



GÖTEBORGS UNIVERSITET
HANDELSHÖGSKOLAN



Mobilt vårdteam

- En strategi för att klara av framtidens utmaningar och
vårdbehov

Kandidatuppsats i Industriell och finansiell ekonomi

Handelshögskolan vid Göteborgs Universitet
vårterminen 2019

Handledare: Peter Rosén

Författare:

Niklas Andersson

Veronica Kvist

Födelseårtalet:

19950509

19951212

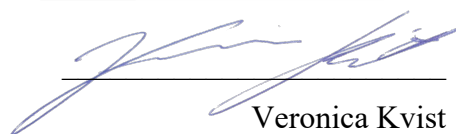
Förord

Vi skulle vilja inleda med att rikta ett stort tack till alla intervjupersoner som varit delaktiga i studien och bidragit med värdefull information. Vi skulle också vilja tacka vår handledare, Peter Rosén för hans stöd och vägledning genom arbetet. Studien har utförts till lika stor del utav båda författarna.

Göteborg, 2019-05-29



Niklas Andersson



Veronica Kvist

Sammanfattning

Svensk sjukvård är sedan länge överbelastad och väntetiderna blir ständigt längre på grund av ett ökat antal vårdsökande. Forskning visar på att andelen äldre av befolkningen kommer att växa sig större vilket kommer att påverka tillgängligheten av vården negativt eftersom att patientgruppen är resurskrävande. Hur problematiken kan lösas saknas det i dagsläget forskning om och därmed återfinns denna studie som ett bidrag till forskningsfältet angående hur svensk sjukvård på ett effektivt sätt ska kunna hantera den äldre patientgruppen för att öka tillgängligheten i vården för alla.

Syftet med denna studie är att utifrån en fallstudie av mobilt vårdteam Malmö undersöka om och hur man kan förbättra tillgängligheten av vården. Det mobila vårdteamet är ett samarbete mellan primärvård, slutenvård och kommun som tillsammans bildar ett multidisciplinärt team för att tillgodose patienternas behov. Genom deras lean-inspirerade arbetssätt behandlar teamet anslutna patienter för att undvika resurskrävande sjukhusinläggningar. Studien utgår främst från en kvalitativ metodologisk ansats där semistrukturerade intervjuer använts för att samla in empiri om deras arbete och resultat. Därefter har en innehållsanalys använts för att analysera materialet. Kvantitativa data har dessutom samlats in som kunna styrka studiens resultat.

Studien påvisar att det arbetssätt som mobilt vårdteam använder sig av ger resultat då detta kan frigöra cirka 0,175% av Skånes Universitetssjukhus totala kapacitet till andra patientgrupper, vilket kan antas påverka den totala tillgängligheten i vården. I studien har det framkommit att utmaningar återfinns i verksamhetens olika silos samt i samarbetet mellan dessa. För att klara av att hantera dessa utmaningar utgår det mobila vårdteamet från ett lean-inspirerat arbetssätt och implementationen av deras strategi har kantats utav ett transformativt ledarskap, kreativt medarbetarskap, stöttande organisationskultur och en tydlig framtidsvision. I framtiden återstår utmaningar i att förbättra samarbetet samt att implementera fler mobila vårdteam runt om i Sverige.

Nyckelord: Lean i sjukvården, transformativt ledarskap, medarbetarskap, organisationskultur, förändringsarbete, personcentrerad vård, tillgänglighet, vård av äldre, mobilt vårdteam.

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1 Problembakgrund	1
1.2 Syfte	3
1.3 Avgränsningar	3
1.4 Disposition	3
2. Presentation av studieobjekt - Mobilt vårdteam	4
2.1 Personcentrerad vård	4
2.2 Det mobila vårdteamet	5
3. Metodologiskt tillvägagångssätt	9
3.1 Kvalitativ och kvantitativ metodologi	9
3.2 Urvalsprocessen	10
3.3 Genomförande	12
3.4 Insamling av teori	12
3.5 Kvantitativa data	13
3.6 Kvalitativa data	13
3.6.1 Semistrukturerade intervjuer	13
3.6.2 Transkribering	13
3.7 Etiska Principer	14
3.8 Tillförlitlighet och pålitlighet	15
3.9 Analys och resultat	15
4. Teori	17
4.1 Lean som strategi inom sjukvården för ökad tillgänglighet	17
4.2 När strategin inte når hela vägen fram	18
4.3 Förändra verksamheten genom transformativt ledarskap	20
4.4 Medarbetarna som initiativtagare	20
4.5 En stöttande organisationskultur som nödvändighet	21
4.6 Att stänga genomförandegapet	22
5. Resultat och analys	24
5.1 Har mobilt vårdteam ökat tillgängligheten i vården?	24
5.2 Hur har mobilt vårdteam Malmö ökat tillgängligheten?	26
5.2.1 Lean-inspirerat arbetssätt har fungerat	26
5.2.2 Ledarskapets betydelse i det mobila vårdteamet	28
5.2.3 Medarbetarskapet som en central del i det mobila vårdteamet	29
5.2.4 Organisationskulturer är svåra att förändra	30
5.3 Hur ska Mobilt vårdteam förbättra tillgängligheten av vården även i framtiden?	32
6. Slutsats	35
7. Förslag till vidare forskning	36
8. Litteraturförteckning	37
Bilagor	42
Bilaga 1 - Operationalisering av teori till intervjuguide	42
Bilaga 2 - Missivbrev	44
Bilaga 3 - Intervjuguide	45

1. Inledning

1.1 Problembakgrund

I Sverige har vårdköerna länge varit ett växande samhällsproblem. Under flera års tid har svenska folket genom egna erfarenheter och medias rapporteringar fått erfara att vårdköerna växer. (DN, 2018) I Sverige har patienter sämre tillgänglighet till vård än patienter i andra jämförbara länder vilket har lett till en avsevärd försämring av förtroendet för hälso- och sjukvården (Brandt, 2013). När tillgängligheten av vården är bristfällig finns en förhöjd risk att drabbas av stress, oro och rädsla i väntan på vård vilket kan bidra till att det medicinska tillståndet kan försämrans (Vårdanalys, 2017).

Artikel 25 i FN:s deklaration över mänskliga rättigheter klargör att alla människor har rätt till sjukvård (FN, 2016). Sverige har gjort en tolkning av den som har lett till en lagstiftning angående hur lång tid en person längst ska behöva vänta på vård som kallas för vårdgarantin (SKL, 2018). I Sverige är det de 21 landstingen, numera kallade regionerna som har det administrativa ansvaret för hälso- och sjukvården och är skyldiga att hålla de tidsgränser som vårdgarantin anger. Statistik från Sveriges Kommuner och Landsting (2018) visar att flertalet regioner bryter mot lagen och att vårdköerna fortsätter växa.

Redan idag är svenska sjukhus tungt belastade och väntetiderna blir ständigt längre på grund av ett ökat antal vårdsökande vilket skapat en obalans mellan utbud och efterfrågan (Vårdanalys, 2017; Mirsch, 2016). Statistik från SKL (2019) visar att överbelastningen i sjukvården ligger på en genomsnittlig överbeläggning på strax över 4% vilket kan jämföras med 2013 då siffran endast låg på 2,9% (SKL, 2019). I framtiden väntar nya utmaningar för vården då medellivslängden ökar och desto äldre patienten är, desto större är risken att denna är beroende av insatser från kommun och landsting för att klara av sitt dagliga liv (Folkhälsomyndigheten, 2018). SCB (2016) hävdar att den demografiska utmaningen inom vården utgörs av att den gruppen som är 65 år eller äldre som förväntas öka från 20% av befolkningen till 25% av befolkningen mellan åren 2018 och 2070 (se figur 1.1), en utveckling som vi redan har svårt att hantera med nuvarande arbetssätt och resurser (SCB, 2019:2; SCB, 2016).

Befolkningsgrupp	2018	2070
65+	2 035 711	3 130 688
Hela befolkningen	10 230 185	12 750 293
Procentuell andel	20%	25%

Figur 1.1: Skapad med statistik från SCB 2019:2, diagram som visar projicerad utveckling av antalet personer som är 65 år eller äldre i relation till befolkningen.

Anledningen till att den demografiska utvecklingen är problematisk inom vården är enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU (2013) att redan 2013 rapporterades att andelen 65 år och äldre utgjorde ca 35% av alla som sökte vård på akuten. Något ännu mer alarmerande från denna rapport är att drygt 50% av alla akutinläggningar utgjordes av denna kategori av äldre. (SBU, 2013) För att råda bot på problematiken har en del regioner satsat resurser på nya innovativa strategier och planer för att kunna hantera problematiken både nu och i framtiden (SKL, 2018).

I sjukvården har därför ett flertal lean-projekt implementerats med syfte att minska slöseri, ojämnheter och överbelastning. Detta för att effektivisera vården och därmed förbättra tillgängligheten. (Lindskog, 2016; Kim, 2006) Sjukvården måste lära sig att utnyttja de resurserna som finns på ett mer effektivt sätt, därför blir verksamhetsutveckling en viktigare fråga som måste implementeras och utvecklas av sjukvårdens egna medarbetare. (Brant, 2013) Inom sjukvården återfinns ett flertal hinder för implementering av organisationsförändringar vilka måste hanteras, annars riskerar förändringen i verksamheten att misslyckas (Moraros et al, 2016; Ulhassan et al, 2014). Trots dessa resultat är lean fortfarande en intressant utgångspunkt då Vårdanalys (2015) menar att tillgängligheten kan förbättras inom vården genom effektivare användning av tillgängliga resurser.

En ny trend inom sjukvården som har fått ökad betydelse är ett lean-inspirerat förhållningssätt som kallas för personcentrerad vård. Det handlar om att fokusera på patientens bästa samt hur material- och personalresurser kan bli allokerade på bästa sätt. På så sätt kan vården bli mer effektiv och tillgänglig genom att bli mer jämlik och kostnadseffektiv. (SKL, 2018; Vårdanalys, 2018) Idag arbetar 13 av landets 21 regioner med att implementera någon form av personcentrerat förhållningssätt i vården. En av dessa är region Skåne som ända sedan 2008 arbetat med personcentrerad vård som bland annat utmynnat i en organisation i Malmö som drivs under ledning av primärvården. (SKL, 2018) Organisationen kallas för Mobilt Vårdteam Malmö (MVT) och har skapat ett samarbete mellan primärvård, slutenvård och kommun för att genom ett förändrat arbetssätt behandla den åldrande befolkningen som belastar sjukhusen (SUS, 2015). Genom att behandla äldre patienter i deras hem kan tillgängligheten av vården

förbättras för alla. Organisationen är unik i Sverige, vilket kan bero på att forskningslitteraturen fortfarande är begränsad när det gäller effektiva lösningar för att bidra till en mer tillgänglig sjukvård. (Vårdanalys, 2018; Brandt, 2013) Det återfinns därmed i forskningen en problematik angående hur Svensk sjukvård ska kunna hantera de utmaningar som följs av en ökande andel äldre patienter.

1.2 Syfte

Med bakgrund av den informationen som presenterats i problembakgrunden står det klart att Sverige under en längre tid har haft problem med att förkorta vårdköerna och står nu inför stora utmaningar att skapa innovativa lösningar på problemet för att kunna hantera den åldrande befolkningen (SUS, 2015).

Syftet blir därför att utifrån en fallstudie undersöka om och hur tillgängligheten kan förbättras inom vården.

Studien kommer att uppfylla ovanstående syfte genom en forskningsfråga som leder alla delar av studien. Frågan är:

- Hur kan Mobilt vårdteam Malmö öka tillgängligheten i vården?

1.3 Avgränsningar

För att besvara forskningsfrågan och uppfylla studiens syfte har en fallstudie av ett projekt i region Skåne undersökts och analyserats. Orsaken till att studien endast undersöker ett fall är att det är unikt samt studiens begränsade tidsspann. I studien har vi valt att endast intervjua chefer och medarbetare med tydlig anknytning till projektet. Denna avgränsning grundar sig i att studien har som syfte att skapa förståelse för om och hur ökad tillgänglighet i vården skapas. Därmed har empirisk insamling från patienter och deras åsikter inte varit av relevans.

1.4 Disposition

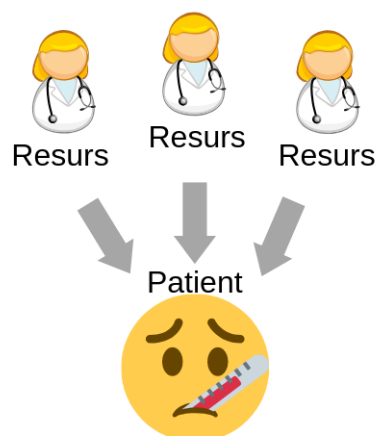
I uppsatsens första del har problembakgrund, syfte och avgränsningar presenteras för att introducera läsaren till problemet som ligger till grund för studiens syfte. I följande avsnitt presenteras det fall som studien undersöker. Därefter presenteras de metodologiska förhållningssätt som präglar studien. Nästkommande avsnitt behandlar den teoretiska referensramen som diskuterar relevant litteratur. Teoriavsnittet följs av analys och resultat som syftar till att analysera den insamlade empirin med stöd av den presenterade teorin. För att avsluta studien följs analysen av slutsatser samt förslag på hur studiens resultat kan användas för vidare forskning.

