



LUNDS UNIVERSITET

Ekonomihögskolan
Företagsekonomiska Institutionen

FEKN90
Företagsekonomi -
Examensarbete på Civilekonomprogrammet

VT 2013

Att föda och fostra kunskap

-om kunskap som styrmetod i vården

Författare:

Cornelia Ekelund

Camilla Eklund

Handledare:

Ola Mattisson

SAMMANFATTNING

Uppsatsens titel: Att föda och fostra kunskap – om kunskap som styrmetod i vården

Seminariedatum: 28 Maj 2013

Ämne/kurs: Examensarbete på Civilekonomprogrammet FEKN90, 30 hp (30ECTS)

Författare: Cornelia Ekelund och Camilla Eklund

Handledare: Ola Mattisson

Nyckelord: Knowledge Management, Evidence Based Management, Kunskapsstyrning, Vårdsektor, Valfrihetssystem

Syfte: Det huvudsakliga syftet är att analysera vilka förutsättningar och hinder det finns för att använda kunskapsstyrning som en framgångsrik styrmetod. För att uppfylla det huvudsakliga syftet kommer vi som ett delsyfte ta fram ett analysverktyg som baseras på de faktorer från Knowledge Management och Evidence Based Management som sammanfattar termen kunskapsstyrning. Ännu ett delsyfte är att beskriva hur kunskapsstyrning kan användas inom vården där ett valfrihetssystem är infört med intentionen att förbättra kvaliteten på vården.

Metod: Studien är en kvalitativ fallstudie och bygger på en blandning av deduktiv och induktiv ansats.

Teoretiska perspektiv: Knowledge Management och Evidence Based Management.

Empiri: Den empiriska delen består av primärdata från semi-strukturerade intervjuer med elva personer från tre olika nivåer i fallorganisationen samt en forskare från Lunds Universitet.

Slutsatser: Vi har identifierat två teoretiska begrepp (Knowledge Management och Evidence Based Management) som tillsammans sammanfattar det praktiska begreppet kunskapsstyrning. Ett analysverktyg har konstruerats för att göra det möjligt att finna vilka förutsättningar och hinder som finns för att kunskapsstyrning ska vara en framgångsrik styrmetod inom vården. Det visade sig att analysverktyget fungerade eftersom det fångade aspekter som vi kunnat identifiera i det empiriska materialet. Åtta förutsättningar och tio hinder för att använda kunskapsstyrning som en framgångsrik styrmetod identifierades.

ABSTRACT

Title: To Nurture and Foster Knowledge – Knowledge as a Management Tool in Health Care

Seminar date: May 28, 2013

Course: Master thesis in Business Administration, FEKN90, 30 University credits (30 ECTS)

Authors: Cornelia Ekelund and Camilla Eklund

Advisor: Ola Mattisson

Key words: Knowledge Management, Evidence Based Management, Knowledge Based Policy, Health care sector, Voucher system

Purpose: The main purpose of this study is to analyze what conditions and obstacles there are when using Knowledge Based Policy as a successful management tool. In order to do this we will, as a subsidiary purpose, create an analysis tool based on the factors of Knowledge Management and Evidence Based Management that summarize the term Knowledge Based Policy. A second subsidiary purpose is to describe how Knowledge Based Policy is used as a management tool within the health care sector, where a voucher system is implemented in order to increase the quality of the care.

Methodology: This study is a qualitative case study with a combination of the deductive and inductive approaches.

Theoretical perspectives: Knowledge Management and Evidence Based Management.

Empirical foundation: The empirical part consists of primary data from semi-structured interviews with eleven respondents from three different levels in the case organization and one researcher from Lund University.

Conclusions: We have identified two theoretical concepts that together summarize the practical concept of Knowledge Based Policy. An analysis tool has been constructed in order to make it possible to find what conditions and obstacles there are when using Knowledge Based Policy as a successful management tool in health care. It became clear that the analysis tool is successful since it captured aspects that we could also identify in the empirical material. Eight conditions and ten obstacles were identified.

FÖRORD

Vi vill inleda med att rikta ett stort tack till vår handledare Ola Mattisson som har bidragit med värdefulla synpunkter och råd under processens gång.

Möjligheten att få samarbeta med Region Skåne har varit avgörande för genomförandet av denna uppsats och därför vill vi även rikta ett stort tack till framför allt Åsa Meltzer, Pia Lundbom, Ulrika Wiberg och Johan Larsson för att ni engagerat er i att hjälpa oss.

Sist, men definitivt inte minst, vill vi rikta ännu ett stort tack till alla personer som ställt upp på intervjuer. Utan er hade vi inte kunnat genomföra vår studie och vi uppskattar att ni tagit er tid att ställa upp.

Lund, den 22 Maj 2013

.....

Cornelia Ekelund

.....

Camilla Eklund

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	8
1.1 BAKGRUND	8
1.2 CENTRALA BEGREPP	9
1.3 PROBLEMATISERING OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	10
1.4 SYFTE	11
1.5 DISPOSITION.....	12
2. METOD	13
2.1 VAL AV ANSATS.....	13
2.1.1 VAL AV FORSKNINGSANSATS	13
2.1.2 VAL AV TEORETISK REFERENS RAM	15
2.1.3 FALLSTUDIE: MÖDRAHÄLSOVÅRDEN I SKÅNE	15
2.2 INSAMLING AV MATERIAL OCH ANALYSPROCESS.....	16
2.2.1 PRIMÄRDATA FRÅN INTERVJUER	16
2.2.2 SEKUNDÄRDATA	17
2.2.3 INTERVJUOBJEKT	17
2.2.4 ANALYSPROCESS	18
3. KUNSKAP SOM STYRMETOD	20
3.1 VERKSAMHETSSTYRNING I FÖRÄNDRING	20
3.2 DE TEORETISKA BEGREPPEN.....	20
3.3 EVIDENCE BASED MANAGEMENT.....	21
3.4 KNOWLEDGE MANAGEMENT.....	23
3.4.1 KNOWLEDGE	23
3.4.2 MANAGEMENT	24
3.4.3 KNOWLEDGE MANAGEMENT	24
3.5 BEGREPPENS FÖRHÅLLANDE TILL VARANDRA.....	28
3.6 KVALITET.....	29
3.6.1 KVALITET I SJUKVÅRDEN	30
3.7 ANALYSVERKTYG	30
4. OFFENTLIG SEKTOR OCH PROFESSION	32
4.1 OFFENTLIG SEKTOR.....	32
4.2 OFFENTLIG SEKTOR I FÖRÄNDRING	32
4.3 PROFESSION	33

5. EMPIRI	35
5.1 REGION SKÅNE	35
5.1.1 STYRNING AV VÅRD I REGION SKÅNE.....	35
5.2 VÅRDVAL I MÖDRAHÄLSOVÅRDEN	36
5.3 KUNSKAPSSTYRNING I REGION SKÅNES MÖDRAHÄLSOVÅRD	36
5.4 DEN CENTRALA NIVÅNS PERSPEKTIV	38
5.4.1 VÅRDVALET OCH KONKURRENS	38
5.4.2 KUNSKAPSSTYRNING OCH EXPERTGRUPPEN	38
5.4.3 TA VARA PÅ OCH SPRIDA KUNSKAP	40
5.4.4 STÖD FRÅN LEDNINGEN OCH REGIONEN	40
5.4.5 EVIDENCE BASED MANAGEMENT	40
5.4.6 KVALITET	41
5.4.7 PROFESSIONER.....	41
5.5 VERKSAMHETSCHEFERNAS PERSPEKTIV	41
5.5.1 VÅRDVALET OCH KONKURRENS	41
5.5.2 KUNSKAPSSTYRNING OCH EXPERTGRUPPEN	42
5.5.3 DISKUSSION AV NY FORSKNING	42
5.5.4 TA VARA PÅ OCH SPRIDA KUNSKAP	43
5.5.5 EVIDENCE BASED MANAGEMENT	43
5.5.6 KVALITET	44
5.5.7 PROFESSIONER.....	44
5.5.8 TID.....	44
5.6 DEN OPERATIVA VERKSAMHETENS PERSPEKTIV	45
5.6.1 VÅRDVALET OCH KONKURRENS	45
5.6.2 KUNSKAPSSTYRNING OCH EXPERTGRUPPEN	45
5.6.3 DISKUSSION OM NY KUNSKAP	46
5.6.4 TA VARA PÅ OCH SPRIDA KUNSKAP	46
5.6.5 STÖD FRÅN LEDNINGEN OCH REGIONEN	47
5.6.6 EVIDENCE BASED MANAGEMENT.....	47
5.6.7 KVALITET	47
5.6.8 PROFESSIONER.....	48
5.6.9 TID.....	48
5.7 FORSKARENS PERSPEKTIV.....	50
5.7.1 VÅRDVALET.....	50
5.7.2 KVALITET	50
6. ANALYS	51
6.1 TILLGÅNG TILL KUNSKAP	52
6.2 VÄLSTRUKTURERADE PROCESSER OCH STRATEGIER	54
6.3 SUPPORT FRÅN LEDNINGEN.....	57

6.4 KUNSKAPSORIENTERAD ORGANISATIONSKULTUR	60
6.5 KVALITET I SJUKVÅRDEN	65
7. DISKUSSION OCH SLUTSATS.....	66
7.1 BEGREPPET KUNSKAPSSTYRNING OCH ANALYSVERKTYGET	66
7.2 KUNSKAPSSTYRNING SOM STYRMETOD I MÖDRAHÄLSOVÅRDEN	66
7.3 FÖRUTSÄTTNINGAR OCH HINDER FÖR ARBETET MED KUNSKAPSSTYRNING	68
7.3.1 FÖRUTSÄTTNINGAR.....	70
7.3.2 HINDER	72
7.4 BIDRAG	75
7.5 METODDISKUSSION.....	76
7.6 AVSLUTNING.....	77
7.7 FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING	77
8. LITTERATURFÖRTECKNING.....	78
8.1 TRYCKTA KÄLLOR	78
8.2 ELEKTRONISKA KÄLLOR.....	80
8.3 ÖVRIGA KÄLLOR	83
BILAGA: INTERVJUGUIDER	84

1. INLEDNING

I detta kapitel ger vi en bakgrund till det valda ämnet. Vi ger en introduktion till de centrala begreppen och presenterar våra frågeställningar och syftet med studien.

1.1 BAKGRUND

Den svenska sjukvården är en del av den offentliga sektorn och den förändras och utvärderas ständigt när det gäller styrning och organisation (Konkurrensverket, 2007). Inom den offentliga sektorn har förändringar som bygger på marknadsorienterade idéer om bl.a. konkurrensutsättning, effektivisering och ökad kundorientering väckt mer och mer intresse under de senaste årtiondena. Ett paraplybegrepp för dessa privatmarknadsinspirerade idéers användning i offentlig sektor är New Public Management (Almqvist, 2006). En av förändringarna som fått mycket uppmärksamhet de senaste åren är införandet av vårdval som grundar sig på en lag om valfrihetssystem, vilket innebär att patienterna själva får välja vilken mottagning de ska gå till (Konkurrensverket, 2012). Tanken med vårdval är att de vårdproducenter som ingår ska konkurrera med varandra gällande kvalitet istället för pris eftersom ingen av vårdproducenterna kan påverka priset på tjänsterna de erbjuder (Konkurrensverket, 2007; Statens Kommuner och Landsting [SKL], 2009).

I en rapport från SKL (2009) beskrivs tre viktiga principer som valfrihetssystemet i offentlig sektor bygger på. Den första principen är mest olik hur offentlig sektor i grunden är organiserad och handlar om att främja egenintresse hos brukarna, i vården vanligtvis benämnda patienter. Detta är centralt eftersom brukarna genom sitt val av vårdenhet avgör hur resurserna blir fördelade. För att ett valfrihetssystem ska fungera krävs det enligt den andra principen konkurrens mellan producenterna, vilken ökar vid fler antal producenter. Den tredje principen handlar om att det måste finnas en administrativ funktion som sätter standarder och regler för hur konkurrensen utövas och resurserna fördelas. Den administrativa funktionen i ett valfrihetssystem utgörs av politikerna som har den övergripande styrande rollen (SKL, 2009). När ett valfrihetssystem införs innebär detta även att man måste utveckla den administrativa funktionen i kommuner och landsting. För det första måste man anpassa styrningen av den egna produktionen, t.ex. offentligt driven sjukvård, och för det andra måste man kontrollera den nya marknadssituationen där både offentliga och privata aktörer har rätt att producera samma tjänster. Eftersom införandet av ett

valfrihetssystem är relativt nytt är det även intressant att bedriva mer forskning kring hur denna nya styrsituation hanteras (SKL, 2009).

Med anledning av att det år 2010 blev obligatoriskt för alla landsting som inför vårdval att följa lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) har kvalitetssäkringar och kvalitetsökningar blivit viktiga för vårdproducenterna för att locka till sig patienter (Konkurrensverket, 2007). Att ha bästa tillgängliga kunskap som utgångspunkt vid beslutsfattande har under de senaste åren ökat, framförallt inom vården. Denna styrmetod benämns *kunskapsstyrning* (Statens Offentliga Utredningar [SOU] 2007:10).

Socialstyrelsen (2009) definierar kunskapsstyrning inom vården som:

”Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården innebär att val och beslut i alla delar av systemet baseras på rekommendationer som utarbetats utifrån bästa tillgängliga medicinsk kunskap.” (s.14)

Målet med denna styrmetod är att göra vården mer jämlik och öka kvaliteten för patienterna. Att arbeta med kvalitetsförbättring leder även till kostnadsbesparingar då det görs färre kostsamma misstag i beslutsprocessen (SOU 2011:65). En annan anledning till att kunskapsstyrning är en aktuell metod är utvecklingen av informationsteknologi. Patienterna har numera enklare att informera sig och som ett led i detta ökar även kraven och förväntningarna på vårdkvaliteten. Bland landstingen i Sverige finns det en positiv syn på ökad användning av kunskapsstyrning, men området är i en fas där det efterfrågas vidareutveckling (SOU 2011:65).

I arbetet med kunskapsstyrning spelar nationella kvalitetsregister en viktig roll. Syftet med nationella kvalitetsregister är att genom insamlade uppgifter från vårdgivare i hela Sverige kunna göra jämförelser med målet att förbättra kvaliteten på vården (SKL, 2012a). Kvalitetsförbättring inom vården sker också genom s.k. öppna jämförelser. Dessa tas fram genom ett samarbete mellan Socialstyrelsen och SKL där man publicerar olika rapporter med jämförelser över olika indikatorer i syfte att sporra landstingen till förbättringsarbete gällande kvalitet och effektivitet (SKL, 2012b).

1.2 CENTRALA BEGREPP

Då begreppet kunskapsstyrning är en praktisk term har vi inom den akademiska litteraturen urskilt två olika begrepp som kunskapsstyrning kan sammanfattas med: Knowledge Management och Evidence Based Management.

Knowledge Management är ett brett begrepp som innefattar olika aspekter om hur kunskap bör ses och användas som en viktig resurs i företaget (Braf,

2000; Kalling, 2003). Som gemensam nämnare i det breda begreppet har Mårtensson (2000) identifierat lagring av information. Definitionerna av Knowledge Management är många, men vi har valt att utgå ifrån Ruggles (1998) definition:

“It is an approach to adding or creating value by more actively leveraging the know-how, experience and judgement resident within and, in many cases, outside of an organization.” (s.80)

Evidence Based Management har sitt ursprung i evidensbaserad medicin som handlar om att minska gapet mellan forskning och praktik inom vården (Baba & HakemZadeh, 2012; Walshe & Rundall, 2001). Tanken med Evidence Based Management är att även de beslut som tas av ledning/chefer ska vara baserade på systematiskt insamlad kunskap och forskning (Rosseau, 2006).

Vi har valt att utgå ifrån följande definition av Evidence Based Management:

“Evidence-based management is about making decisions through the conscientious, explicit, and judicious use of four sources of information: practitioner expertise and judgment, evidence from the local context, a critical evaluation of the best available research evidence, and the perspectives of those people who might be affected by the decision.” (Briner, Denyer & Rousseau, 2009, s.19)

Vi kommer längre fram beskriva dessa begrepp mer grundligt och sedan belysa vilka faktorer från begreppen som sammanfattar kunskapsstyrning.

1.3 PROBLEMATISERING OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Med bakgrund av att valfrihetsmodeller i allt större utsträckning har börjat införas i den svenska sjukvården anser vi att det är ett aktuellt område att ha som utgångspunkt. En följd av införandet av vårdval är att konkurrens mellan olika producenter uppstår. Denna konkurrens är inte prisbaserad utan istället kvalitetsbaserad (Konkurrensverket, 2007; SKL, 2009). En annan förändring som landstingen har mött efter införandet av vårdval är den nya styrsituation som uppstått (SKL, 2009). Eftersom landstingen visar ett ökat intresse för utveckling av kunskapsstyrning (SOU 2011:65) anser vi att detta är både ett intressant och aktuellt område studera.

Det finns förslag om att kunskapsstyrning som begrepp bör ersättas med Knowledge Management (Socialstyrelsen, 2009; SOU 2011:65) och även Evidence Based Management har visat sig vara ett sätt att beskriva vad kunskapsstyrning är (Fernler, 2012). Eftersom det inte finns många studier som kombinerar de två ovan nämnda begreppen med varandra och inte heller med vårdsektorn tycker vi detta är ett område som är intressant att belysa. Det är därför intressant att analysera vilka framgångsfaktorer för kunskap

som styrmetod som finns enligt litteraturen och se hur de kan användas inom vården. Vid en analys av en styrmetod anser vi att det är viktigt att fånga perspektiv från olika nivåer i en organisation.

Vi har valt att studera ett område inom vården som har infört vårdval och där förbättringsarbete kring kvalitet används för att locka till sig patienter i den nya konkurrenssituationen.

Detta leder oss fram till följande frågeställningar:

Vilka faktorer från Knowledge Management och Evidence Based Management sammanfattar termen kunskapsstyrning?

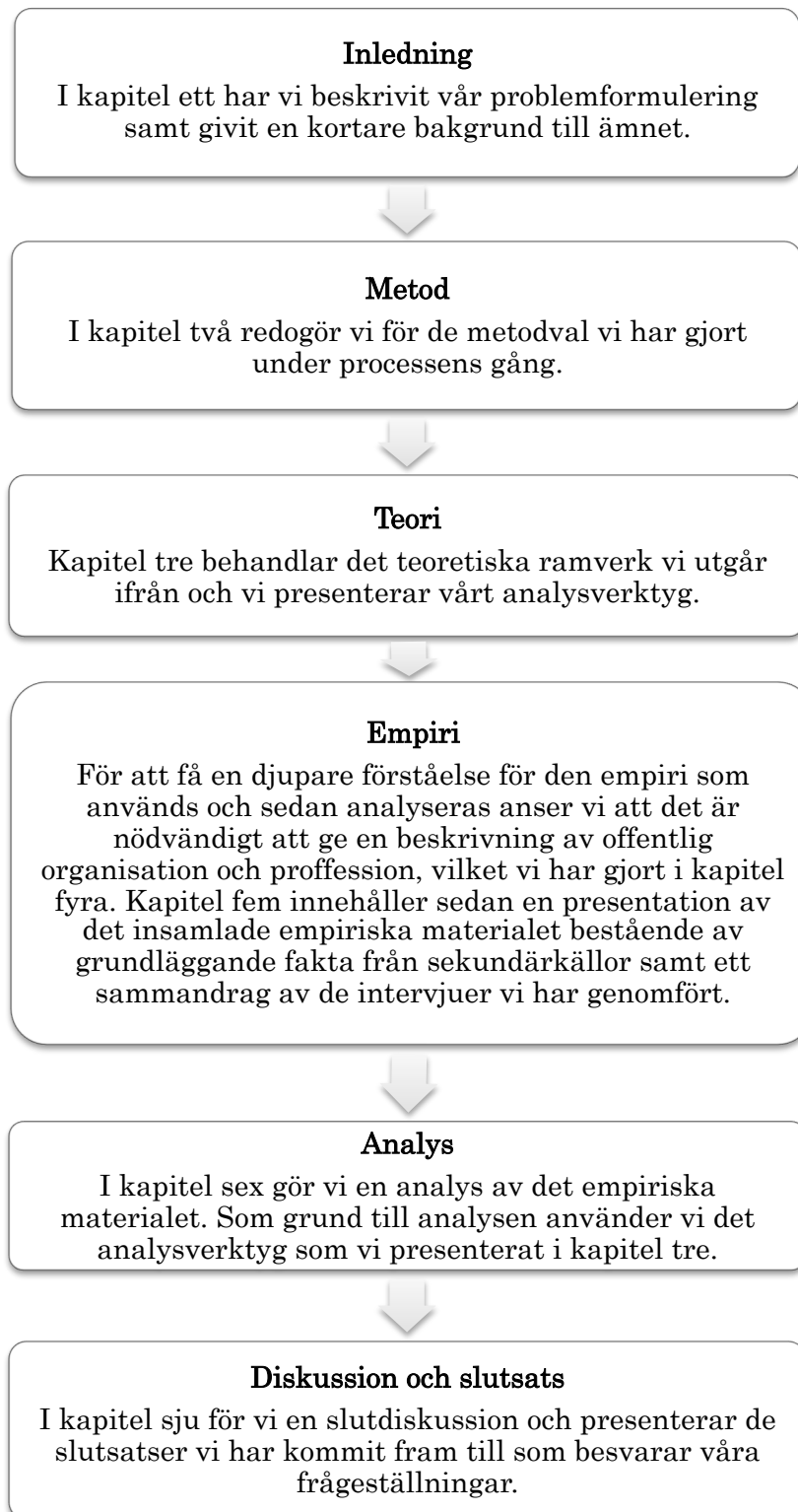
Hur kan kunskapsstyrning användas som styrmetod inom vården där ett valfrihetssystem är infört?

Vilka förutsättningar krävs, och vilka hinder finns det, för att kunskapsstyrning ska vara en framgångsrik styrmetod inom vården?

1.4 SYFTE

Det huvudsakliga syftet är att analysera vilka förutsättningar och hinder det finns för att använda kunskapsstyrning som en framgångsrik styrmetod. För att uppfylla det huvudsakliga syftet kommer vi som ett delsyfte ta fram ett analysverktyg som baseras på de faktorer från Knowledge Management och Evidence Based Management som sammanfattar termen kunskapsstyrning. Ännu ett delsyfte är att beskriva hur kunskapsstyrning kan användas inom vården där ett valfrihetssystem är infört med intentionen att förbättra kvaliteten på vården.

1.5 DISPOSITION



FIGUR 1 DISPOSITION.

2. METOD

I detta kapitel går vi igenom och motiverar de metodval vi har gjort under arbetsprocessen. Vi motiverar val av ansats, teori, empiri insamling av material och analysprocess. En metoddiskussion förs längre fram i kapitel sju.

2.1 VAL AV ANSATS

2.1.1 VAL AV FORSKNINGSANSATS

Vårt arbetssätt i denna undersökning har till en början följt den deduktiva ansatsen. Den deduktiva ansatsen syftar ofta till att utifrån teori formulera hypoteser som sedan testas med empirin, då man omformulerar teorin till empirisk kontext (Bryman & Bell, 2005). Vi började med att göra en genomgång av den teori som är relevant för våra frågeställningar, vilket resulterade i en teoretisk referensram med en analysmodell. Detta har varit vår utgångspunkt för att formulera de intervjufrågor vi har använt oss av för att samla in relevant empiri. Våra intervjufrågor går dock inte att likställa med konkreta hypoteser som vi avser att testa eftersom det vi har valt att undersöka inte lämpar sig att göra genom att leta samband mellan olika variabler.

