfördes innan programstart. Mötena syftade till att underlätta för teamen att starta igång förbättringsprocessen samt börja fundera på hur de ville samskapa arbetet. Att teamen fick stöd av sin chef under förbättringsprocessen har sett som en framgångsfaktor. Att medvetet involvera chefer på tydligare sätt i förbättrings- och samskapande processen stöds även av Anderssons och Olhedens (2012) studie, där en av slutsatserna är chefer behöver stöd i att skapa utrymme för lokala förbättringsarbeten där både patienter och personal kan involveras. En annan främjande faktor kan ha varit att programmet förlängdes på grund av pandemin. Detta innebar att teamen i andra omgången fick mer tid och kunde därmed grundligare genomföra sitt förbättringsarbete och samtidigt ha mer tid till att involvera patienterna i arbetet. Ett väl genomfört PGSA-hjul innebär inte alltid att önskat resultat uppnås men det innebär alltid ett lärande, menar Reed och Card (2015).

Andra påverkande faktorer var också att data var begränsad till sju team och två programomgångar, att mätinstrumentet var nytt och att datamaterialet enbart var inhämtat från deltagarnas perspektiv. Enligt Provost och Murray (2011) är inte målet med förbättringsmätningar att de ska vara perfekta utan användbara. Mätningarna har varit ett stöd i förbättringsarbetet och gett ett ytterligare perspektiv utifrån deltagarnas skattningar av delaktighet och därmed även väckt nya frågeställningar.

Att båda omgångarna generellt visade låga delaktighetsvärden i förbättringsmomenten 5P, framtagandet av mått och dokumentation i poster var delvis väntad eftersom dessa tre förbättringsmoment erfarenhetsmässigt ofta uppfattades som svårare att genomföra och teamen behöver mer stöd av programledarna. Detta kan tolkas som att vissa förbättringsmoment ännu inte är integrerade i deltagarens professionella kunskaper vilket försvårar både genomförandet av momentet och steget till samskapande blir längre (Deming, 1994).

Däremot var de varierande resultaten för orsak-verkan analysen mer förvånande, eftersom detta moment uppfattas som lättare att integrera i deltagarna vardagsarbete och därmed underlättas användningen av verktyget i verksamheten. Några team har ansett att de har lyckats samskapa detta moment medan andra verkade inte ens ha försökt att involvera patienterna. Vad detta beror går inte att utläsa av mätningen utan väckte nya frågor.

Ett annat oväntat resultat var att teamen generellt skattade högt gällande patienternas delaktighet i förbättringsarbeten som helhet trots att varje teams skattningar av delaktighetsvärden varierade stort mellan de olika förbättringsmomenten. Denna diskrepans öppnar för fördjupade analyser.

Även om det specifika målet inte var att jämföra första och andra omgången med varandra, gjordes detta utifrån författarens eget intresse eftersom det skedde tydliga förändringar mellan första och andra anpassningen av programmet. I jämförelse med första omgången skattade deltagande team i andra omgången ett högre medianvärde på delaktighetsskalan i fem förbättringsmoment. I tre moment var medianvärdet för delaktighet lika för båda omgångarna och i ett moment skattade pilotomgången ett högre delaktighetsvärde. Detta tyder på en förbättring under andra omgången, där teamen i högre grad lyckades involvera patienterna i de olika förbättringsmomenten. Detta kan också indikera att andra omgångens anpassningar i kompetensutvecklingsprogrammet har förbättrat förutsättningar för samskapande.

Metoddiskussion

Förbättringsarbetet har haft ett tydligt fokus på personalens behov för att lyckas åstadkomma samskapande. Valda metoder har enbart mätt och studerat medarbetarnas uppfattning om och hur patienter har involverats i lokala förbättringsarbeten. Detta kan ses som en brist eftersom samskapande alltid handlar om minst två perspektiv, både personal och patient. Samskapande innebär att göra patienters röster

hörda och dessa saknas i valda av förbättringsmetoder (Pestoff, 2009; Farr, 2018). Urvalet till mätningen behöver också diskuteras utifrån Bergerum et al. (2020) som visade att sjukvårdspersonal var generellt mer nöjda med graden av patientinvolvering i förbättringsarbetet jämfört med patienterna. Att ha ett tydligt personalfokus har samtidigt varit ett medvetet val. Först och främst bottnar metodvalet och urvalet av deltagare utifrån kartläggningens identifierade gap som visade att respondenterna vill samskapa men lyckades inte att åstadkomma detta i praktiken. Enligt Andersson och Olheden (2012) och Sandvin Olsson et al. (2020) är detta resultat inte unikt för den studerade organisationen utan även deras forskning visar på att medarbetare vill samskapa och öka patienters inflytande i syfte att förbättra vården. Men i praktiken är samskapande i förbättringsarbete ovanligt eftersom personal saknar kunskap och erfarenhet i hur patienter kan involveras i förbättringsarbeten. Författaren menar att om inte personal vill eller kan samskapa kommer sannolikt aldrig samskapande att äga rum. Ett första steg till att åstadkomma samskapande är att personal har förmågan att bjuda in och involvera patienterna i förbättringsarbete. Därför avgränsades metodvalet att enbart inrikta sig på att samla in data från medverkande medarbetare eftersom projektet handlade om att ge personalen förutsättningar att involvera patienter i att delta i förbättringsarbeten.

En annan anledning till valet av metod var den komplexa situationen om hur data skulle samlas in från ett patientperspektiv. Den anpassade kompetensutvecklingsprogrammet erbjöds alla medarbetare i organisationens 40 olika verksamheter som finns utspridda på olika platser i Sverige. Utifrån denna komplexitet och i kombination med att tiden för arbetet var begränsad bedömdes det svårt att hinna med att utforma ett enhetligt mätinstrument som var anpassat till olika verksamheters målgrupper som kunde mäta patienters egen uppfattning av delaktighetsgrad i förbättringsarbeten. Men i den fortsatta utvecklingen av förbättringsarbetet behöver även hänsyn tas till patienters synpunkter och upplevelser.