2. Presentation av studieobjekt - Mobilt vårdteam

I detta avsnitt presenteras det fall som studien har analyserat för att uppfylla syftet och besvara forskningsfrågan. Den information som rör fallet är insamlad i form av interna rapporter samt i form av intervjuer med chefer och medarbetare från teamet. Kapitlet inleds med en teoretiskt baserad introduktion till området personcentrerad vård. Detta kapitel ämnar till att skapa förståelse för det skifte som skett inom vården samt möjliggjort skapandet av det mobila vårdteamet. Därefter beskrivs verksamheten, hur den skapades samt vilka resultat som uppnåddes vid en specifik avstämningsspunkt. Slutligen presenteras hur teamet ser ut idag, hur det har förändrats och hur framtidsplanerna ser ut. Tillsammans skapar dessa delar en grundlig förståelse för fallet som undersöks i studien, samt ger en bakgrund till de resultat som presenteras och analyseras i senare delar av denna studie.

2.1 Personcentrerad vård

Som presenterats i inledningen finns det idag 13 regioner som arbetar med personcentrerad vård varav en är region Skåne. SKL (2018) beskriver detta förhållningssätt på följande sätt: "Personcentrerad vård innebär att se den enskilda personen, involvera och anpassa efter individens behov, resurser och förutsättningar. På detta sätt kan vården både bli mer jämlik och kostnadseffektiv". Vårdanalys (2018) genomförde en undersökning som handlar om hur svensk sjukvård kan arbeta mer med personcentrerad vård, detta då patienter rankar svensk sjukvård som otillgänglig. De menar att patienters och närståendes erfarenheter, kunskaper och resurser inte tas tillvara inom sjukvården. (Vårdanalys, 2018) Personcentrerad vård kan skapa en mer kvalitativ vård som är mer effektiv då en patients vårdplan utformas efter patientens önskemål i samordning med vårdgivaren (Nolte & Pitchforth, 2014). Det personcentrerade förhållningssättet handlar precis som flödeseffektivitet om att samla resurser runt patienter för att tillgodose patientens behov, fokusera på och organisera med ett helhetstänk (se figur 2.1).

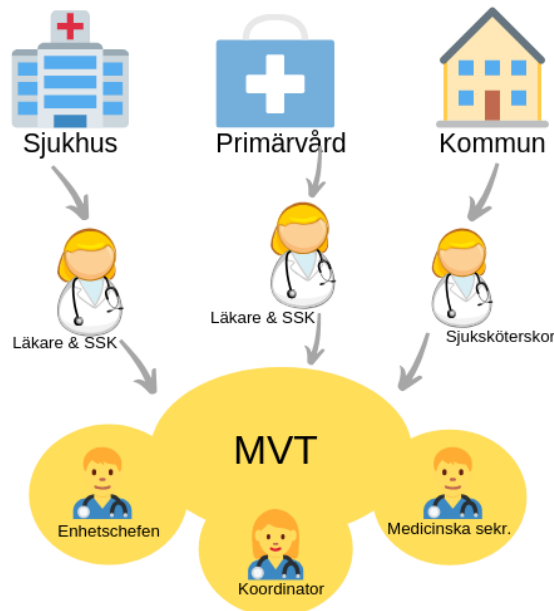


Figur 2.1: Personcentrerad vård och flödeseffektivitet handlar om att samla resurser runt patienten.

Syftet med att arbeta efter denna strategi är att den totala genomloppstiden för patienten minskar samtidigt som vården blir personcentrerad. (Modig & Åhlström, 2015) Trots att den personcentrerade vården bidrar med flera fördelar är den ännu inte helt beprövad och SKL (2018) menar därför att regionernas utmaningar nu ligger i att kunna mäta och följa effekterna av personcentrerad vård. Regionerna måste även skapa tid och möjligheter för den organisations- och kulturförändring som personcentrerad vård innebär, samt arbeta med det tekniska, logistiska och skapa en fungerande koordinering mellan verksamheter. Allt för att klara av att leverera en effektivisering med det nya arbetssättet på plats. (SKL, 2018)

2.2 Det mobila vårdteamet

Med bakgrund i detta paradigmskifte och med den förändrade demografiska bilden startade primärvården i Malmö upp det projekt som senare blev Mobilt vårdteam Malmö (MVT). Satsningar gjordes för att starta ett multidisciplinärt team med sjuksköterskor och läkare från slutenvården och primärvården, samt med sjuksköterskor från kommunen som tillsammans gjorde insatser hos äldre patienter (se figur 2.2). Det övergripande målet var att undvika att patienterna blev inlagda på sjukhus. Om det ändå skulle bedömas nödvändigt, kunde teamet ofta lägga in patienterna på en vårdavdelning utan att passera akuten. Projektet kallades i uppstartsfasen för Äldre i Malmö Mobilt Akutteam (ÄMMA). Genom att skapa ÄMMA-teamet kunde 17% av inläggningar för äldre patienter som annars skulle skett undvikas (SUS, 2015). Statistik från region Skåne visar att efter ÄMMA-teamets två första år kunde de sammanlagt spara ungefär 9 000 vårddygn med en genomsnittlig kostnad på 5000 kr per dygn vilket resulterade i en bruttobesparing på 45 miljoner kronor. De vårddygn som ÄMMA-teamet lyckades spara kunde fördelas till andra patientgrupper som var i större behov av dem på sjukhusen. År 2016 när det nya hälso- och sjukvårdsavtalet, samt lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård färdigställdes, fattades beslut om att skrota ÄMMA som ersattes av det mobila vårdteamet i Malmö (MVT) som ligger till grund för studien. (SUS, 2015)



Figur 2.2: Sammansättning av det multidisciplinära mobila vårdteamet, MVT.

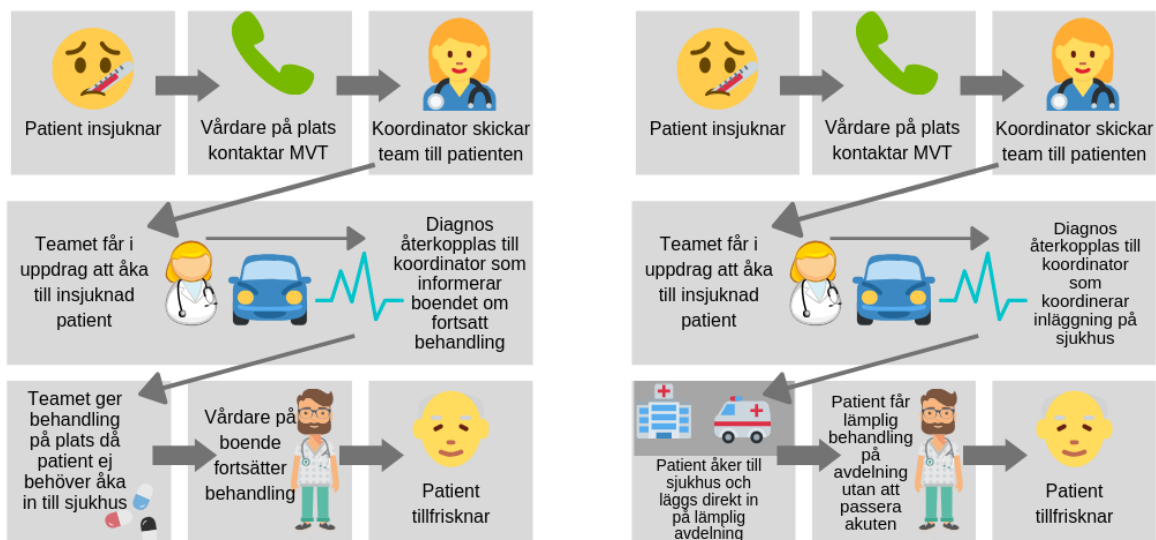
Sammantaget är målen att det mobila vårdteamets insatser ska ge patienten i MVT:

- bättre trygghet
- snabbare akut bedömning
- frånvaro av onödiga inläggningar och återinläggningar
- ökad tillgänglighet för alla vård sökande genom minskat inflöde till akutmottagningen
- utvecklat samarbete mellan sjukhus, primärvård och kommun

Region Skåne saknar systemstöd för att se hur trycket på akutmottagningarna och vårdköerna minskar utav det mobila vårdteamets insatser. Malmö stad har en ökande befolkning vilket spär på komplexiteten av att mäta teamets påverkan. På grund av detta mäter mobilt vårdteam resultat genom att spåra hur många insatser som görs hos patienter för att förhindra sjukhusinläggning. Detta kan fungera som ett underlag för deras resultat och tolkas som att patienterna annars hade blivit inlagda på sjukhus. Idag sker 1 900 insatser per år vilket resulterar i att 9 500 vårddygn frigörs från Skånes Universitetssjukhus och 47 500 000 kronor i bruttobesparing varje år. I relation till dessa tillgänglighetsförbättringar som MVT åstadkommer är det också viktigt att benämna att kostnaderna för organisationen samfinansieras och det innebär att kommun, primärvård och slutenvård står för en tredjedel av kostnaderna som uppstår vardera. Hur stora dessa kostnader är saknas information om. Detta då region Skåne inte kan urskilja var kostnaderna uppkommer eftersom att personalen tillhör ett flertal avdelningar. Dessutom har den genomsnittliga genomloppstiden för utskrivningsklara patienter minskat från 4,8 dygn till 2,8 dygn i Malmö. Denna förbättring

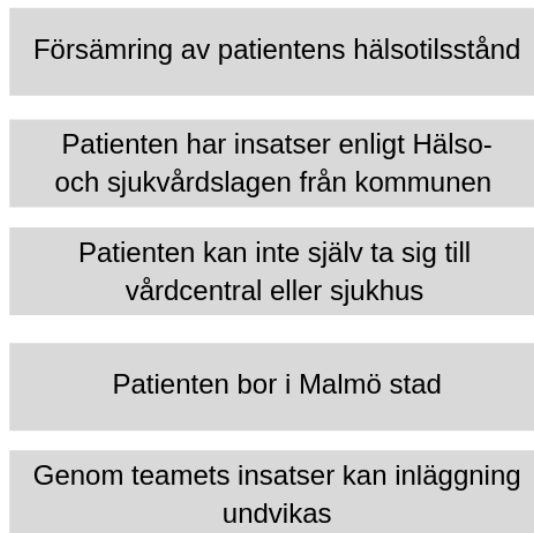
kan dock inte enbart tillskrivas det mobila vårdteamets insatser utan påverkas även av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård.

Verksamheten består idag av sju specialistläkare (kardiologi, neurologi, geriatrik och psykiatri), två allmänläkare, sex sjuksköterskor, två medicinska sekreterare, en koordinator och en enhetschef. Personalsammansättningen utgår från en rotationsplan där varje medarbetare jobbar varannan vecka i teamet och varannan vecka i sin ordinarie verksamhet. Tillsammans bildar de tre team som dagligen kan besöka patienter under arbetstid mellan 08.00-16.30. I dagens utformning är MVT indelat i två olika inriktningar. Den första inriktningen är tvådelad och finns till för att förhindra besök till akuten genom att göra akuta insatser som senare följs upp i hemmet, alternativt anordnas direktinläggning till de patienter som behöver vård på sjukhus (se figur 2.3 och 2.4)



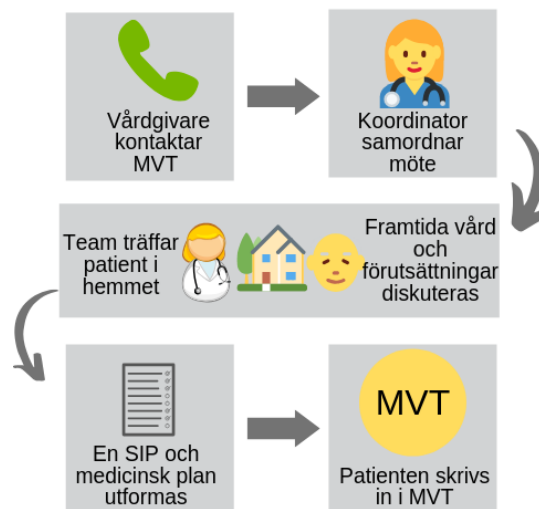
Figur 2.3: Spår 1, MVT behandlar sjuk patient utan sjukhus Figur 2.4: Spår 1, MVT skickar patient till sjukhus

Den andra inriktningen har i uppgift att ansluta äldre vård sökande till MVT, framförallt de som bor kvar i eget hem. För att ha möjlighet som patient att bli inskriven krävs det att man uppfyller fem krav som visas i figur 2.5.



Figur 2.5: Fem krav som krävs för inskrivning av en patient i teamet.

När en patient blir inskriven i MVT skapas en Samordnad Individuell Planering (SIP) samt en medicinsk plan. SIP skapas i samförstånd mellan patienten, slutenvården, primärvården och kommunen med patienten i fokus och innehållet i denna är patientens egen önskan om hur denne vill bli vårdad och behandlad. Den medicinska planen upprättas i samförstånd med läkare och patient och rör patientens medicinska hälsotillstånd samt vilka relevanta åtgärder som kan tas om patienten insjuknar (se figur 2.6).



Figur 2.6: Spår 2, inskrivning av patient i mobilt vårdteam Malmö

Syftet med dessa planer är att beskriva patientens vårdbehov samt göra det möjligt för en mer extensiv behandling i hemmet dygnet runt. Genom det mobila vårdteamets insatser ökar tryggheten och tillgängligheten för deras anslutna patienter. Eftersom att deras arbetssätt frigör kapacitet i slutenvården kan detta även bidra till att tillgängligheten för övriga patientgrupper ökar.

3. Metodologiskt tillvägagångssätt

I detta avsnitt kommer de metodologiska förutsättningarna som vi utgått från presenteras. Syftet är att skapa en förståelse för hur det mobila vårdteamet kan förbättra tillgängligheten i vården och därför anses en kvalitativ ansats mest relevant som insamlingsmetod för det empiriska studiematerialet. Kvantitativ empiri har också samlats in för att underbygga fallstudiens resultat och därigenom komplettera den kvalitativa empirin. För att på ett objektivt sätt kunna förhålla oss till den rådande forskningsetiken och få en djupare förståelse för insamlingen och bearbetningen av materialet, har vi utgått från flera författarens verk. Valet är gjort för att få en bredare kunskap om de metodologiska tillvägagångssätt för att främja både tillförlitlighet och pålitlighet i studien.