Kritik som ofta riktas mot den deduktiva ansatsen är enligt Jacobsen (2002) att utgångspunkten är så pass specificerad att det påverkar valet av vilken empirisk information som är relevant. Därmed finns en risk att man inte upptäcker grundläggande information i empirin. Trots att vi har utgått ifrån ett teoretiskt ramverk som grund för insamlingen av empirin har det varit viktigt för oss att ha ett relativt stort utrymme för att upptäcka just grundläggande information som kan visa sig vara av stor vikt för vår analys.

Vi har valt att utgå ifrån både teorier om Knowledge Management och Evidence Based Management med syftet att sammanfatta den praktiska termen kunskapsstyrning. Vi undersöker också hur kunskapsstyrning kan användas inom vården där ett valfrihetssystem är infört. Med bakgrund i våra syften anser vi att det är svårt att använda sig av en alltför specifik utgångspunkt. Vårt arbete har därmed även inslag av den induktiva ansatsen eftersom vi valt en mer "flexibel" struktur för insamling av empiri med hjälp av semi-strukturerade intervjuer. Det induktiva inslaget i vår undersökning innebär även att vi kan göra tolkningar av den insamlade empirin och sätta den empiriska informationen i relation till kontexten. Detta nämner Saunders, Lewis och Thornhill (2009) som karaktärsdrag för den induktiva ansatsen och samhällsvetenskaplig forskning.

Kontexten är i vårt fall är specifik, både med tanke på att vården är en del av den offentliga sektorn samt att de flesta som arbetar där innehar en medicinsk profession. I ett rent induktivt arbetssätt är det meningen att man utan begränsningar och förväntningar samlar in empiri som man sedan sorterar för att kunna framkalla teori (Bryman & Bell, 2005). Eftersom vi har begränsningar i form av det teoretiska ramverket skulle vi inte kunna säga att vi helt och hållet använder oss av ett induktivt arbetssätt, dock är vår avsikt att kunna framkalla teori i form av våra slutsatser. Sammanfattningsvis har vi använt oss av en blandning av de deduktiva och induktiva ansatserna.

Då ett delsyfte är att beskriva vilka faktorer från Knowledge Management och Evidence Based Management som sammanfattar termen kunskapsstyrning, har vi valt att utgå ifrån ett kvalitativt arbetssätt. Vårt val grundar sig på att vi i vår analys vill inkludera flera aspekter, t.ex. den specifika kontexten och huruvida professionen påverkar användningen av kunskap som styrmetod. Den kvalitativa metoden ger enligt Bryman och Bell (2005) större utrymme för tolkning där kontexten spelar en stor roll, vilket i vårt fall är av relevans för att kunna besvara våra frågeställningar. Vi anser inte att vi skulle ha möjlighet att göra en lika djupgående analys vid val av en kvantitativ metod. Då vi inte utgår ifrån en konkret hypotes som ska testas eller ifrån ett samband mellan specifika variabler, vilka är några av huvuddragen för det kvantitativa tillvägagångssättet (Bryman & Bell, 2005), har vi inte funnit det relevant att använda oss av någon form av kvantitativ mätning.

Jacobsen (2002) gör skillnad mellan en deskriptiv och en förklarande undersökning. Den deskriptiva syftar till att beskriva hur något ser ut medan den förklarande syftar till att förklara varför något ser ut som det gör. Ofta är de förklarande undersökningarna också förklaringar av kausala samband som testas, vilket inte har varit vårt syfte. Vidare beskrivs en tredje undersökningstyp, den explorativa. Denna form syftar mer till att upptäcka något i den mening att man kommer fram till nya insikter och genom att fråga sig fram förstår samband och ser problemet på ett nytt sätt.

Eftersom vi inte testar något kausalt samband kommer vi inte att använda oss av den förklarande typen. Då vi har valt att fördjupa oss i hur man använder kunskap som styrmetod i vården, och vilka förutsättningar och hinder som finns för detta, syftar det dels till att beskriva men öppnar också upp utrymme för att upptäcka och relatera olika samband till varandra. Vi vill även undersöka vilka faktorer från de teoretiska begreppen Knowledge Management och Evidence Based Management som sammanfattar termen kunskapsstyrning. Därför har vi ansett det relevant att använda både den deskriptiva och den explorativa undersökningstypen. Saunders et al. (2009) menar att det går att kombinera metoderna när även problemformuleringen

är kombinerad. I våra frågeställningar finns det deskriptiva inslaget i att vi vill besvara hur man använder kunskapsstyrning som styrmetod i vården där ett valfrihetssystem är infört. Det explorativa inslaget finns i att vi vill analysera vilka förutsättningar och hinder som finns för användning av kunskapsstyrning som framgångsrik styrmetod. Det explorativa inslaget finns också i att vi i litteraturen avser finna vad som sammanfattar termen kunskapsstyrning.

2.1.2 VAL AV TEORETISK REFERENSRAM

Som teoretisk referensram har vi valt att använda oss av två begrepp vilka sammanfattar den praktiska termen kunskapsstyrning som handlar om att basera alla beslut inom alla nivåer på bästa tillgängliga kunskap. De två begreppen är Evidence Based Management och Knowledge Management. Kombinationen av begreppen ger oss en möjlighet att från ett relativt brett perspektiv göra en analys av vårt empiriska material. Vi anser att teorierna är relevanta eftersom det centrala i kunskapsstyrning är att kunskapen ska styra, vilket är anledningen till att vi har valt begrepp som berör detta.

2.1.3 FALLSTUDIE: MÖDRAHÄLSOVÅRDEN I SKÅNE

En anledning till varför man väljer att göra en fallstudie är enligt Yin (2007) att man syftar till att inkludera påverkan av kontext då det är betydande för det man avser att studera. Eftersom vi har valt att göra en studie inom offentlig sektor och vård anser vi att det är relevant att göra en fallstudie då det finns specifika karaktärsdrag i en sådan organisation. Vi har valt att göra en fallstudie på Region Skåne eftersom de har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården i Skåne. Den typ av vård som kallas primärvård innefattar bl.a. vårdcentraler, barnavårdscentraler och mödrahälsovård i form av barnmorskemottagningar. Primärvård utförs idag både av privata aktörer och av Region Skåne i offentlig regi (Region Skåne, 2010a). Eftersom det är en stor organisation har vi valt att studera delområdet mödrahälsovård.

Bakgrunden till vårt val att studera mödrahälsovården är att det i maj 2010 beslutades i Regionfullmäktige i Skåne att ett valfrihetssystem skulle införas inom den skånska mödrahälsovården. Den 1 september året därpå infördes därmed vårdval av barnmorskemottagning som innefattar mödrahälsovård, preventivmedelsrådgivning och sexuell hälsa samt gynekologisk cellprovsscreening för livmoderhalscancer (Boman, Hedlin, Månsson & Arvidsson, 2011). Syftet med införandet var att bra och jämlik hälso- och sjukvård på ett kostnadseffektivt sätt skulle erbjudas alla i Skåne (Region Skåne, 2012d). Det ingår även i regionens långsiktiga strategi att utreda och införa vårdval i fler delar av vårdsystemet (Region Skåne, 2011a).

En annan anledning till att vi har valt att fokusera på mödrahälsovården är att vi i diskussion med Region Skåne fått vetskap om att arbetet med kunskapsstyrning har kommit långt inom mödrahälsovården jämfört med flera andra områden. Vi har därmed valt att studera mödrahälsovården eftersom det troligtvis finns mest erfarenheter att ta del av där.

Att avgöra vad som faktiskt är själva fallet menar Yin (2007) är det största problemet vid fallstudieforskning. När man avgör vad som är ett fall är det därför viktigt att det man väljer att benämna som fall är relaterat till de initiala frågeställningarna. Vårt val att inom Region Skåne specifikt studera mödrahälsovården motiveras vi med att denna del av organisationen både har infört ett valfrihetssystem samt har börjat arbeta med projekt för att införa kunskapsstyrning, vilket är aktuellt för att vi ska kunna besvara våra frågeställningar.

Vi har valt att dela upp det empiriska materialet från mödrahälsovården i olika nivåer för att kunna visa och jämföra olika perspektiv. Syftet med att göra en fallstudie på Region Skåne är att få en så bra helhetsbild som möjligt av hur organisationen idag arbetar med kunskapsstyrning, och vi vill betona att vårt arbete inte syftar till att behandla olika mottagningar eller personer som separata fall. För att få en helhetsbild har vi valt att inkludera både offentliga och privata mottagningar, eftersom mödrahälsovård efter införandet av vårdval bedrivs av båda.

2.2 INSAMLING AV MATERIAL OCH ANALYSPROCESS

2.2.1 PRIMÄRDATA FRÅN INTERVJUER

Att vi har valt att arbeta enligt den kvalitativa metoden har ett samband med att vi har valt att i huvudsak använda kvalitativa intervjuer vid insamling av det empiriska materialet i fallorganisationen Region Skåne. Då kvalitativ metod innebär att det finns mer utrymme för tolkning är det, till skillnad mot de kvantitativa intervjuerna, att föredra att intervjuerna avviker från intervjumanus för att anpassas till det som intervjuobjektet anser vara viktigt. På så sätt kan man få ut så mycket relevant data som möjligt och det är även önskvärt att få så fylliga svar som möjligt (Bryman & Bell, 2005). Även Jacobsen (2002) klassificerar den individuella intervjun som den mest förekommande kvalitativa undersökningsmetoden.

Inför insamlingen av primärdata ute i organisationen formulerade vi olika intervjuguider. Vi har valt att använda oss av semi-strukturerade intervjuer för att ha möjlighet att kunna ställa frågor utöver intervjuguiderna (Bryman & Bell, 2005) i de fall det har varit relevant.

Alla intervjuer vi har genomfört har skett vid fysisk närvaro och fördelarna med det tillvägagångssättet är att intervjuaren lättare uppfattar hur intervjupersonen reagerar på frågorna. Därav är det enklare att känna av hur långt man kan gå med frågorna, vilket kan vara mer problematiskt vid t.ex. en telefonintervju (Jacobsen, 2002).

Eftersom vi har valt att använda oss av intervjuer, är det viktigt att vara uppmärksam på den s.k. intervjuareffekten. Jacobsen (2002) beskriver att denna effekt uppstår vid bl.a. individuella intervjuer. Intervjuareffekten innebär att intervjun och resultaten från intervjun kan bli färgade av personen som utför intervjun. Vi har ställt så öppna frågor som möjligt för att undvika att svaren i för hög grad blir färgade. Precis som Bryman och Bell (2005) säger finns det flera aspekter, som t.ex. personlig bakgrund, vilka kan påverka intervjupersonens svar. Vi har varit noga med att under intervjuerna anpassa frågorna för att försäkra oss om att respondenten förstått frågan och kan ge uppriktiga svar. Vi valde även att inte skicka ut intervjufrågorna i förväg utan att enbart generellt informera om vilket ämnesområde intervjun skulle handla om, eftersom vi ville att svaren skulle bli så spontana som möjligt.

2.2.2 SEKUNDÄRDATA

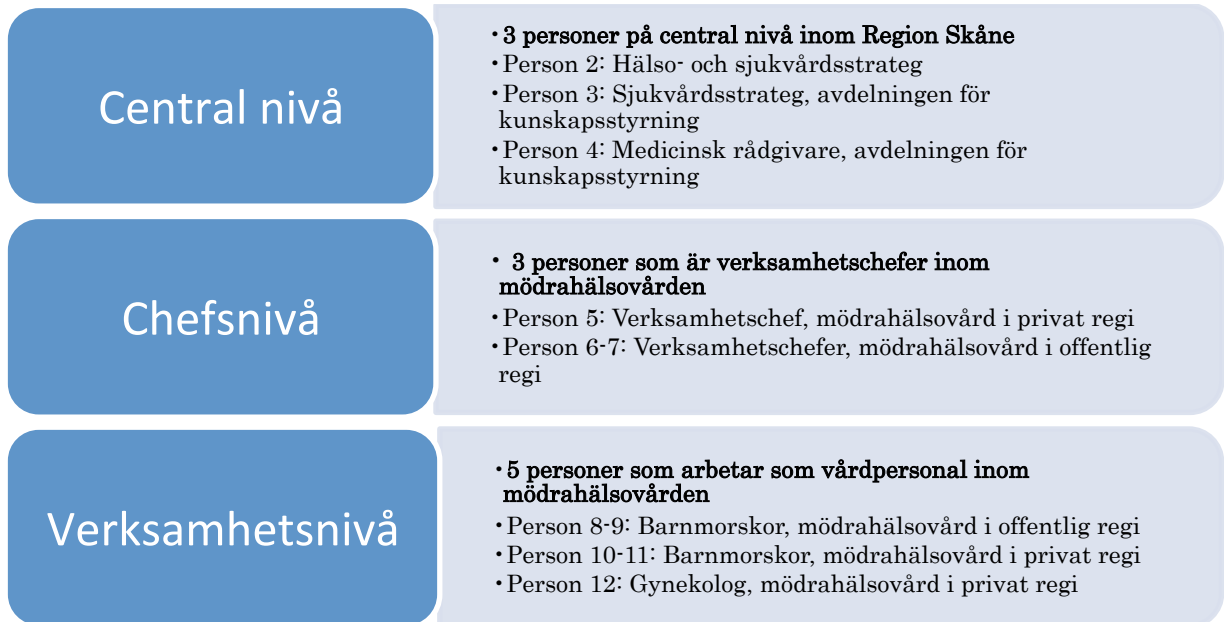
För att bl.a. beskriva vår fallorganisation Region Skåne, grunderna inom styrning av vård och hur det är tänkt att arbetet med kunskapsstyrning ska gå till har vi valt att hämta viss data från främst Region Skånes hemsida.

2.2.3 INTERVJUOBJEKT

För att kunna besvara våra frågeställningar och göra en kvalitativ analys har vi valt att samla kvalitativ data både från en sakkunnig forskare, personer inom central verksamhetsstyrning i Region Skåne (central nivå) samt från verksamhetschefer (chefs nivå) och vårdpersonal (verksamhetsnivå) i den operativa verksamheten på både privata och offentliga barnmorskemottagningar. Eftersom de centrala riktlinjerna och kraven kommer från Region Skåne och de har det övergripande ansvaret för vården (Region Skåne, 2010a) anser vi att det är intressant att fånga perspektiv i flera olika nivåer. Alla tolv respondenter har behandlats anonymt då vi inte anser att det är relevant att ange personernas identiteter, eftersom syftet inte har varit att göra någon jämförelse mellan olika mottagningar eller personer. I vår empiriska sammanställning samt i analysen benämner vi vilken arbetsroll personen har. Där vi ansett att det är relevant har vi också angett om personen arbetar i offentlig eller privat regi för att kunna identifiera eventuella skillnader. Det är dock inte vår huvudsakliga intention att göra en jämförelse mellan offentlig och privat regi utan tonvikten ligger

på jämförelsen mellan de olika nivåerna.

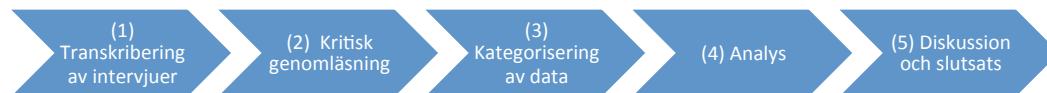
Person ett som vi har intervjuat är en forskare från Ekonomihögskolan vid Lunds Universitet som skriver en avhandling om vårdval. Övriga respondenter arbetar med styrning av vård eller som vårdpersonal inom mödrahälsovården i Skåne och presenteras nedan.



FIGUR 2 FÖRTECKNING ÖVER RESPONDENTER.

2.2.4 ANALYSPROCESS

Hur vår analys från rådata till slutsatser har skett presenteras nedan i figur 3. Processen inkluderar de tre faserna beskrivning, systematisering och kategorisering samt kombination vilka förespråkas av Jacobsen (2002) som grundpelare för analys av kvalitativt material.



FIGUR 3 ANALYSPROCESS.

Inledningsvis transkriberade vi all rådata som vi samlat in vid våra tolv intervjuer (1). Jacobsen (2002) lyfter fram flera fördelar med denna metod som t.ex. att man verkligen inkluderar allt och kan göra kommentarer och stryka under sådant som man vill uppmärksamma. I nästa steg (2) har vi gått igenom det nedskrivna materialet för att avgöra vad som är relevant att

använda. För att avgöra vad som är av relevans har vi som Jacobsen (2002) beskrivit läst igenom materialet med "teoretiska linser". Eftersom vi inlett med att göra en teoretisk studie enligt det deduktiva arbetssättet kunde vi välja ut de delar av materialet som vi anser är av relevans kopplat till den teori som vi utgått ifrån. I nästa steg (3) kategoriserade vi materialet efter olika ämnen. Dessa ämnen var till stor del kategoriserade utifrån de intervjuguider och frågor vi ställt, men vi har även skapat kategorier efter ämnen som vi efter att gjort en kritisk genomläsning ansett är relevanta. Vi har valt att presentera det empiriska materialet indelat i dessa ämnen i kapitel fem.

I nästa steg (4) har vi gjort en analys (i kapitel sex) av det material vi presenterat. Eftersom ett delsyfte är att ta fram ett analysverktyg för att analysera vilka faktorer som sammanfattar begreppet kunskapsstyrning ligger detta analysverktyg som vi presenterar i kapitel tre till grund för analysen av vårt empiriska material. I analysen gör vi en jämförelse mellan de tre olika intervjunivåerna och belyser även de fall där det finns avvikelser mellan personer inom en nivå. I de fall det har visat sig att det funnits viktiga skillnader mellan privat och offentlig regi har vi uppgett detta, men som vi tidigare nämnt är det inte ett huvudsakligt syfte att göra en sådan jämförelse utan det är jämförelsen mellan de tre olika nivåerna som ligger till grund för att kunna besvara våra frågeställningar. I vår analys har vi valt att använda oss av citat eftersom det, som Jacobsen (2002) beskriver, ger samma styrka till en kvalitativ analys som tabeller ger en kvantitativ analys.

Vi väver ihop studien genom att i diskussionen och slutsatsen (5) utgå från våra inledande frågeställningar för att presentera våra slutsatser vilket vi gör i kapitel 7. Från att ha varit specifika i vår presentation av empiri samt analys återgår vi till en mer generell nivå (Jacobsen, 2002) för att kunna besvara våra frågeställningar.

Det är viktigt att granska analysen för att säkerställa att de kategoriseringar av data som gjorts är så representabla som möjligt (Jacobsen, 2002). Vi anser att vi har återgett den data vi använt oss av i bästa mån möjligt, eftersom vi både utgått ifrån transkriberat material samt använt oss av citat för att förstärka trovärdigheten i analysen.

3. KUNSKAP SOM STYRMETOD

I detta kapitel presenterar vi vårt teoretiska ramverk. Vi kommer visa hur de akademiska begreppen Evidence Based Management och Knowledge Management kan användas för att sammanfatta styrmetoden kunskapsstyrning, som är en vanlig benämning i praktiken men inte i akademien. Eftersom våra frågeställningar och syften är kopplade till hur man använder kunskap som styrmetod för att öka kvaliteten är det även relevant att i detta kapitel ge en beskrivning av begreppet kvalitet. Som avslutning knyter vi samman begreppen i ett analysverktyg där vi lyfter fram vilka de viktiga faktorerna är för att kunna använda kunskap som styrmetod.

3.1 VERKSAMHETSSTYRNING I FÖRÄNDRING

Idag befinner sig företag i en tid där både företagande och styrmetoder ständigt förändras. Samtidigt är äldre och traditionella styrmetoder, så som ekonomistyrning, fortfarande grundläggande. Särskilt ekonomistyrning har visat sig vara en styrmetod som är mindre effektiv än man trott, eftersom denna styrmetod främst baserar sig på historisk finansiell information. Anledningen till att det idag utvecklas nya styrmetoder är bl.a. för att uppfylla sådant som ekonomistyrning inte till fullo åstadkommer, vilket exemplifieras med att ge bättre insyn i det dagliga arbetet samt att öka motivationen hos medarbetarna. En stark drivkraft till varför behovet av nya styrmetoder uppstår är även kunskapsarbetets framväxt. Det betyder att kunskap idag i större utsträckning är ansett som en av företagets viktigaste resurser, speciellt eftersom kunskap blir mer utbredd och organiserat. En viktig skillnad är även att kunskap som resurs stiger i värde, till skillnad mot finansiella medel, och därav finns ett behov av att kombinera ekonomistyrning med nya styrmetoder (Lindvall, 2011).

3.2 DE TEORETISKA BEGREPPEN

Inom sjukvården har en ny styrmetod, kallad kunskapsstyrning, fått mer och mer uppmärksamhet de senaste åren. Syftet med kunskapsstyrning beskrivs av Socialstyrelsen vara att öka förekomsten av evidensbaserad medicin för att säkra att kunskapen som sprids och används håller en hög kvalitet (Socialstyrelsen, 2009). Enligt Socialstyrelsen saknas det en etablerad definition av kunskapsstyrning, både i svenska och internationella sammanhang, men man väljer att beskriva kunskapsstyrning som:

”Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården innebär att val och beslut i alla delar av systemet baseras på rekommendationer som utarbetats utifrån bästa tillgängliga medicinsk kunskap.” (Socialstyrelsen, 2009, s.14)

Man förtydligar också att det är bästa tillgängliga kunskap om vårdens kostnadseffektivitet och dess effekter som åsyftas.

Styraspekten i kunskapsstyrning innefattar vidare att arbeta fram och upprätthålla strukturer och processer som gör att bästa tillgängliga kunskap används både när medicinska och administrativa beslut ska tas (Socialstyrelsen, 2009). Socialstyrelsen har via enkäter och intervjuer i 19 landsting/regioner och en kommun försökt sammanställa användningen av och uppfattningen om kunskapsstyrning som begrepp. Ett exempel på kritik mot begreppet kommer från Landstinget Sörmland som istället vill använda begreppet Knowledge Management eftersom de anser att kunskapsstyrning leder till felaktiga associationer (Socialstyrelsen, 2009). Vilken typ av felaktiga associationer som menas framgår dock inte i rapporten.

Eftersom kunskapsstyrning inte är ett begrepp som används i den akademiska världen har vi identifierat teorier som kan bidra till att sammanfatta begreppet. Vi fann att kunskapsstyrning kan sammanfattas genom en kombination av begreppen Evidence Based Management och Knowledge Management. Dessa kommer att presenteras nedan och efter det kommer kombinationens relevans för vår studie att förklaras mer noggrant.

3.3 EVIDENCE BASED MANAGEMENT

Evidence Based Management (EBM) är ett begrepp som har sitt ursprung i evidensbaserad medicin. Evidensbaserad medicin växte fram med anledning av att man observerade mer och mer överanvändning, underanvändning och felanvändning av vissa behandlingssätt inom vården (Baba & HakemZadeh, 2012; Rousseau, 2006). En lösning på detta problem är att brygga över eller fylla det gap som uppstått mellan forskning och praktik (Baba & HakemZadeh, 2012; Walshe & Rundall, 2001). Att arbeta evidensbaserat inom vården innebär att medicinska beslut fattas utifrån en kombination av både den individuella expertisen som t.ex. en läkare innehar och den bästa bevisade metoden enligt forskning (Baba & HakemZadeh, 2012). Detta arbetssätt är relativt nytt och fick sin största spridning inom vården under 1990-talet (Rousseau, 2006).

Som en effekt av spridningen av evidensbaserad medicin blev även EBM mer och mer känt under 1990-talet (Briner et al., 2009; Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996; Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg & Haynes, 2000; Tort-Martorell, Grima & Marco, 2011). Även om EBM som idé inte är något nytt påfund (Rousseau, 2006) är begreppet relativt nytt (Baba &

HakemZadeh, 2012).