Tanken med att teamet gemensamt fick svara på enkätfrågorna var att även detta moment kunde bidra till reflektion och lärande. Även om enskilda teamdeltagare saknades vid själva skattningen så svarade alla sju teamen på enkäten helt enligt planeringen. Efter att ha testat mätinstrumentet ser författaren olika förbättringsområden. Förhållandet mellan de sex olika graderna i delaktighetsskalan är delvis ojämn, framförallt mellan grad fem och sex är det betydligt större steg jämfört med de andra graderna. Grad fem innebär att patienternas synpunkter påverkar förbättringsmomentet medan grad sex innebär att patient och personal genomför hela momentet tillsammans. Författaren ser behov av tilläggssteg mellan grad fem och sex för att minska gapet. En annan brist i enkäten är att det inte framkommer om teamen har samskapat förbättringsarbetet på andra sätt än enbart det som efterfrågas. En sådan fråga bör också läggas till i framtida mätningar. Den förenklade delaktighetstrappan med skillnaderna mellan att *Göra åt*, *Göra för* och *Göra med* och dess kopplingar till delaktighetsmätningen har sannolikt tydliggjort och ökat förståelsen för vad samskapande är och vad det inte är. Teamens ökade medvetenhet om olika grader av delaktighet kan ha motiverat dem att ta ytterligare steg mot samskapande.

Eftersom delaktighetsmätningen utformades under hösten 2020 och genomfördes först efter att båda omgångarna var avslutade var den reflekterande dialogen tillsammans med projektgruppen en viktig del i att skapa förståelse över pilotomgångens resultat i syfte att förbättra anpassningarna till den andra programomgången. Samspelet inom projektgruppen har varit en styrka genom hela förbättringsarbetet. Det har inte enbart bestått i de två reflekterande dialogerna utan under hela förbättringsprocessen har det funnits kontinuerliga pågående samtal mellan författare och andra personer i projektgruppen (Ellström, 2008). Under programomgångarna har deltagarna delvis deltagit i de pågående samtalen men de har inte bjudits in till de reflekterande dialogerna vilket kan ses som en brist på samverkan. Utifrån ett delaktighetstrappan synsätt har dialogerna utformats enligt ett *Göra åt*-perspektiv (National Coproduction Advisory Group UK, 2016). Men i framtida dialoger borde både patienter och deltagare bjudas in eftersom de självklart spelar en viktig roll i hur samkapandet kan förbättras.

Resultatdiskussion

En främjande faktor för att involvera patienter i förbättringsarbete är att medarbetare har kompetens inom samskapande vilket stödde sig på tre kompetensområden hos medarbetaren: (1) medvetenhet om relationens betydelse, (2) förmågan att se sin egen roll och (3) förmåga att se individen.

Vikten av att båda parter lär känna varandra och att relationen är ömsesidig lyfts fram i studieresultatet. Detta bekräftas även av Farr (2018), att när patienter upplever ett ömsesidigt partnerskap upplevs relationen mer jämlik vilket innebär att personal har delat med sig av makten. Farr (2018) menar också att ett jämlikt partnerskap skapar utrymme för att genomföra förändringar. Brandsen et al. (2018) framhåller att partnerskapets jämlikhet också består i att två experter möts där patienten har erfarenhetsbaserad expertkunskap medan personal har professionsbaserad expertkunskap. Detta kan även jämföras med den i denna uppsats vidareutvecklade kunskapsmodell efter Batalden & Stoltz (figur 6), där båda expertområden, profession och patient, lyfts fram tillsammans med förbättringskunskapen för att åstadkomma bättre resultat och öka värdet för patienten (Batalden & Stoltz, 1993; Batalden & Davidoff, 2007; Bergman & Klefsjö 2007).

Synsättet att se patienterna som experter inom sina områden tydliggjordes aldrig under fokusgruppsintervjuerna. Författaren är tveksam om detta synsätt är förankrat eftersom att dela med sig av makten i genomförande av förbättringsarbete var nytt för teamen. Det finns en risk för att gamla hierarkiska paradigm lever kvar där professionen anses vara den enda experten. Även Bergerum et al. (2020) resonerar om hur hierarkiska attityder hos personal kan förhindra patientengagemang och de fann också samband mellan dessa attityder och patientens ålder och personliga egenskaper. Om både lokala och övergripande förbättringsarbeten inom organisationen präglades av mer av samskapande arbetsformer skulle kanske en mer jämlik inställning till patienternas expertkunskaper synliggöras, vilket skulle kunna främja sanskapandet ännu mer. Detta kan också kopplas till delaktighetstrappan (figur 2) där ett ömsesidigt partnerskap innebär att maktfördelningen än mer är utjämnad vilket är en förutsättning för att uppnå samskapande. Nivån *Göra med* kräver att patienten har ett inflytande i arbetet (National Co-production Advisory Group i England, 2016).

Ett annat maktperspektiv som framkommer som en hindrande faktor i studien är *strategiska trösklar hos medarbetaren*. Ett förutbestämt val, där patienter aldrig bjuds in för att tycka till om valet av förbättringsområde är en form av maktutövning. Detta innebär ingen delaktighet alls och graderas längst ner på delaktighetstrappan under *Göra åt* (National Co-production Advisory Group i England, 2016). En annan strategisk tröskel är deltagarnas hänsynstagande till patienterna. Ett överdrivet hänsynstagande kan också uppfattas som en maktutövning eftersom patienten inte anses ha tillräckliga resurser för deltagande. Vårdanalys (2017) menar i sin utvärdering av Patientlagen (SFS 2014:821) att personal behöver ta ett större ansvar i att involvera patienten utifrån behov och förmågor. Men denna gränsdragning är komplicerad. En av Vårdanalys (2017) slutsatser är att patientinvolvering medför nya etiska svårigheter om integritet, ansvarsfördelning och resursanvändning (Vårdanalys, 2017). Även deltagarna i denna studie uppfattade gränsdragningarna som svåra, och väckte frågor om det finns ett värde i att samskapa alla moment i ett förbättringsarbete eller om det är slöseri på resurser. Patienten är också i en beroendeställning till personalen utifrån deras behov av vård- och omsorg vilket kan inverka på deras möjligheter att tacka nej till deltagande. Dessa olika gränsdragningar behöver undersökas närmare och framförallt behövs det gemensamma forum med personal och patienter för att diskutera dessa områden.