3.1 Kvalitativ och kvantitativ metodologi

Valet att implementera en kvalitativ ansats för studien föll naturligt när syftet hade formulerats. En kvalitativ analys av det mobila vårdteamet i Malmö kommer således söka förståelse för hur tillgängligheten i vården förbättras samt vilka faktorer som ligger bakom verksamhetens framgång. Studien angriper syftet genom en fallstudie då endast en del av en organisation eller ett fall undersöks (Bryman, 2011). Enligt både Bryman (2011) och Repstad (1999) lämpar sig en kvalitativ analys bäst om forskarna vill komma nära in på det observerade studieobjektet och studera ett enskilt fall. Holme & Solvang (1997) påpekar att en kvalitativ metod hjälper forskaren att få insikt i olika fenomen, perspektiv och situationer bättre än användandet av en kvantitativ metod. I studien eftersträvar vi just perspektiv och förståelse vilket vi inte anser hade kunnat uppnås inom en enbart kvantitativ studie på samma nivå. Dock anser vi att kvalitativa studier går hand i hand med kvantitativa studier och tillsammans kan de bidra till en mer fulländad studie än vad dem kunnat var för sig. Enligt Bryman (2011) kan forskaren bli tryggare i sina resultat av studien genom användning av både kvalitativa och kvantitativa metoder. Med hjälp av de kvantitativa data som samlades in under studiens gång kunde resultaten vi fann genom intervjuerna styrkas.

I början av denna studie skapades ett teoretiskt avsnitt som sedan genomarbetades efter insamling av empirin. Detta gjordes då vi som författare upplevde att vi hade fått en bättre förståelse och nya infallsvinklar efter empiriinsamlingen. Detta metodologiska angreppssätt kan alltså påminna om både deduktion och induktion. Bryman (2011) kallar detta angreppssätt för abduktion. Den ontologiska utgångspunkten för studien blev konstruktionistisk under formuleringen av syftet. Detta blev uppenbart eftersom att det undersökta ämnet till stor del

handlar om hur den enskilde chefen eller medarbetaren uppfattar situationen. Då syftet med studien har varit att undersöka hur förbättrad tillgänglighet kan skapas inom vården har den epistemologiska ståndpunkten i studien varit fenomenologisk. Inom fenomenologin gör forskaren tolkningar av mänskliga handlingar för att kunna skapa förståelse för hur människor skapar eller konstruerar mening (Bryman, 2011). Hur vi som författare tolkat och kodat den insamlade empirin kan man som läsare av denna studie finna mer om under rubrik 3.9 Analys och resultat.

3.2 Urvalsprocessen

Syftet med att få förståelse för hur ett projekt som ämnar till att förbättra tillgängligheten inom vården fungerar, uppfylls i studien genom att analysera empiriinsamlingen bestående av intervjuer med chefer och medarbetare från mobilt vårdteam Malmö. Författarna till studien har tillsammans tidigare genomfört en studie med fokus på chefer i den offentliga vården och inför denna studie togs därför kontakt med ett av dessa intervjuobjekt igen för att undersöka varför vårdköerna ökar genom dennes verksamhet. Efter ett initialt avstämningsmöte med divisionschefen ändrade studien riktning då mobilt vårdteam lades fram som ett möjligt objekt för fallstudien. I samband med detta skapades en plan i samförstånd som inkluderade potentiella intervjupersoner. Dessutom tillgängliggjordes grundlig information om mobilt vårdteams historia och framtid. Totalt intervjuades sex personer för att få ett så bra omfång på empirin som möjligt utifrån parametrar för studiens vidd. Valet att intervjua divisionschefen föll naturligt då denna person varit en drivande kraft bakom verksamhetens uppstart och fungerat som inspirationskälla för studien. Enhetschefen blev intervjuad då denna innehar det operativa ansvaret och kunde således berätta om styrningen av den dagliga verksamheten i MVT. Sedan intervjuades två stycken läkare, en från slutenvården och en från primärvården för att få konkret information om vad som fungerar bra och mindre bra utifrån två olika synvinklar. Koordinatoren intervjuades för att få ett helhetsperspektiv och information om hur det aktuella flödet ser ut och vad de största svårigheterna varit att få olika organisationer att samarbeta. Då projektet drivs som ett samarbete mellan primärvården, slutenvården och kommunen ansåg vi att en sjuksköterska som jobbar inom MVT men som är anställd inom kommunen även var viktig att inkludera. Detta gjordes för att belysa verksamheten från ett flertal olika perspektiv och således bredda studiens empiri och omfång. Medicinska sekreterare jobbar också i teamet men valdes att exkluderas från studien då dessa inte har någon direkt anknytning till teamets arbete då de endast fungerar som en stödfunktion och anses inte kunnat bidra med empiri för studiens syfte.

Enligt Holme & Solvang (1997) är den selektiva urvalsprocessen av intervjupersoner avgörande. Detta då all empiri kan bli irrelevant om fel undersökningsspersoner väljs ut i relation till syftet. Vi anser att bredden på den insamlade empirin var extra viktig för syftet och för att kunna få en helhetsbild av fallet. Därför gjordes valet att vi skulle intervjua minst en person från varje relevant del av det mobila vårdteamet. Vi menar samtidigt att det är relevant att understryka att urvalsprocessen kategoriseras som ett bekvämlighetsurval. Det gav oss möjligheten att komma in i organisation för att kunna studera fallet, med det finns även nackdelar med denna typ av urval. Problemet med detta kan enligt Bryman & Buchanan (2009) försvåra generaliseringen av studien till andra verksamheter och branscher. Efter att ha genomfört nästan alla intervjuerna upplevde vi en trend i hur intervjupersonerna svarade på frågorna. Under den sista intervjun upplevdes en mättnad utifrån fallet och vi ansåg därmed att de sex intervjuerna erbjöd tillräckligt material och bredd för att fullfölja studien. Om detta inte varit fallet hade fler intervjuer varit en möjlig åtgärd.

Intervju	Datum	Tidsåtgång
Divisionschef intervju 1	2019-04-15	30 min
Divisionschef intervju 2	2019-04-23	60 min
Enhetschef	2019-04-24	50 min
Läkare 1 slutenvård	2019-04-29	60 min
Koordinator	2019-05-03	70 min
Kommunal sjuksköterska	2019-05-03	40 min
Läkare 2 primärvård	2019-05-07	60 min

Figur 3.1 Sammanställande tabell av intervjuer

Valet att intervjua både chefer och medarbetare gjordes för att säkerställa en bredd i empirin och för att kunna se tendenser och få ett tydligare perspektiv och nya infallsvinklar över fallet. Intervjupersonerna består av fyra kvinnor och två män. Det återfinns en obalans mellan könen och en tendens att detta skulle kunna påverka utfallet av studien. Då detta representerar vårdbranschen i stort anser vi inte att detta påverkar pålitligheten eller tillförlitligheten (SCB, 2019).

3.3 Genomförande

Hela arbetet med denna studie spann från vecka 13 till vecka 22 år 2019 och samtliga intervjuer genomfördes från vecka 16 till 19 under samma år. Under hela arbetets gång har vi haft regelbundna möten med vår handledare för att diskutera olika delar av studien. I studien intervjuades chefer och medarbetare som arbetar med eller inom organisationen mobilt vårdteam Malmö. Intervjuerna bokades in cirka 2 veckor i förväg för att ge intervjupersonerna möjlighet att bestämma över tid, plats och om viljan att delta. Efter att vi konstruerat och operationaliserat intervjuguiden (se bilaga 1) genomförde vi en pilotintervju med en familjemedlem. Detta gjorde vi för att säkerställa att frågorna var besvarbara, att dem ledde intervjupersonen i rätt riktning samt gav det oss en uppfattning för hur lång tid intervjuerna skulle ta. Efter pilotintervjun kunde vi ta bort de frågor som upplevdes som överflödiga och inte genererade några djupa svar. Repstad (1999) menar att en pilotintervju är fördelaktig när det leder till en reduktion av onödiga frågor som inte påverkar intervjupersonens förmåga att associera och skapa egna tolkningar.

Inför intervjuerna skickades ett missivbrev ut via email som informerade intervjupersonerna om studien samt vilka etiska principer den följer (se bilaga 2). Båda författarna av studien var delaktiga under intervjun för att kunna säkerställa att intervjun flöt på med relevanta följdfrågor och utan några tekniska problem. Att vi båda var deltagande upplever vi ledde till att vi båda fick liknande intryck och kunde gemensamt tolka och analysera vad intervjupersonerna menade med sina resonemang. Varje intervju varade mellan 30-70 minuter (se figur 3.1). Vi upplevde att alla intervjupersoner kände sig bekväma med intervjuerna och var väldigt positivt inställda till studiens syfte och samtliga bad om återkoppling vid studiens färdigställande.

3.4 Insamling av teori

Teorin som underbyggt studien och använts för att analysera studiens insamlade empiri har blivit inhämtade från ett flertal olika källor. En stor del har blivit inhämtat från Göteborgs Universitetsbibliotek (Supersök och GUPEA) samt Lunds Universitetsbibliotek (LubSearch och Lovisa). En del av materialet är inhämtat från myndigheter och institutioner så som Myndigheten för vård och omsorgsanalys, Statistiska centralbyrån och Sveriges kommuner och landsting då dessa erbjuder offentlig statistik, rapporter och information om vården i Sverige. En mindre del av materialet är hämtat från tidigare kurslitteratur från kurser som lästs vid Lunds Universitet och Göteborgs Universitet. Egenproducerat material och rapporter från Skånes Universitetssjukhus och mobilt vårdteam Malmö har även varit relevanta

informationskällor. Områdena som författarna letat litteratur inom har rört ämnen som, Lean, ledarskap inom lean, organisationsförändring, organisationskultur, implementation gap och personcentrerad vård.

3.5 Kvantitativa data

Efter intervju med divisionschefen som ansvarar för det mobila vårdteamet fick vi frågan om vi önskade att inkludera kvantitativa data i studien vilket vi accepterade. Den data som vi fick tillgång till handlade om det mobila vårdteamet samt dess föregångare, ÄMMA-teamet. Vi fick även tillgång till information och data som berör antalet insatser, antal anställda samt övrig statistik om vårdplatser i region Skåne. Tillgången till dessa data var en stor fördel i uppbyggnaden av resultat, analys och slutsatser av denna studie. Vi upplever att den kvantitativa datan i kombination med den kvalitativa empirin har skapat tillförlitliga slutsatser i studien då de bygger på och styrker varandra.

3.6 Kvalitativa data

Den huvudsakliga metodologiska ansatsen i denna studie har varit kvalitativ. Inom den kvalitativa forskningen återfinns ett flertal metoder som kan användas för insamling av empiri. I nedanstående avsnitt presenteras de metodologiska utgångspunkter som använts i denna studie för att samla in relevant empiri.

3.6.1 Semistrukturerade intervjuer

Eftersom att syftet mynnar ut i en kvalitativ forskningsfråga var semistrukturerade intervjuer den mest relevanta metoden för empiriinsamlingen. Detta då denna intervjuform tillåter intervjupersonerna att fritt associera samtidigt som vi som intervjuar kan vägleda diskussionen och intervjun i önskvärd riktning. Bryman (2011) pekar på att semistrukturerade intervjuer ger intervjupersonen möjligheten att uttrycka sig fritt och konstruera egna samband. Bryman (2011) diskuterar även att semistrukturerade intervjuer består av en guide för intervjun som vi delade upp i fyra övergripande avsnitt som handlar om lean, ledar- och medarbetarskap, samarbete och organisationskultur och slutligen framtid (se bilaga 3). Vår samlade uppfattning är att semistrukturerade intervjuer möjliggjorde för en insamling av ett värdefullt empiriskt material som vi kunde tolka och skapa en djupare förståelse för. Valet har även skapat möjligheter för oss som författare att samla upp känslor, tankar, reflektioner samt miljön under intervjuerna.

3.6.2 Transkribering

Transkribering av materialet är viktigt för att kunna återge exakt det som sades under intervjun till text. Enligt Kvale (1997) är transkribering ett komplicerat moment där olika

tekniska och metodologiska svårigheter kan uppstå. Vi spelade därför in intervjun med diktafoner på våra mobiltelefoner varje gång för att undvika att några problem skulle uppstå med ljudet. Alla intervjuer skedde på intervjupersonernas arbetsplats och innan intervjun var vi noggranna med att kontrollera att ljudet var tydligt och att inga störande ljud från bakgrunden kunde påverka inspelningen eller ljudkvalitén. Vi frågade även våra intervjupersoner om det var acceptabelt att spela in samtalet.

Med insamlad empiri påbörjades transkriberingen. Vi valde att transkribera materialet som skriftspråk istället för talspråk då vi inte anser att den huvudsaklige innebörden av materialet förändrats. I transkriberingarna har även vissa specifika ord och namn utelämnats för att säkerställa att anonymiseringen fullföljs. Kvale (1997) riktar kritik mot transkribering som metod då materialet kan bli en tolkningsfråga för författarna och således påverka pålitligheten i studien. Detta är underförstått och vi är medvetna att materialet är justerat då skratt och utmärkande ord som hade kunnat påverka anonymiteten blivit borttagna. Men då transkriberingarna inte i sig ska analyseras utan endast fungera som ett verktyg för att kunna analysera empirin anser vi att pålitligheten förblir oförändrad. Kvale (1997) menar också att transkribering kan bidra till att sammanhanget i diskussionen går förlorat när man överför talspråk till skriftspråk. Han säger dock att om transkriberingen påbörjas omedelbart efter intervjun finns stor chans att sammanhanget återfinns i minnet (Kvale, 1997). Därför gjordes valet att inte vänta med transkriberingarna mer än tre dagar efter att intervjun ägde rum.