Briner et al. (2009) definierar Evidence Based Management som:

“Evidence-based management is about making decisions through the conscientious, explicit, and judicious use of four sources of information: practitioner expertise and judgment, evidence from the local context, a critical evaluation of the best available research evidence, and the perspectives of those people who might be affected by the decision.” (s. 19)

En något enklare förklaring ges av Rousseau (2006) som beskriver att EBM används för att kvaliteten på beslut i organisationer ska bli bättre, genom att man som chef och ledare kan utnyttja systematiskt insamlad kunskap och forskning. Pfeffer och Sutton (2006) skriver att EBM är ett sätt att styra ledningsidéer för att öka kvaliteten på affärskunskapen som blir mer trovärdig då den blivit kontrollerad och utvärderad.

En viktig skillnad mellan evidensbaserad medicin och EBM är kontextberoende (Baba & HakemZadeh, 2012). Dean och Bowen (1994) förklarar att evidensbaserad medicin ofta är oberoende av kontext och därmed är universell, medan EBM påverkas mer av den kontext den aktuella organisationen befinner sig i. En annan stor skillnad är att management/ledning inte är en profession, till skillnad från vården som läkare eller barnmorska, vilket betyder att man har väldigt skilda utbildningsbakgrunder, olika kunskap om forskningsmetoder och olika erfarenheter av att arbeta vetenskapligt (Rousseau, 2006). Ytterligare skillnader exemplifieras av Rycroft-Malone (2004) som hävdar att kulturen, basen för forskning och processer för beslutsfattande skiljer sig mellan ledning och medicinsk praktik när det gäller användandet av evidens.

Pfeffer och Sutton (2006) hävdar att beslut baserade på evidens leder till konkurrensfördelar. Rousseau (2006) delar denna mening och angående beslutstagande påpekar Rousseau även att traditionellt beslutstagande handlar mycket om antingen individens erfarenhet eller råd från affärsläroböcker och från konsulter vilka båda brukar ha en traditionell ansats och ofta baseras på sämre bevis.

Ett argument för att det finns ett behov av EBM är att användandet av EBM kan underlätta arbetet med evidensbaserad medicin. Eftersom vårdpersonal och ledning då använder liknande metoder bör det underlätta för alla att acceptera och bättre utnyttja det evidensbaserade arbetssättet (Walshe & Rundall, 2001).

I litteraturen nämns att det främst finns tre anledningar till att forskning kring EBM inte är så utbredd. Den första anledningen är att begreppet är en samling ansatser och att forskning på området inte alltid får benämningen EBM, samt att praktiker inte alltid vet att det är just EBM de arbetar med.

Den andra anledningen är att begreppet är relativt nytt (Briner et al., 2009; Sackett et al., 1996; Sackett et al., 2000). Den tredje anledningen är att det är problematiskt att arbeta med EBM så länge det saknas systematiska genomgångar av forskningen och de bevis man söker (Briner et al., 2009).

Det är enligt Rousseau (2006) fyra faktorer som gör att gapet mellan forskning och praktik inom management/ledning är svårt att överbrygga i nuläget. För det första är det få praktiserande chefer och konsulter som regelbundet uppdaterar sig på ny forskning inom sitt område. För det andra kan chefer och ledning känna att deras personliga åsikter om och kreativitet kring hur de ska leda en organisation hotas och undermineras. För det tredje innebär beslutstagande inom management/ledning ofta en tidsförskjutning mellan beslut och effekt vilket innebär att de som tog och påverkade beslutet kanske inte finns kvar när effekterna syns och kan utvärderas. Den fjärde faktorn är att beslutstagande inte alltid märks bland det stora antal uppgifter och arbetsprocesser som är en del av chefsskap och ledning. Förutom dessa fyra nämns "*the uniqueness paradox*" (Martin, Feldman, Hatch & Sitkin, 1983) och föråldrat utbildningsmaterial (t.ex. kurslitteratur) (Rousseau, 2006) som hinder för att organisationer ska ta till sig ett evidensbaserat ledningssätt. "*The uniqueness paradox*" är den uppfattning som många organisationer har om att deras företag, dess problem och de uppgifter som utförs där är helt unika (Martin et al., 1983). Denna uppfattning hämmar spridandet av evidensbaserade lösningar (Sackett et al., 2000).

3.4 KNOWLEDGE MANAGEMENT

För att få en bättre förståelse för innebörden av begreppet Knowledge Management (KM) inleder vi med att beskriva betydelsen av "knowledge" och "management" var för sig för att sedan diskutera KM som helhet.

3.4.1 KNOWLEDGE

Begreppet knowledge är enligt Alvesson och Kärreman (2001) ett brett begrepp som har flera betydelser. Ett problem är hur man ska begränsa begreppet då kunskap är något som finns överallt omkring oss och i olika kontexter. Författarna säger vidare att inom KM är synen på kunskap ofta objektiv eftersom tanken är att man ska separera kunskapen från en person och sprida den till en annan.

En vanlig kategorisering av kunskap är att dela in den i tacit och explicit kunskap. Explicit kunskap är enkel att dela eftersom den är uttryckt i skrift, t.ex. i form av ett regelverk eller en formel. Tacit kunskap är till skillnad från explicit kunskap inte lika lätt att dela. Tacit kunskap är väldigt individuell

och kan inte kallas för objektiv kunskap eftersom den är influerad av individens egna erfarenheter, normer och värderingar (Nonaka & Takeuchi, 1995). Grant (1996) menar att tacit kunskap är en mycket värdefull resurs i ett företag eftersom den är svår att överföra till konkurrenter. Därmed kan tacit kunskap bidra till komparativa fördelar.

Uppfattningen att kunskap är en problemlösare är vanlig, men kunskap behöver inte alltid vara förenat med någonting bra. Ett exempel på detta är en situation då en viss norm om hur något ska vara sprids, vilket kan skapa problem eftersom denna norm inte nödvändigtvis stämmer överens med idealet (Alvesson & Kärreman, 2001). Även Kalling (2003) diskuterar huruvida all kunskap verkligen är bra. Ofta tar man för givet att användandet av mer kunskap är korrelerat med ökad prestation, vilket författaren menar inte alltid är fallet.

3.4.2 MANAGEMENT

Enligt Alvesson och Kärreman (2001) får begreppet management inom KM ofta mindre uppmärksamhet än knowledge. De beskriver att management av många författare ofta ses som något självskrivet och att det finns två viktiga dimensioner av management: hur man påverkar medarbetares beteende och hur man påverkar medarbetares tankar. Kontroll, övervakning, design av arbetsprocesser och påverkan av medarbetares värderingar och känslor är alla exempel på utövande av management.

Att det finns många olika synsätt på vad management faktiskt innebär belyser bland annat Koontz (1980) när han hävdar att det finns "en djungel" av synsätt på management. En av anledningarna till att synsätten är många är att det i akademien skrivs om management utifrån olika teoretiska bakgrunder. Mintzberg (1996) diskuterar vidare problem förknippade med management. Det underliggande problemet är att det ofta finns ett gap mellan management (förvaltningen) och "the managed" (de som blir förvaltade). Ett förslag som framförs av Mintzberg är att man ska se organisationen som cirkelformad istället för hierarkisk med topp och botten. Förvaltningen ska finnas i mitten och runt om finns alla olika positioner i organisationen som innehar specifik kunskap om arbetet. Även om förvaltningen inte har möjlighet att inneha samma specifika kunskap ska de enligt Mintzberg ha ett brett perspektiv och kunna se ut över alla delar i organisationen.

3.4.3 KNOWLEDGE MANAGEMENT

Att KM är ett väldigt brett koncept med mångfaldig betydelse påpekas av många (Alvesson & Kärreman, 2001; Kalling, 2003; Mårtensson, 2000).

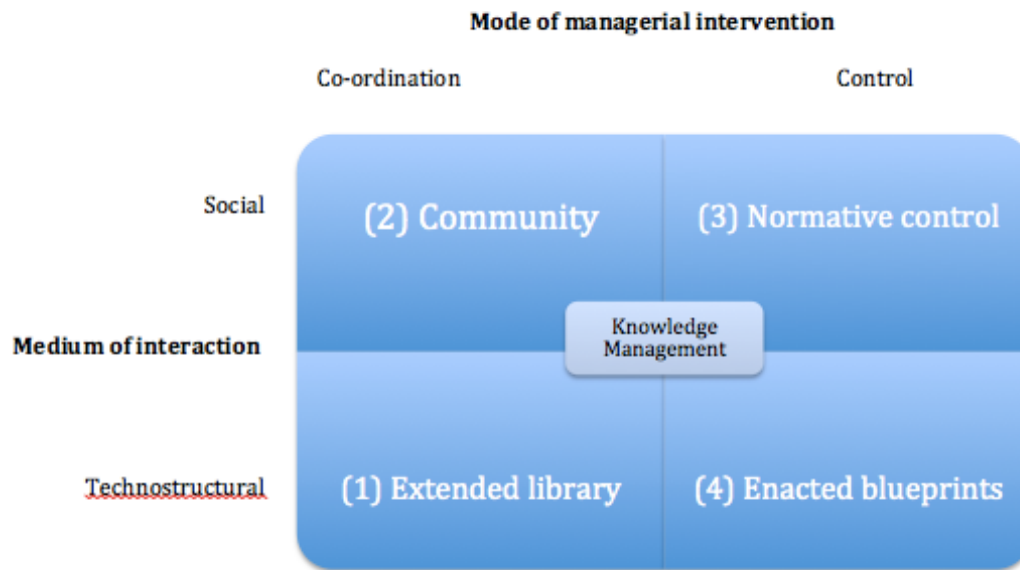
Ruggles (1998) definition av KM lyder följande:

“It is an approach to adding or creating value by more actively leveraging the know-how, experience and judgement resident within and, in many cases, outside of an organization.” (s.80)

KM som praktik började enligt Hansen, Nohira och Tierney (1999) spridas och användas av företagsledningar och chefer under 1990-talet. Ett skifte från fokus på naturresurser till intellektuella och kunskapsbaserade tillgångar samt utvecklingen av IT sägs vara anledningar till den ökade användningen av KM. Författarna påpekar även att det saknas bra standarder att följa för lyckat arbete med KM, eftersom området är relativt ungt. Mårtensson (2000) beskriver hur utvecklingen av KM tog fart efter att den populära strategin “downsizing” under 1980-talet ledde till att mycket värdefull kunskap försvann från företaget i takt med att personal sades upp. Därför började företagsledningar använda KM som en åtgärd för att kunna behålla kunskapen inom företaget. Kalling (2003) nämner att forskningen inom KM har ökat signifikant under de senaste åren.

Vad som skiljer KM och organisatoriskt lärande åt diskuteras bl.a. av Braf (2000). Braf menar att organisatoriskt lärande är mer fokuserat på beteende, medan det inom KM är mycket mer IT-lösningar och strukturerade processer involverade. Mårtensson (2000) beskriver hur termen KM är grundad i begreppet intellektuellt kapital eftersom KM är en förlängning som handlar om hur man ska styra och förvalta det intellektuella kapitalet. Hon säger även att en gemensam nämnare i flera olika definitioner av KM är bevarande och lagring av information. Kalling (2003) diskuterar bland annat synen på kunskap ur den resursbaserade teorin, med innebörden att kunskap kan tolkas som en resurs vilken kan bidra till ökad produktivitet. Även Braf (2000) nämner att KM härstammar från den resursbaserade teorin och att grunden i KM inte är de finansiella resurserna, utan de intellektuella. Rigby och Bilodelau (2007), som klassificerar olika managementmetoder, benämner KM som ett “trubbigt instrument” och menar att det finns ett behov av att dela och sprida kunskap men att risken för att det ska falla beror på bl.a. användning av alltför avancerade system samt dåliga incitament för att medarbetarna ska dela kunskap.

Eftersom KM är ett väldigt brett begrepp som kan innefatta flera olika användningsområden har Alvesson och Kärreman (2001) kategoriserat begreppet i fyra olika kategorier baserade på typ av ledningsingripande (mode of managerial intervention) och medel för interaktion (medium of interaction). Kategorierna presenteras nedan i figur 4.



FIGUR 4 KATEGORISERING AV BEGREPPET KNOWLEDGE MANAGEMENT, INSPIRERAD AV ALVESSON OCH KÄRREMAN (2001).

Alvesson och Kärreman förklarar de olika kategorierna:

(1) Knowledge Management as extended library

Fokus ligger här på en teknisk plattform som lagrar både extern och intern kunskap för att utforma regelramverk och manualer. Den teknologiska plattformen har rollen av ett bibliotek där olika typer av information är tillgänglig för att stödja arbetet.

(2) Knowledge Management as community

Här beskriver författarna en aspekt av KM som är mer mjuk i jämförelse med den ovan. KM som en "community" handlar istället om att främja tacit kunskap. Enligt Alvesson och Kärreman är ett viktigt verktyg själva arbetsmiljön. Svårigheterna med att skapa "det rätta" arbetsmiljön är att ledningen själv inte kan åstadkomma detta utan att ansträngningar krävs från hela organisationen.

(3) Knowledge Management as normative control

Här kritiserar man att ledningen ska kunna skapa ett "community" då man anser att ledningen arbetar åt motsatt håll. Istället menar man att skapandet av en organisatorisk identitet har sin grund i den organisatoriska gemenskapen. Genom att arbeta för en gemensam företagskultur kan ledningen utöva normativ kontroll (påverkan av normer och värderingar).

(4) Knowledge Management as enacted blueprints

Här används KM för att göra "ritningar" och "ramar" som används för att bl.a. öka effektiviteten och förenkla processer. Fokus är fortfarande på normativ kontroll, men enligt detta synsätt är det viktigare att påverka beteende än normer och värderingar. Man vill förenkla för medarbetarna genom ökad standardisering och möjlighet att utföra uppgifter som de tidigare inte kunnat utföra på grund av bristande kunskap.

Kategoriseringen beskriver olika synsätt på KM och kan användas för att underlätta förståelsen för begreppet och för att förstå viktiga frågor inom KM (Alvesson & Kärreman, 2011). Dessutom menar författarna att kategorierna är allmänt förekommande både i teori och praktik.

Mårtensson (2000) diskuterar hur KM används som ett strategiskt verktyg. När man använder KM som ett strategiskt verktyg är det kunskapen som används som är den värdefulla resurs som kan skapa ökat värde för företaget. Författaren nämner olika anledningar till varför man väljer att arbeta med KM t.ex. hjälp för beslutsfattande, enklare användande och spridning av information, ökad produktivitet och effektivitet samt som ett hjälpmedel för att arbeta med balanserade styrkort som styrmetod.

Två huvudsakliga KM strategier som har identifierats av Hansen et al. (1999) är "codification strategy" och "personalization strategy". Codification strategy är en strategi där fokus ligger på datoriserad lagring av kunskap och åtkomst till denna. I personalization strategy ligger fokus på kunskapen som en person utvecklat och hur denna sprids via personlig kontakt. I det senare fallet ses datorer som ett hjälpmedel för att sprida och kommunicera kunskapen, snarare än att lagra den. Vidare förklarar författarna att ett företags val av KM-strategi baseras på dess ekonomi, dess anställda och på vilket sätt man servar sina kunder. Även företagets konkurrensstrategi bör ligga till grund för kunskapsstrategin. Förståelsen för de båda strategiernas skillnader och effekter sägs underlätta beslut kring KM. Författarna har bland annat analyserat konsultfirmor och vårdsektorn och deras studier visar att valet mellan de två ovan nämnda strategierna är aktuellt i båda branscherna.

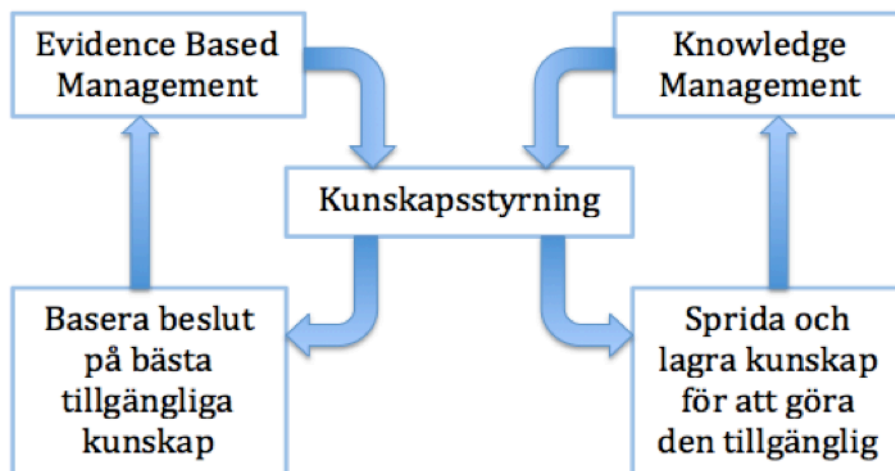
För ett lyckat och framgångsrikt arbete med KM har Davenport och Prusak (1998) identifierat nio faktorer som måste återfinnas i en organisation för att KM ska vara framgångsrikt. Dessa sammanfattas av Braf (2000) som (1) en kunskapsorienterad kultur, (2) teknisk och organisatorisk infrastruktur, (3) support från ledningen, (4) en koppling till ekonomiska värden, (5) tydligt verksamhetsspråk och syfte med Knowledge Management, (6) se Knowledge Management som olika projekt, (7) medarbetarna ska stimuleras till motivation och engagemang, (8) en utformad kunskapsstruktur och (9) ett flertal kanaler för kunskapsöverföring. De tre första faktorerna anses vara de

mest viktiga (Davenport & Prusak, 1998).

Davenport och Glaser (2002) anser att för att man ska lyckas med att införa en KM-strategi i vårdmiljö är det viktigt att implementera och göra den bästa möjliga kunskapen tillgänglig så att den blir oundviklig. Att arbeta med KM bör inte vara en extra aktivitet som faller utanför de ordinarie arbetsuppgifterna. Författarna exemplifierar detta med en situation i vården då en läkare ska ta beslut om vilken behandling och medicin patienten ska få. De menar att det är i denna situation som "utomstående" kunskap ger bäst effekt. Om läkaren kan bygga sitt beslut på bästa tillgängliga kunskap minskar risken för att felaktiga beslut tas och därmed kan effektiviteten i vården öka. Davenport och Glaser belyser också att för att det ska vara möjligt att arbeta effektivt med KM krävs en integrerad teknisk lösning. En annan viktig komponent är att man inom organisationen anammar, och att medarbetarna finner sig i att arbeta i, en kultur där man mäter resultat.

3.5 BEGREPPENS FÖRHÅLLANDE TILL VARANDRA

Eftersom EBM handlar om att basera beslut på bästa tillgängliga kunskap bidrar denna teori på ett bra sätt när man vill förklara kunskapsstyrning. Då kunskapsstyrning även handlar om att den evidensbaserade och bästa tillgängliga kunskapen måste vara just tillgänglig anser vi att man måste komplettera förklaringen med teorin om KM. Teorin om KM bidrar genom att förklara hur man sprider och lagrar den kunskap som finns både utanför och inom en organisation, och därmed gör kunskapen tillgänglig. Hade vi uteslutit den ena eller andra teorin skulle vi inte kunna fånga alla aspekter av kunskapsstyrning som styrmetod och vi väljer därför att fortsättningsvis i studien använda oss av både EBM och KM som teoretiskt ramverk och analysverktyg. Förhållandet illustreras i figur 5.



FIGUR 5 KOMBINATION AV BEGREPPEN SOM SAMMANFATTAR KUNSKAPSSTYRNING.

3.6 KVALITET

Enligt Sörqvist (2001) är kvalitet något som kan ha flera olika innebörder. Det kan t.ex. innebära att företaget som producent uppfyller vissa standarder och krav. Denna syn på kvalitet är dock begränsad eftersom dessa standarder och krav inte nödvändigtvis uppfyller kundens förväntningar och behov. Idag är därför begreppet kvalitet ofta förknippat med kundens upplevda kvalitet och att uppfylla kundens förväntningar. Eftersom kundens behov är en kombination mellan medvetna behov och undermedvetna behov kan kvalitet förklaras som att det överträffar dessa behov. För att göra detta krävs dock att företaget är nytänkande och använder en viss typ av experimenterande för att kunna upptäcka vilka behov man strävar efter att uppfylla.

När man talar om vad kvalitet är för något, och för att kunna mäta det, brukar man dela upp begreppet i olika parametrar. En första tydlig uppdelning är enligt Sörqvist mellan den kvalitet som finns hos en fysisk produkt och tjänstekvalitet. Exempel på vilka parametrar man kan använda för att mäta kvalitet hos en tjänst har tagits fram av Gummesson (1991), och presenteras av Sörqvist (2001) enligt figur 6.



FIGUR 6 PARAMETRAR FÖR TJÄNSTEKVALITET, BILD INSPIRERAD AV SÖRQVIST (2001).

3.6.1 KVALITET I SJUKVÅRDEN

Diskussioner om kvalitet i sjukvården har blivit allt mer vanliga och uppmärksammade. Av den anledningen är det viktigt att diskutera vad kvalitet inom vården faktiskt innebär, vilket är något som är väldigt komplext (Sheldon, 2008). Även Larsson och Muller (2002) beskriver att det finns ett behov av att både säkra kvaliteten och att höja den, men hur man ska åstadkomma detta är man mindre överens om på grund av att det finns så många uppfattningar om hur man ska definiera kvalitet och hur man ska mäta det. Sheldon (2008) beskriver vidare att grunden i sjukvårdskvaliteten är att vara kostnadseffektiv. Att de begränsade resurserna används på bästa sätt och att man undviker att fel görs har ett samband med välmående för patienten. Det stora problemet som uppstår när det gäller kostnadseffektivitet är hur man ska prioritera resurserna i förhållande till vilket resultat de kan ge. Av den anledningen beskrivs av Sheldon kostnadseffektivitet vara grunden i allt kvalitetsarbete, men att enbart använda kostnadseffektivitet för att öka kvaliteten kan vara mycket svårt.

Pilgrimienė och Bučiūniene (2011) har sammanfattat vad Jun, Peterson och Zsidisin (1998) kommit fram till om hur tre olika intressenter (management, professionen och patienten) uppfattar vad kvalitet i sjukvården är:

“the manager’s opinion about health care service quality differs from that of health care professionals and tends to be more similar to the opinion of patients. The findings suggest that physicians in general put more emphasis on medical outcome and technical excellence with which care is provided when defining health care quality. Meanwhile the managers are mostly driven by financial considerations to emphasize patient satisfaction and other functional aspects of quality as well as financial and medical outcomes.” (s.1304)

Man menar alltså att gapet mellan patientens och den professionellas uppfattning om kvalitet i sjukvården är större än det mellan managements uppfattning och patientens uppfattning.

3.7 ANALYSVERKTYG

I figur 7 nedan sammanfattas de viktigaste faktorerna för lyckad användning av kunskap som styrmetod. Mittpunkten i bilden (Kunskap som styrmetod) innefattar begreppen KM och EBM. Faktorerna som omger denna baseras på vår genomgång av teorierna och de framgångsfaktorer som vi där identifierat. De fyra faktorerna i analysverktyget används som utgångspunkt i den empiriska undersökningen. I analysen presenteras innehållet i varje kategori mer i detalj eftersom vi då kommer jämföra empirin med teorin. Eftersom vi ska använda analysverktyget i en kontext där man konkurrerar med kvalitet

har vi även inkluderat kvalitetsbegreppet (presenterat i figur 6) i analysverktyget.



FIGUR 7 ANALYSVERKTYG BASERAT PÅ KNOWLEDGE MANAGEMENT OCH EVIDENCE BASED MANAGEMENT.

4. OFFENTLIG SEKTOR OCH PROFESSION

I detta kapitel tar vi upp aspekter som vi anser är nödvändiga att förklara för att få en god förståelse för kommande empiri och analys. Detta är viktig bakgrundsfakta för att kunna förstå det resonemang vi för om hur man använder kunskap som styrmetod i en offentlig organisation som vården. Det vi kommer ta upp är vad som karaktäriserar både den offentliga sektorn, konkurrensutsättning och profession.