En annan främjande faktor var samskapandekompetens hos deltagarna, det innebar bland annat förtrogenhet av förbättringsverktyg och begrepp. Först behövde deltagarna skapa sig en förståelse över vad samskapande innebar i praktiken samt förstå skillnaderna mellan att *Göra åt, Göra för* och *Göra med* utifrån delaktighetstrappans steg (National Co-production Advisory Group i England, 2016). För att involvera patienterna i ett specifikt förbättringsmoment ansåg deltagarna att de själva behövde vara förtrogna med verktygen för att förklara dem på ett begripligt sätt för patienterna.

De verktyg som ansågs enklare att använda tillsammans med patienter var: identifiering av förbättringsområde, orsak-verkandiagram, sätta mål samt ta fram förbättringsidéer. Momenten där dessa verktyg användes skattades också högre i delaktighetsmätningen. Pestoff et al. (2012) menar att om patienter har tillgång till verktyg som möjliggör delaktighet på ett likvärdigt sätt undviks riskerna med att patienter tilldelas roller som andrahandsexperter.

Däremot uppfattades verktygen 5P, ta fram mått och dokumentera förbättringsarbetet i poster, svårare att använda och framkallade än känsla av okunnighet och osäkerhet hos deltagarna vilket också medförde att patienterna involverades i en lägre uträckning. Detta var en av de bakomliggande orsakerna till det varierande resultatet i delaktighetsmätningen (Figur 10). Brandsen et al. (2018) och Pestoff et al. (2012) beskriver att samskapande handlar om att finna balansen mellan den professionella expertrollen och samtidigt skapa förutsättningar för demokratiskt deltagande, vilket kan innebära att personal behöver förändra sitt förhållningssätt till sin egen roll. Traditionsenligt ses vård- och omsorgspersonal som experter i att leverera olika tjänster istället borde dessa se sig själv som partners i att utveckla och leverera vård- och omsorgstjänster tillsammans med patienter. För att åstadkomma denna förändring krävs att professionen har tillit till patientens expertkunskap samt att de organisatoriska strukturerna stödjer samskapande arbetsformer både utifrån personal- och patientperspektiv (Brandsen et al., 2018; Pestoff et al., 2012). Detta kan jämföras med de strukturella hinder som deltagarna lyfte fram i studien, där de upplevde att samskapande inte prioriterades samt att det saknades fortsatta stödstrukturer för samskapande även efter att programmet var avslutat.

Förbättringsprogrammen är skapade efter Dartmouth Microsystem Improvement Curriculums koncept som bygger på en stegvis handlings- och inlärningsmetod (Nelson et. al., 2007). Ett sätt att öka teamens kunskaper om förbättringsverktygen var att genom fiktiva fall få testa att samskapa modellerna under teamträffarna för att förbereda teamen på hur de kunde samskapa verktygen i sina verksamheter.

Tanken med att bygga kompetens om hur patienters delaktighet kan stärkas för att lyckas åstadkomma samskapande i förbättringsarbete kan jämföras med vad förbättringskunskapen syftar till. Nelson et al. (2007) beskriver att lärande i systematisk förbättringskunskap är något som sker stegvis genom att praktisera i sitt eget mikrosystem. Därför behöver sannolikt också patientinvolvering i genomförande av förbättringsarbete tränas och ske stegvis för att skapa ett erfarenhetsbaserat lärande. Enligt Marshall et al. (2013) ska förbättringskunskapen tillämpas i verkliga situationer för att skapa ett praktiskt lärande. Detta bekräftas också i studiens resultat där en av de främjande faktorerna är att själv få praktisera och erfara samskapande eller tillägna sig praktisk kunskap och stöd från andra.

Deltagarna i studien påpekar också att det finns en skillnad mellan att samskapa patientens individuella vård och omsorg och att samskapa förbättringsarbeten vilket kräver olika kompetenser och andra förutsättningar. En av dessa skillnader kan vara behovet av att använda särskilda metoder som Andersson & Olheden (2012) föreslår. De rekommenderar initialt att använda redan för verksamheten kända metoder. En annan av skillnaderna kan bero på förståelsen av kontexten där förbättringsarbetet genomförs. Sandvin Olsson et al. (2020) framhåller att en ökad systemförståelse av mikrosystemet kan bidra till anpassning och utveckling av olika system som gynnar patientdelaktighet. Eftersom deltagarna uppfattade att verktyget 5P som kartlägger mikrosystemet, var svår att begripliggöra för patienterna blev det en hindrande faktor. För att även patienterna ska delta i mikrosystemkartläggningen i framtiden behövs andra insatser och anpassningar för att deltagarna ska bjuda in patienterna även i detta moment.