3.7 Etiska Principer

Utefter studiens syfte och teori operationaliserades frågor som bland annat handlar om lean, ledar- och medarbetarskap, samarbete och organisationskultur och slutligen framtid. Ingen av intervjupersonerna i verksamheten har begärt att förbli anonym men då detta ändå kan uppfattas som känsliga frågor och då vi eftersträvar ärliga svar har vi låtit alla intervjupersoner förbli anonyma i den utsträckningen att vi inte har angett deras namn utan endast angivit dem enligt deras titlar (se figur 3.1). Detta då vi anser att deras specifika namn inte har någon betydelse för studien men deras titlar kan ha en direkt påverkan på analysen av empirin. I relation till anonymiseringen är även könspronomen slumpmässigt konstruerade. Vi har däremot gjort valet att vara helt transparenta med information om vilket fall vi undersöker och i vilken region för att underbygga studiens tillförlitlighet och pålitlighet. Inför varje intervju upplystes intervjupersonerna om de forskningsetiska principerna som studien följer samt individernas rättigheter. Bryman (2011) skriver om de olika etiska krav som akademiska

författare måste åta sig. Dessa är nyttjandekravet, informationskravet, samtyckeskravet och konfidentialitetskravet (Bryman, 2011). I studien har vi tillämpat dessa på följande vis; informerat alla intervjupersonerna att det insamlade material endast kommer användas för denna studie, studiens syfte, att deras deltagande är på frivillig basis, upplyst intervjupersonerna att de styr över sig egen medverkan samt att deras namn kommer att förbli anonyma och att ingen obehörig skall få tillgång till materialet.

3.8 Tillförlitlighet och pålitlighet

I studien anser vi att akademisk praxis bör tillämpas där begrepp som replicerbarhet, validitet och reliabilitet är högst relevanta, vilket också bidrar med extra kredibilitet till studien. Vi upplever dock ett antal hinder för dessa ändamål dels på grund av att studien till stor del är av kvalitativ ansats, dels då vi inte har kunnat påverka hur den kvantitativa datan har samlats in. Enligt Bryman & Buchanan (2009) är detta vanligt hos kvalitativa forskare som då istället borde fokusera på andra kvalitetsbegrepp som tillförlitlighet och pålitlighet. Att återskapa en kvalitativ studie med likvärdig empiri kan antas vara omöjligt. Författarna säger också att kvalitativa studier till stor del bygger på författarnas egna tolkning av materialet. (Bryman & Buchanan, 2009) För att inte påverka tillförlitligheten och pålitligheten har vi valt att vara så transparenta som möjligt. Alla intervjupersoner har även fått göra en respondentvalidering och således granskat sina citat innan offentlig publicering för att säkerställa att dessa inte misstolkats eller tagits ur sitt sammanhang.

3.9 Analys och resultat

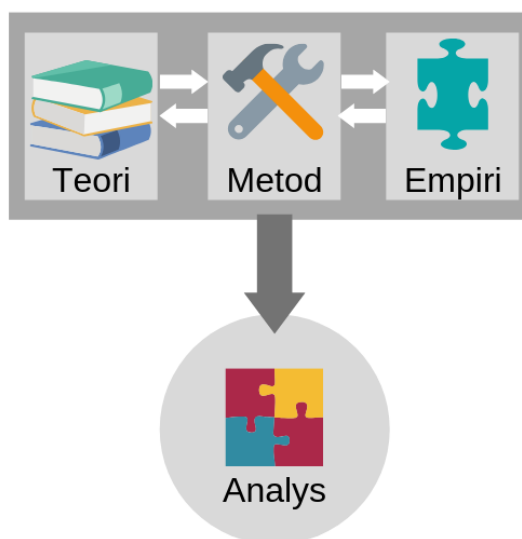
Genom att operationalisera de teoretiska begrepp som är relevanta för studien skapades intervjuguiden. Operationalisering används enligt Bryman & Bell (2005) för att göra teoretiska begrepp applicerbara genom intervjun. Insamlingen av empirin har styrts av den teori som samlats in för att fullfölja studiens syfte och som senare operationaliserats för att skapa intervjuguiden. För att efter transkribering av intervjuerna kunna analysera den insamlade empirin använde vi oss av en metod som Graneheim & Lundman (2004) kallar för innehållsanalys. Genom användningen av innehållsanalys skapades en nära kontextualitet mellan studiens empiriinsamling, metod samt teori (Graneheim & Lundman, 2004) Vår upplevelse är att detta har lett till att studien följer en enkel röd tråd rakt igenom. Graneheim & Lundman (2004) menar att metoden utgår från att det transkriberade materialet genomgås ett flertal gånger för att forskaren ska få en känsla för materialet och det latent innehåll. Nästa steg i processen är att sortera ut meningar eller fraser från transkriberingen som är av vikt för syftet och frågeställningen. I det steget är det viktigt att även omgivande text

inkluderas för att inte mista sammanhanget. För att sedan kunna koda dessa sektioner är kondensering ett viktigt steg där syftet är att bryta ner sektionerna till mindre beståndsdelar utan att förlora innehållet. Dessa kondenserade meningar tilldelas sedan en kod som representerar det latenta innehållet. Från dessa koder kan teman som återspeglar syftet formuleras och ordnas för att kunna sortera i materialet. I figur 3.2 visas exempel på hur det empiriska materialet behandlats och resulterat i teman. De teman som framkom efter innehållsanalysen och som presenteras under 5. Analys & Resultat är: tillgänglighet, leanarbete i sjukvården, ledarskap, medarbetarskap, organisationskultur och framtid.

Mening	Kondenserad mening	Kodning	Tema
Vi visste var vi ville inom organisationen men vi var såklart tvungna att ta in åsikter från personalen. (Enhetschefen)	Ledarskapet inkluderar medarbetare i förändringsarbetet	Transformativt ledarskap	Ledarskap
Jag visste att det krävdes starka, erfarna och engagerade läkare och sjuksköterskor som alltid skulle kunna göra dessa insatserna på ett snabbt och självsäkert sätt för att övertyga sköterskorna och vårdarna på boendena om att patienten inte behövde åka till sjukhuset. (Divisionschefen)	Ledarskapets förståelse för medarbetarnas betydelse	Strategi	

Figur 3.2: Exempel på hantering av innehållsanalys

Därmed har de metodologiska förutsättningarna för studien presenterats, härnäst följer det teoretiska kapitlet som diskuterar relevant litteratur som krävs för att analysera den tematiserade empirin. I figur 3.3 visas ett grafiskt samband mellan teori, metod och empiri som sammanlänkas för att senare bilda en analys.



Figur 3.3: Relation mellan teori, metod och empiri som tillsammans bygger upp analysen

4. Teori

I detta kapitel presenteras det teoretiska ramverk som ligger till grund för analysen av den insamlade empirin. Litteraturen som anses relevant för denna studie är sammankopplade, av denna anledning presenteras teori löpande och uppdelat i teman. Strukturen av detta kapitel är följande: Lean i sjukvården, problem med lean-implementation, ledarskapets betydelse, medarbetarskapets betydelse, organisationskulturens betydelse och slutligen hur dessa teman vävs samman för att förbättra tillgängligheten i vården.

4.1 Lean som strategi inom sjukvården för ökad tillgänglighet

Inom sjukvården förekommer regelbundet överbeläggningar vilket resulterar i utlokalisering av patienter som innebär att de placeras på en avdelning som inte behandlar deras åkomma. Detta kan sänka kvaliteten på vården och öka vårdköerna, en sådan utveckling hade aldrig blivit accepterad inom industrin (Rosenbäck et al, 2019) (SKL, 2019). Enligt Brandt (2013) baseras inte sjukvården på evidens utan fortsätter med ineffektiva arbetssätt på grund av tradition. Sjukvården tillhandahåller tjänster som inte går att lagerföra och innehar samtidigt en viktig samhällsfunktion. Sjukvården måste därför alltid kunna leverera och således använda sina resurser på bästa sätt. (Brandt, 2013; Grönroos, 2013) Lean har därmed fått legitimitet som en teknik för att leverera högre kvalitet och bättre effektivitet inom vården (Brandt, 2013; Mankins & Steele, 2005; Trisolini, 2002).

En av grundpelarna inom lean i sjukvården är att konstruera flöden för att kunna analysera om aktiviteterna är värdeskapande för patienterna. Efter att ha identifierats kan aktiviteterna tas bort om inte de skapar något värde för patienten alternativt om bedömningen görs att nödvändiga icke-värdeskapande aktiviteterna ska vara kvar kan en diskussion skapas om huruvida de kan genomföras på ett effektivare sätt (Rosenbäck, 2019; Brandt, 2013). Summan av de värdeskapande aktiviteterna i relation till genomloppstiden som det tar en patient att genomgå en inläggning på sjukhus kallas för flödeseffektivitet (Modig & Åhlström, 2015). Genom att arbeta enligt denna strategi förflyttas fokus i organisationen till patienten och målet är att tillgodose patientens behov vilket även kan benämnas personcentrerad vård (SKL, 2018). Att implementera detta förhållningssätt av lean inom en vårdkontext syftar till att: ta bort väntetider för patienter eller medarbetare; samla resurser runt patienterna med minsta möjliga lager; ha väl anpassade resurser med så jämn belastning som möjligt (Rossum et al., 2016; Brandt, 2013). Inom industrin är detta en självklarhet eftersom om man överbelastar en maskin så kommer den tillslut att gå sönder (Rosenbäck, 2019). Inom sjukvården så tas detta

inte på samma allvar. Sammantaget kan härledas att satsningar inom vården som ämnar till att förbättra tillgängligheten grundas i lean. Enligt Brandt (2013) kan lyckade lean-projekt inom vården leda till; tidsbesparing, reducerade väntetider, kostnadsreduktioner, produktivitetsökning, kvalitetsförbättringar, ökad patient- och medarbetartillfredsställelse, kortare ledtider för olika medicinska åtgärder samt ökad patientsäkerhet.

Mazzocato et al. (2014) bekräftar denna slutsats och menar att lean i en sjukvårdskontext kan skapa resultat som gynnar organisationen så som minskat slöseri och bättre resursanvändning men riktar även kritik mot implementation av lean inom sjukvården. Enligt författarna är sjukvården en komplex organisation och de variationer som återfinns i vårdflödena ofta härstammar från komplexiteten inom arbetet. (Mazzocato et al., 2014) Moraros et al. (2016) menar att komplexiteten och variationerna som de skapar är hinder för en ren lean-implementation och påpekar att det vetenskapliga underlaget för lean-implementering inom vården är alldeles för tunt. Författarna önskar även att chefer och ledning av dessa anledningar ska utarbeta en tydlig plan innan implementation i verksamheten görs (Moraros et al., 2016). Ulhassan et al. (2014) menar också att lean som helhet kan vara svårt att implementera i en sjukvårdskontext på grund av den komplexitet som följer. Men författarna menar samtidigt att även om standardiserade processer som krävs för ren lean-implementation inte är helt genomförbara så innebär lean-implementering i sjukvården flertalet förbättringar som skapar en bättre vård för patienterna och en bättre psykosocial arbetsplats för medarbetarna (Ulhassan et al, 2014).

Sammantaget påvisar teorin att det finns en ambivalens inom forskningen om lean i sjukvården men vad som tydligt går att urskilja är att fördelarna som följer en lean-implementation ej går att förkasta. Härnäst följer teorier som behandlar själva implementeringen av lean utifrån en sjukvårds kontext samt vilka fallgropar som kan uppstå.

4.2 När strategin inte når hela vägen fram

Kaplan et al. (2014) hävdar att när en sjukvårdsorganisation vill åstadkomma förbättrings-åtgärder för patienterna är det enkelt att fokusera på leans tekniska delar. Författarna understryker att dessa delar är viktiga att tänka på men för att åstadkomma riktiga förbättringar så räcker det inte med att börja använda nya begrepp och att implementera modeller i verksamheten, det krävs en hel organisationsförändring. Om inte hela organisationen inkluderas och samtidigt är redo att transformeras kommer begrepp, modeller

och konsulter bara att leda verksamheten en bit på vägen. (Kaplan et al, 2014) Sull (2007) menar att det gap som då uppstår mellan strategi och genomförande kallas för *implementation gap*, vilket vi i detta arbete översätter till genomförandegap. Sull (2007) och Floyd & Wooldridge (1992) pekar på att svårigheterna med implementering av lean i sjukvården och att därigenom kunna uppnå förbättrade resultat på tillgänglighet och kvalitet ligger inom det så kallade genomförandegapet.