4.1 OFFENTLIG SEKTOR

Det görs ofta en distinktion mellan offentlig och privat sektor. I en forskningsöversikt utförd på uppdrag av SKL (2010) sammanställs de huvudsakliga skillnaderna mellan den offentliga och den privata sektorn. Skillnaderna är bl.a. att den offentliga sektorn inte har något vinstsyfte och att det är politiska beslut som avgör vilket utbud som ska erbjudas, medan den privata sektorn är vinstorienterad och styrs av efterfrågan. Kraven på likabehandling är också högre i den offentliga sektorn och den finansieras främst av skatter till skillnad från i den privata sektorn. Ytterligare skillnader är att offentlig verksamhet till stor del består av personal med professioner (t.ex. läkare och barnmorskor) samt att det ofta är lagstadgat vilken service den offentliga sektorn ska erbjuda (t.ex. skola och äldreomsorg) för att säkerställa en viss nivå och tillräcklig tillgång till tjänsten.

4.2 OFFENTLIG SEKTOR I FÖRÄNDRING

Under de senaste årtiondena har den offentliga sektorn influerats av flera olika praktiker som används i den privata marknadsdrivna sektorn. Samlingsnamnet för dessa praktiker är New Public Management (NPM) (Ferlie, Ashburner, Fitzgerald & Pettigrew, 1996; Osborne, 2006). NPM innefattar bl.a. praktiker såsom kundorientering, decentralisering (Almqvist, 2006), konkurrensutsättning och uppföljning av resultat (Almqvist, 2006; Osborne, 2006).

Anledningen till att man inför konkurrensutsättning inom en offentlig verksamhet är att det kan vara lönsamt då det sägs bidra till både ökad produktivitet och effektivitet (Almqvist, 2006; SKL, 2010). Syftet med konkurrensutsättning av tidigare offentlig verksamhet, även kallat skapande av kvasimarknader, beskrivs av Le Grand (1991):

“In each case, the intention is for the state to stop being both the funder and the provider of services. Instead it is to become primarily a funder, purchasing services from a variety of private, voluntary and public providers, all operating in competition with one another.” (s.1257)

Konkurrensutsättning sägs även vara samhörigt med att kvaliteten höjs (Almqvist, 2006). Kastberg (2005) beskriver en typ av konkurrensmodell som används i den offentliga sektorn, den s.k. kundvalsmodellen. Tre olika aktörer återfinns i kundvalsmodellen: brukare, producenter och politiker. Konkurrensen uppstår då producenterna (vårdgivare) konkurrerar om brukare (patienter) som har möjlighet att välja producent. Eftersom de ekonomiska medlen är begränsade konkurrerar producenterna inte genom prissättning utan måste använda andra konkurrensstrategier. Kundvalsmodellen som även kallas valfrihetsmodell är en av två huvudsakliga modeller för konkurrensutsättning av offentligt finansierad verksamhet i Sverige (Konkurrensverket, 2007).

Kritik har riktats mot NPM i bl.a. reportage i svensk dagspress och i akademisk litteratur. Ett exempel på det förstnämnda är Zarembas (2013) artikelserie “Patienten & Prislappen” i Dagens Nyheter som är starkt kritisk till hur målstyrning och NPM används inom vårdsektorn. Han skriver:

”Mät- och styrmetoder från industrin kan inte fånga kvaliteter som inte låter sig uttryckas som mängder.” (www.dn.se/kultur-noje/hur-mycket-oro-tal-en-manniska hämtad 2013-05-16)

Exempel på kritik inom litteraturen är att det finns risker med att införa marknadsorienterade praktiker i offentlig sektor eftersom det finns flera specifika karaktärsdrag och inte samma slags frihet i den offentliga sektorn i jämförelse med den privata. Ett exempel på ett sådant karaktärsdrag är den speciella relationen mellan management och politiker som inte återfinns i den privata sektorn (Mongkol, 2011).

4.3 PROFESSION

Sjukvårdsproducenter kan enligt Alvesson (2004) definieras som kunskapsintensiva företag. I ett kunskapsintensivt företag finns det enligt författaren bl.a. en stor del personal med akademisk utbildning samt ett utbud av en produkt eller tjänst som är karaktäriserad av kunskap. Sjukvården är en organisation där professionen har en mycket stark position och där skillnaden mellan den professionella rollen och den administrativa rollen är stor (Scott, 1982). Enligt Bucher och Stelling (1969) finns det särskilda attribut som karaktäriserar en professionell status. Den professionella kan med sin specifika kompetens definiera vad problemet är, komma med en lösning till problemet och har mandat att bedöma om en viss

handling är felaktig eller inte. Kompetensen som den professionella besitter är dessutom ofta områdesspecifik. Timmermans och Oh (2010) säger att det som skiljer medicinsk profession från en profession i en marknadsorienterad miljö är att det huvudsakliga målet för utövandet av medicinsk profession inte är finansiell egenvinning, utan det gemensamma målet är välfärd för patienterna.

Professionen har enligt Evetts (2009) påverkats sedan NPM-praktiker började användas i den offentliga sektorn. Ett resultat är att det vuxit fram en nyare form av professionalism. Framförallt belyser författaren hur individuella prestationer och konkurrens har fått betydelse. Även om individualism inte är ett nytt karaktärsdrag för professionen är det i NPM relaterat till hur den individuella prestationen bidrar till samlad organisatorisk prestation. Även Caspersen (2007) diskuterar hur synen på professionen på senare tid har blivit förändrad. Han nämner att flera författare diskuterar att modernisering och influenser från NPM har påverkat möjligheterna för den professionella att utöva samma sorts ”frihet” och kontroll som tidigare. Zarembas (2013) kritiska artikelserie innehåller också ämnet profession och enligt journalisten pågår en avprofessionalisering inom den svenska sjukvården eftersom yrkeskåren “fråntas rätten att definiera vad som är kvalitet på deras område”.

5. EMPIRI

I detta kapitel presenterar vi en genomgång av det empiriska material som vi har valt att använda oss av. Vi inleder med en beskrivning av Region Skåne och området mödrahälsovård. Sedan gör vi en kort genomgång av vad kunskapsstyrning inom mödravården innebär. Resterande del av kapitlet består av en presentation av det material vi samlat in via intervjuer.

5.1 REGION SKÅNE

Region Skåne är förutom inom hälso- och sjukvård verksamma inom följande områden: tandvård, näringsliv, kultur, kollektivtrafik, transporter, infrastruktur samt miljö & klimat (Region Skåne, 2012a). Region Skåne har tillsammans med Västra Götaland och Halland rätten att betecknas som regioner eftersom de har ett större regionalt ansvar än de obligatoriska områdena hälso- och sjukvård, tandvård och kollektivtrafik som gäller för ett landsting (SKL, 2013). Region Skåne har varit en region sedan 1999 och har idag ca 32000 medarbetare (Region Skåne, 2011a; Region Skåne, 2012a). Omsättningen för innevarande år är beräknad till 38 miljoner kronor (Region Skåne, 2012a). Det högsta styrande organet i regionen är regionfullmäktige bestående av 149 ledamöter som alla är demokratiskt invalda av medborgarna. I det senaste valet, år 2010, fick de borgerliga partierna majoritet i regionfullmäktige. Som högsta beslutande organ beslutar de bl.a. om budget och vilken skattesats som skall gälla, samt övriga stora frågor som är generella för hela regionen (Region Skåne, 2011b; Region Skåne, 2011c).

5.1.1 STYRNING AV VÅRD I REGION SKÅNE

I Region Skåne används fyra olika styrmetoder för att styra vården: behovsstyrning, produktionsstyrning, ägarstyrning och kunskapsstyrning. Behovsstyrning handlar om att styra efter vilket behov det finns av olika vårdtjänster (Region Skåne, 2012b). Det är hälso- och sjukvårdsnämnden som analyserar befolkningens vårdbehov och avgör vilka vårdområden som ska vara mer eller mindre prioriterade. Det ligger dock inte på hälso- och sjukvårdsnämndens bord att bestämma vem som ska utföra vården eller om det ska vara i privat eller offentlig regi, utan det är regionstyrelsen som tar beslut om hur uppdrag ska fördelas mellan offentliga och privata aktörer (Region Skåne, 2011d). Produktionsstyrning syftar endast till att styra den vård som ska produceras i Region Skånes egen regi (Region Skåne, 2012b). Den tredje styrmetoden, ägarstyrning, är den övergripande styrningen av

verksamheten. Ägarstyrning syftar till att totalt sett se till att resurserna används på bästa sätt (Region Skåne, 2012b). Den fjärde styrmetoden är kunskapsstyrning (Region Skåne, 2012b), vilken vi kommer att behandla längre fram.

Integrerat i alla styrformer är ekonomistyrning, eftersom alla metoder även handlar om hur vården ska finansieras (Burgerhout & Rydmarker, 2012). Regionen använder sig av olika typer av ersättningsmodeller för att fördela de finansiella medlen. T.ex. är den ekonomiska ersättningen för de verksamheter som ingår i vårdval baserad på antal listade patienter (Region Skåne, 2010b). Enligt ett projektdirektiv från Region Skåne går utvecklingen av ersättningsystemen mot att man i större utsträckning fokuserar på kvalitet. Ersättning i ett valfritetssystem beskrivs som ett exempel på ersättning där man fokuserar mer på kvalitet än på bara produktivitet (Region Skåne, 2012c).

5.2 VÅRDVAL I MÖDRAHÄLSOVÅRDEN

Som vi tidigare nämnt blev det år 2010 obligatoriskt för alla landsting att vid införande av vårdvalssystem följa lagen (2008:962) om valfritetssystem (LOV) (Konkurrensverket, 2012). Under sommarmånaderna 2011 rapporterade de skånska dagstidningarna om upprörda barnmorskor som hade svårt att förlika sig med det kommande vårdvalet inom mödravården i Skåne eftersom det skulle innebära stora förändringar både för de anställda och för de blivande mammorna. Många blivande mammor skulle få byta mottagning samtidigt som de anställda barnmorskorna skulle få en ny arbetsgivare eftersom man organisatoriskt nu skulle placeras under primärvården istället för under specialistvården på sjukhusen (Häggström, 2011; Stierna, 2011; Boman et al, 2011).

Vårdvalet innebär att aktörer som vill erbjuda vård inom valfritetssystemet, i Skåne t.ex. primärvård eller mödrahälsovård, kan ansöka om ackreditering. Att ansöka om ackreditering innebär att man ansöker om att få bedriva en vårdenheter inom det område där vårdval är infört. För att få bedriva verksamhet måste enheten följa allt som ingår i ackrediteringsvillkoren (Region Skåne, 2011e). I ackrediteringsvillkoren för barnmorskemottagningar i Skåne anges t.ex. att alla barnmorskemottagningar måste följa Socialstyrelsens och Region Skånes riktlinjer (Region Skåne, 2013).

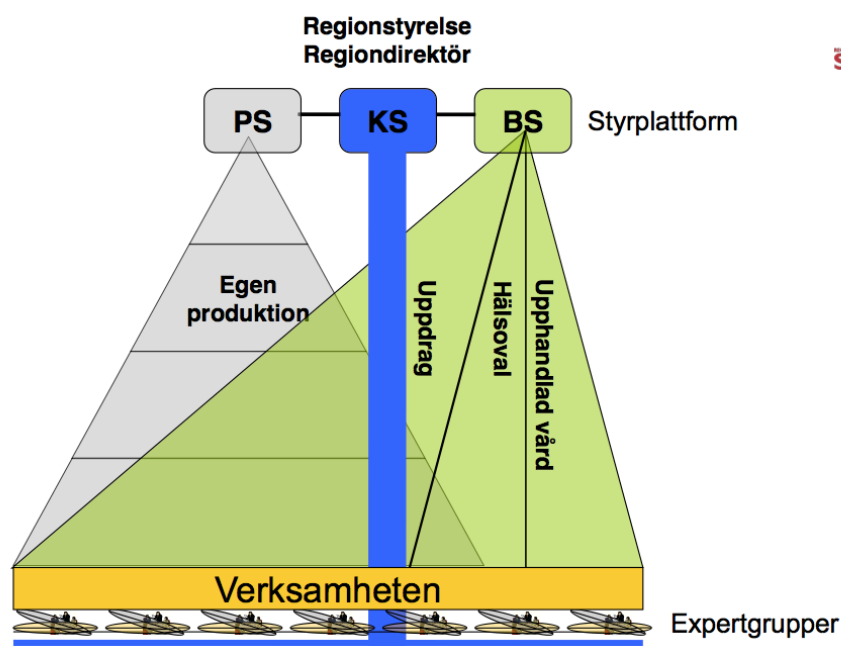
5.3 KUNSKAPSSTYRNING I REGION SKÅNES MÖDRAHÄLSOVÅRD

Inom Region Skåne talar man om att skifta fokus från ekonomistyrning till kunskapsstyrning vilket innebär att perspektivet byts från producentens till

patientens (Burgerhout & Rydmarker, 2012). Fokus ska enligt författarna därmed flyttas från produktivitetssökning till ökning av både effektivitet och kvalitet i vården.

Det är Socialstyrelsen som ger stöd, rekommendationer och tar fram riktlinjer för styrning av vård och omsorg. En avdelning kallad för Avdelningen för kunskapsstyrning arbetar med detta och kan hjälpa till med att t.ex. vägleda implementeringar (Socialstyrelsen, 2013).

I presentationsmaterial från Region Skåne (Persson & Wiberg, 2013) beskriver man att kunskapsstyrning ska integreras i regionens budgetarbete och i behovs- och produktionsstyrningen, vilket är illustrerat i figur 8 nedan. Man förklarar också att kulturen i organisationen ska präglas av att bästa tillgängliga kunskap används för att styra, utvärdera och utveckla verksamheten. Att kunskapsstyrning är integrerat i regionens budgetarbete ser man bl.a. i det projektdirektiv som handlar om utvecklingen av ersättningssystem (Region Skåne, 2012c). Att styra utifrån patientprocesser, alltså utgå ifrån patientens perspektiv, benämns nämligen i det direktivet som ett projekt med koppling till hur man utvecklar ersättningsmodeller som syftar till att fokusera mer på kvalitet än produktivitet.



FIGUR 8 KUNSKAPSSTYRNING I RELATION TILL PRODUKTIONSSTYRNING OCH BEHOVSSTYRNING (PERSSON & WIBERG, 2013).

Burgerhout och Rydmarker (2012) har på uppdrag av Region Skånes revisorer granskat Region Skånes styrmodell och styrsystem. I deras intervjuer och enkäter framkom att begreppet kunskapsstyrning används mycket men inte entydigt och att begreppet har en bredare tolkning än

evidensbaserad medicin.

Kunskapsstyrningen är av indirekt karaktär, vilket innebär att den sker genom s.k. expertgrupper. Expertgrupperna får uppdrag baserade på vilka behov som identifierats bland patienter. En expertgrupp är en sammansättning av personer med olika professioner och personer med "vetenskaplig kompetens". Även en person från avdelningen för kunskapsstyrning (numera avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning) och FoU deltar i expertgruppen. Som exempel på uppgifter för en expertgrupp nämns "stöd för implementering av nya metoder och avveckling av icke värdeskapande", "stöd för utveckling av vårdens processer", "föreslå relevanta mål och mätetal" och "bevaka kunskapsområdet" (Persson & Wiberg, 2013).

5.4 DEN CENTRALA NIVÅNS PERSPEKTIV

På denna nivå har vi intervjuat tre personer som arbetar på central nivå inom Region Skåne. Två av dessa är sjukvårdsstrateger varav den ena arbetar med uppdragsstyrning och den andra arbetar med kunskapsstyrning. Den tredje personen är medicinsk rådgivare.

5.4.1 VÅRDVALET OCH KONKURRENS

Alla personer inom central nivå beskriver vårdvalet som en patientmaktsreform. En sjukvårdsstrateg säger vidare att ett grundproblem med lagen om valfrihetssystem (LOV) ur kunskapssynpunkt är att det till skillnad från tidigare nu är svårare att styra vilken kunskap som ska gälla på området eftersom det finns så många olika aktörer. Det har också beskrivits att vårdvalet ska bidra till att alla har samma möjligheter till likvärdig vård och att tanken är att man ska ha enhetliga rutiner och arbetssätt inom Region Skåne, men att man har mycket arbete kvar inom detta område.

Två personer säger att det är främst kontakter och tips från människor i ens närhet som avgör vart man väljer att gå. För att utmärka sig i den nya konkurrenssituationen tror den medicinska rådgivaren att det handlar mycket om att marknadsföra sig, att vara särskilt bra och att inneha bra kompetens och omhändertagande. Personen tror att en del erbjuder t.ex. ett extra ultraljud som konkurrensmedel.

5.4.2 KUNSKAPSSTYRNING OCH EXPERTGRUPPEN

På en del områden bygger man upp expertgrupper som ska bevaka och bidra till kunskapen i form av riktlinjer som sedan styrs genom ackrediteringsvillkoren. Gruppen träffas ungefär var sjätte vecka och i

nuläget finns fem expertgrupper varav en är för mödrahälsovård. En strateg berättar att uppdragen till expertgruppen alltid grundas på behov, att det är en multiprofessionell grupp, att uppdraget alltid är tidsbegränsat och att mycket handlar om att jobba med kvalitet.

Två personer nämner att en förutsättning för att kunskapsstyrningen ska fungera är att Region Skåne kräver att detta arbete ingår i ackrediteringsvillkoren. Vidare beskriver en person att det finns en oklarhet kring hur man ska gifta ihop finansiering och kunskapsstyrning. För att man ska få en effektiv ledning och styrning mot kunskap så måste man enligt personen para ihop kunskaps- och finansiärspektivet.

Strategen som arbetar med kunskapsstyrning förklarar att kunskapsstyrning handlar om förmågan att sprida bästa tillgängliga kunskap, ibland evidensbaserad och ibland best practice. Tanken är att man ska jobba med denna kunskap, anpassa verksamheten i enlighet med det och även att hitta en metod för att balansera upp med ekonomistyrning. Personen förklarar också att man inom vårdyrket har ambitionen att jobba efter bästa tillgängliga kunskap, men att det måste vara styrt och komma uppifrån. Arbetet med kunskapsstyrning är också väldigt långsiktigt och därför tror inte personen att man rent allmänt vet vad kunskapsstyrning är för något.

För att behålla länken mellan barnmorskemottagningarna och sjukhusen har man s.k. samordningsbarnmorskor som ska fungera som stöd. En strateg har på detta område fått kritik från vårdgivare som tycker att kunskapen inte styrs från basmödrahälsovården som handlar mycket om hälsofrämjande, utan från sjukhusen som handlar mer om att vårda sjuka.

En strateg förklarar att ett hinder för arbetet med kunskapsstyrning kan vara att det till skillnad mot vid satsningar som finansieras statligt inte finns samma finansiella incitament för att delta i kunskapsstyrningsprojekt då arbetet med kunskapsstyrning inte får något statligt bidrag. Där måste man därför hitta en balans. Ett annat hinder är att processerna tar tid och att olika människors tid kan bli ett hinder för expertgrupperna.

En person säger att man har mycket att jobba med inom kunskapsstyrningen och att andelen evidens i hälso- och sjukvården i landstingen uppskattningsvis är 8-10 procent. Även en annan person säger att det man gör enligt evidens är förvånansvärt lite.

Vi talar om de olika kulturerna inom vårdyrket med en av strategerna som anser att det kan både vara givande men också försvåra arbetet med kunskapsstyrning. Med samma strateg pratar vi om den nya omorganiseringen, där man går från 13 förvaltningar till tre. Personen menar att det kan bli lättare att arbeta med kunskapsstyrning efter omorganiseringen eftersom man istället för endast en produktionsdirektör kommer att ha möjlighet att påverka tre olika chefer.

5.4.3 TA VARA PÅ OCH SPRIDA KUNSKAP

Alla tre personerna säger att det finns en hemsida med expertgruppens regionala information, vilket är ett projekt som pågår. Tidigare har man levt på hoppet att samordningsbarnmorskorna sprider all information. Två personer säger också att det är mycket viktigt att man tar tillvara på den kunskap som vårdpersonalen har, men att det ansvaret främst måste ligga på verksamhetscheferna.

En strateg pratar om att hur benägna människor är att dela med sig av kunskap är väldigt beroende av vilken arbetsmiljö man arbetar i. Bäst tar man tillvara på andras kunskap ”ute på golvet” och viktigt är att aldrig styra människors kunskap utan att låta kunskapen styra vad vi gör. Personen berättar vidare att det förutom en bra arbetsmiljö är viktigt att ha ett stöd i arbetet, och att det idag är IT-stöd man tänker på.

5.4.4 STÖD FRÅN LEDNINGEN OCH REGIONEN

En strateg tycker att den nya direktören trycker mycket på kunskapsstyrning, en annan uttrycker att det är lite splittrat och att arbetet med just kunskapsstyrning kräver en stor förändring av den kulturen man är van att arbeta i. Intervjupersonen påpekar också att man bara arbetat med detta i tre år och under den tiden har man både bytt chefer, politisk ledning och regiondirektör och att det känns som att man får börja om varje gång. Den medicinska rådgivaren tycker att det finns stöd för kunskapsstyrning från ledningen eftersom det genomsyrar hela samhället och eftersom Socialstyrelsen och landstingen pratar mycket om det.

5.4.5 EVIDENCE BASED MANAGEMENT

Den ena strategen reagerar med ett skratt när vi frågar om denne tror att ledningen inom Region Skåne arbetar evidensbaserat när de tar beslut. Personen menar att ansvaret främst måste ligga på verksamhetscheferna. Den andra strategen tycker att det är viktigt att även ledningen genomsyras av att arbeta med bästa tillgängliga kunskap. Personen anser att man idag inte arbetar evidensbaserat i ledningen, och att det är förvånansvärt lite evidens i vården och ännu mindre i ledningen på koncernkontoret. Den medicinska rådgivaren önskar att även ledningen arbetade evidensbaserat men säger att en av anledningarna till att man inte har chefer i expertgruppen är att de ofta har flera andra drivkrafter än kunskap och evidens, nämligen budget och ekonomi.

5.4.6 KVALITET

Enligt en strateg används kvalitetsregistren framförallt för att göra öppna jämförelser och det är svårt att veta om man mäter rätt sak. Det är inte själva talen som är viktiga utan det viktigaste är att man ska jobba med de frågorna. På det stora hela beskriver den medicinska rådgivaren att man jobbar mycket med öppna jämförelser för att se hur man kan förbättra sig.

5.4.7 PROFESSIONER

En strateg beskriver att de som har en profession i sitt arbete är väl medvetna om vad de ska göra. Dock är det inte säkert att man är helt öppen för nya saker. Personen har en känsla av att man inom vården är väldigt stolt och glad för att göra något som är bra, och att man gärna delar med sig av det man vet men att själva traditionen att göra det är lite dålig. Just nu menar personen att man befinner sig i ett mellansteg, en brytpunkt, och det är viktigt att man fostrar de unga att inte gå i de gamlas fotspår.

5.5 VERKSAMHETSCHEFERNAS PERSPEKTIV

Denna nivå består av tre respondenter av vilka två är verksamhetschefer som arbetar i offentlig regi och en är verksamhetschef som arbetar i privat regi. Två är i grunden barnmorskor och den tredje är läkare och specialist i gynekologi och obstetrik.

5.5.1 VÅRDVALET OCH KONKURRENS

Den privata verksamhetschefen upplever att konkurrensen finns mellan alla olika enheter, och inte enbart mellan de offentliga och privata.