Metoddiskussion

En mixad studiedesign valdes för att besvara studiens syfte utifrån deltagarnas upplevelser av vad som främjade och hindrade samskapande i genomförande av förbättringsarbete och för att öka förståelsen av orsakssambanden till mätresultaten. En av fördelarna med metoden är samspelet mellan deltagarna som möjliggör förutsättningar att få fram flera olika uppfattningar om vad som påverkade samskapandet och mätresultaten (Kvale & Brinkman, 2017). I fokusgruppsintervjuerna behövde samtalsledaren ha kontroll över att intervjupersonerna inte pratade i mun på varandra. Detta underlättades av att intervjuerna genomfördes online och synkront via *Teams* där det är omöjligt att höra varandra om man pratar samtidigt (Bryman, 2018). Nackdelen var istället att ljudupptagningen svajade vid några tillfällen. En annan risk som Bryman (2018) beskriver är om en deltagare dominerar samtalet vilket kan medföra att andra personer inte tillåts att delta i dialogen. Eftersom varje team hade en utsedd coach som hade

lett det lokala förbättringsarbetet, fanns det risk för hierarkiska eller dominerade inslag i samtalet från coachen. Författaren som också agerade som samtalsledare upplevde inga sådana inslag.

Enligt Bryman (2018) består en fokusgrupp av minst fyra personer och en samtalsledare. Tyvärr blev bortfallet större än förväntat vilket innebar att alla tre fokusgrupperna bestod till slut av två till tre personer. Detta innebar missade upplevelser som inte fick synliggöras vilket kan ha påverkat utfallet. Samtidigt menar Bryman (2018) att mindre grupper inte behöver vara en nackdel då deltagarna förväntas vara engagerade och ha mycket att säga om ämnet. Detta stämde väl överens med författarens uppfattning.

Intervjuguiden innehöll semistrukturerade frågor som delvis hade sitt ursprung från förbättringsarbetets kvantitativa mätresultat. Varje fokusgrupp fick ta del av sina enskilda enkätresultat från delaktighetsmätningen samt alla tre gruppers samlade resultat. Under intervjuerna fördes resonemang om resultatens innebörd och inte minst hur variationerna i mätningarna tolkades. Att låta deltagarna tolka mätresultatet gav en viss information. Den semistrukturerade intervjuguiden har varit ett stöd i författarens strävan efter objektivitet under intervjuerna. Detta innebar att deltagarna fick samma frågor förutom följdfrågorna som var av mer skiftande karaktär eftersom det var beroende av deltagarnas svar och dess koppling till syftet med studien.

Enligt Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys finns det en tydlig skillnad mellan koder, kategorier och teman. Samstämmigheten med intervjumaterialet bland koder och kategorier har varit tydlig medan teman har strävat efter att lyfta fram det latenta innehållet i kategorierna. Enligt forskarna kan trovärdigheten stärkas genom att visa representativa citat från den transkriberade texten vilket har gjorts. Däremot har inte enighet i analysarbetet bland intervjudeltagarna eller andra forskare genomförts. Att stämma av analysarbetet *med* intervjudeltagarna, på samma sätt som mätresultatet gjordes hade sannolikt både påverkat studiens resultat och stärkts analysmetodens trovärdighet.

Författarens olika roller, både som programledare, samtalsledare och ansvarig för inhämtande och analys av forskningsdata har sannolikt haft en påverkan både under intervjun och i analysarbetet. Även yrkesrollen som medicinskt ansvarig sjuksköterska under sex år i organisationen har rimligen också påverkat författarens förförståelse. Interaktionen mellan dessa olika roller har varit oundviklig och sannolikt både gagnat och begränsat intervjuerna och analysarbetet. Under analysarbetet avslöjades att intervjuns följdfrågor sannolikt påverkats negativt, både till antal och karaktär på grund av författarens förförståelse. Men samtidigt har förförståelsen också underlättat när det uppstod ansträngda situationer för teamen under pågående förbättringsarbete. Dessa kunde lösas genom god kännedom om verksamheten och befintliga välfungerande relationer med teamdeltagare och deras chefer. I strävan efter att förstå deltagarnas upplevelser, åsikter och förhållningssätt till samskapande har författaren bemödat sig att förstå sin egen roll eftersom det är en del av processen för att förstå andra (Kvale & Brinkman, 2017).

Slutsatser

Med utgångspunkt i anpassningen av ett kompetensutvecklingsprogram i förbättringskunskap vars syfte var att stödja deltagarna i att *göra* lokala förbättringsarbeten tillsammans *med* patienterna är slutsatsen att det som främjar samskapandet är:

- att ha en gemensam definition och förståelse för vad samskapandebegreppet
- att samskapa förbättringsarbeten fodrar både teoretiskt och praktiskt lärande
- att ha tillgång till konkret stöd och coaching som anpassas efter mikrosystemetets kontext

Mätningar av delaktighet med en vidareutvecklad *delaktighetstrappa* har på ett förenklat sätt kunna tydliggöra begreppet samskapande genom att visa på skillnaderna mellan att *Göra åt*, *Göra för* och *Göra med*. *Delaktighetstrappan och* mätinstrumentet hjälpte teamen att skapa sig förståelse för vilken delaktighetsgrad de befann sig på. Lättbegripliga förbättringsverktyg underlättade också samskapandet av förbättringsarbete och minskade medarbetarna känsla av osäkerhet.

En begränsning i studien är att den varken belyser patienternas bedömningar av delaktighetsgrad eller deras upplevelser av att har varit delaktiga i förbättringsarbetena. Fortsättningsvis behöver patienternas perspektiv av att samskapa fördjupas och studeras vidare. Att åstadkomma samskapande förbättringsarbete är utmanande och kräver en anpassbarhet både utifrån hänsynstagande till patienternas olika tillstånd men också utifrån verksamheternas kontextuella komplexitet. Mer kunskap behövs om hur samskapande arbetsformer i förbättringsarbete kan implementeras i verksamheter och hur de förblir hållbara över tid.

Referenser

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

Armstrong, N., Herbert, G., Aveling, E. -L., Dixon-Woods, M., & Martin, G. (2013). Optimizing patient involvement in quality Improvement. *Health Expectations*, *16*, 36–47.

Arnstein, S. R. (1969). A Ladder of Citizen Participation: *Journal of the American Institute of Planners, 35(4)*, 216-224. https://doi.org/10.1080/01944366908977225

Batalden, P., & Davidoff, F. (2007). What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *BMJ Quality & Safety Health Care, 16,* 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), 424–47.