Enligt Rossum et al. (2016) visar forskning på att genomförandegapet kan uppstå när en verksamhet främst fokuserar på resultat, men missar att fokusera på själva genomförandet av förändringen. Inom lean i sjukvården uppstår genomförandegapet eftersom att det primära fokuset ligger på att implementera tekniska lean verktyg, begrepp och modeller samt på kortsiktiga resultat för att bevisa strategins värde (Rossum et al, 2016; Kaplan et al, 2014). Detta sker istället för att fokusera på att skapa en förståelse för vad som förbättrar verksamheten det vill säga den organisationsförändringen som faktiskt krävs. En annan anledning till att leanprojekt kan hamna i genomförandegapet och därmed endast nå pilotstadiet menar Brandt (2013) beror på ett bristande intresse att involvera medarbetare i implementationen. Han hävdar dessutom att medarbetare oftast inte ser helheten och får således svårt att bli motiverade till ett förändrat arbetssätt. (Brandt, 2013)

Enligt Modig & Åhlström (2015) kan en orsak till misslyckandet av en effektiv lean-implementation vara att fokus ligger på resurseffektivitet vilket fokuserar på att fullbelägga verksamheten som i sin tur försämrar tillgängligheten då det leder till längre genomloppstider samt kötider för patienter. För att kunna genomföra organisationsförändringar med långsiktiga förbättringar krävs därför ett holistiskt förändringsperspektiv (Kaplan et al., 2014; Mazzocato et al., 2014). För att genomföra detta krävs ett omfattande ledningsarbete som består av ett engagerat ledarskap och en stöttande organisationskultur (Kaplan et al., 2014; Ulhassan et al, 2014; Mazzocato, 2014; Mann, 2009). Mann (2009) samt Doss och Orr (2007) påstår att ledarskapet är den delen som saknas mellan en akademisk ansats av lean-projekt och den faktiska organisationsförändringen mot lean i sjukvården. Slutligen blir teorier om ledarskapets betydelse för organisationsförändringar viktiga att presentera i detta teoretiska ramverk för att kunna analysera det insamlade empiriska materialet.

4.3 Förändra verksamheten genom transformativt ledarskap

Enligt Floyd & Wooldridge (1992) pekar litteraturen inom organisationsförändring på att ledarskapet är en nyckelfaktor för ett lyckat förändringsarbete. Även inom lean anses ledarskapet vara en viktig faktor för att nå lyckad implementering (Rossum, 2016; Kaplan et al., 2014; Ulhassan et al, 2014; Mazzocato, 2014; Mann, 2009). Floyd & Wooldridge (1992) menar att om en förändringsprocess ska lyckas krävs att ledarskapet förflyttas från ett transaktionsperspektiv till ett transformationsperspektiv. Ett transaktionsledarskap kantas av belöningar och bestraffningar för att behålla nuvarande status medan ett transformationsledarskap arbetar fram visioner, belöningar och strategier tillsammans med sina medarbetare för att inspirera och nå förändring (Hargis et al., 2011). Att ett transformationsledarskap krävs vid implementering av lean inom sjukvården stöds av både Jimmerson et al. (2005) och Dicksson (2009). De menar att medarbetare ofta upplever att lean-strategier är ett tillfälligt arbetssätt så länge som ledningen påvisar karaktärsdrag såsom saknad av driv och engagemang. I deras forskning fann man att transformationsledarskap är en nyckelfaktor för att säkra en stabil, långvarig och framgångsrik förändring i sjukvården när implementering av lean väl sker. (Rossum et al., 2016)

Floyd & Wooldridge (1992) menar att en misslyckad implementering av en strategi skapas då mellanchefer och enhetschefer antingen är dåligt informerade eller inte stöttar den valda strategin. En lyckad implementering handlar istället om att chefer stöttar och agerar utefter prioriteringar i den nya strategin (Kaplan et al., 2014; Ulhassan et al, 2014; Mazzocato, 2014; Mann, 2009; Floyd & Wooldridge, 1992). Sammantaget handlar detta om att verksamheten ska ha en gemensam strategi, ett gemensamt engagemang samt en gemensam förståelse för sina mål, utan detta kan framgångsrika resultat inte uppnås (Floyd & Wooldridge, 1992).

4.4 Medarbetarna som initiativtagare

Ett transformativt ledarskap bygger i grunden på att det är ledaren som inspirerar och driver förändringsarbetet och får genom sitt ledarskap med sig sina medarbetare i förändringen (Hargis et al., 2011). Detta skapar därmed en kommunikationsväg för strategin som går från högre lednings- och chefsnivå ner till medarbetarna (Hargis et al., 2011; Grove et al. 2010). I ett lean arbete är det viktigt att eliminera aktiviteter som inte skapar värde och detta menar Ulhassan et al. (2014) samt Grove et al. (2010) att medarbetare vet bäst. Detta eftersom att det är de som genomför alla aktiviteter som patienterna genomgår. För att kunna skapa en framgångsrik implementering av ett lean-projekt är det alltså av högsta vikt att medarbetarna får påverka arbetet. (Ulhassan et al., 2014; Grove et al., 2010) Brandt (2013) menar att

organisationskulturen kommer förändras så att ledningens beslutsfattande gradvis förflyttas nedåt i verksamheten om lean införs. Genom att decentralisera verksamheten och implementera medarbetarskap får medarbetarna befogenheter och det skapas en kommunikationskedja som går uppåt. Detta skapar en kultur i verksamheten av att identifiera icke-värdeskapande aktiviteter, föreslå förbättringar samt implementera lösningar (Hargis et al., 2011; Jimmerson et al., 2005).

4.5 En stöttande organisationskultur som nödvändighet

Som tidigare presenterats så är det inte bara ett transformativt ledarskap som krävs för att lean inom sjukvården ska kunna implementeras på ett lyckat vis, det krävs även en stöttande organisationskultur (Kaplan et al., 2014; Mann, 2009). Rossum et al (2016) menar att forskningen pekar mot att organisationskulturen måste karakteriseras av lärande, kontinuerliga förbättringar och ett multidisciplinärt arbete. Brandao de Souza & Pidd (2011) menar att det inom branschen skapas två fällor i kulturen. Den ena fällan är att kulturen inom sjukvårdsverksamheter ofta karaktäriseras utav en hierarkisk struktur som kan skapa en barriär i implementeringen av lean eftersom att det blockerar kommunikationskedjan uppåt. För det andra arbetar sjukvården ofta i silos, där varje profession och funktion arbetar var för sig, vilket kan skapa barriärer mot samarbete och effektivisering av arbetsprocesser. (Brandao de Souza & Pidd, 2011) Grove et al. (2010) menar att inom lean i sjukvården räcker det inte att optimera eller effektivisera en silo eller en arbetsprocess, hela arbetsflödet måste förbättras och koordineras. Det kräver att alla samarbetar för att meningsfulla och hållbara förbättringar ska nås. Lean i en sjukvårdskontext kräver att alla medarbetare är flexibla och har tillräckligt med multidisciplinära kunskaper för att kunna hantera det dagliga inflödet av varierande patienter. (Grove et al., 2010) Dickson et al. (2009) menar därför att medarbetarnas flexibilitet säkerställer en stabil implementering av lean.

Vid lean-implementation hindrar ett autonomt arbete medarbetarnas flexibilitet och möjligheter för att anamma arbetssätt, processer, beteende och kompetenser (Rossum et al., 2016). Detta är ett nytt arbetssätt och tankesätt för sjukvården som måste bryta upp silos mentalt eller fysiskt för att få alla avdelningar att samarbeta och arbeta tillsammans för gemensamma mål. Organisationen måste vara fullt ut engagerad och förbered för att klara av förändringen (Modig & Åhlström, 2011; Kim C. S., 2006; Seddon, 2005). För att övergå till ett lean baserat arbetssätt i sjukvården och optimera arbetsflödet krävs därför en organisationsstruktur med en hög grad av flexibilitet och samarbets förmåga för att olika

professioner ska kunna samarbeta oavsett vilka barriärer som existerar (Rossum et al, 2016; Zheng et al., 2009).

De teoretiska delarna som hittills diskuterats i referensramen tyder på att ett lean inspirerat arbetssätt kräver ledar- och medarbetarskap samt en stöttande organisationskultur och att alla teorier har ömsesidiga förhållanden till varandra. Eftersom att alla dessa delar måste koordineras för att verksamheten ska undvika att hamna i genomförandegapet undersöks härnäst hur man undviker och slutligen kan stänga gapet.

4.6 Att stänga genomförandegapet

Att närma sig en stängning av genomförandegapet är inte något enkelt som kan göras eller lösas snabbt menar Grove et al. (2010). Författarna pekar på att om vårdgivaren ska kunna erbjuda en tillgänglig vård med begränsade resurser och samtidigt anpassas efter en ökad efterfrågan måste de anta en långsiktig strategi med nya arbetssätt för att lyckas med en lean-implementering (Grove et al., 2010). Mankins & Steele (2005) instämmer och menar att det är möjligt så länge ledning tar ansvar för att stänga genomförandegapet. De menar även att belöningen för att lyckas är stor, en effektivitetsökning på mellan 60-100% är möjlig för de flesta verksamheter (Mankins & Steele, 2005). Brandt (2013) menar att det krävs att alla involverade förstår den huvudsakliga strategin och filosofin med lean för att implementeringen ska lyckas. Lean representerar ett nytt sätt att effektivisera sjukvården på och implementeringen av den är både komplex och viktig för att lyckas med förändringen som krävs (Rosenbäck, 2019; Ulhassan et al., 2014; Grove et al., 2010).

Hung (2015) menar att ett problem som kan uppstå vid implementeringen av ett lean-inspirerat arbetssätt är att barriärer inte bryts upp. Om detta inte sker kan det resultera i försämrad tillgänglighet i vården. För att slutligen stänga genomförandegapet är det av högsta vikt att medarbetarna blir stärkta i och kan påverka deras egna arbetssätt och beslutsfattande då det är deras arbete som direkt påverkar patienterna (Ulhassan et al., 2014; Hargis et al., 2011; Jimmerson et al., 2005). Att det finns ett samförstånd och en tydlig strategi i organisationen menar Grove et al. (2010) är en nyckelfaktor för att kunna ena verksamheten kring lean-implementeringen och lyckas stänga genomförandegapet.

Sammantaget visar detta kapitel på lösningar och problem som är vanligt förekommande i en sjukvårdskontext när arbetssättet genomsyras av lean. För att kunna implementera lösningarna

är det viktigt att se verksamheten som en helhet och arbeta utifrån presenterade teorier. Det måste skapas en tydlig plan på hur strategin ska kunna genomföras för att få genomslagskraft. De barriärer som återfinns mellan strategi och implementering av lean går att överkomma med hjälp av planering, transformativt ledarskap, tydlig kommunikation, samarbete och slutligen en delad vision (Grove et al., 2010; Mankins & Steele, 2005). I nästkommande kapitel sätts detta teoretiska avsnitt i relation till den empiriska data som framkommit genom fallstudien av det Mobila vårdteamet Malmö.

5. Resultat och analys

I detta kapitel diskuteras och analyseras studiens resultat i kontext av tidigare presenterade teorier från den teoretiska referensramen, detta för att sätta resultaten i ett vidare sammanhang. Strukturen som analysen följer kommer sig naturligt efter de teman som skapats genom en innehållsanalys av det insamlade empiriska materialet. Analysen har delats upp i tre olika delar där den första behandlar temat tillgänglighet och syftar till att följa upp uppsatta mål som presenterades i kapitel två. Detta görs för att kunna skapa en förståelse för verksamhetens effektivitet i relation till måloppfyllelse. I del två kommer de bakomliggande orsakerna till att projektet lyckats öka tillgängligheten i vården att analyseras. De teman som analyseras i denna del är: lean-arbete i sjukvården, ledarskap, medarbetarskap och organisationskultur och dem presenteras i samma ordning. Den tredje och sista delen analyserar hur MVT ska kunna förbättra tillgängligheten av vården även i framtiden enligt temat med samma namn. Varje tema följs utav en kortfattad sammanfattning av de resultat som uppkommit. Strukturen har utformats på detta sätt för att på ett naturligt sätt presentera de resultat som framkommit i studien. Som bekant är syftet med detta arbete att utifrån en fallstudie undersöka om och hur man kan förbättra tillgängligheten inom vården.

Studien uppfyller ovanstående syfte genom forskningsfrågan som lyder:

- *Hur kan Mobilt vårdteam Malmö öka tillgängligheten i vården?*

5.1 Har mobilt vårdteam ökat tillgängligheten i vården?

Genom att analysera och jämföra målen som är uppsatta av mobilt vårdteam med dess resultat går det att klargöra huruvida de faktiskt har lyckats skapa större tillgänglighet inom vården.

Som bekant är målen att mobila vårdteamets insatser ska ge patienten i MVT:

- bättre trygghet
- snabbare akut bedömning
- frånvaro av onödiga inläggningar och återinläggningar
- ökad tillgänglighet genom minskat inflöde till akutmottagningen
- utvecklat samarbete mellan sjukhus, primärvård och kommun

Det första målet handlar om att implementera personcentrerad vård som syftar till att öka tryggheten och kvaliteten i vården. Divisionschefen säger att:

Syftet med teamet är att skapa trygghet och ge en likvärdig vård i hemmet för de som önskar. Vi får inte fler vårdplatser så slutsatsen är att de patienter som kan och vill ha sin vård och behandling i hemmet ska få det.

Detta mål kan anses uppfyllt då det arbetssätt som MVT arbetar efter har konstruerats efter principer om personcentrerad vård. I dagsläget finns det ca 700 inskrivna patienter i Malmö. Målet är att det ska skrivas in och anslutas 2000 patienter från både vårdboende och från de patienter som bor i eget hem. Dessutom fungerar teamet som läkarstöd till Malmö tre stora korttidsboenden med 149 platser. (Enhetschef, 2019-04-24)

Det andra målet anses vara uppfyllt då en patient som blir inskriven i det Mobila vårdteamet ska få läkarbesök inom 2 timmar om det är medicinskt motiverat. Om patienten anses vara allvarligt sjuk kan en remiss skrivas av ansvarig läkare på plats vilket gör att patienten direkt läggs in på lämplig avdelning. Det är inget ovanligt att äldre patienter som inte blir direktinlagda på en avdelning kan få vänta upp till 8-9 timmar på akuten. (Enhetschef, 2019-04-24)

Det tredje och fjärde målet hänger ihop då onödiga inläggningar minskar inflödet till akutmottagningen. Mobila vårdteamet mäter antalet akuta insatser varje månad eftersom man kan anta att dessa patienter annars hade blivit inskickade till akuten. Det sker cirka 1 900 akuta insatser varje år. I genomsnitt ligger en äldre patient inlagd i 5 dagar och då varje vårddygn i genomsnitt kostar 5 000kr så blir bruttobesparingen 47 500 000kr miljoner kronor i stort. Detta kan även uttryckas som att MVT tillgängliggör 0,175% av SUS totala kapacitet på 5 441 660 vårddygn per år. (SUS, 2015) Men samtidigt kan det inte uteslutas att patienter ändå skickas till akuten. Detta då en akut inläggning ändå kan bli nödvändig på grund av olika anledningar. Detta till exempel då ärendet är livshotande eller utom arbetstid för det mobila teamet.