En offentlig verksamhetschef nämner att det gick mycket fort när vårdvalet infördes och att det rent praktiskt tog mycket tid att ställa om. Samma person säger även att konkurrensen ser olika ut rent geografiskt i Skåne. Den andra offentliga verksamhetschefen beskriver det som att det efter införandet av vårdvalet var lite pyssel med att få ihop tillgängligheten eftersom det var osäkert hur stor andel de privata enheterna skulle ta över. En stor förändring sedan införandet av vårdvalet anser en verksamhetschef inom offentlig regi vara att arbetet nu är mer styrt av pengar.

En oro som uttrycks från en verksamhetschef inom offentlig regi är de kommande organisationsförändringarna som är på gång där 13 förvaltningar ska bli tre, vilket bland annat kommer innebära en ny konstellation av verksamhetschefer och sammanslagning av ”skilda världar”.

Marknadsföring nämns som ett viktigt medel för att locka till sig patienter eftersom det enligt den privata verksamhetschefen är det viktigt att synas för att finnas. Personen nämner vidare att det allra viktigaste är att ge en kvalitativ vård så att patienterna känner sig trygga, eftersom detta sprids muntligt. Även en chef inom offentlig mödravård nämner att grundstenen är att vården är kvalitetssäkrad och att man bedriver en god medicinsk verksamhet. Att erbjuda kringtjänster som t.ex. gravidmassage och profylaxkurser används i både offentlig och privat regi för att skapa attraktivitet.

5.5.2 KUNSKAPSSTYRNING OCH EXPERTGRUPPEN

När vi frågar konkret om personen i fråga vet vad kunskapsstyrning är för något (frågan är ställd till två av tre respondenter) får vi till svar från den privata verksamhetschefen att denne vet vad det är för något. När vi ställer frågan till en av de offentliga cheferna frågar personen om vi menar kunskap om den egna organisationen eller medicinsk kunskap. Efter att vi läst upp definitionen från Socialstyrelsen menar respondenten att arbete med evidensbaserad styrning finns sedan innan då många PM (medicinska riktlinjer) delas med sjukhuset och är evidensgraderade.

Alla personerna är väl medvetna om expertgruppens arbete. En offentlig verksamhetschef har suttit med i expertgruppen men är inte längre verksam där eftersom personen anser att det inte fungerade så väl. Om expertgruppen ska driva detta arbete krävs det enligt en offentlig och en privat verksamhetschef resurser i form av tid, bemanning och kunskapsnivå. En person säger att det kan hända att expertgruppen i nuläget inte fått de resurser de behöver men att det är viktigt att det kommer riktlinjer centralt som man sen kan modifiera till lokala varianter.

Den privata verksamhetschefen tycker att det är tryggt att det finns en expertgrupp som kan plocka fram olika typer av information. Personen säger att man alltid arbetat enligt evidens men att det känns mer uppstyrt sedan man tillsatt expertgruppen. Personen beskriver att expertgruppens roll är att komma ut med information och ”mata” mottagningarna med evidens, men att det tagit ett tag att komma igång.

5.5.3 DISKUSSION AV NY FORSKNING

En verksamhetschef inom offentlig verksamhet upplever att kulturen är sådan att om man inte vet något så tar man reda på det. Mycket ny forskning diskuteras mellan läkare och att ha studenter på kliniken ger väldigt mycket då de är kunskaphungriga och ställer mycket frågor. Kulturen bland barnmorskorna är att aldrig göra något som man inte vet är riktigt, och är

det något man undrar över vänder man sig till den medicinska rådgivaren som letar evidens från hela världen.

Den privata verksamhetschefen nämner att man regelbundet diskuterar ny forskning på arbetsplatsen och att man försöker hålla sig uppdaterad genom att leta information i t.ex. branschtidningar och på internet. En offentlig verksamhetschef säger att mödrahälsovården inte är ett område som är speciellt forskningstät.

5.5.4 TA VARA PÅ OCH SPRIDA KUNSKAP

Den privata chefen nämner att det till stor del är upp till varje klinik att se till att personalen går på kurser och liknande, men att det även regelbundet kommer olika erbjudanden från samordningsbarnmorskan. Personen berättar att det på nätverksmöten med andra mottagningar diskuteras mycket ny kunskap och erfarenheter och att detta dokumenteras. En offentlig verksamhetschef nämner att nätverksträffar med medicinsk rådgivare är viktiga då man diskuterar riktlinjer för att arbeta likartat inom nätverket. Samma person uppger även att man varje vecka har ett personalmöte för att främja en god arbetsmiljö då det är viktigt att personalen får möjlighet att prata med varandra.

Ingen av intervjupersonerna uppger att det finns direktiv från regionledningen att systematiskt ta vara på och sprida kunskap, men alla arbetar ändå med det på liknande vis. En offentlig verksamhetschef tror att lagring och spridning av kunskap är väldigt beroende av vilken kultur som finns på den specifika avdelningen och hur chefen och medarbetarna är som personer, därför behövs det enligt personen inte fler direktiv i detta avseende. Tanken är att expertgruppen skall bistå med en gemensam hemsida där all information ska finnas. En offentlig verksamhetschef berättar att om man ska nå ut till alla ungefär samtidigt är mail det bästa verktyget man har idag då det praktiskt är svårt att sprida kunskap på annat sätt. Personen efterfrågar inte något nytt IT-system för detta eftersom det i nuläget fungerar bra.

5.5.5 EVIDENCE BASED MANAGEMENT

Den privata verksamhetschefen tror att det är en fördel om alla arbetar på samma sätt (evidensbaserat), då trovärdigheten troligtvis förstärks. Även en offentlig verksamhetschef upplever att det hade varit bra om också ledningen arbetar evidensbaserat. Till exempel upplever personen att den senaste organisationsförändringen har gått väldigt snabbt och undrar om det har funnits evidens för en sådan förändring. Personen menar att risken är att man behöver rätta till mycket i efterhand vilket kostar pengar. När det gäller

att arbeta evidensbaserat vid t.ex. beslut om en organisationsförändring tror en offentlig verksamhetschef att det inte går att evidensgradera på samma sätt som inom medicin och att det som visat sig vara bra i studier därmed inte är direkt applicerbart i andra kontexter.

5.5.6 KVALITET

Att patienten känner sig trygg upplever verksamhetschefen inom privat regi är det viktigaste ur kvalitetssynpunkt. Erfarenhet, kunskap och tillgänglighet nämns som mycket viktigt. Personen är positiv till att använda kvalitetsregister både för verksamhetens, patientens och regionens skull. Synen på kvalitetsregister från en offentlig verksamhetschef är att de fylls i och att man får pengar för att göra det men att det är ett omfattande arbete. En offentlig verksamhetschef säger att man arbetar med kvalitetsförbättring bl.a. genom att vara lyhörd och lyssna. Nätverksträffar och kontakt med en medicinsk rådgivare är också viktigt. Det ges även möjlighet att arbeta med livsstilsfrågor (t.ex. utföra ett hälsosamtal) som man enligt ackrediteringsvillkoren får pengar för då man registrerar det, något man enligt denna verksamhetschef kan kalla för ett kvalitetsarbete.

Den andra offentliga verksamhetschefen menar att man rent praktiskt arbetar med kvalitet genom att verksamhetschefen som är medicinskt ansvarig går igenom alla journaler och kollar om ett basprogram ska följas eller om andra åtgärder krävs.

5.5.7 PROFESSIONER

Den privata verksamhetschefen nämner att huruvida professionen påverkar delning och spridning kunskap till stor del är väldigt personligt och att även klinikens storlek spelar roll. Även en offentlig verksamhetschef menar att det handlar mycket om att man går in med en positiv attityd till t.ex. förändringar, snarare än att just professionen har en påverkan.

En offentlig verksamhetschef beskriver en risk i att det vid framställandet av regionala riktlinjer finns mycket prestige och tyckande. Förekomsten av prestige och tyckande är enligt personen vanligast bland läkare. Detta problem tror personen går att överbrygga men att det krävs att legitimiteten går från toppen och neråt.

5.5.8 TID

Den privata verksamhetschefen menar att något som kan begränsa arbetet med bästa tillgängliga kunskap kan vara tiden. I detta avseende menas främst att det kan vara svårt att hinna med att gå på de utbildningar man

vill och att det kanske inte alltid är så bra framförhållning vilket innebär att man blir tvungen att boka om patienter eftersom man måste stänga mottagningen.

5.6 DEN OPERATIVA VERKSAMHETENS PERSPEKTIV

Denna nivå består av fem intervjupersoner. Två är barnmorskor som arbetar i offentlig regi, två är barnmorskor som arbetar i privat regi och en är gynekolog som arbetar i privat regi.

5.6.1 VÅRDVALET OCH KONKURRENS

En barnmorska i offentlig regi beskriver att ingen visste vem som skulle sköta vad och att det saknades rutiner när vårdvalet infördes. Eftersom både kvinnokliniken och vårdcentralerna kopplades bort från barnmorskemottagningarna ville ingen ta ansvar för vissa delar av organisationen.

Alla personer i intervjugruppen på denna nivå beskriver att vårdvalet inom mödravården innebär att en ny konkurrenssituation har uppstått. Dock betonar respondenterna konkurrensen olika mycket. Främst är det den geografiska placeringen som avgör hur mycket konkurrens man upplever.

Två barnmorskor i offentlig regi tycker att det märks att det är ekonomin som styr mer efter att vårdvalet infördes och att det står i konflikt med att arbeta evidensbaserat. Den ena personen säger att denna pengadiskussion inte fanns för ett par år sen. Personen säger också att vissa mottagningar erbjuder ett extra ultraljud vilket lockar en del patienter eftersom många tror att om man får en extra tjänst så är det alltid bättre.

En barnmorska i offentlig regi säger att patienterna troligtvis väljer mottagning utifrån geografisk närhet. Gynekologen säger att det är genom kvalitet och bemötande som man vill locka patienter.

5.6.2 KUNSKAPSSTYRNING OCH EXPERTGRUPPEN

Begreppet kunskapsstyrning var det endast en barnmorska i privat regi som visste innebörden av. Två barnmorskor och en gynekolog hade hört begreppet men kunde inte definiera det specifikt. En barnmorska hade inte hört begreppet alls.

En barnmorska i offentlig regi berättade om expertgruppen när vi frågade om de arbetar enligt definitionen av kunskapsstyrning, som vi läst upp. Denne säger sig ha kännedom om expertgruppen via en del kontakt med en person

som sitter med i expertgruppen. Samma person säger att man alltid arbetat på detta sätt (bästa tillgängliga medicinsk kunskap) och är positiv till expertgruppen och tycker att det är bra att de tar beslut om vad som ska gälla på vissa områden där det kan råda olika uppfattningar. Även en barnmorska i privat regi säger att man är van vid att arbeta med evidensbaserad vård och på vetenskaplig basis och denna person är också positiv till expertgruppens arbete.

Gynekologen säger att det blivit för mycket ekonomism inom vården och är positiv till konceptet att man inom Region Skåne vill gå från ekonomistyrning till kunskapsstyrning. Dock tycker personen att språket i dokumenten om t.ex. kunskapsstyrning är alltför knepigt.

5.6.3 DISKUSSION OM NY KUNSKAP

De två privata barnmorskorna förklarar att ny forskning främst diskuteras på arbetsplatsträffar och i andra samtal med kollegor. Gynekologen som arbetar i privat regi och en barnmorska som arbetar i privat regi beskriver båda att om man bara har läkare närvarande på mottagningen en eller ett par dagar i veckan så kan man inte på samma sätt ha dagliga diskussioner om ny forskning och litteratur som om man hade haft en läkare närvarande alla dagar i veckan. En barnmorska i offentlig regi säger att mycket forskning ligger inom akutsjukvården och att man därför inte diskuterar det så mycket på mottagningen.

Gynekologen försöker dela med sig, både muntlig och skriftligt, av ny forskning till barnmorskorna på mottagningen för att alla ska hålla sig á jour. Personen säger att det ligger i allas intresse att man håller sig uppdaterad inom området.

5.6.4 TA VARA PÅ OCH SPRIDA KUNSKAP

När man har haft nätverksmöten, arbetsplatsträffar och möten med samordningsbarnmorskan dokumenteras detta, det säger alla i intervjugruppen. Alla i intervjugruppen säger också att de gärna går mycket på kurser och utbildningar och sprider det de lärt sig till andra på mottagningen. En barnmorska i offentlig regi säger att den muntliga spridningen på arbetsplatsen är viktig, och att de samordnar en del dokumentation på arbetsplatsen för att alla ska ge samma information till sina patienter. En offentlig och en privat barnmorska nämner att det finns mycket kunskap på nätet, i branschtidningar och i vetenskapliga artiklar som man kan hämta in.

En privat barnmorska och en offentlig tycker att det finns ett behov av ett bättre system för insamling av kunskap. Barnmorskan i offentlig regi säger

att många mottagningar idag uppfinner hjulet flera gånger. Personen efterfrågar också något slags forum som kan ersätta t.ex. gruppmail. En offentlig barnmorska tycker att systemet idag är svårt att hitta i. En privat barnmorska tycker inte att IT-systemet idag innebär några problem.

5.6.5 STÖD FRÅN LEDNINGEN OCH REGIONEN

Enligt en barnmorska i privat regi uppmuntras man inte av ledningen att ta vara på och dela med sig av kunskap man har ”inom sig”. Personen efterfrågar fler internutbildningar och tror att det finns mycket kunskap ”under taket” som man bör dela med sig av. En barnmorska i offentlig regi tycker att det uppmuntras från centralt håll att man ska ha system för att dela med sig av kunskap men att man inte behöver någon utbildning i detta utan främst är självlärda. Gynekologen säger att det troligtvis är upp till var och en att arbeta med kunskapsspridning och insamling. Personen gissar att det finns något slags standardiserat utbildningsschema från regionen men känner inte till det specifikt, förutom de utbildningar som anordnas av samordningsbarnmorskan.

5.6.6 EVIDENCE BASED MANAGEMENT

När vi förklarade för intervjupersonerna på denna nivå vad EBM är och frågade om de trodde att detta var något bra svarade alla i intervjugruppen att de trodde det var bra. En av de privata barnmorskorna utvecklade och sade att det kan skapa större förtroende om alla arbetar evidensbaserat. En barnmorska i offentlig regi beskriver ett exempel med hopslagning av sjukhus som man sett inte fungerat vid flera tillfällen tidigare men som man ändå genomför på fler ställen, även gynekologen nämner detta exempel.

Gynekologen vet inte om ledningen inom Region Skåne arbetar evidensbaserat men föreslår att det ska finnas en ansvarsnämnd för politiker och tjänstemän på samma sätt som det finns för professionen. I nuläget tycker personen att politiker och tjänstemän inte tar det direkta ansvaret och tar beslut som det inte finns evidens för och vars konsekvenser man sedan inte tar ansvar för.

5.6.7 KVALITET

Angående kvalitet säger en barnmorska i privat regi att konkurrensen kan ha gjort att man kanske inte kan hålla samma kvalitet på vården inom den mödrahälsovård som bedrivs i offentlig regi. Personen säger också att man har ett mödrahälsovårdsregister där man för in och följer upp alla gravida

och hur utfallet blev. En offentlig barnmorska nämner kurser som ett sätt att öka kvaliteten eftersom man då håller sig uppdaterad.

Gynekologen säger att alla mottagningar ska ha samma kvalitet och möjligheter. Kunskap, självkänedom och empati tycker personen är viktiga delar i kvalitetsarbetet. Kunskap är enligt personen det viktigaste men om det kan kombineras med respekt och värdighet i bemötandet är det ännu bättre. Angående ökad kunskap som kvalitetsarbete säger personen vidare att man måste hålla sig uppdaterad på litteratur, ha internutbildningar och komma ut på utbildningar och konferenser.

5.6.8 PROFESSIONER

En privat barnmorska säger att det finns mer prestige mellan läkarna än mellan barnmorskorna. En barnmorska i offentlig regi säger att man har sina roller i organisationen och att professionen kan bidra till att man är bättre på att samla in och sprida kunskap. Ytterligare en barnmorska i offentlig regi säger att man är öppen för att dela med sig och att om man valt att jobba inom vårddyrket så vill man gärna dela med sig av det man vet. Gynekologen säger att de flesta inom vårddyrkena har ett driv att utvecklas men att en farlig situation uppstår när läkarna känner en s.k. inre uppsägning.

5.6.9 TID

En offentlig barnmorska förklarar att det kan ta tid att hitta rätt saker i systemen. En privat barnmorska anser att det är tidsbrist som gör att man inte kan dela med sig av så mycket kunskap inom mottagningen och via internutbildningar. Även en barnmorska i offentlig regi säger att det är brist på tid som gör att man diskuterar mindre och istället har mer renodlade föreläsningar. Gynekologen menar att det för läkarna har tillkommit för mycket administrativt arbete som är onödigt och tar mycket tid, främst för läkare som arbetar i offentlig regi. Personen säger att läkarna gått ifrån läkekonsten och blivit kontorsarbetare.

TABELL 1 SAMMANFATTNING AV INTERVJUER

	Vårdvalet och konkurrens	Kunskapsstyrning och expertgruppen	Ta vara på och sprida kunskap	Evidence Based Management	Professioner	Kvalitet
Det centrala perspektivet	Vårdvalet beskrivs som en patientmatsreform. En stor skillnad är att man nu får betalt per patient. Konkurrens märks genom bättre tillgänglighet och extra tjänster.	Expertgruppen ska bidra med att ta fram gemensamma riktlinjer som sedan styrs via ackrediteringsvillkoren, vilka är en förutsättning för att arbetet ska fungera. Kunskapsstyrning handlar om förmågan att sprida bästa tillgängliga kunskap och måste genomsyra hela organisationen.	Expertgruppen har tagit fram en hemsida som alla barnmorske-mottagningar ska kunna använda för att få expertgruppens regionala information. Ansvaret att ta tillvara på medarbetarnas kunskap bör ligga på verksamhetscheferna. Det finns inget specifikt system för att ta vara på och sprida medarbetarnas kunskap.	Det är förvänsansvärt lite evidens i värden och ännu mindre på ledningsnivå. Det anses dock viktigt att även de i högsta ledningen arbetar enligt bästa tillgängliga kunskap.	Har man en profession är man väl medveten om vad man ska göra, men det är inte säkert att man är öppen för nya saker. Man vill gärna dela med sig och är stolt över att göra något som är bra, men traditionen att dela med sig är lite dålig.	Kvalitetsregister används för att kunna göra öppna jämförelser för att se hur man kan förbättra sig.
Chefsperspektivet	Det gick mycket fort när vårdvalet infördes och rent praktiskt tog det ett tag att ställa om. Konkurrenten finns mellan olika enheter och den ser även olika ut rent geografiskt. Det viktigaste är att ge patienterna en bra vård. En stor förändring är att ekonomin styr mer.	Alla är väl medvetna om vad expertgruppen är för något. Någon känner sig trygg med att expertgruppen "matar evidens". Problemet med gruppen kan vara att medlemmarna samtidigt har andra betydande uppdrag.	Det är upp till mottagningen hur mycket kurser osv. personalen går på. Nätverksmöten nämns som ett forum där erfarenheter diskuteras. Det finns inga regionala direktiv för hur man ska ta vara på kunskap och kulturen på respektive avdelning spelar stor roll. Mail är ett viktigt verktyg för informationsdelning.	Att alla arbetar evidensbaserat kan göra att trovärdigheten förstärks. Exempel som huruvida det finns evidens för beslut om en organisationsförändring nämns. En person i gruppen tror inte att man på ledningsnivå kan evidensgradera dessa beslut på samma sätt som inom medicin.	Det finns en risk när man framställer gemensamma riktlinjer eftersom det inom professionen finns mycket tyckande och prestige. Vilken attityd man väljer att gå in med kan vara något som påverkar mer än just professionen. Kvalitetsregister används och det finns uppfattningen att det är positivt men också tidsödande. Även kvalitetsuppföljning nämns.	Det är viktigt att patienten känner sig trygg. Det är även viktigt att kunna ställa medicinska frågor vidare och att ha tillgång till någon som är medicinskt ansvarig.
Perspektiv på verksamhetsnivå	Efter införandet av vårdval följde en turbulent tid. En ny konkurrenssituation har uppstått. Konkurrenten upplevs olika av respondenterna. Det märks att ekonomin styr mer efter införandet av vårdval.	Endast en respondent vet vad kunskapsstyrning innebär. Expertgruppen har de flesta vetenskap om och vet vad de gör. Språket i vissa dokument är ofta alltför kneppt.	Nätverksträffar, möten, informationsutskick och kurser är forum för att ta vara på och sprida kunskap. Att muntligt sprida information och att samordna en del dokumentation på arbetsplatsen är viktigt. Det finns ett behov av bättre system för insamling av kunskap då man tror att det finns mycket kunskap "under taket" att dela.	Efter att vi förklarar innebörden av EBM tror respondenterna att det hade varit bra, då det t.ex. skapar större förtroende om alla arbetar evidensbaserat. Vad man grundar hoppslagning av sjukhus på tas upp som exempel.	Det finns mer prestige mellan läkare än mellan barnmorskor. Att man har en profession kan göra att man är bättre på att samla in och sprida kunskap. Har man valt att arbeta inom vårdyrket vill man gärna dela med sig, men det uppstår en farlig situation när man tappar motivationen och känner en s.k. inre uppsägning.	Att hålla sig uppdaterad på litteratur och att gå på kurser är ett sätt att öka kvaliteten. Det är viktigt att alla mottagningar kan erbjuda samma kvalitet och möjligheter. Kunskap i kombination med respekt och värdighet i bemötandet är ännu bättre.

5.7 FORSKARENS PERSPEKTIV

Sammanfattningen av intervjun med forskaren presenteras nedan, men är inte inkluderad i sammanfattningen i tabell 1 eftersom vi endast berört ämnet vårdval med denna person.

5.7.1 VÅRDVALET

Forskaren säger att själva syftet med ett valfrihetssystem är att man ska öka tillgänglighet och lyhördhet mot patienterna. Vårdgivarna måste alltså bli bättre på att lyssna på brukarens (patienternas) önskemål.

Hur man marknadsför sig för att locka patienter har forskaren inte fördjupat sig inom, men personen berättar att som det ser ut idag är befolkningen överlag dålig på att ta till sig information. Valet baseras därför ofta på tidigare erfarenheter och vad människor i ens närhet säger. Gällande professionens påverkan har forskaren inte varit inne på detta område men säger att det troligtvis är en stor drivkraft. Personen säger att det kan vara svårt att styra läkare men att man som läkare inte vill vara sämst och man drivs av att göra gott för patienten. Gällande vilka krafter som styr inom vården nämner forskaren också att det alltid finns pengar i botten.

När vi frågar om skillnaderna mellan vårdenheter i privat och offentlig regi i en vårdvalssituation säger forskaren att det finns fördelar och nackdelar både med att vara en privat och en offentlig mottagning. De privata aktörerna slipper att ta hänsyn till en del av de regelverk som forskaren beskriver som tunga, t.ex. samverkansavtal. Som privat aktör har man fördelen att det är enklare att inleda samarbete med t.ex. specialister vilket leder till att man har möjlighet att erbjuda en större bredd av tjänster. Forskaren berättar att enheter som är drivna i offentlig regi har fördelen att krav på t.ex. vinst inte finns och att den offentliga vården är ett välkänt varumärke. Sedan berättar forskaren om en rapport som visar på att skillnaden mellan privat och offentligt försvinner när man tar hänsyn till socioekonomi och vårdtyngd. Personen säger att man ska vara försiktig med att rakt av jämföra privata och offentliga mottagningar.