Batalden M., Batalden, P., Margolis, P., Seid, M., Armstrong, G., Opipari-Arrigan, L., & Hartung, H. (2016). Coproduction of healthcare service. *BMJ Quality & Safety in Health Care, 25*, 509–517. http://doi:10.1136/bmjqs-2015-004315

Bate, P., & Robert, G. (2007) *Bringing User Experience to Healthcare Improvement* (1 uppl.). Radcliffe Publishing .

Bergerum, C., Kullén Engström, A., Thor, J., & Wolmesjö, M. (2020). Patient involvement in quality improvement – a 'tug of war' or a dialogue in a learning process to improve healthcare? *Bio Med Central Health Services Research, 20*(1115), 1-13. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05970-4

Bergman, B., & Klefsjö, B. (2007). *Kvalitet från behov till användning* (4 uppl.). Studentlitteratur.

Blom, B., Moren, S., & Nygren, L. (2011). *Utvärderings av socialt arbete-utgångspunkter, modeller och användning* (1 uppl.). Natur & Kultur.

Borglin, G. (Red.). (2017). *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl.). Studentlitteratur.

Brandsen, T., & Helderman, J. K. (2012). The trade-off between capital and community: The conditions for successful co-production in housing. *International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations, 23*(4), 1139–1155.

Brandsen, T., Steen, T., & Verschuere, B. (2018). *Co-Production and Co-Creation* (1 uppl.). Routledge.

Brocklehurst P. R., McKenna, G., Schimmel, M., Kossioni, A., Jerković-Ćosić, K., Hayes, M., Mata, C., & Müller, F. (2018). How do we incorporate patient views into the design of healthcare services for older people: a discussion paper? *Oral Health*, *18*(61), 1-7. https://doi:org/10.1186/s12903-018-0513-7

Bryman, A. (2016). *Samhällsvetenskapliga metoder* (3 uppl.). Liber.

Bräcke diakoni. (13 juni 2019). *Nationella patientkontraktet*. https://www.brackediakoni.se/nyheter/vi-ar-en-del-av-nationella-patientkontraktet

Bräcke diakoni (8 juli 2020). *Årsredovisning*. https://www.brackediakoni.se/sites/default/files/attachments/arsredovisning_2020_rgb_final.pdf

Burke Johnson, R., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *American Educational Research Association Educational researcher, 33* (7), 14-26.

Centrum för personcentrerad vård, (april 2020). *Personcentrerad vård.* https://www.gu.se/gpcc
Portela, C. M., Pronovost, P. J., Woodcock, T., Carter, P., & Dixon-Woods, M. (2015). How to study improvement interventions: a brief overview of possible study types. *BMJ Quality and Safety, 24*, 325–336.

Deming, W.E. (1994). *The New Economics for Industry, Government, Education* (2 uppl.). Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.

Ellström, P-E., (2008). *Knowledge Creation Through Interactive Research: A Learning Perspective Model.*
http://center.hj.se/download/18.7b2d1d971365d15588680006296/PerErik+Ellstr%C3%B6m.pdf

Eldh, A. C., Ekman, I,. & Ehnfors, M. (2010). A Comparison of the Concept of Patient Participation and Patients' Descriptions as Related to Healthcare Definitions. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 21*(1), 21-32

Elwyn, G., Nelson, E., Hager, A., & Price, A. (2019). Coproduction: when user define quality. *British Medicine Quality of Safety, 29*, 711–716. http://doi:10.1136/bmjqs-2019-009830

Farr, M. (2018). Power dynamics and collaborative mechanisms in co-production and co-design processes. *Critical Social Policy, 38* (4) 623–644. https://doi.org/10.1177/0261018317747444

Graneheim U.H., & Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*, 105-112.

Grol, R., Baker, R., & Moss, F. (2002). Quality improvement research: understanding the science of change in health care. *Quality Safety Health Care, 11*, 110–111.

Grönroos, C., & Voima, P. (2013). Critical service logic: making sense of value creation and co-creation. *Journal of the Academy Marketing Science*, *41,* 133–150. https://doi 10.1007/s11747-012-0308-3

Gustavsson, T. (2016). *Agil projektledning* (3 uppl.). Sanoma Utbildning.

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Kjellstrom, S., Areskoug-Josefsson, K., Andersson Gare, B., Andersson, A-C., Ockander, M., Jacob Kall, A. C., McGrath, Donetto, S., & Robert, G. (2019). Exploring, measuring and enhancing the coproduction of health and well-being at the national, regional and local levels through comparative case studies in Sweden and England. *BMJ Open, 9*. https//doi:10.1136/bmjopen-2019-029723

Kjellström, S. (22 oktober 2020). *Forskningsprogrammet samskapa*. Arena för co-production. Jönköping Academy.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3 uppl.). Studentlitteratur.

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Svensk författningssamling. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Lag om stöd om service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387). Svensk författningssamling. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387

Langley, G. J., Moen, R. D., Nolan, K. M., Nolan, T. W., Norman, C. L., & Provost, L. P. (2009). *The improvement guide. A practical approach to enhancing organizational performance*. Jossey-Bass

Marshall, M., Pronovost, P., & Dixon-Woods, M. (2013) Promotion of improvement as a science. *Lancet, 381*, 419–21.

National Co-production Advisory Group UK (2016). *The ladder of co-production*. https://www.thinklocalactpersonal.org.uk/_assets/COPRODUCTION/Ladder-of-coproduction.pdf. .

Nelson, E.C., Batalden, P.B., & Godfrey, M.M. (2007). *Quality by design: a clinical microsystems approach* (1 uppl.). Jossey-Bass.

Nilsson, M., From, I., & Lindwall, L. (2019). The significance of patient participation in nursing care – a concept analysis. *Scandinavia Journal of Caring Science*, *33*, 244–251.