Det sista målet är att få ett ökat samarbete mellan olika organisationer och detta uppnås då personalförsörjningen är uppdelad mellan de olika organisationerna. Det finns i dagsläget 9 läkare, sex sjuksköterskor, två medicinska sekreterare, en koordinator och en enhetschef. Totalt finns det alltså 19 stycken anställda i dagsläget från kommun, primärvård och slutenvård som koordinerat arbetar för att öka samarbetet och bidra till trygghet och tillgänglighet för patienterna.

Resultatet som framkommit av studien är alltså att det mobila vårdteamet har genom ett arbetssätt som blivit präglad av lean och personcentrerad vård lyckats nå sina uppsatta mål och kan därmed antas ha ökat tillgängligheten i vården för både MVTs patienter samt andra vårdsökande.

5.2 Hur har mobilt vårdteam Malmö ökat tillgängligheten?

5.2.1 Lean-inspirerat arbetssätt har fungerat

Lean inom sjukvård har under senare år fått legitimitet som en strategi och teknik för att leverera högre kvalitet och bättre effektivitet inom vården (Brandt, 2013; Mankins & Steele, 2005; Trisolini, 2002). Lyckade lean-projekt inom vården har bland annat lett till: tidsbesparing, reducerade väntetider, kostnadsreduktioner, produktivitetsökning, kvalitetsförbättringar, ökad patient och medarbetartillfredsställelse, kortare ledtider för olika medicinska åtgärder och ökad patientsäkerhet (Rossum et al., 2016; Brandt, 2013). Enligt Enhetschefen har det alltid varit ett mål för verksamheten att uppnå dessa fördelar genom ett lean-inspirerat arbetssätt:

Vi har försökt skapa mer tillgänglighet genom att fokusera på patienten och om det skulle behövas få patienten inlagd på någon timme, annars kan det ibland ta upp mot 8-9 timmar av väntan på akuten för samma patient.

Men hon menar också precis som Moraros et al. (2016) att det finns problem med strategin då viss komplexitet kan uppstå.

Då alla våra patienter lider av olika åkommor och ibland flertalet samtidigt, kan inte en person lösa allt utan måste vara öppen för samarbete [...] Man måste kunna prata med varandra.

Samarbete och kommunikation är det som krävs för att framgångsrikt implementera en organisationsförändring med inslag av lean i sjukvården och skapa en mer tillgänglig vård (Rossum et al. 2016; Zheng et al. 2009). Eftersom att Enhetschefen även lägger vikt vid den personcentrerade vården hittar vi liknelser med vad Modig & Åhlström (2015) kallar för flödeseffektivitet. Enligt författarna leder flödeseffektivitet till effektivitetsökning och bättre fokus på vad som är värdeskapande för patienten (Modig & Åhlström, 2015).

Enligt Kaplan et al. (2014) och Brant (2013) är stora organisationsförändringar svåra att implementera i sjukvården och det krävs därför ett tydligt ledarskap och tid för att få genomslagskraft. Divisionschefen ger ett exempel på detta och menar att flertalet kollegor inte varit engagerade i projekt som inneburit stora förändringar i verksamheten. Ett exempel på detta var när de skulle införa vad som kallades för aktivitetsanpassad arbetsplats. Det innebar att alla kontor skulle standardiseras enligt lean för att alla läkare skulle kunna arbeta i samtliga kontor. Divisionschefen beskrev det på följande vis:

Vi planerade för något år sedan införandet av en aktivitetsbaserad arbetsplats och märkte då att många ville ha kvar personliga saker på skrivborden, i fönstren och i lådorna. De ville till och med ha kvar sina egna foton på sina skrivbord.

Enhetschefen förklarade också att hon inte heller bara har positiva erfarenheter av lean sedan tidigare i sin karriär. Tidigare lean-projekt hade misslyckats och enligt Enhetschefen berodde misslyckandet på att projekten skapats och implementeras av konsulter som inte varit insatta i hur vården fungerade. Som ett resultat blev Enhetschefen negativt inställd till lean som koncept, men genom MVT har den bilden förändrats, Enhetschefen beskrev det som:

Det har varit så många turer [med lean-projekt] att jag sagt att lean är dött, det finns inte i sjukvården, men i denna form [av mobilt vårdteam] har vi verkligen kunnat bevisa hur effektiv svensk sjukvård kan bli.

Båda cheferna pekar här på att lean arbetet vid tidigare implementationsförsök har haft fel fokus. Mazzocato et al. (2014) menar att detta är vanligt förekommande i vården då verksamheten är alldeles för komplex för att dela in alla processer i statiska flöden och då misslyckas lean oftast. Ulhassan et al. (2014) menar att om lean ska lyckas i sjukvården måste den anpassas till den vårdkontext som den ska verka inom, då kan lean leda till förbättringar som skapar både en bättre vård för patienterna och en bättre psykosocial arbetsplats för medarbetarna. För att kunna genomföra organisationsförändringar med långsiktiga förbättringar krävs därför vad Kaplan et al. (2014) och Mazzocato et al. (2014) kallar för ett holistiskt förändringsperspektiv. För att lyckas med detta holistiska förändringsperspektiv krävs det enligt litteraturen ett omfattande ledningsarbete som består av att engagerat

ledarskap och en stöttande organisationskultur (Kaplan et al., 2014; Ulhassan et al, 2014; Mazzocato, 2014; Mann, 2009).

Sammanfattningsvis påvisar analysen att lean-projekt som blivit implementerade tidigare i verksamheten oftast misslyckats. För att det mobila vårdteamet skulle få genomslag krävdes därför ett lean-inspirerat arbetssätt som var anpassat för att fungera inom vården, ett holistiskt förändringsperspektiv och ett tydligt ledarskap.

5.2.2 Ledarskapets betydelse i det mobila vårdteamet

Enligt både Divisionschefen och Enhetschefen har medarbetarna alltid varit den viktigaste resursen i teamet och Enhetschefen sa: *“Vi visste var vi ville inom organisationen men vi var såklart tvungna att ta in åsikter från personalen”*. Att inkludera personalen i en organisationsförändring blir ett krav då det enligt Kaplan et al. (2014) och Brant (2013) är när personal exkluderas som lean-projekt inte når längre än till pilotstadiet. Detta menar författarna inträffar eftersom att strategin inte genomsyrar hela organisationen (Kaplan et al., 2014; Brant, 2013). När ÄMMA-teamet startades var divisionschefen ansvarig för rekryteringarna till teamet och förklarade sin strategi på följande vis:

Jag visste att det krävdes starka, erfarna och engagerade läkare och sjuksköterskor som alltid skulle kunna göra dessa insatser på ett snabbt och självsäkert sätt för att övertyga sköterskorna och vårdarna på boendena om att patienten inte behövde åka till sjukhuset.

Citatet påvisar att Divisionschefen rekryterade genom ett helhetsperspektiv där han såg hur varje medarbetare påverkade både samarbetet mellan organisationerna och hur väl strategin skulle implementeras. Det tyder på vad enligt Hung (2015) krävs för att lyckas med en lean-implementering, nämligen att ledningen måste kunna se helheten samt samarbeta mellan organisationer. Efter att en enhetschef blev tillsatt och ÄMMA gjordes om till MVT menar Enhetschefen att fokus hela tiden har legat på medarbetarnas kunnande och kreativitet samt att ge dem utrymme att få göra sina jobb. Enhetschefen beskrev det på följande sätt:

Mina medarbetare är ute hos patienter varje dag, [...] de är så himla duktiga och de har så mycket medicinska kunskaper att de alltid ska fokusera på hur de kan hjälpa patienterna på bästa sätt.

Sättet som Enhetschefen ser på sitt ledarskap kan liknas vid ett transformativt ledarskap som Hargis et al. (2011) menar handlar om att arbeta fram visioner och strategier med sina medarbetare för att inspirera och nå förändring. Båda citaten visar på att ledarskapet som cheferna representerar fokuserar på medarbetarna genom att hjälpa dem implementera strategin för verksamheten samt låta de styra mycket av det dagliga arbetet genom sina kunskaper och erfarenheter. Detta ledarskap krävs enligt litteraturen för att skapa en lyckad implementering av lean inom sjukvården (Kaplan et al., 2014; Ulhassan et al, 2014; Mazzocato, 2014; Mann, 2009; Floyd & Wooldridge, 1992).

Sammantaget framkom att ett transformativt ledarskap med fokus på medarbetarna och förändringsarbetet varit nödvändigt för att det mobila vårdteamets arbetssätt framgångsrikt skulle implementeras. Chefernas strategi har sedan verksamhetens start varit att fokusera på medarbetarnas kunskaper och kreativitet för att åstadkomma en kvalitativ och tillgänglig vård för patienterna.

5.2.3 Medarbetarskapet som en central del i det mobila vårdteamet

Den organisationskultur som har skapats genom att decentralisera verksamheten och därigenom stärka medarbetarnas beslutsförmåga genom att identifiera icke-värdeskapande aktiviteter, föreslå förbättringar och implementera lösningar (Hargis et al., 2011; Jimmerson et al., 2005). Exempel på detta hittas även hos medarbetarna, Läkare 2 berättade om en specifik händelse när kreativitet och det egna beslutsfattandet var av stor betydelse. *“När vi kom fram förstod vi att denna kvinna behövde dropp för att stabilisera sig. Vi hängde helt enkelt droppet i kvinnans takkrona (se bild 6.1).*



Bild 6.1: Bilden visar hur en läkare i MVT förbereder dropp i ett hembesök och hänger upp detta i en galge i patientens taklampa.

Resterande personal i MVT upplever också att deras arbete i teamet gör stor skillnad både för patienter och för tillgängligheten i vården, Läkare 1 berättade:

Jag har själv jobbat på akuten tidigare och kan berätta hur många gånger som det kommit in äldre patienter som plötsligt insjuknat men när vi väl undersökt dem så har det visat sig att de bara varit uttorkade. [...] När jag jobbar här [MVT] känner jag att detta arbete gör stor skillnad. Både för mina kollegor som jobbar på akuten som kan prioritera patienter som är akut sjuka och för patienterna som vi besöker som allra helst vill bli hjälpta hemma [...] de vill ju oftast inte åka till sjukhuset.

Citatet påvisar att läkaren upplever att verksamhetens arbete inte bara fungerar utan även gör skillnad för både patienten och personalen. Det visar på hur väl strategin och implementeringen av det mobila vårdteamet har fungerat. Floyd & Wooldridge (1992) menar att detta uppstår då verksamheten har en gemensam strategi, ett gemensamt engagemang samt en gemensam förståelse för sina mål, utan detta kan framgångsrika resultat inte uppnås.

Analysen påvisar sammantaget att medarbetarskapet utgör en grund i det mobila vårdteamet. Medarbetarskapet gör att medarbetarna delegeras ansvar och kan således fatta beslut tack vare deras erfarenhet och kreativitet. Personalen anser att deras arbete bidrar till en mer effektiv hantering av patienter och resurser vilket tyder på att strategin som ligger bakom det mobila vårdteamet är väl implementerad.

5.2.4 Organisationskulturer är svåra att förändra

Medarbetarna upplever mestadels att MVT fungerar bra men de vittnade om att specifika delar inte fungerar problemfritt. När koordinatören blev tillfrågad om vilka de största problemen var sa denne att det absolut svåraste var att få personalen på vårdboenden att gå ifrån gamla rutiner och förstå det nya arbetssättet. Koordinatören berättar om ett exempel då ett visst boende vägrade låta en patients SIP och medicinsk plan förvaras på patientens rum då de ansåg att de bröt mot deras sekretessavtal.

Vi hade i början problem att få rutin på saker, flertalet äldreboende följde inte rådande regelverk och hade interna regler [...] Nu är det bättre, dessa problem har inte inträffat på länge [...] vi har även på senaste tid haft många samtal med

ansvariga personer och utformat lösningar som fungerar för oss alla. [...] Samarbetet är mycket bättre nu än innan.

Detta är ett tydligt exempel på de problem som kan uppstå med att bryta upp silos. Koordinatören fortsätter och säger att många nu har upprättat tydligare instruktioner för hur verksamheterna måste koordineras och att det krävdes tid och kontinuerliga uppföljningssamtal för att kunna bryta gamla mönster. Vad koordinatören berättar pekar tydligt på att en genomgående strategi, samarbete och kommunikation är avgörande för lean-implementation i sjukvården. Enligt litteraturen är detta otroligt viktigt då alla delar som verksamheten når måste genomsyras av organisationsförändringen, det räcker inte med att endast mobilt vårdteam har ett ändrat arbetssätt. (Rossum et al, 2016; Modig & Åhlström, 2011; Zheng et al., 2009; Kim C. S., 2006; Seddon, 2005) Precis som koordinatören säger menar även Dicksson (2009) att det är viktigt i dessa situationer att inneha en viss förmåga till kompromiss och flexibilitet.