5.7.2 KVALITET

När ett valfrihetssystem införs blir vårdgivarna tvungna att konkurrera och eftersom de inte kan göra det genom pris uppstår en kvalitetskonkurrens. Det handlar om att vårda marknaden och att se till att alla har samma förutsättningar, vilket alla inte har idag enligt forskaren. En viktig aspekt är enligt forskaren huruvida patienten faktiskt kan mäta och jämföra kvalitet.

6. ANALYS

I detta kapitel gör vi en analys av det empiriska materialet med utgångspunkt i det analysverktyg (figur 9) vi presenterade i kapitel tre. Vi presenterar analysen utifrån de fyra faktorer som finns i verktyget, vilka sammanfattar framgångsfaktorer för kunskap som en lyckad styrmetod. Dessutom gör vi en analys av kopplingen till kvalitet, som också ingår i verktyget.



FIGUR 9 ANALYSVERKTYG BASERAT PÅ KNOWLEDGE MANAGEMENT OCH EVIDENCE BASED MANAGEMENT.

6.1 TILLGÅNG TILL KUNSKAP

En av framgångsfaktorerna för KM som Davenport och Prusak (1998) tar upp är att det finns flertalet kanaler för kunskapsöverföring. Davenport och Glaser (2002) menar att det är viktigt att göra den bästa kunskapen tillgänglig så att den blir oundviklig och dessutom bör arbetet med KM inte vara en extra aktivitet utan ska vara en del av det dagliga arbetet. Tillgång till kunskap via flera olika kanaler, integrering i det dagliga arbetet och att kunskapen görs nästintill ofrånkomlig är därför delar som vi anser är viktiga att koppla till *Tillgång till kunskap*.



Förutom expertgruppens arbete som bidrar med tillgång till kunskap, vilket vi tar upp under kategorin *Välstrukturerade processer och strategier* nedan, säger en person på central nivå att mycket kunskap finns tillgänglig på nätet men att det för många är brist på tid som gör att man inte hinner kolla upp det. En annan person på denna nivå säger att man även har samordningsbarnmorskor som ska fungera som en länk mellan sjukhusen och barnmorskemottagningarna och sprida kunskap den vägen. Detta har dock fått viss kritik från en del barnmorskemottagningar eftersom den sjukhusbaserade kunskapen ofta handlar mer om att vårda sjuka än att främja god hälsa. Vårdpersonal har enligt denna person efterfrågat att kunskapen ska komma från, och styras via, basmödrahälsovården istället. Denna bild överensstämmer med det som bl.a. Kalling (2003) och Alvesson och Kärreman (2001) tagit upp angående att användandet av mer kunskap inte alltid leder till förbättringar eftersom det kan vara så att all kunskap inte är bra för ändamålet.

Tillgången till kunskap påverkas av hur mycket tid personalen har till att ta till sig kunskap i form av t.ex. utbildningsdagar, det säger en person på chefsnivå. Vidare nämns också internet och branschtidningar som sätt att hitta information och söka kunskap. Månadsmöten sägs också vara ett sätt att diskutera och ta upp nya saker med kollegor. Att gå på kurser menar man är ett bra sätt att få tillgång till ny kunskap, men detta beror mycket på varje klinik och hur man prioriterar utbildningsfrågan då det från regionen inte finns några krav på hur mycket utbildningar personalen ska gå. En verksamhetschef menar att det kan ha begränsad verksamhetsgrad att gå på utbildningar men att det kan vara bra att få en omvärldsbild.

”Att gå på kurs är liksom ingen demokratisk fråga, det är inte så att alla ska gå lika mycket och lika många dagar osv, utan att det finns vissa saker som verksamheten måste ha och då måste man säga att det här måste ni gå på och det måste vi ha.” (Verksamhetschef)

På chefsnivå pratar man om samordningsbarnmorskan som sprider information och att detta är bra eftersom alla då får tillgång till samma kunskap. Alla på chefsnivå säger att de har en läkare som är tillgänglig för att svara på medicinska frågor. På vissa ställen finns läkaren på plats alla dagar och på vissa ställen bara ett par dagar i veckan.

Även på verksamhetsnivå pratar personerna om samordningsbarnmorskan, internet och branschtidningar som sätt att informera sig om vad som är nytt eller omtalat inom området. Flera nämner också att de har arbetsplatsträffar där det finns tillfälle att diskutera t.ex. ny forskning eller saker man undrar över. Även vetenskapliga artiklar nämns som ett sätt att hålla sig uppdaterad, vilket flera personer menar är mycket viktigt. En person uttrycker att det är mycket upp till var och en att hålla sig uppdaterad och att detta ligger i allas intresse. Utbildningsdagar är också viktigt för att hålla kunskapen fräsch och uppdaterad. Även här påpekar flera personer att möjligheten att gå kurser kan bero mycket på vilken chef man har och hur viktigt denna person samt högre ledning tycker att utbildningar och konferenser är.

”Många är ju väldigt aktiva själv men det behövs ju också en organisation, och inte att man måste skrapa med foten och ha mössan i handen för att tigga sig till att få åka med på en konferens.” (Gynekolog)

Det uttrycks även att utbildningar kan bidra till att öka kvaliteten på vården. Dessutom nämner en barnmorska att många utbildningar främst handlar om att bekräfta att det man gör idag är rätt, snarare än att introducera ny information och kunskap.

En barnmorska talar om att det finns väldigt mycket information att få tag på men att mycket av denna information är väldigt gammal, vilket även detta kan vara ett tecken på vad Kalling (2003) säger om att all kunskap kanske inte är bra eller givande. En annan barnmorska visar oss en blå bok som alla barnmorskor använder i sitt arbete för att slå upp t.ex. vilken behandling som är att föredra i olika situationer. Personen säger att det är av största vikt att alla faktiskt använder sig av boken så att man verkligen gör det som rekommenderas och inte bara tror att man gör det.

Något som också hänger ihop med tillgången till kunskap är att man måste försöka behålla kunskapen inom organisationen så att den inte försvinner i takt med att personer lämnar organisationen, vilket inom teorin tagits upp av Mårtensson (2000). Tanken är att man ska kunna separera kunskapen från en person och sprida den till en annan (Alvesson & Kärreman, 2001). Framförallt den tacita kunskapen är svår men värdefull att dela (Grant, 1996; Nonaka & Takeuchi, 1995). På central nivå uttrycker en person att det är väldigt viktigt att man tar tillvara på och sprider den kunskap som personalen har inom sig. En annan person säger att det inte finns någon

utbildning i hur detta ska gå till utan att det är upp till var och en att försöka göra det. Även en annan person säger att man förhoppningsvis lyckas fånga upp denna kunskap ute i verksamheterna. Vidare nämns att best practice är en viktig del i kunskapsstyrningen eftersom man då får en standard för hur något ska gå till utifrån den kunskap och erfarenhet man samlat på sig om ämnet. Ingen respondent tycker att det finns något stöd för hur man ska arbeta med detta systematiskt men flera menar att man ändå arbetar på liknande vis.

Två personer på verksamhetsnivå tar upp att tiden inte räcker till för att dela med sig av så mycket kunskap inom mottagningen, men att man försöker sprida det man har lärt sig på utbildningar till sina kollegor. En person menar också att mycket spridande av kunskap idag mest sker i föreläsningsform, och att det kanske hade varit mer givande om det hade skett i diskussionsform. En barnmorska säger också att man ofta känner många personer inom samma yrke och därmed vet vem som kan mest om en viss sak och då kan man kontakta den personen direkt. Det uttrycks även att det finns mycket kunskap inom den egna kliniken som man i större utsträckning borde dela med sig av, men återigen nämns tiden som ett hinder.

”Ja, det finns inte tid. Det är fulla mottagningar, jag tror att det finns mycket kunskap under taket.” (Barnmorska)

6.2 VÄLSTRUKTURERADE PROCESSER OCH STRATEGIER

En annan av de viktigaste framgångsfaktorerna för KM som tas upp av Davenport och Prusak (1998) är en teknisk och organisatorisk infrastruktur, och därför anser vi att detta är en betydande faktor att inkludera i vår analysmodell. Att det ska finnas en teknisk plattform och välfungerade IT-processer för att man ska kunna lagra och sprida kunskap tas upp av flera olika författare (Alvesson & Kärreman, 2001; Braf, 2000; Hansen et al., 1999; Mårtensson, 2000).

Inom central nivå nämner alla personer den nya hemsidan som expertgruppen använder där man ska kunna dela och sprida information. Denna hemsida ska vara regional och all information som läggs upp ska vara aktuell för alla barnmorskemottagningar. En person menar att det är mer en kommunikationsfråga än en kunskapsstyrningsfråga, och att en av anledningarna till att hemsidan skapades är för att säkra att alla får tillgång



till informationen då man tidigare endast förlitat sig på att allt förmedlats ut via samordningsbarnmorskorna. Ett förbättrat IT-system för de medicinska revisorerna hade behövts för att spara mycket tid i deras arbete.

”De skulle kunna göra oerhört mycket mer om vi hade haft bättre IT-system som kunde få ut enklare... När de sitter nu och förbereder sina besök så plockar de från sju olika ställen. Det är rätt så tidsödande.”
(Sjukvårdsstrateg)

I enighet med vad Davenport och Glaser (2002) säger om förutsättningar för ett effektivt KM-arbete menar en person inom central nivå att en typ av IT-stöd skulle kunna vara ett mer utvecklat journalsystem som bl.a. finns i USA, vilket även författarna tar upp som ett exempel på hur man kan minska risken för att felaktiga beslut tas.

”När man ska behandla någonting när det finns en vedertagen metod så kan den bara ploppa upp där. Vi är en bit ifrån men det finns sådana system och det finns ställen i USA där de har det fullt ut, och då tänker vi att vi vill inte bli styrda men faktum är att man ska inte välja så mycket olika. Och ibland kanske inte patienten faller inom ramen, men de flesta gångerna är det ju bara de sakerna vi skulle välja.”
(Sjukvårdsstrateg)

Bland verksamhetscheferna på chefsnivå nämns den nya hemsidan av en person. En av personerna säger att det bäst fungerande sättet att sprida information idag är via mail eftersom det är praktiskt sett svårt på något annat sätt, men personen tycker inte att ett nytt IT system behövs. En annan säger att man gärna vill ha en hemsida för att kunna dela de riktlinjer som kommer från den medicinska rådgivaren och att det diskuteras en typ av sharepoint vilken ska kunna nyttjas av de som har samma rådgivare.

På verksamhetsnivå uttrycks det av en person att ett bättre tekniskt forum skulle kunna ersätta t.ex. gruppmail. Detta går i linje med vad som sägs i litteraturen där t.ex. Alvesson och Kärreman (2001) diskuterar KM som ”extended library” (figur 4) där det poängteras att den tekniska plattformen ska fungera som ett bibliotek där man kan samla all typ av information. Två personer på verksamhetsnivå menar även att det i de tekniska lösningar som används idag kan finnas svårigheter med att hitta rätt sökord för den information man letar efter. Att personerna upplever svårigheter kan tolkas som en risk i linje med vad Rigby och Bilodelau (2007) säger om att alltför avancerade system kan innebära en risk för att medarbetarna inte ska vilja dela och sprida kunskap. En person menar att det inte finns behov av någon ny teknisk lösning, medan två personer tycker att det finns ett behov av ett bättre system för insamling av kunskap.

Att en aspekt med KM är att man ska kunna förenkla processer och öka standardisering genom ritningar och ramar är något som Alvesson och Kärreman (2001) benämner som ”enacted blueprints” (figur 4). Inom central

nivå nämner man, i enlighet med det som Alvesson och Kärreman (2001) säger om ökad standardisering, att hela tanken med expertgruppen är att man ska ha enhetliga rutiner och arbetssätt. Expertgruppen ska bevaka kunskapsläget och styra kunskapen, vilket ackrediteringsvillkoren är ett viktigt hjälpmedel för då en förutsättning för arbetet med kunskapsstyrning är att Region Skåne kräver att arbetet ingår i ackrediteringen. Det är även viktigt att följa upp arbetet och grundtanken är att expertgruppen ska ge stöd till beslutsfattande eftersom de vet vad som händer i verksamheten. När expertgruppens riktlinjer är godkända ska de gälla för alla och det viktigaste är att de följs. Rutiner för hur man praktiskt jobbar tror en person att man själva behöver skapa ute i verksamheterna, men det man kommer fram till ska inte betraktas som någon form av affärshemlighet.

Alla personer inom central nivå är inne på spåret att lagen om valfrihetssystem (LOV) stödjer arbetet med att ta fram gemensamma riktlinjer, där ackrediteringsvillkoren är viktiga för att kunna styra mot att använda den kunskap som är bäst. De regionala PM man tar fram ska då gälla för hela regionen. Precis som Alvesson och Kärreman (2001) nämner handlar det om att genom gemensamma processer (t.ex. gemensamma PM framtagna med hjälp av expertgruppen) kunna utöva kontroll genom att styra medarbetarnas beteende med hjälp av gemensamma ritningar och ramar. En person nämner att ett problem med att ta fram gemensamma PM är att det finns många kulturer och åsikter, och diskussionen om huruvida man ska göra ett eller två ultraljud nämns som exempel.

”Då har vi ju olika kulturer, vi har olika tradition. Vi har starka säten här kring mödrahälsovård och gynekologi och ofta så delar de inte exakt samma perspektiv. Ultraljudet är vårt största exempel. Ska man ha ett eller två ultraljud under en graviditet? Det var den största frågan i kunskap när vi tog fram detta där det fanns två helt motsatta perspektiv. Så det tog ungefär 70 procent av all tid vi diskuterade.”
(Sjukvårdsstrateg)

Samma person nämner vidare att ett problem efter införandet av valfrihetssystemet är att det finns många olika aktörer, vilket betyder att det kan vara svårare att styra vilken kunskap som ska gälla.

En person inom chefsnivå tar också upp ackrediteringsvillkoren och att arbetet med kunskapsstyrning är grundat i villkoren. Denna person känner sig trygg med expertgruppens arbete och nämner även att man alltid arbetat som man gör idag men att det känns mycket mer uppstyrt sedan expertgruppen infördes. Personen nämner att det idag kan komma ut olika information från olika håll men att det säkert kommer att ordna upp sig framöver. Att expertgruppens roll är att komma ut med gemensam information och evidens tar även en annan person upp. En annan person inom chefsnivå tycker inte att expertgruppens arbete har fungerat så bra,

men att det hade varit optimalt med regionala riktlinjer. Personen nämner även att det är lätt att fokusera på hur man ska skriva riktlinjer men att det viktiga är att komma fram till hur man ska implementera dem, vilket är svårare. En person uttrycker även att det krävs mycket resurser som t.ex. tid och bemanning för att arbetet med expertgruppen ska fungera.

På verksamhetsnivå pratar flertalet i gruppen om att det sedan man införde vårdvalet inom mödrahälsovården varit en del turbulens då det saknades flera gemensamma riktlinjer. En person inom privat regi upplever att detta mest påverkat mottagningarna inom offentlig regi. Ett problem som tas upp av en person är att mottagningarna idag uppfinner hjulet flera gånger då alla ska hitta ett eget system för hur man t.ex. arbetar med register över cellprovtagning, vilket innebär en hel del dubbelarbete. Vilka PM man använder idag varierar lite mellan olika mottagningar och det efterfrågas gemensamma PM från två personer på verksamhetsnivå. En person nämner att ackrediteringen innebär att nya PM ska skapas. Inom verksamhetsnivå pratar alla personerna i något sammanhang om expertgruppen och om att man redan är van vid att arbeta enligt evidens, men att man är positiv till gruppens arbete då det t.ex. nu är enklare att komma åt gemensam information.

6.3 SUPPORT FRÅN LEDNINGEN

Som en av de tre viktigaste framgångsfaktorerna för KM nämner Davenport och Prusak (1998) support från ledningen. Detta hänger ihop med ett tydligt verksamhetspråk och syfte med KM vilket författarna även tar upp. Att det krävs support från ledningen när det gäller arbetet med kunskapsstyrning uttrycks bl.a. inom central nivå och chefsnivå där intervjupersoner har sagt att det är viktigt med stöd från toppen för att kunskapsstyrningen ska kunna genomsyra hela organisationen.



”Och det gäller ju oss lika väl som andra, man kan inte gå och kasta sten på ledningarna på sjukhuset om man själv inte gör det bättre. Så det är samma som alla andra ledningsfrågor, det är därför det måste genomsyra ledningen också.” (Sjukvårdsstrateg)

Rent allmänt säger en person på chefsnivå att det finns ett starkt stöd från regionen då de har lyssnat mycket på åsikterna från verksamheterna, speciellt efter införandet av vårdvalet. Inom verksamhetsnivå finns det olika åsikter om huruvida den centrala ledningen stöttar konkret när det gäller delning av kunskap.

Som det ovan nämnts, är det viktigt att verksamhetsspråk och syfte med KM är tydligt (Davenport & Prusak 1998). Gällande det specifika begreppet kunskapsstyrning var det en majoritet på verksamhetsnivå som inte var bekanta med begreppet, några hade hört begreppet och någon hade inte hört det alls. Detta stämmer överens med vad som uttrycktes på central nivå där en person inte förväntade sig att man ute på avdelningarna är bekant med begreppet. Målet är dock på lång sikt att det ska vara känt i hela organisationen.

”I övrigt skulle jag säga rent allmänt att om man knackar på dörren till vilken avdelning som helst så tror jag att de vet nog inte vad det är, och sannolikt har de nästan aldrig hört ordet är min gissning.”
(Sjukvårdsstrateg)

En annan person inom central nivå menar att en svårighet kan vara att beskriva vad begreppet kunskapsstyrning faktiskt innebär. Inom chefsnivå är man mestadels bekant med begreppet och dess innebörd. Den oklarhet vi stött på från en av intervjupersonerna handlar om vilken typ av kunskap som begreppet innefattar. Gällande verksamhetsspråket uttrycker en person på verksamhetsnivå att utformning av språket i olika dokument ibland är svårt att förstå och att språket borde utgå från de ute i verksamheten för att det ska vara tydligt.

”Jag säger det, det är lite farligt när jurister och sociologer och sånt tar över det hela, det är inte alldeles bra. Vi som är på golvet, och det gäller då alla från undersköterskor, sköterskor, doktorer, vi är ju i kontakt med verkligheten och patienten.” (Gynekolog)

Som Mintzberg (1996) nämner är ett av de grundläggande problemen inom management att det finns ett gap mellan management och ”the managed”, och att en lösning på detta kan vara att se organisationen som cirkelformad. Det talas både inom chefsnivå och verksamhetsnivå om den nya omorganiseringen som ska införas inom regionen där 13 förvaltningar ska bli tre. En person uttrycker att korta beslutsvägar är det som fungerar bäst, och i enighet med det Mintzberg uttrycker kan detta tyda på att gapet mellan management och ”the managed” kan bli större i den nya organisationsstrukturen.

”Eftersom jag är 60+ och har varit med om resan när den har gått från centralisering till decentralisering till centralisering och toppstyrt igen, så känns det ju inte som att det är rätt väg för mig. Men det är möjligt att jag är gammal i sinnet, jag vet inte. De korta beslutsvägarna är ju lättare för oss alla, så är det ju.” (Verksamhetschef)

Inom central nivå menar en person att efter omorganiseringen kan utbredningen av kunskapsstyrning komma att bli större, då man får möjlighet att påverka tre chefer istället för bara en produktionsdirektör som det ser ut idag. Personen inom central nivå säger även att hur arbetet

fortlöper kan påverkas av huruvida dessa tre nya chefer tycker att kunskapsstyrning är något bra. Inom verksamhetsnivå menar en person att skillnaden mellan ledning och de som arbetar ute i verksamheten bl.a. är att politiker och tjänstemän inte har någon ansvarsnämnd och därmed tar beslut som de ej behöver ta direkt ansvar för, till skillnad mot t.ex. läkare som har en ansvarsnämnd att svara inför. Liknande uppfattningar uttrycks från ett annat håll inom verksamhetsnivå där personen tycker att de som sitter på höga ledningspositioner lätt kan komma undan efter att ha tagit ett beslut som fått dåligt resultat. Även dessa åsikter går i linje med problemet som Mintzberg (1996) för fram om gapet mellan management och "the managed".

Traditionellt beslutstagande menar Rousseau (2006) bl.a. påverkas av individens erfarenhet och råd som inte är baserade på evidens. På central nivå uttrycker man att då det regelbundet byts ut chefer och politisk ledning kan det kännas som att man måste börja om med arbetet varje gång detta byte sker. Att individen har en påverkan på beslutstagande blir då tydligt menar en person. En annan person inom central nivå säger att det från ledningen finns bra stöd för arbetet med kunskapsstyrning.

Att både ledning och vårdpersonal skulle arbeta evidensbaserat upplever flertalet inom alla nivåerna som positivt.

"Ja det är väl en klar fördel om man arbetar på samma sätt. Det påverkar nog trovärdigheten och allting ju. För oss har man ju en större trovärdighet om de också jobbar evidensbaserat." (Barnmorska)

Det överensstämmer med vad Walshe och Rundall (2001) anser om att det kan underlätta om alla använder ett evidensbaserat arbetssätt. På verksamhetsnivå ifrågasätter två personer bl.a. hopslagningar av sjukhus som vid flera tillfällen inte haft positiv utgång, något personerna menar är beslut som tagits utan att det funnits någon evidens för dess effekter.

"Det verkar ibland som att där kommer besluten utan att på något sätt vara riktigt förankrade. Jag kan ha fel men tittar man på insändarna får man ju ett sånt intryck, att det bestäms över huvudet." (Gynekolog)

Att även ledningen skulle ta sina beslut baserade på evidens uttrycker en person inom chefsnivå som ej möjligt eftersom dessa beslut inte går att evidensgradera på samma sätt som medicinska beslut, då sådant som fungerat i en kontext inte nödvändigtvis fungerar i en annan.

"Alltså den typen av kunskap tror jag inte finns när man gör organisationsförändringar. Det finns ju forskning på det också men det är inte applicerbart direkt 'ja nu gjorde man det i den studien och då blir det såhär för oss'. Jag tror inte att det går att evidensgradera organisationsförändring på det sättet." (Verksamhetschef)

Denna uppfattning överensstämmer med ett av hindren för EBM, den s.k. "uniqueness paradox" (Martin et al. 1983) som innebär att man tror att den egna organisationen och dess problem är helt unika.

6.4 KUNSKAPSORIENTERAD ORGANISATIONSKULTUR

En av de viktigaste framgångsfaktorerna för KM är enligt Davenport och Prusak (1998) en kunskapsorienterad kultur. Det är endast inom central nivå i empirin som en kunskapsorienterad organisationskultur nämns som ett syfte med arbetet med kunskapsstyrning. Den medicinska rådgivaren berättar att när man bildade avdelningen för kunskapsstyrning år 2009 var målet att bygga upp en kunskapsorganisation i Region Skåne. Personen säger också att riktlinjerna för kunskapsstyrning är hyfsat väl förankrade i organisationen.



Utifrån teorin vi tidigare gått igenom har vi identifierat ytterligare uttryck för att en kunskapsorienterad organisationskultur är viktig för framgångsrikt arbete med kunskap som styrmetod, vilket kan kopplas till delar av det som intervjupersonerna har berättat för oss. I Alvesson och Kärremans (2001) figur (figur 4) visar de att KM på det sociala planet kräver ansträngningar från hela organisationen (community) och även kräver att man arbetar för en gemensam företagskultur (normative control). Att ansträngningar krävs från hela organisationen visar sig i intervjuerna bl.a. genom beskrivningar om professionens roll. Två personer inom central nivå säger att den tidigare starka professionella rollen som t.ex. läkare haft håller på att förändras. En person uttrycker det som att man gärna delar med sig av det man vet men att själva traditionen att göra det är lite dålig inom vården. Samma person säger att det kan ha både för- och nackdelar att kulturerna mellan t.ex. olika sjukhus skiljer sig, eftersom det kan vara bra med många olika åsikter och starka viljor samtidigt som det kan vara svårt att kombinera alla dessa. Även när man ska ta fram gemensamma riktlinjer kan det vara ett problem att det finns flera olika men starka kulturer.