Ostrom, E. (1972). Metropolitan reform: propositions derived from two traditions. *Wiley, Social Science Quarterly*, *53(3),* 474-493.

Ostrom, E., Parks, R. B., Whitaker, G. P., & Percy, S. L. (1978). Formation of police and law enforcement policy. The Public Service Production Process: A Framework for Analyzing Police Services. *Policy Studies Journal*, 7, 381–389.

Patientlag (SFS 2014:821). Svensk författningssamling. https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/centrala-lagar-och-foreskrifter/patientlagen

Pestoff, V. (2009). Towards a paradigm of democratic participation: Citizen participation and coproduction of personal social services in Sweden. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 80(2), 197–224.

Pestoff, V., Brandsen, T., & Verschuere, B. (2012). *New public Governance, the third sector and Co-production*. Routledge.

Provost, L. P., & Murray, S. K. (2011). *The healthcare data guide. Learning from data for improvement*. Jossey. Bass.

Reed, J. E., & Card, A. J. (2015). The problem with Plan-Do-Study-Act Cycles. *BMJ Quality and Safety 0*, 1–6. https://doi:10.1136/bmjqs-2015-005076

Regionala cancercentrum I samverkan, (juni 2020). *Min vårdplan i cancervården*. https://cancercentrum.se/samverkan/patient-och-narstaende/min-vardplan/

Rapport från riksdagen, (2017). *Samordnad individuell plan (SIP)-en utvärdering*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/rapport-fran-riksdagen/samordnad-individuell-plan-sip---en-utvardering_H50WRFR5

Rantamäki, N. J. (2017). Co-Production in the context of Finnish social services and health care: A challenge and a possibility for a new kind of democracy. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, *28*, 248–264.

Segnestam Larsson, O., Forsberg C., & Schneider, T. (Red.). (under utgivning). *Voluntary and Public Sector Collaboration in Scandinavia - New Approaches to Co-Production*. Palgrave Mac Millan.

Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken*: *Etik för vårdande yrken* (2 uppl.). Studentlitteratur.

Sandvin Olsson, A. B., Ström, A. Haaland Øverby, M., Fredriksen, K., & Stenberg, U. (2020). How can we describe impact of adult patient participation in health-service development? A scoping review. *Patient Education and Counseling,* 103, 1453–1466.

Solberg, P. och Solberg, B.M. (2019). *Kunskapens former. Vetenskapsteori, forskningsmetod och forskningsetik* (4 uppl.). Liber.

Socialtjänstlagen (SFS 2001:453). Svensk Författningssamling. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Socialstyrelsen, (maj 2020). *Delaktighet viktigt att få rätt stöd*. https://www.socialstyrelsen.se/aktuellt/delaktighet-viktigt-for-ratt-stod/

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (2017). *Patientdelaktighet i sjukvården*. https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-bereder/patientdelaktighet-i-halso--och-sjukvarden/

Sverige, kommuner och regioner, (maj 2020). *Min vårdplan inom cancervården*. https://skr.se/halsasjukvard/ehalsa/internetbaseratstodochbehandling/digitalminvardplancancervarden.11661.html

Sverige, kommuner och regioner, (maj 2020). *Patient kontrakt*. https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/patientkontrakt.28918.html

The Belmont report. (1979). *Ethical principles and Guidelines for the protection of Human subjects of Research*. https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html

The General Data Protection Regulation (GDPR 2017). Datainspektionen. https://www.datainspektionen.se/other-lang/in-english/the-general-data-protection-regulation-gdpr/

Tonnquist, B. (2018). *Projektledning*. Sanoma utbildning.

Van Eijk, C., & Steen, T. (2016) Why engage in co-production of public services? Mixing theory and empirical evidence. *International Review of Administrative Article Sciences. 82(1),* 28–46 https://doi: 10.1177/0020852314566007ras.sagepub.com

Vennik, F. D., van de Bovenkamp, H. M., Putters, K., &. Grit, K. J. (2016). Co-production in healthcare: rhetoric and practice. *International Review of Administrative Article Sciences. 82(1),* 150–168. https://doi 10.1177/0020852315570553 ras.sagepub.com

Vårdanalys, (2017). *Lag utan genomslag*. https://www.vardanalys.se/rapporter/lag-utan-genomslag/

Bilaga 1. Enkät om förbättringsteamens uppfattning om patienters/brukares delaktighet i förbättringsarbete

Enkäten riktar sig till er som har deltagit i Förbättringskraft under åren 2018–2020. För att stärka samskapandet i vården och omsorgen hade Förbättringskraft under hösten 2019 och våren 2020 ett tydligare fokus på patienters/brukares delaktighet i förbättringsarbete. Er medverkan är viktigt för den fortsätta utvecklingen av Förbättringskraft där vi vill ge er rätt stöd att kunna samskapa framtida förbättringsarbeten. Enkäten syftar till att över tid undersöka och jämföra era gemensamma uppfattningar om och hur patienter/brukare har varit delaktiga. Varje fråga utgår från en sexgradig skala, där ni kan välja ett svarsalternativ som beskriver på vilket sätt ni tycker att patient/brukare har varit delaktiga.

Lotta Forsberg (charlotte.forsberg@brackediakoni.se) ansvarar för enkäten som ingår i ett mastersarbete vid Jönköping Academy, Hälsohögskolan i Jönköping. Under våren 2021 kommer ni att få återkoppling på resultatet av enkäten.

1.Vad handlade ert förbättringsarbete om?

2.Vilken eller vilka verksamhet/er arbetar ni i?

3.När deltog ni i förbättringskraft?

4.Hur många teamdeltagare är ni som svarar på denna enkät?

5.På vilket sätt har patient/brukare varit delaktiga i genomförandet av kartläggningsverktyget 5P? Välj ett alternativ.