Sekretessproblemet som berörde patienternas SIP:ar och medicinska planer var inte det enda problemet som kom upp i empirin. Läkare 2 berättade om hur hon i början av sin tid i teamet upplevde problem med vårdare och sjuksköterskor som arbetade på boenden.

Jag fick väl en ögonöppnare om att om man inte jobbar på sjukhus varje dag så kanske man tappar lite av sin kunskap. [...] Det var som om de inte vågade vårda sina patienter eller inte kunde på grund av bristande medicinska kunskaper. När vi då kom och menade på att det är fel beslut att skicka denna patient till sjukhus blev det lätt konflikter.

Sjuksköterskan är anställd på ett vårdboende men jobbar nu även i MVT och berättade om de problem som uppstod i början men att efter arbetssättet blev implementerat uppkom förbättrade resultat:

Först var även jag kritisk, fler än jag var det, absolut, framförallt min chef. [...] Innan vi alla började jobba på det sättet var det såklart jobbigt men när tiden gick så blev man van, man gjorde som alla andra, jag tycker det blev bra men såklart finns det fortfarande småsaker som går att förbättra.

Det som läkaren och sjuksköterskan pekar på är av stor vikt då Rossum et al (2016) menar att forskningen pekar mot att organisationskulturen måste karakteriseras av lärande, kontinuerliga förbättringar och ett multidisciplinärt arbete. Eftersom att det verkar finnas en viss diskrepans mellan MVT och vårdboendenas attityder och arbetssätt finns det en risk att hamna i ett genomförandegap. Risken för att hamna i gapet uppkommer då verksamhetens alla partners inte verkar vara helt engagerade i den nya strategin och det nya arbetssättet. Enligt Brandao de Souza & Pidd (2011) är denna problematik klassisk inom sjukvården då den har en kultur av att vara strikt indelad i olika silos. Att lösa detta är av stor vikt då utan ett verkligt engagemang från ledningen av verksamhetens olika delar kommer aldrig medarbetarna att förändra sina arbetssätt och rutiner (Brandt, 2013; Seddon, 2005; Modig & Åhlström, 2011).

I detta avsnitt går det att tyda att samarbetet som ämnade till att upplösa silos och samtidigt öka tillgängligheten och tryggheten för patienterna också har bidragit med en del organisationskulturella svårigheter. Det framstår sig finnas en viss diskrepans mellan hur MVT och enskilda vårdboendena arbetar. Det finns därför en stor risk att verksamheten hamnar i det så kallade genomförandegapet om inte ett samförstånd och en gemensam strategi uppstår mellan verksamheterna. I takt med att mobila vårdteam ska utvecklas och implementeras i fler kommuner och regioner är det viktigt att förstå de nyckelfaktorer som gör mobilt vårdteam Malmö framgångsrikt både nu och i framtiden.

5.3 Hur ska Mobilt vårdteam förbättra tillgängligheten av vården även i framtiden?

Grove et al. (2010) menar att om en vårdgivare ska kunna erbjuda en tillgänglig vård trots begränsade resurser och en ökande efterfråga måste strategin bakom lean-arbetet vara långsiktig. Om inte strategin och arbetet är långsiktigt så riskerar verksamheten att hamna i genomförandegapet. (Grove et al. 2010) Enligt Sjuksköterskan, Läkarna och Koordinatören så ligger de huvudsakliga utmaningarna för framtiden i att utveckla samarbetet mellan MVT och de anslutna vårdboendena. Sjuksköterskan sa *“Vi måste fortsätta jobba med att utveckla patientens SIP och medicinska plan”*. Koordinatören vidareutvecklade detta och menade att framtiden kanske erbjuder mer tekniska lösningar för att öka förtroendet hos personalen på boendena:

Kanske kommer vi i framtiden att kunna ha en app kopplad till vårt team som personalen [på vårdboendena] kan kontakta oss via för att enklare kunna avgöra det medicinska tillståndet och vilka insatser som behövs.

Vad personalen har identifierat här kan tolkas som lean och flödeseffektivitet. Nämligen att tänka i organiska flöden och se dessa genom patientens perspektiv och inte minst identifiera det som är värdeskapande för patienterna och effektivisera de nödvändiga icke-värdeskapande aktiviteterna för patienterna (Rosenbäck, 2019; Modig & Åhlström, 2015; Ulhassan et al., 2014; Brandt, 2013; Grove et al., 2010).

Både Enhetschefen och Divisionschefen var lite mer försiktiga i sina svar och Enhetschefen menade på att: *“Arbetsättet kanske inte fungerar helt och hållet på alla ställen men det får ta den tid det tar”*. Divisionschefen pekade på att: *“Vi har en gemensam vision och strategi samt ett gemensamt arbetsätt som alla ska följa, sen får de själva komma fram till egna sätt att arbeta fram rutiner kring det”*. Citaten påvisar att ledarskapet också har identifierat de utmaningar som personalen vittnat om men cheferna anser att det viktigaste är att all personal förstår strategin. De specifika rutiner och arbetsätt som personal på vårdboende utvecklar menar cheferna här inte har så stor betydelse för verksamhetens genomslag. Det samförstånd som cheferna eftersträvar är enligt Grove et al. (2010) en nyckelfaktor för att kunna ena verksamheten kring lean-implementeringen och lyckas stänga genomförandegapet. Cheferna påvisar genom citaten också att de förstår att personalen är viktig att få med i organisationsförändringen. Om medarbetarna inte får tid till att förstå och arbeta enligt strategin är projektet dömt att misslyckas (Brandt, 2013).

De båda cheferna diskuterade en annan utmaning som kommer att vara avgörande för framtida arbete, nämligen att kunna växa och vidareutveckla teamet på ett hållbart sätt. Enhetschefen beskrev det som:

Vi har ett visst momentum i våra framgångar som vi måste utnyttja för att nå fler patientgrupper, men vi får inte mista våra kärnvärderingar om den trygghet och tillgänglighet som vi alltid ska erbjuda våra patienter.

Divisionschefen tog in fler perspektiv och menade att:

Med tanke på de resultat vårt mobila vårdteam kan leverera måste vi expandera verksamheten för att erbjuda denna vårdform till fler patientgrupper, men vi måste också ta ansvar för att sprida detta till andra städer och kommuner.

Det engagemang som cheferna påvisar för att driva MVT framåt tyder på vad som i litteraturen återfinns som en nyckelfaktor för att kunna förhindra och kunna stänga genomförandegapet, nämligen att utan ett verkligt engagemang från ledningen är lean-projektet dömt att misslyckas (Brandt, 2013; Modig & Åhlström, 2011; Seddon, 2005).

Divisionschefen är med i projektet att starta upp mobila vårdteam i den form som dem gjort i Malmö i andra städer som exempelvis Lund, men också i delar av region Dalarna. Från detta arbete menar han att han har fått perspektiv på vilka förutsättningar som är viktiga för en lyckad implementering och säger:

De två viktigaste faktorerna måste jag säga är dels kommunikationen och samarbetet mellan kommuner, slutenvård och primärvård, dels hur cheferna inom dessa verksamheter ställer sig till vårt arbetssätt och vår strategi.

Citatet är av betydelse då det visar att trots att Malmö har ett utarbetat arbetssätt och strategi för att skapa en mer effektiv och tillgänglig vård är denna typ av implementationer komplexa (Hung, 2015). Mankins & Steele (2005) pekar också på att själva implementationen i sig är komplex men menar att det är möjligt så länge ledning tar ansvar för att stänga gapet vilket det uppenbarligen framstår som att cheferna för MVT gör. Slutligen är det av vikt att ledningen kommer till insikt med de faktorer som är viktiga för att lyckas och vilka som skapar barriärer mellan strategi och implementering av lean. Dessa barriärer går att överkomma med hjälp av planering i förväg, transformativt ledarskap, kommunikation och slutligen en delad vision av inblandade parter (Grove et al., 2010; Mankins & Steele, 2005).

Sammantaget ligger de största utmaningarna för MVTs framtida arbete i att dels fortsätta med att bryta upp de barriärer som föreligger mellan de olika vårdgivarna samt i att kunna skala upp sin verksamhet för att kunna inkludera fler patientgrupper. I ett större perspektiv är förmågan att skala upp av högsta vikt då detta kan vara avgörande för att kunna hantera de samlade utmaningarna som Svensk sjukvård i stort står inför.

6. Slutsats

Studiens slutsats är att mobilt vårdteam Malmö har lyckats öka tillgängligheten i vården genom sitt lean-inspirerade arbetssätt och sin strategi. Vad som har bidragit till deras resultat är det transformationsledarskap och medarbetarskap som skapat en organisationskultur som fokuserar på att bryta upp silos och samarbeta över de organisatoriska gränserna för att patienten ska få så tillgänglig vård som möjligt. Trots att utmaningar kan finnas mellan olika vårdgivare pekar studien på att ledarskapet inom MVT är medvetet om vad som krävs för att kunna leverera trygg och tillgänglig vård både nu och i framtiden.

Vad som kan påvisas är att det mobila vårdteamet genom sitt arbetssätt frigör 0,175% av hela SUS kapacitet. Eftersom att MVTs arbetssätt går ut på att behandla de äldre patienterna i deras hem minskar belastningen på sjukhuset. Då denna patientgrupp förbrukar mest resurser i vården kan ett antagande göras om att tillgängligheten på sjukhuset ökar. Trots att det inte går att via Region Skånes system påvisa hur detta påverkar vårdköerna så kan vi utgå från att ökad tillgänglighet minskar vårdköerna.

Som diskuterats i problembakgrunden står hela Sverige inför samma problem då sjukhus idag har hög belastning på grund av ett ökat antal vårdsökande och därmed blir väntetiderna ständigt längre (Vårdanalys 2017; Mirsch, 2016). Hur problematiken kan lösas saknas det forskning om och därmed återfinns denna studie som ett bidrag till forskningsfältet. Genom denna undersökning har vi kunnat påvisa att det mobila vårdteamet fungerar som en lösning för att förbättra tillgängligheten för patienter i vården. I studien har det framkommit att utmaningar återfinns i verksamhetens olika silos samt i samarbetet mellan dessa. För att klara av att hantera dessa utmaningar utgår det mobila vårdteamet från ett lean-inspirerat arbetssätt. För att lyckas med implementationen av denna strategi har verksamheten genomgått ett transformativt ledarskap, kreativt medarbetarskap, stöttande organisationskultur och en tydlig framtidsvision. Eftersom att detta tillvägagångssätt är erkänt inom den forskningslitteratur som ligger till grund för arbetet kan det antas att studiens resultat är generaliserbara inom Svensk sjukvård. Sammantaget antar författarna av studien att mobilt vårdteam kan fungera som en strategi för att klara av framtidens utmaningar och vårdbehov. Därtill fyller även studien en funktion som ett underlag för framtida implementeringar av mobila vårdteam i Sverige samt för vidare forskning.

7. Förslag till vidare forskning

I detta avsnitt presenteras tre områden som vi under studiens gång samt efter konkluderad slutsats upplever att det saknas forskning om. Inom dessa områden ger vi information om vad vi specifikt upplever saknas samt vilken typ av fråga som eventuella framtida studier hade kunnat undersöka.

Gemensamma vårdsatsningar på nationell nivå:

- Hela Sverige står inför samma problem med ökande vårdsökande och en ökande äldre population. Hade gemensamma vårdsatsningar nationellt alternativt ett förändrat arbetssätt kunnat generera stora effekter på både tillgänglighet och trygghet inom vården?

Personcentrerad vård:

- Det saknas en del forskning om personcentrerad vård och hur man inom vården ska kunna ta tillvara på patienternas erfarenheter och önskemål. Hur skapas flexibilitet i den individuella vården i framtiden?
- Då patientens upplevda trygghet i vården är svår att kontextualisera och mäta. Hur mycket ökar patientens trygghet av personcentrerad vård?
- Det hade behövts mer forskning om hur patienterna upplever personcentrerad vård. Blir patienter friskare av personcentrerad vård och varför?

Mobila vårdteam utomlands:

- Vårdteam i olika konstellationer finns runt om i Sverige och även i Europa. Dock är mobilt vårdteam Malmö unikt i den sammansättningen av kompetenser samt i deras specifika arbetssätt. Finns det någon relevant jämförelse till mobilt vårdteam Malmö i Europa och hur presterar MVT i relation till dessa?

8. Litteraturförteckning

Brandao de Souza, L. & Pidd, M. (2011). Exploring the barriers to lean health care implementation. *Public Money and Management, Vol. (31) No. 1*, pp. 59-66.

Bryman, A. & Bell, E. (2005). *Företagsekonomiska forskningsmetoder*. Malmö: Liber ekonomi, 2005

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

Bryman, A. & Buchanan, D. (2009). *The Sage Handbook of Organizational Research Methods*. London: SAGE Publications Ltd.

Choi, s. (2011). *Competing logics in hospital mergers. The case of Karolinska hospital*. Akademisk avhandling: Karolinska institutet 2011.

Dagens nyheter. (2018) Fakta i frågan: Har vårdköerna vuxit. Hämtad 2019-03-28 från: <https://www.dn.se/nyheter/politik/fakta-i-fragan-har-vardkoerna-vuxit/>

Dickson, E.W., Anguelov, Z., Vetterick, D., Eller, A. and Singh, S. (2009). Use of Lean in the emergency department: a case series of 4 hospitals. *Annals of Emergency Medicine, Vol. (54)*. pp. 504-510.

Doss, R. and Orr, C. (2007). Lean leadership in healthcare. *White paper*. November, 1-9.

Floyd, S.W. and Woodridge, B. (1992). Managing strategic consensus: the foundation of effective implementation. *Academy of Management Executive, Vol. (6) No. 4*, pp. 27-39.