En annan person inom central nivå säger att man måste lyfta sig över sin egen verksamhet och dess kultur när man sitter med i expertgruppen eftersom man ska tänka på vad som blir bäst för patienterna i det stora hela och inte vad som passar bäst för respektive enhet, man måste därmed vara öppen i sitt arbete i expertgruppen. En svårighet är att de som sitter med i expertgruppen har en splittrad tillvaro eftersom de ofta även har en

chefsposition på ett annat ställe och därmed inte kan fokusera fullt ut på båda ställena.

En svårighet med att alla ska arbeta gemensamt och anstränga sig uttrycks från en person på chefsnivå som menar att det sedan man införde vårdvalet finns en del personer som inte blickar framåt utan fortfarande är kvar i sorgen över den stora förändringen som skett vid omorganisationen i samband med vårdvalets införande.

På central nivå framgår det att professionens starka roll inom vården har försvagats. Detta beskrivs också av en person inom verksamhetsnivå som säger att det kan vara farligt att läkarna förlorar inflytande eftersom de då kan känna en s.k. inre uppsägning vilket innebär att de inte orkar bry sig längre.

”Det finns ju en del som säger, har jag hört, en inre uppsägning. De orkar inte, bryr sig inte.” (Gynekolog)

Forskaren tror att professionen är en stor drivkraft och att man drivs av att göra gott för patienten. Inom chefsnivå talar man mer om att attityden är viktigare än professionen när det gäller att ta till sig och sprida kunskap. Som exempel nämns att ha en positiv attityd till förändringar, att verkligen vilja arbeta med det man arbetar med och att skapa en kultur där man tar reda på saker som man inte vet.

”Ja man kan säga att så fort de inte vet något så skriker de och vill ha svar. Det är lite kulturen bland barnmorskor att man vill inte göra något som man inte vet är riktigt. Det är väl lite med det här livet, har man jobbat som barnmorska så är det livsavgörande att man gör rätt om man är fostrad i denna anda.” (Verksamhetschef)

Ännu en av Davenport och Prusaks (1998) framgångsfaktorer diskuterades under intervjuerna, nämligen den som gäller att det ska finnas en koppling till ekonomiska värden. Här finns också ett samband till det som både Kalling (2003) och Braff (2000) säger om att KM grundar sig i den resursbaserade teorin där man ser kunskap som en resurs och basen är intellektuell och inte finansiell. Inom central nivå talade intervjupersonerna mycket om hur den ekonomiska styrningen kan styra fel och därför måste kopplas samman med kunskapsstyrning så att man hittar en balans i detta.

”För att du ska få en effektiv ledning och styrning mot kunskap så måste du para ihop kunskap och finansiärsperspektivet.” (Sjukvårdsstrateg)

En person säger att det på högre ledningsnivå alltid är pengarna som styr. Även forskaren menar att den ekonomiska frågan alltid ligger till grund för beslut. Vi får också höra att just arbetet med kunskapsstyrning hade behövt mer ekonomiska incitament för att medlemmarna i expertgruppen ska kunna bidra så bra som möjligt till gruppens arbete. I nuläget finns det en oklarhet

kring hur man ska gifta ihop uppdragsstyrningen och det finansiella perspektivet med kunskapsstyrningen. Angående vårdvalet säger en person på central nivå att det kan vara både positivt och negativt att vårdvalet innebär att man får betalt per patient. Nu måste olika enheter se till att ekonomin går ihop och man fokuserar därmed mer på intäkter och kostnader. Samma person säger att man nu måste tänka mer affärsmässigt. På chefsnivå håller man med om att man får fokusera mer på pengafrågan nu när vårdvalet är infört, då man nu måste leva på sina inkomster. En person beskriver att det blir en kluven situation eftersom man inte får tänka på pengar och kostnader i mötet med patienten men samtidigt måste man göra det.

”Jag säger precis det. Vi får aldrig väga in, säger jag till personalen. Ni får inte väga in det men ni måste ändå göra det. Man talar med kluven tunga.” (Verksamhetschef)

Ett problem uppstår när man utför aktiviteter som man ej får betalt för men som ger mervärde med ren goodwill som motivation för att göra det bättre för patienterna, något som uttrycks av en person på chefsnivå och en person på verksamhetsnivå. Även inom verksamhetsnivå beskriver man hur den ekonomiska frågan påverkar i praktiken. En person säger att det har blivit för mycket ekonomism inom vården och att det gått till överdrift att man ska få betalt för varje diagnos som ställs.

”Men ekonomin... Det har blivit för mycket ekonomism i det hela. Det är en farlig utveckling.” (Gynekolog)

Personen säger också att det är ekonomin som styr hur många inom regionen som får åka iväg på t.ex. konferenser och att en skillnad här finns mellan offentliga och privata mottagningar. Personen menar att man som egen företagare med egen mottagning kan styra mycket av detta själv. En annan person säger att det blir en nästan ironisk situation när man ska tänka på vilken diagnos som ger mest pengar, vilket är en situation som inte fanns innan vårdvalet infördes och som personen inte tror är ett evidensbaserat beslut eller upplägg.

”Vi tänker på det och när folk kommer och vill att vi ska ta cellprov på dom fastän det bara var två år sedan och vi inte får betalt för det, för det ska ju vara vart tredje år, förr sa man kanske ja för det kan vi göra när vi ändå ska göra något annat. Man tänker ju mer, det gör man.” (Barnmorska)

”Men visst, jag som anställd kanske inte tänker att nu måste jag liksom ta tio extra gravida idag för att vi ska dra in mer pengar... nä, men min chef kanske tänker det.” (Barnmorska)

En person säger att den ekonomiska frågan troligtvis inte påverkar den vård som patienten får men att en del barnmorskemottagningar lockar med extra

ultraljud för att locka patienter till sig. En barnmorska i offentlig regi menar att det inte alltid är bra med ett extra ultraljud men att många lockas av allt som innebär att man får något utöver det vanliga behandlingsprogrammet.

En huvudsaklig KM-strategi i teorin är "personalization strategy" (Hansen et al., 1999) vilken handlar om att kunskap som en person utvecklat sprids via personlig kontakt. Både på central nivå och chefsnivå talar man om att en bra arbetsmiljö är viktig för att spridandet av kunskap ska vara möjligt. På central nivå beskriver en person att detta bäst sker "ute på golvet".

"Vi tror att de från verksamheterna vet bättre än vad vi som sitter på ett kontor gör." (Sjukvårdsstrateg)

På chefsnivå säger en person att det främst är på nätverksmöten man diskuterar och sprider sin kunskap muntligt. Även en annan person berättar om nätverksmöten men nämner också personalmöten inom den egna enheten som en viktig del av detta. Att muntlig spridning är mycket viktigt framgår också när man pratar med intervjupersonerna inom verksamhetsnivå. Dessutom beskrivs det att om man valt att arbeta inom vården så delar man gärna med sig och är bra på att samla in och sprida kunskap eftersom det faller sig naturligt inom professionen.

Ytterligare en diskussion som kommit upp under intervjuerna, och som är sammankopplad med att ha en kunskapsorienterad organisationskultur, är det som i teorin tas upp av Davenport och Glaser (2002): att organisationen och medarbetarna måste finna sig i att arbeta i en kultur där man mäter resultat. Bland respondenterna blir detta tydligt när man pratar om de kvalitetsregister som man registrerar information i för att se vad man kan bli bättre på jämfört med t.ex. andra landsting. På central nivå säger en person att det finns en risk inom just mödrahälsovårdsregistret att siffrorna blir missvisande då det är ganska låga volymer som är med i mätningen. En annan person på central nivå har identifierat ett problem i att det är svårt att veta om man mäter rätt saker i kvalitetsregistren. På chefsnivå säger en person att kvalitetsregistren är en bra grund för förbättringsarbete men att det är ett väldigt omfattande arbete som krävs för att fylla i all information. Även på verksamhetsnivå tycker intervjupersonerna att det är bra att ha register, uppsatta mål och revisioner. En person förklarar att om man når målen som t.ex. en medicinsk revision har satt upp så blir detta en del i kvalitetsarbetet. En annan person säger att man använder register till att följa upp hur utfallen blir. Även forskaren vi intervjuat säger att öppna jämförelser säkert kan underlätta arbetet med att öka kvaliteten.

Något som ytterligare beskriver huruvida medarbetarna finner sig i att arbeta i en kultur där man mäter resultat är intervjupersonernas upplevelse av vårdvalets införande. På alla nivåer beskrivs att en ny konkurrenssituation har uppstått efter vårdvalets införande.

”Största förändringen är väl just att vi måste slåss för våra patienter. Marknadsföring. Att det dyker upp mycket barnmorskemottagningar lite överallt.” (Barnmorska)

Även forskaren säger att kvalitetskonkurrens uppstår i vårdvalssituationen. En person inom verksamhetsnivå säger att det är synd att det uppfattas som konkurrens när man egentligen arbetar mot samma mål allihop.

”Jag tycker det är synd att det liksom uppfattas som konkurrens, för att vi jobbar med samma patienter mot samma mål.” (Barnmorska)

Samma person, som arbetar inom privat regi, säger också att det kanske är svårare nu för de offentliga mottagningarna att hålla samma kvalitetsnivå som tidigare. På både chefsnivå och verksamhetsnivå framgår det att konkurrensen ser olika ut beroende på var man rent geografisk bedriver sin verksamhet och att marknadsföring kan vara viktigt för en del mottagningar. På alla tre nivåer talar intervjupersonerna också om att man använder sig av fler kringtjänster nu jämfört med tidigare för att locka till sig patienter. Detta betonas extra mycket inom verksamhetsnivå. Exempel på kringtjänster är bebismassage, gravidyoga och ett extra ultraljud. All tre nivåer talar om att bemötande och kvaliteten på vården är viktiga sätt att hantera konkurrenssituationen på. Tillgänglighet nämns också som en viktig del av personer både på central nivå och chefsnivå, och inom chefsnivå säger en person också att trygghet är viktigt för patienterna.

På central nivå säger flera personer att det är främst muntligt som det sprider sig vilka mottagningar det är bra att gå till. På denna nivå framhålls det också att valfrihetssystemet ska innebära att alla ska ha samma valmöjligheter och att all vård ska vara lika. Detta säger även forskaren som dock menar att det inte är så idag. Forskaren säger också att det kan vara svårt för patienten att bedöma vad som är bra kvalitet inom vården eftersom det är personligt vad man innefattar i begreppet kvalitet. Dock tror personen att om det för patienterna är viktigt med mjuka parametrar, som t.ex. bemötande, så kan valfrihetssystem och vårdval vara en bra sporre för kvalitetsökning. Ytterligare en sak som tas upp på både central nivå och verksamhetsnivå gällande konkurrenssituationen är att kvinnor som kallas till cellprov idag fördelas enligt fågelvägen-principen. Eftersom cellproven för många är den första kontakten med mödrahälsovården kan det vara svårt för de mottagningar som inte ligger nära stora bostadsområden att få in nya patienter via cellprov.

6.5 KVALITET I SJUKVÅRDEN

Eftersom vårdvalet innebär att en kvalitetskonkurrens uppstått har vi inkluderat kvalitet i vårt analysverktyg. Det framgick under intervjuerna att det är kundens förväntningar och upplevelse som är grunden för kvalitetsarbetet. Att skapa trygghet, erbjuda bra tillgänglighet, ha ett vänligt bemötande, lyssna på patienten och hålla en hög kompetens nämndes av de flesta personer på alla nivåer som viktiga sätt att hantera kvalitetskonkurrensen. Detta stämmer överens med Sörqvists (2001) sammanfattning som presenterats i figur 6. Även trovärdighet nämndes i samband med frågor kring EBM, dock ej specifikt i samband med kvalitet.



Då vi inte intervjuat patienter är det svårt att utvärdera huruvida det finns olika uppfattningar om vad kvalitet är bland patienter, profession och management, och huruvida vissa av dessa intressenters uppfattningar är mer eller mindre lika. Vi kan dock utifrån intervjuerna utläsa att inga tecken finns på att management och professionen skulle ha olika uppfattningar om kvalitetsbegreppet, givet den definition och de exempel vi presenterat i teorikapitlet. Därmed har vi inte kunnat bekräfta det gap som Jun et al. (1998) identifierat i tidigare studier.

7. DISKUSSION OCH SLUTSATS

I detta kapitel för vi en diskussion grundad på vår analys för att uppfylla de syften och besvara de frågeställningar vi inledningsvis presenterat. Vi för även en metoddiskussion kring våra resultat och ger förslag på vidare forskning.

7.1 BEGREPPET KUNSKAPSSTYRNING OCH ANALYSVERKTYGET

I inledningen presenterade vi delsyftet att ta fram ett analysverktyg för att beskriva vilka faktorer från KM och EBM som sammanfattar termen kunskapsstyrning. Vi kom fram till att de viktigaste faktorerna är tillgång till kunskap; välstrukturerade processer och strategier; support från ledningen samt en kunskapsorienterad organisationskultur. Dessa faktorer påverkar hur man använder kunskap som styrmetod med målet att öka kvaliteten. Analysverktyget har vi använt för att analysera vårt empiriska material och uppfylla de övriga syftena: att beskriva hur kunskapsstyrning kan användas som styrmetod inom vården där ett valfrihetssystem är infört samt att analysera vilka förutsättningar och hinder som finns för att använda kunskapsstyrning som en framgångsrik styrmetod. Vi kommer nu presentera vår diskussion och våra slutsatser i de två kommande avsnitten *Kunskapsstyrning som styrmetod i mödrahälsovården* och *Förutsättningar och hinder för arbetet med kunskapsstyrning*.

7.2 KUNSKAPSSTYRNING SOM STYRMETOD I MÖDRAHÄLSOVÅRDEN

Då vi gjort en studie om kunskap som styrmetod inom vården har det inte kunnat undgå oss att uppmärksamma de starka egenskaper som karakteriserar denna organisation. En organisation som verkar i vårdsektorn har den stora fördelen att patienten, som man även kan kalla för kund, av naturliga skäl alltid står i fokus. Inom alla nivåer betonar man starkt att allt man gör är för patientens bästa och när man väljer att arbeta inom vårdsektorn har man valt detta av speciella skäl. Detta visade sig inom alla nivåer, bl.a. då vi diskuterade införandet av vårdval med våra respondenter, och det framhölls att valet har inneburit fördelar i form av t.ex. bättre valmöjligheter för patienten.

Vi upplever att införandet av vårdval och den konkurrenssituation som då skapats har tagits emot bra av personalen inom mödrahälsovården i Skåne.

Många har troligtvis förutfattade meningar om införandet av metoder som är inspirerade av marknadsteorier eftersom det finns ett kontroversiellt inslag i att skapa en marknadssituation inom vården, eftersom den är skattefinansierad. Vi märkte av att det fanns vissa skillnader mellan hur offentliga och privata enheter upplevde konkurrensen, t.ex. uttrycktes det från de som arbetade inom offentlig regi att man hade en känsla av att de barnmorskemottagningar som drevs privat i högre grad erbjöd extra tjänster för att locka till sig patienter. Inom privat sektor uttryckte någon att det kanske har blivit lite tuffare för de offentligt drivna mottagningarna att hålla hög kvalitet på vården.

Vad som är viktigt att framföra är att alla var väldigt noga med att betona att det inte ska finnas några skillnader mellan privat och offentligt drivna enheter och att patientens tillgång till god vård alltid är det viktigaste. I övrigt har det inte visat sig några tydliga uppfattningar om skillnader mellan offentligt och privat driven mödrahälsovård inom någon av nivåerna.

En stor skillnad som lyfts fram gällande införandet av vårdval är den att mottagningarna nu lever på sina inkomster, vilket har inneburit en del förändringar jämfört med hur man arbetade tidigare. Detta diskuteras vidare i kommande avsnitt. Efter att ha analyserat vad respondenterna uttryckt om vårdval vill vi lyfta fram att den främsta styrkan är det stora kundfokus som är en självklar och naturlig del i alla vårdrelaterade yrkesgrupper. Vi tror att detta är en fördel för implementeringen av kunskapsstyrning som styrmetod, eftersom kunskap är det viktigaste redskapet som medarbetarna har för att kunna hjälpa sina patienter. Vården borde därmed ha bra förutsättningar för att anamma styrmetoden, till skillnad mot om man t.ex. skulle implementera det i en annan typ av organisation där medarbetarna drivs av helt andra incitament.

Det har visat sig att det främsta verktyget som man inom Region Skåne har för att använda kunskap som styrmetod inom mödrahälsovården är expertgruppen. Även om arbetet med kunskapsstyrning är något relativt nytt har expertgruppen fått bra fäste, vilket har visat sig tydligt inom alla tre nivåer. Majoriteten av respondenterna har en positiv inställning till expertgruppen vilket är lovande för framtida arbete och utveckling.

Vi har genomgående i vår analys gjort en jämförelse mellan de tre olika intervjunivåerna. Med bakgrund av det material vi har tagit del av har vi inte kunnat dra någon slutsats om att det finns tydliga skillnader mellan nivåerna som skulle kunna leda till svårigheter för ett lyckat arbete med kunskapsstyrning. Inom central nivå finns det en god bild av hur verksamheten på både chefsnivå och verksamhetsnivå fungerar och det finns en genuin vilja att skapa förståelse för varandras perspektiv. En av anledningarna till att det inte finns så stora skillnader kan vara att vi studerat en så pass specifik kontext som en offentlig organisation inom

sjukvårdssektorn innebär. Skulle vi göra samma studie och nivåindelning i en annan typ av organisation, som exempelvis ett tillverkningsföretag, är det möjligt att skillnader mellan nivåerna skulle visat sig tydligare eftersom samma typ av incitament, t.ex. att värna om patientens hälsa, inte finns i en sådan organisation.

Genom vår analys har vi även kommit fram till att den stora nivåskillnaden verkar vara till en nivå som vi inte inkluderat i denna studie, nämligen den politiska ledningen som tar de stora avgörande besluten. Detta märks på alla nivåer, och detta gap uttrycks till stor del i en negativ klang bland respondenterna. Exempel som tas upp är bl.a. att beslut ofta inte är tillräckligt genomtänkta och att ekonomin tar över i slutändan. Att vi inte funnit så stora skillnader mellan de nivåer vi har studerat innebär att det troligtvis finns en bra grund för att kunskapsstyrning som styrmetod ska kunna genomsyra organisationen på lång sikt. Att det finns en god medvetenhet om expertgruppen och dess arbete trots att projektet är relativt nytt anser vi vara ett tecken på detta.

7.3 FÖRUTSÄTTNINGAR OCH HINDER FÖR ARBETET MED KUNSKAPSSTYRNING

Vi har i vårt analysavsnitt i föregående kapitel gjort en jämförelse mellan vad som sägs i litteraturen rörande KM och EBM och det empiriska materialet. Detta har gjorts för att uppfylla vårt huvudsakliga syfte: att analysera vilka förutsättningar och hinder som finns för att använda kunskapsstyrning som en framgångsrik styrmetod inom vården. I föregående avsnitt drog vi slutsatsen att det finns en god grund för att man ska kunna få kunskapsstyrningen att genomsyra organisationen med tanke på att vi inte funnit några stora klyftor mellan de studerade nivåerna. Även om vi dragit denna slutsats finns det självfallet både förutsättningar att uppfylla och hinder att undvika för att lyckas implementera kunskapsstyrning som styrmetod i organisationen. Baserat på vår analys av det empiriska materialet har vi kunnat sammanfatta ett flertal förutsättningar och hinder för ett lyckat arbete med kunskapsstyrning i vården. Dessa presenteras nedan i figur 10 och förklaras i kommande avsnitt. I figur 11 visar vi hur förutsättningarna och hindren förhåller sig till vår analysmodell. Figuren visar i vilken analyskategori som dessa visat sig vara av betydelse.

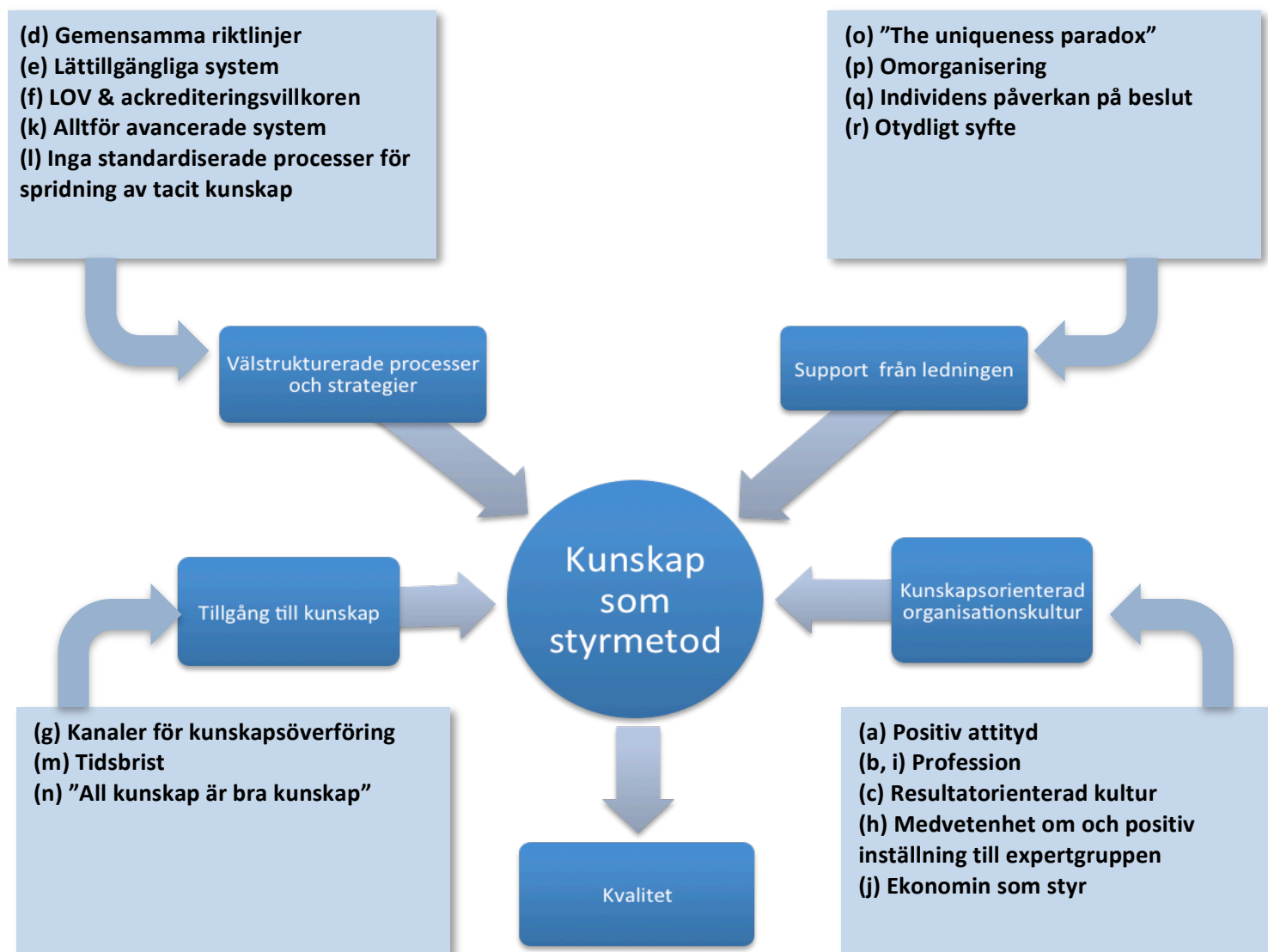
Förutsättningar

- (a) Positiv attityd
- (b) Profession
- (c) Resultatorienterad kultur
- (d) Gemensamma riktlinjer
- (e) Lättillgängliga system
- (f) LOV & ackrediteringsvillkoren
- (g) Kanaler för kunskapsöverföring
- (h) Medvetenhet om och positiv inställning till expertgruppen

Hinder

- (i) Profession
- (j) Ekonomin som styr
- (k) Alltför avancerade system
- (l) Inga standardiserade processer för spridning av tacit kunskap
- (m) Tidsbrist
- (n) "All kunskap är bra kunskap"
- (o) "The uniqueness paradox"
- (p) Omorganisering
- (q) Individens påverkan på beslut
- (r) Otydligt syfte

FIGUR 10 FÖRUTSÄTTNINGAR OCH HINDER FÖR KUNSKAP SOM FRAMGÅNGSRIK STYRMETOD I VÅRDEN.