1 Inte alls
2 Personal berättade allmänt om kartläggningen enligt 5P
3 Personal berättade om kartläggningen enligt 5P, anpassat för patient/brukare
4 Personal berättade om kartläggningen enligt 5P, anpassat för patient/brukare och efterfrågade deras synpunkter
5 Personal berättade om kartläggningen enligt 5P, anpassat för patient/brukare och efterfrågade deras synpunkter som medförde vissa förändringar
6 Personal och patient/brukare genomförde 5P kartläggningen tillsammans

6.På vilket sätt har patient/brukare varit delaktiga i att identifiera förbättringsområde? Välj ett alternativ.

1 Inte alls
2 Personalen berättade allmänt om identifiering av förbättringsområden
3 Personal berättade om identifiering av förbättringsområden, anpassat för patient/brukare
4 Personal berättade om identifiering av förbättringsområden, anpassat för patient/brukare och efterfrågade deras synpunkter
5 Personal berättade om identifiering av förbättringsområden, anpassat för patient/brukare och efterfrågade deras synpunkter som medförde vissa förändringar
6 Personal och patient/brukare identifierade förbättringsområden tillsammans

7.På vilket sätt har patienter/brukare varit delaktiga i genomförandet av orsak-verkan-diagrammet, fiskbenet? Välj ett alternativ.

1 Inte alls
2 Personal berättade allmänt om fiskbensdiagrammet
3 Personal berättade om fiskbensdiagrammet, anpassat för patient/brukare
4 Personal berättade om fiskbensdiagrammet, anpassat för patient/brukare och efterfrågade deras synpunkter
5 Personal berättade om fiskbensdiagrammet, anpassat för patient/brukare och efterfrågade deras synpunkter som medförde vissa förändringar
6 Personal och patient/brukare gjorde fiskbensdiagrammet tillsammans

8. På vilket sätt har patient/brukare varit delaktiga i att ta fram målet för förbättringsarbetet? Välj ett alternativ.

1 Inte alls
2 Personal berättade allmänt om målet
3 Personal berättade om målet, anpassat för patienter/brukare
4 Personal berättade om målet, anpassat för patient/brukare och efterfrågade deras synpunkter
5 Personal berättade om målet anpassat för patient/brukare och efterfrågade deras synpunkter som medförde vissa förändringar
6 Personal och patient/brukare tog fram målet tillsammans

9.På vilket sätt har patienter/brukare varit delaktiga i att ta fram mått för förbättringsarbetet?

1 Inte alls
2 Personal berättade allmänt om förbättringsarbetets mätningar
3 Personal berättade om förbättringsarbetets mätningar anpassat för patient/brukare
4 Personal berättade om förbättringsarbetets mätningar, anpassat för patient/brukare och efterfrågade deras synpunkter
5 Personal berättade om förbättringsarbetets mätningar, anpassat för patient/brukare och efterfrågade deras synpunkter som medförde vissa förändringar
6 Personal och patient/brukare tog fram mått tillsammans

10.På vilket sätt har patient/brukare varit delaktiga i att ta fram förbättringsidéer?

1 Inte alls
2 Personal berättade allmänt om framtagandet av förbättringsidéer
3 Personal berättade om framtagandet av förbättringsidéer, anpassat för patienter/brukare
4 Personal berättade om framtagandet av förbättringsidéer, anpassat för patienter/brukare och efterfrågade deras synpunkter
5 Personal berättade om framtagandet av förbättringsidéer, anpassat för patienter/brukare och efterfrågade deras synpunkter som medförde vissa förändringar
6 Personal och patient/brukare tog fram förbättringsidéer tillsammans

11. På vilket sätt har patient/brukare varit delaktiga i genomförandet av förbättringsidén (PGSA)?

1 Inte alls
2 Personal berättade allmänt om genomförandet av förbättringsidén
3 Personal berättade om genomförandet av förbättringsidén, anpassat för patient/brukare
4 Personal berättade om genomförandet av förbättringsidén, anpassat för patient/brukare och efterfrågade deras synpunkter
5 Personal berättade om genomförandet av förbättringsidén, anpassat för patient/brukare och efterfrågade deras synpunkter som medförde vissa förändringar
6 Personal och patient/brukare genomförde förbättringsidén tillsammans

12.På vilket sätt har patient/brukare varit delaktiga i dokumentationen av förbättringsarbetet (postern)?

1 Inte alls
2 Personal berättade allmänt om dokumentationen av förbättringsarbetet
3 Personal berättade om dokumentationen av förbättringsarbetet, anpassat för patient/brukare
4 Personal berättade om dokumentationen av förbättringsarbetet, anpassat för patient/brukare och efterfrågade deras synpunkter
5 Personal berättade om dokumentationen av förbättringsarbetet, anpassat för patient/brukare och efterfrågade deras synpunkter som medförde vissa förändringar
6 Personal och patient/brukare dokumenterade förbättringsarbetet tillsammans

13.Utifrån ett helhetsperspektiv, på vilket sätt har patient/brukare varit delaktiga i hela förbättringsarbetet?

1 Inte alls
2 Personal berättade allmänt om förbättringsarbetet
3 Personal berättade om förbättringsarbetet, anpassat för patient/brukare
4 Personal berättade om förbättringsarbetet, anpassat för patient/brukare och efterfrågade deras synpunkter
5 Personal berättade om förbättringsarbetet, anpassat för patient/brukare och efterfrågade deras synpunkter som medförde vissa förändringar
6 Personal och patient/brukare genomförde hela förbättringsarbetet tillsammans

14.Om ni har övriga kommentarer eller synpunkter på enkäten, skriv gärna de här.

Bilaga 2. Förfrågan om deltagande i fokusgruppintervju

Till dig som deltagit i Förbättringskraft under 2020: Vill du vara med i en intervjustudie om samskapande?

Jag vill fråga dig om du vill delta i en studie. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Vad är det för projekt och varför en intervju?