Folkhälsomyndigheten. (2018). *Folkhälsans utveckling årsrapport 2018*. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/577b81a929364c6da074a391e29c134d/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2018-18001.pdf>

Förenta Nationerna. (2016). Universal Declaration of Human Rights. Hämtad 2019-04-29 Från: <https://fn.se/wp-content/uploads/2016/07/eng.pdf>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Grove, A.L., Meredith, J.O., Macintyre, M., Angelis, J. and Neailey, K. (2010). UK health visiting: challenges faced during lean implementation. *Leadership in Health Services*. Vol. (23) No. 3, pp. 204-218.

Grönroos, C. (2013). *Service Management och marknadsföring: kundorienterat ledarskap i tjänstekonkurrensen* (2:3). Malmö: Liber.

Hargis, M. B.; Wyatt, J. D; Piotrowski, C. (2011). Developing Leaders: Examining the Role of Transactional and Transformational Leadership Across Contexts Business. *Organization Development Journal*. Vol. (3). pp 51–66.

Holme & Solvang (1997): *Forskningsmetodik- om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur

Hung, D., Martinez, M., Yakir, M., Gray, C. (2015). Implementing a Lean Management System in Primary Care: Facilitators and Barriers From the Front Lines. *Quality Management in Health Care: Vol. (24)*. Issue 3. p 103–108

Jimmerson, C., Weber, D. and Sobek, D.K. (2005). Reducing waste and errors: piloting lean principles at intermountain healthcare. *The Joint Commission of Journal on Quality and Patient Safety*, Vol. (31) No. 5, pp. 249-257.

Kaplan, G.S., Patterson, S.H., Ching, J.M. and Blackmore, C.C. (2014). Why Lean doesn't work for everyone. *BMJ Quality & Safety*, Vol. (23). No. 12, pp. 970-973.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Lindskog, P., Vänje, A., Törnkvist, Å., Eklund, J. (2016). Sustainable Lean in psychiatry? Assessment through socio-technical principles. *International Journal of Quality and Service Sciences*, Vol. (8). Issue: 1, pp.53-71.

Mann, D. (2009). The missing link: lean leadership. *Frontiers of Health Services Management*. Vol. (26) No. 1, pp. 15-26.

Mankins, M.C. and Steele, R. (2005). Turning great strategy into great performance. *Harvard Business Review*, Vol. (83) Nos 7/8, pp. 64-72.

Mazzocato, P., Thor, J., Bäckman, U., Brommels, M., Carlsson, J., Jonsson, F., Hagmar, M., Savage, C. (2014). Complexity complicates lean: lessons from seven emergency services. *Journal of Health Organization and Management*, Vol. (28). Issue: 2, pp.266-288

Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H. and Thor, J. (2014). Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *Quality and Safety in Health Care*. Vol. (19) No. 5, pp. 376-382.

Mirsch, H. (2016-06-02). Antalet sjuksköterskor har minskat. *Vårdfokus*. Hämtad från <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2016/juni/antalet-sjukskoterskor-har-minskat/>

Moraros, J., Lemstra, M., Nwankwo, C. (2016). Lean interventions in healthcare: do they actually work? A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. (28). Issue 2, April 2016, Pages 150–165

Modig, N., & Åhlström, P. (2015). *Detta är lean : lösningen på effektivitetsparadoxen*. Stockholm: Rheologica.

Modig, N. & Åhlström, P. (2011). *Vad är Lean?* Stockholm School of Economics Institute for Research 2011.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys. (2017) *Årsredovisning 2017 (3258/2017)*. Hämtad från: https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2018/02/%C3%85rsredovisning_2017_webbersion.pdf

Myndigheten för vård och omsorgsanalys. (2015) *Varierande väntan på vård Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin. (rapport 2015:5)*. Hämtad från:

<https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/12/2015-5-Varierande-v%C3%A4ntan-p%C3%A5-v%C3%A5rd.pdf>

Nolte, E. & Pitchforth, E. (2014). *What is the evidence on the economic impacts of integrated care? Policy summary 11, European Observatory on health systems and Policies*. World Health Organisation.

Region Skåne. (2016). *Beslut fastställda somatiska vårdplatser 2017 (1600109)*. Hämtad från <https://www.skane.se/Public/Protokoll/Sjukv%C3%A5rdsn%C3%A4mnd%20SUS/2017-02-16/Verksamhetsplan%20och%20budget%202017%20SUS/Beslut%20fastst%C3%A4llda%20v%C3%A5rdplatser%202017.docx.pdf>

Repstad, P. (1999). *Närhet och distans: kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. 3. [rev.] uppl. Lund: Studentlitteratur

Rosenbäck, R., Johnsson, P., Olhager, J. & Mattsson, S. A. (2019). *Operativ styrning - en specialupplaga*. Lund: Studentlitteratur.

Rossum, L., Aij, K., Simons, F., Eng, N., Have, W. (2016). Lean healthcare from a change management perspective: The role of leadership and workforce flexibility in an operating theatre. *Journal of Health Organization and Management, Vol. (30), Issue: 3, pp.475-493*

Seddon, J. *Freedom from Command and Control*. Productivity Press 2005.

Skånes Universitetssjukhus. (2015). *Projektrapport ÄMMA: Äldre i Malmö Mobilt akutteam*.

Silveira, W. G., Lima, E. P., Deschamps, F., Costa, S. E. (2018). Identification of guidelines for Hoshin Kanri initiatives. *International Journal of Productivity and Performance Management, Vol. (67) Issue: 1, pp.85-110*

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2013). *Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre (221)* Hämtad från: https://www.sbu.se/contentassets/5f0e7213e73b4369acd4874fd3dcbf89/akutvard_aldre.pdf

Statistiska centralbyrån. (2019-03-07). Yrken i Sverige. Hämtad 2019-05-01 från:
<https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/yrken-i-sverige/>

Statistiska centralbyrån 2. (2019-04-12). Befolkningsprognos för Sverige. Hämtad 2019-04-28 från:
<https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/befolkningsprognos-for-sverige/>

Statistiska centralbyrån. (2016) *Stora insatser krävs för att klara 40-talisternas äldreomsorg*. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2016/Stora-insatser-kravs-for-att-klara-40-talisternas-aldreomsorg/>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2019). Överbeläggningar. Hämtad 2019-05-20 från:
<https://www.vantetider.se/Kontaktkort/Sveriges/Overbelaggnig>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2018). *Personcentrerad vård i sverige*. Hämtad från:
<https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-631-5.pdf?issuusl=ignore>

Sveriges Kommuner och landsting. (2018). *Förstärkt vårdgaranti från 1 januari 2019*. Hämtad från:
https://www.vantetider.se/contentassets/817006aaafea47c891f4b81290a0de63/bastext_forstarkt_vardgaranti_rev15nov18.pdf

Trisolini, M.G. (2002). Applying business management models in health care. *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. (17) No. 4, pp. 295-314.

Ulhasan, W., von Thiele Schwarz, U., Thor, J., & Westerlund, H. (2014). Interactions between lean management and the psychosocial work environment in a hospital setting – a multi-method study. *BMC Health Services Research*, Vol. (1), 480–501.

Bilagor

Bilaga 1 - Operationalisering av teori till intervjuguide

Intervjufråga	Bakomliggande teorier	Frågans syfte
Berätta om ett lean-projekt som du varit delaktig i?	(Rossum et al., 2016) (Brant, 2013) (Mankins och steele, 2005) (Trisolini, 2002)	Vad har personen för erfarenhet av lean? Bidragande faktorer till lyckade eller misslyckade projekt
Vad tror du är viktigt för att lean ska fungera i sjukvården?	(Moraros et al., 2016) (Modig & Åhlström, 2015) (Mazzocato et al., 2014) (Ulhassan et al., 2014)	Hur ser intervjupersonen på sambandet mellan lean och sjukvård?
Vad behövs för att kunna åstadkomma förändring inom vården? Vad tror du är det vanligaste misstaget som görs när man vill uppnå förändring?	(Kaplan et al., 2014) (Sull, 2007) (Floyd och Wooldridge, 1992)	Undersöka förändringsprocess inom sjukvården där komplexa processer är vanligt
Vad tycker du är chefers respektive medarbetares roll i en förändringsprocess?	(Kaplan et al., 2014) (Ulhassan, 2014) (Mazzocato et al., 2014) (Mann, 2009) (Doss och Orr, 2007)	Undersöka olika förhållningssätt till förändringsarbete
Vad krävs av ditt ledarskap för att MVT skulle lyckas uppnå sina mål? Vad tycker du krävs av ledarskapet för att MVT ska uppnå sina mål?	(Hung, 2015) (Ulhassan, 2014) (Mazzocato et al., 2014) (Kaplan et al., 2014) (Hargis et al., 2011) (Mann, 2009) (Floyd och Wooldridge, 1992)	Hitta faktorer som har varit nödvändiga för vårdteamets arbete ska fungera.

Vad skiljer arbetet i MVT mot arbete på sjukhus/vårdboende?	(Hargis, 2011) (Jimmerson et al., 2005) (Floyd och Wooldridge, 1992)	Hitta faktorer i deras arbetssätt som fungerar mer effektivt än det normala vårdarbetet
Finns det några hinder för ert arbete då flertalet aktörer är involverade?	(Rossum et al., 2016) (Modig och Åhlström, 2011) (Zheng et al., 2009) (Dicksson, 2009) (Kim C. S., 2006) (Seddon, 2005)	Undersöka om det föreligger hinder i samarbete på grund av organisationskultur eller silos
Hur ser framtidsplanerna ut? Hur ska ni kunna fortsätta förbättra tillgängligheten även i framtiden?	(Hung, 2015) (Ulhassan et al., 2014) (Brant, 2013) (Grove et al., 2010)	För att undersöka eventuella barriärer som förhindrar utveckling, kommunikation samt kvalitet.

Bilaga 2 - Missivbrev

Hej! Vi studerar för närvarande vid Göteborgs Universitet och skriver nu vår kandidatuppsats som handlar om det mobila vårdteamets påverkan på tillgängligheten av vården. Vi undrar om du skulle vilja delta i vår studie? Det innebär en ca 1 timmes lång intervju med återkoppling. Intervjun kommer att spela in. Detta görs endast för att minnas vad som har sagts under samtalet.

Det finns andra forskningsetiska principer som vi vill informera om.

Anonymisering av namn kommer att ske.

Du har rätt att avbryta intervjun när som vill och då kommer all insamlad data raderas.

Du har rätt att välja att inte svara på en fråga eller dra tillbaka ett svar.

Du har rätt att när som helst innan publicering dra tillbaka dina svar.

Alla personuppgifter kommer behandlas konfidentiellt.

Vänligen återkom till gusandnian@student.gu.se med datum och tid som passar dig. Vi ser helst att intervjun sker i april.

Med vänlig hälsning

Niklas Andersson och Veronica Kvist

Bilaga 3 - Intervjuguide

Del 1: Etisk förutsättning för insamling av empiri

- För att minnas det som sägs idag vill vi gärna spela in denna intervjun, är det okej för dig?

Syftet med denna undersökningen är att förstå hur och om det mobila vårdteamet kan skapa större tillgänglighet i vården. Vi kommer att undersöka vilka olika faktorer som har bidragit till att det mobila vårdteamet har lyckats nå sina mål. Vi kommer alltså inte att undersöka dina eller någon annans enskilda arbete och prestationer. Om du ändå känner att du inte vill besvara en fråga så hoppar vi bara över den. Vi vill också informera dig igen om att du har rätt att dra tillbaka dina svar innan offentlig publicering av studien. Vi har valt att anonymisera era namn och endast ange titlar och kommer att behandla all personlig information konfidentiellt. Om du känner att du vill avsluta intervjun så gör vi det och raderar alla information som spelats in. Känns detta okej för dig?

Del 2: Öppna frågor

- Berätta gärna om dig själv, vem är du och vad gör du i det mobila vårdteamet?
- Kan du berätta om det mobila vårdteamet och hur ni arbetar?
- Vad är det viktigaste i ditt arbete?

Del 3: Lean i vården

- Berätta om ett lean-projekt som du varit delaktig i?
- Vad tror du är viktigt för att lean ska fungera i sjukvården?
- Vad behövs för att kunna åstadkomma förändring inom vården?
- Vad tror du är det vanligaste misstaget som görs när man vill uppnå förändring?

Del 4: Ledar och medarbetarskapets betydelse

- Vad tycker du är chefers respektive medarbetares roll i en förändringsprocess?
- Vad krävs av ditt ledarskap för att MVT skulle lyckas uppnå sina mål?
- Vad tycker du krävs av ledarskapet för att MVT ska uppnå sina mål?
- Vad skiljer arbetet i MVT mot arbete på sjukhus/vårdboende?

Del 5: Samarbetets betydelse

- Finns det några hinder för ert arbete då flertalet aktörer är involverade?
- Kan du berätta om hur samarbetet fungerar och är uppbyggt?

- Anser du att samarbetet ökat tillgänglighet och trygghet för patienterna?

Del 6: Framtiden i det mobila vårdteamet

- Hur ser framtidsplanerna ut?
- Hur ska ni kunna fortsätta förbättra tillgängligheten även i framtiden?
- Finn det några direkta hinder som ligger i vägen ett fortsatt arbete i framtiden?

Det var den sista frågan, finns det något som du känner att du vill lägga till som vi kan ha missat att fråga om? Då tackar vi för intervjun och så kommer vi att skicka sammanställningen av det vi använder från intervjun så du får kolla över att inget är taget ur kontext och att det stämmer. Du har vår kontaktinformation så om du har några frågor eller funderingar över studien eller din medverkan i den är det bara att höra av dig till oss.