Under 2019 och 2020 har ett projekt pågått inom Bräcke diakoni som handlade om att ge deltagande team i Förbättringskraft bättre förutsättningar att samskapa genomförandet av sitt lokala förbättringskraftsarbete. Två anpassningar av programmet har genomförts, som innebar olika tillägg av utbildning och reflektion om samskapande arbetsformer. En första omgång av det anpassade programmet genomfördes under 2019 och en andra omgång av programmet genomfördes under 2020.
Syftet med intervjustudien är att lyssna på dina tankar om vad som bidrog till samskapande under Förbättringskraft och vad som eventuellt stod i vägen för det. Finns det något som vi som programledare hade kunnat göra för att ytterligare förenkla samskapande? Eller är det då att samskapande ibland inte alls passar?
Resultatet från intervjun kommer att användas i en masteruppsats som genomförs inom ramen för utbildningsprogrammet *Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd* på Jönköping University. Förhoppningen är att också kunna använda det för att utveckla Bräcke diakonis arbete med Förbättringskraft och andra former av verksamhetsutveckling.

Hur går studien till?

Intervjun kommer att ske i form av en fokusgrupp med andra medlemmar från ditt team. Intervjun beräknas ta en timme och spelas in.

Var: Intervjun sker digitalt på plattformen Teams som du kopplar upp dig emot via en länk som skickas på mejl.
När: Intervjun genomförs någon gång under vecka 21–23, enligt överenskommelse.
Vad händer sedan: När uppsatsen är godkänd kommer du att erbjudas att ta del av den.

Vad händer med mina uppgifter?

De inspelade intervjuerna skrivs ut ordagrant, avidentifieras och kommer att analyseras. Ljud- och textmaterial från intervjuerna kommer att kodas för att inte kunna härleda informationen till någon individ eller grupp. Enligt GDPR lagstiftning (2017) kommer allt material förvaras inlåst eller i datorn och då med IT tekniska krav, att endast undertecknad kommer ha tillgång till materialet. Resultatet kommer att redovisas i en masteruppsats och kommer att ske på ett sätt, att det inte går att identifiera enskilda individer eller grupper av personer. Uppsatsen kommer att publiceras i högskolans databas för studentuppsatser. Allt intervjumaterial kommer att förstöras efter att uppsatsen blivit godkänd.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka framtida samarbete.

Anmäl ditt intresse för att delta senast 21-05-31 till charlotte.forsberg@brackediakoni.se.
Jag svarar gärna på dina frågor!

Ansvarig för studien

Lotta Forsberg, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Bräcke diakoni

Telefon: 0764-95 33 25

Samtycke till att delta i intervjustudien: ”Kompetens för ökat samskapande”

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

☐ Jag samtycker till att delta i en fokusgruppsintervju.

☐ Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i informationsbrevet.

Plats och datum ……

Underskrift ……..

Namnförtydligande …….

Bilaga 3. Intervjufrågor kopplat till respektive frågeställning

Vilka förklaringar till att samskapande sker eller inte sker lyfter deltagarna själva fram när de beskriver sitt Förbättringskraftsarbete?

- Berätta hur ni samskapande ert förbättringskraftarbete?
- Stämmer enkätsvaren med er bild av hur ni samskapade förbättringsarbetet?
- Vad det något i programmet som bidrog till att ni lyckades samskapa dessa förbättringssteg?
- Vad det något i programmet som motverkade samskapandet?
- Enkätsvaren visar att flera team lyckades samskapa i vissa förbättringssteg men inte andra, vad tror ni det beror på?
- Enkätsvaren visar också teamen samskapade olika mycket, vad tror ni det beror på?
- Fanns det något annat inom ramen för programmet som ni hade behövt för att åstadkomma ännu mer samskapande i förbättringskraftsarbetet?
- Nu en tid efter att ni har varit med i Förbättringskraft, hur har det påverkat samskapandet generellt i er verksamhet?

I vilken utsträckning kan dessa förklaringar knytas till kompetensutvecklingsprogrammet, och i vilken utsträckning handlar det om andra, mer generella, förklaringar?

- Fanns det något annat (förutom Förbättringskraft) som underlättade samskapandet? I så fall vad och på vilket sätt?
- Fanns det något annat (förutom Förbättringskraft) som motverkade samskapandet? I så fall vad och på vilket sätt?
- Fanns det situationer som inte var relevanta att samskapa? Så fall vilka?
- Vilka andra (ej Förbättringskraft) insatser eller förutsättningar skulle kunna gagna samskapandet i er verksamhet?
- Har ni några framtida råd om hur samskapandet kan stärkas inom Bräcke diakoni?

Bilaga 4. Exempel från kvalitativ innehållsanalys av fokusgruppsintervju

Rådata	**Kondenserad meningsbärande enhet**	**Kod**	**Underkategori**	**Kategori**	**Tema**
Ja, vilja, intresse, kunskap. Man måste ju lära känna sina deltagare som man jobbar med. Och dom, lika mycket som dom lär känna dom så lär dom känna oss.	Vilja lära känna varandra	Självreflektion	Medarbetarens förmåga att se sin egen roll	Förmåga att bygga professionella relationer	Samskapande kompetens hos medarbetare
Det får ju vara ganska konkreta grejer som man får förklara och då är det lättare att fråga hur dom vill ha det till exempel. Som…jamen idéer där och förbättringsområde.	Verktygen behöver kunna förklaras och konkretiseras för patienterna	Anpassningsförmåga	Förståelse att praktisera och anpassa förbättringsverktyg	Förtrogenhet med begrepp och verktyg	Samskapande kompetens hos medarbetare
Jag tänker vi var så klara över vad vi ville göra. Annars hade man ju till en början kunnat samskapa om vad är det vi…vad behöver vi utveckla?	Förutbestämt förbättringsområde försvårar patientinvolvering	Bestämma på förhand	Förutbestämda val försvårar patientinvolvering	Strategiska trösklar hos medarbetaren	Verksamhetens kontext