FIGUR 11 SAMBAND MELLAN ANALYSVERKTYG OCH FÖRUTSÄTTNINGAR OCH HINDER FÖR KUNSKAP SOM FRAMGÅNGSRIK STYRMETOD I VÅRDEN.

7.3.1 FÖRUTSÄTTNINGAR

(a) Positiv attityd

Att ha en positiv attityd till att t.ex. dela kunskap och att anpassa sig till förändringar har visat sig vara viktig förutsättning för att arbetet ska vara lyckat. Det uttrycks inom alla nivåer att medarbetarnas attityd spelar stor roll. Vi har märkt en väldigt positiv attityd inom verksamhetsnivå när det bl.a. gäller viljan att ta till sig och sprida ny kunskap samt att anpassa sig till vårdvalssituationen.

(b) Profession

Att flertalet medarbetare inom vårdsektorn innehar en profession anser vi vara en viktig förutsättning och stor fördel för att arbetet med kunskapsstyrning ska fungera som en framgångsrik styrmetod. Det uttrycks genomgående på alla nivåer att de personer som arbetar inom ett vårddyrke gör det av en speciell anledning där alla är måna om att göra det bästa för patienten. Vi tolkar detta som en stark drivkraft till att både ta till sig ny kunskap och dela sina erfarenheter.

(c) Resultatorienterad kultur

Det har visat sig att man inom alla nivåer anpassar sig bra till den resultatorienterade kulturen som framförallt har förstärkts efter införandet av vårdval i mödrahälsovården i Skåne. Detta är i enighet med litteraturen som säger att detta är en förutsättning. Dessutom verkar användning av kvalitetsregister vara något man är van vid och uppskattar som ett sätt att jämföra sig med andra.

(d) Gemensamma riktlinjer

Det framgår inom alla nivåer att det är viktigt att utveckla gemensamma riktlinjer som ska gälla för alla mottagningar. Det är inte bara skrivandet av riktlinjerna som är viktigt utan det är ännu viktigare att lyckas med att implementera dessa bra. Detta tycker vi är en viktig aspekt att lyfta fram eftersom det kan vara svårt att åstadkomma standardisering om riktlinjerna inte implementeras väl inom alla delar av organisationen.

(e) Lättillgängliga system

I litteraturen beskrivs tekniska system som en väsentlig del av införandet av kunskap som styrmetod. Vi har uppfattat ett visst behov av förändringar när det gäller de IT-system som används av barnmorskemottagningarna idag. I dagsläget är det enligt en del personer tidskrävande och svårt att hitta i systemen. Ett integrerat journalsystem är ett förslag som kom upp.

(f) LOV & Ackrediteringsvillkoren

Vår analys indikerar att lagen om valfrihetssystem (LOV) och ackrediteringsvillkoren för mödrahälsovård är en god förutsättning för standardisering och strukturerade processer, vilket även i litteraturen framstår som viktiga grundstenar för att använda kunskap som styrmetod. Att arbeta med kunskapsstyrning inom vårdområden där man har infört vårdval tycks vara en vinnande kombination då ackrediteringsavtalet ser ut att förenkla möjligheten att nå ut med kunskapsstyrning i hela organisationen.

(g) Kanaler för kunskapsöverföring

Det empiriska materialet påvisar att man använder olika kanaler för att ta till sig och sprida kunskap. Många av de metoder man använder handlar om att interagera med kollegor både på arbetsplatsen, på möten samt att gå på olika utbildningar. Det framhölls av några att de tror att det finns väldigt mycket kunskap ”under taket” och att en del erfarenheter skulle kunna delas med andra mottagningar. Detta är en antydning på att någon form av struktur eller stöd för att sprida tacit kunskap är aktuellt.

(h) Medvetenhet om och positiv inställning till expertgruppen

Inom Region Skåne har det visat sig att expertgruppen är huvudkomponenten i arbetet med kunskapsstyrning. Att det är ett ungt arbetsområde framgår också, och någon framhäver att det tagit tid att komma igång. Vi tycker att det är av intresse att nämna att en av respondenterna anser att expertgruppen inte har fungerat. Intressant är vidare att fundera över hur detta, att en del personer har ett negativt intryck av expertgruppen, i sin tur påverkar annan vårdpersonal och deras inställning till expertgruppen.

7.3.2 HINDER

(i) Profession

Som vi tidigare nämnt är professionen en god förutsättning för att kunskapsstyrning skall vara en lyckad styrmetod i vården, men att det finns en baksida med professionen har uttryckts inom alla nivåer. Det finns en risk att personalen ”tappar gnistan” och inte känner sig motiverade, vilket kan bero på att t.ex. läkare idag inte har samma starka roll i sin profession som tidigare. Som litteraturen säger är det viktigt med en gemensam kraftansträngning och vi tror därför att det krävs en balans inom professionen så den varken blir för svag eller för stark.

(j) Ekonomin som styr

Något som nämnts ofta är åsikter och uppfattningar om att ekonomin styr, vilket ofta upplevs mer negativt än positivt. Det märks att införandet av vårdval har en relativt stor påverkan eftersom man efter införandet pratar mycket om att man måste leva på sina inkomster och att varje registrering räknas. Det verkar vara ett svårt arbete att finna en balans i de ekonomiska kraven och komma fram till vilket ersättningssystem som fungerar bäst för både beslutstagare och de som arbetar ute i verksamheten. Det vi anser vara viktigt att uppmärksamma är att uppfattningar om att det är ekonomin som styr kan ha en negativ påverkan på arbetet med kunskapsstyrning. Detta eftersom det, precis som litteraturen säger, är viktigt att det är kunskapen som ses som den viktiga resursen och inte de finansiella medlen. Det är dock

viktigt att lyfta fram att ett ersättningssystem där man får betalt per listad patient även kan förenkla arbetet med kunskapsstyrning i den mening att det blir tydligare att man ska göra det som är rätt och undvika onödiga kostsamma behandlingar. Vi upplever att fördelarna hade behövts kommuniceras ut bättre till vårdpersonalen för att tvätta bort uppfattningen om att det bara är ekonomin som styr.

(k) Alltför avancerade system

Som vi tidigare nämnt är ett välfungerande IT-system en viktig grundsten enligt litteraturen när det gäller arbetet med att sprida och dela kunskap. Det finns dock en risk att användandet av alltför avancerade system kan hämma spridandet av kunskap. Vi har sett en önskan om att vissa saker kan förbättras och förnyas (t.ex. bättre gemensamma plattformar). Dock måste man beakta risken att nya system visar sig vara mer avancerade än vad som krävs och därav istället blir ett hinder för kunskapsspridning.

(l) Inga standardiserade processer för spridning av tacit kunskap

Vi kan inte se någon stor önskan bland respondenterna att det skulle behövas fler standardiserade processer för spridning av tacit kunskap. Vi har dock märkt att det finns en viss önskan att kunna dela med sig den inneboende kunskapen mer än vad man gör idag. De flesta av respondenterna menar att sådant kommer naturligt och att det beror mycket på den miljö man arbetar i. Eftersom detta betyder att det kan skilja sig väldigt mycket mellan olika mottagningar tycker vi det är ett möjligt hinder man bör vara medveten om.

(m) Tidsbrist

En faktor som vi uppmärksammat är att tidsbrist i vissa fall är ett hinder för att ta till sig och sprida kunskap. Det finns även en tendens att det skiljer beroende på storleken på mottagningen, då man inom t.ex. en mindre mottagning måste stänga ner helt för att gå på kurser. Det kan också vara ett problem att personerna som sitter i expertgruppen även är involverade i andra projekt och har en ordinarie anställning, vilket gör att det kan vara svårt att lägga den tid och kraft som krävs i expertgruppen.

(n) "All kunskap är bra kunskap"

Precis som det i litteraturen beskrivs finns det en risk att kunskap alltid ses som något bra. Vi tycker att det är av vikt att lyfta fram att en del respondenter berättar att det finns evidens för förvånansvärt lite av det man utför i vården och att resterande arbete är enligt best practice. Vidare finns det mycket som man utför i vården som man skulle kunna sluta med men det är något som man idag inte är så bra på.

(o) "The uniqueness paradox"

Kunskapsstyrning är tänkt att genomsyra hela organisationen vilket bör betyda att man även på ledningsnivå ska arbeta efter bästa tillgängliga kunskap. Vi har sett tendenser på att det finns en uppfattning om att organisationen är så pass speciell att det kan vara svårt för ledningen att ta beslut baserade på evidens. I övrigt finns det en generellt positiv uppfattning till att ledningen ska arbeta evidensbaserat, men vi har samtidigt upplevt en tveksamhet bland respondenterna till att ledningen verkligen kommer att anamma detta sätt.

(p) Omorganisering

Som vi nämnt tidigare har vi under studiens gång fått reda på att en omorganisering är aktuell. Det finns tecken på att en omorganisering kan vara ett hinder för arbetet med kunskapsstyrning eftersom det uttrycks att det är väldigt oklart hur omorganiseringen kommer att påverka den berörda verksamheten. Då det framgått att övergången till vårdvalet inneburit turbulens kan man ana att en omorganisering kan komma att innebära ytterligare turbulens och missnöjdhet, vilket i sin tur skulle kunna påverka arbetet med kunskapsstyrning. Dock kan en omorganisering underlätta arbetet med kunskapsstyrning eftersom avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning i den nya strukturen får chansen att direkt påverka tre personer istället för en person.

(q) Individens påverkan på beslut

Något som har visat sig tydligt är att individens påverkan vid beslutstagande i många situationer är direkt avgörande. Varje persons inställning till kunskapsstyrning spelar stor roll för de beslut personen tar och mycket handlar om personens attityd. Hur verksamheten och arbetet bedrivs kan också bero mycket på vilken chef man har. Det finns inget som säger att detta är fel, utan det problem som kan uppstå är att en negativ inställning till t.ex. arbetet med kunskapsstyrning färgar av sig så pass mycket att det på ett negativt sätt kan påverka medarbetare "längre ner i ledet".

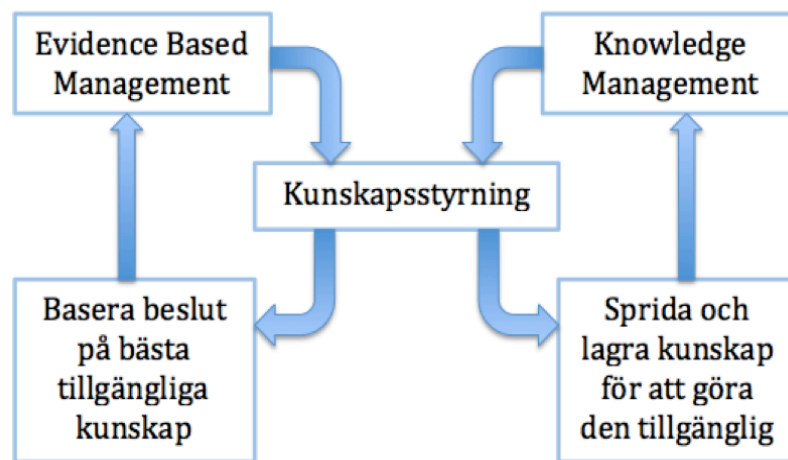
(r) Otydligt Syfte

Som vi sett i analysen är det viktigt att verksamhetsspråket och syftet är tydligt för att kunskap som styrmetod ska vara lyckat. När det gäller vetenskap om vad begreppet kunskapsstyrning innebär ser vi stora skillnader. Att gifta ihop begreppet kunskapsstyrning med expertgruppen på ett tydligare vis ute i organisationen tror vi skulle kunna ha en positiv effekt eftersom medarbetarna skulle kunna få en ännu tydligare uppfattning om varför expertgruppen har skapats och vilket det övergripande syftet med gruppen är. Många verkar ha uppfattningen att största delen av arbetet man idag

utför är baserat på evidens, något som inte är fallet. Vi föreslår att man tydliggör detta så att syftet med kunskapsstyrningen blir klarare.

7.4 BIDRAG

Studiens bidrag är dels att vi funnit två begrepp från litteraturen vars kombination sammanfattar vad kunskapsstyrning är för något (figur 12). Detta gör att man kan få en bättre förståelse för vad som innefattas i begreppet kunskapsstyrning, eftersom uppfattningar om detta har visat sig ganska splittrade.



FIGUR 12 KOMBINATION AV BEGREPPEN SOM SAMMANFATTAR KUNSKAPSSTYRNING.

Vi har också tagit fram ett analysverktyg baserat på faktorer från EBM och KM som påverkar hur kunskapen sprids och används i en organisation, vilket ligger till grund för hur man kan använda kunskap som styrmetod. Verktöget fungerade bra då det fångade de aspekter och uppfattningar som vi även återfann i vårt empiriska material. Verktöget bör därför även vara användbart för att studera hur kunskapsstyrning kan användas som styrmetod, och vilka förutsättningar och hinder som finns för att detta ska vara en framgångsrik styrmetod, i andra organisationer och kontexter.

Eftersom alla vårdområden karaktäriseras av professioner och den typ av organisationskultur som detta innebär bör våra resultat ha en högre generaliseringsgrad mot de delar av den svenska vårdsektorn där vårdval finns infört. Det finns en fördel med att analysera en så pass specifik miljö som vården eftersom lagar som t.ex. LOV gör att den kontext vi har gjort vår undersökning i kan se liknande ut på andra platser. Vårdvalets betydelse för möjligheten att sprida och ta till sig kunskap har nämligen visat sig viktigt i denna studie.

Resultaten av denna studie betyder att analysverktyget fungerar och kan användas när man studerar kunskapsstyrning eftersom det fångar de viktiga aspekterna. Dessutom bidrar vi med en tydlig summering av vilka förutsättningar och hinder som man i praktiken bör vara medveten om och arbeta med för att framgångsrikt låta kunskapen styra vad och hur man gör i vården.

7.5 METODDISKUSSION

En styrka i vår studie är att vi har intervjuat flera olika personer inom varje nivå för att uppnå en bredd inom intervjugruppen. Om vi t.ex. bara hade valt en person från varje nivå hade det varit större risk för att våra resultat kunnat bli påverkade av de enskilda personernas specifika bakgrund. Vi är medvetna om att det inte går att säkerställa att vi skulle kommit fram till samma resultat ifall vi valt andra respondenter, men vi anser att vi har utgått ifrån ett empiriskt material som varit brett i form av olikhet mellan respondenterna.

Som Bryman och Bell (2005) säger är validitet det viktigaste kravet att uppfylla vid forskning. T.ex. handlar det om vilka objekt man valt för sin undersökning, vilket sedan avgör hur pass generaliserbart resultatet är. Vi anser att styrkan i vårt val av respondenter är bl.a. att vi blandat respondenter från mödrahälsovård driven i både offentlig och privat regi, samt från skilda geografiska områden i Skåne. Vi anser att detta urval stärker graden av möjlig generaliserbarhet av våra resultat eftersom vi försökt att spegla spridningen i en större population i den mån det varit möjligt. Vi är medvetna om att det vid en kvalitativ studie inte är ett mål att studien ska gå att generaliseras till en population (Jacobsen, 2002). Eftersom vi bland våra respondenter har kunnat se vissa mönster och återkommande uppfattningar visar detta på en styrka i vår urvalsgrupp. Även om detta inte ger oss några belegg för att kunna hävda generalisering kan vi visa att graden av möjlig generalisering förstärkts av den urvalsgrupp vi har valt. En annan anledning till varför det inte går att hävda generaliserbarhet av vårt resultat är att det kan finnas andra påverkande faktorer vilka vi i denna studie inte har kunnat upptäcka.

En annan styrka i vår studie är att vi noga har dokumenterat datainsamlingsprocessen, vilket är något som stärker reliabiliteten (Yin, 2007). Då vi har all rådata i transkriberad form är det möjligt att återge och kontrollera att processen är riktig. Även analysprocessen där vi arbetat utifrån kategorierna i vårt analysverktyg är dokumenterad. Reliabiliteten stärks även av att vi vid intervjugenomförandet utgått ifrån intervjuguider.

7.6 AVSLUTNING

Vi har i denna studie förklarat det praktiska begreppet kunskapsstyrning med utgångspunkt i de teoretiska begreppen Knowledge Management och Evidence Based Management. Det analysverktyg vi sedan har tagit fram består av de faktorer som är viktiga för lyckad användning av kunskap som styrmetod.

Inom vården tror vi att kunskapsstyrning har en ljus framtid och har förutsättningar att bli en framgångsrik styrmetod eftersom viljan att dela kunskap och göra det bästa för patienten finns i organisationen. Skillnader mellan offentlig och privat regi har vi inte upptäckt, utan det vi har sett är liknande uppfattningar och väldigt få skillnader i arbetssätt. Att arbeta med kunskapsstyrning i en vårdvalsituation har både fördelar och nackdelar. Den stora fördelen är möjligheten att standardisera med hjälp av ackrediteringsavtalen vilket gör det enklare att nå ut i organisationen. Expertgruppen är ett bra medel i arbetet med kunskapsstyrning eftersom alla vet om att den finns. Det negativa med vårdvalet är ”ekonomismen” som riskerar att ta för mycket fokus från patienternas behov. För mycket fokus på ekonomiska frågor kan troligtvis göra det svårare att bedriva arbetet med kunskapsstyrning. Samtidigt kan man aldrig komma ifrån att de ekonomiska resurserna är begränsade och att man därför måste inrikta sig på att finna en balans mellan det finansiella perspektivet och kunskapsperspektivet. Dessutom har individens inställning visat sig mycket avgörande för de beslut personen tar i sin yrkesroll.

7.7 FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING

Det hade varit intressant att med hjälp av den analysmodell vi har tagit fram göra samma studie i en annan kontext. T.ex. skulle detta kunna vara ett annat område inom vården där vårdval är infört. Ett annat förslag är att göra om studien inom ett område där vårdval inte är infört för att undersöka hur stor påverkan införandet av en kundvalsmodell har på kunskapsstyrning.

I denna studie har vi inte inkluderat det som skulle kunna vara en fjärde nivå, nämligen den politiska ledningen i ett landsting eller en region. Då det i vår studie har antytts att det största gapet i uppfattningar finns till den politiska ledningen hade det varit intressant att inkludera denna nivå i en framtida studie som berör ämnet.

8. LITTERATURFÖRTECKNING

8.1 TRYCKTA KÄLLOR

- Almqvist, R. (2006). *New Public Management – om konkurrenssättning, kontrakt och kontroll*. Malmö: Liber.
- Alvesson, M., & Kärreman, D. (2001). Odd couple: Making sense of the curious concept of knowledge management. *Journal of Management Studies*, 38, (7), 995-1018.
- Baba, V.V., & HakemZadeh, F. (2012). Toward a theory of evidence based decision making. *Management Decision*, 50, (5), 832 – 867.
- Braf, E. (2000). *Organisationers kunskapsverksamheter – en kritisk studie av ”knowledge management”*. Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för datavetenskap, VITS - Laboratoriet för verksamhetsinriktad systemutveckling.
- Briner, R. B., Denyer, D., & Rousseau, D. M. (2009). Evidence-based management: concept cleanup time? *The Academy of Management Perspectives*, 23, (4), 19-32.
- Bryman, A., & Bell, E. (2005). *Företagsekonomiska forskningsmetoder*. Malmö: Liber.
- Bucher, R., & Stelling, J. (1969). Characteristics of professional organizations. *Journal of Health and Social Behavior*, 10, 3-15.
- Caspersen, J. (2007). Aspects of professionalism. Collective nursing – personalised teaching? Tension between Organisation and Profession. *Professionals in Nordic Public Service*, 115-131.
- Davenport, T. H., & Prusak, L. (1998). *Working Knowledge – How Organizations Manage What They Know*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Davenport, T. H., & Glaser, J. (2002). Just-in-Time Delivery Comes to Knowledge Management. *Harvard Business Review*, 80, (7), 5-9.
- Dean, J.W. Jr., & Bowen, D.E. (1994). Management theory and total quality: improving research and practice through theory development. *Academy of Management Review*, 19, (3), 392-418.
- Evetts, J. (2009). New Professionalism and New Public Management: Changes, Continuities and Consequences. *Comparative Sociology*, 8, (2), 247-266.
- Grant, R.M. (1996). Prospering in dynamically-competitive environments: organizational capability as knowledge integration. *Organization Science*, 7, (4), 375-87.
- Hansen, M.T., Nohria, N., & Tierney, T. (1999). What's your strategy for managing knowledge? *Harvard Business Review*, 77, (2), 106-116.
- Jacobsen, D.I. (2002). *Vad, hur och varför?* Lund: Studentlitteratur.

- Jun, M., Peterson, R., & Zsidisin, G.A. (1998). The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. *Health Care Management Review*, 23, (4), 81.
- Kalling, T. (2003). Knowledge management and the occasional links with performance. *Journal of Knowledge Management*, 7, (3), 67-81.
- Kastberg, G. (2005). *Kundvalsmodeller. En studie av marknadsskapare och skapade marknader i kommuner och landsting*, Göteborg: Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet.
- Koontz, H. (1980). The Management Theory Jungle Revisited. *Academy of Management Review*, 5, (2), 175-187.
- Larsson, J.S., Muller, A. (2002). Managing the quality of health care. *Journal of Health and Human Services Administration*, 25, (3). 261-280.
- Lindvall, J. (2011). *Verksamhetsstyrning, Från traditionell ekonomistyrning till modern verksamhetsstyrning*. Lund: Studentlitteratur.
- Le Grand, J. (1991). Quasi-Markets and Social Policy. *The Economic Journal*, 101, 1256-1267.
- Martin, J., Feldman, M., Hatch, M., & Sitkin, S. B. (1983). The uniqueness paradox in organizational stories. *Administrative Science Quarterly*, 28, 438-453.
- Mintzberg, H. (1996). Musings on Management. *Harvard business review*, 74, (24), 61-67.
- Mongkol, K. (2011). The critical view of New Public Management model and its criticisms. *Research Journal of Business Management*, 5, (1), 35-42.
- Mårtensson, M. (2000). A critical review of knowledge management as a management tool. *Journal of Knowledge Management*, 4, (3), 204-216.
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). *The knowledge creating company - how Japanese companies create the dynamics of information*. Oxford: Oxford University Press.
- Osborne, S. P. (2006). The New Public Governance. *Public Management Review*, 8, (3), 377-387.
- Pfeffer, J., & Sutton, R.I. (2006). *Hard Facts, Dangerous Half-truths, and Total Nonsense: Profiting from Evidence-based Management*. Boston: Harvard Business Press.
- Piligrimienė, Z. & Bučiūnienė, I. (2011). Exploring managerial and professional view to health care service quality. *Economics & Management*, 16, 1304-1315.
- Rigby, D., & Bilodeau, B. (2007). Selecting Management Tools widely. *Harvard Business Review*, 85, (12), 20-22.

- Rousseau, D.M. (2006). Is there such a thing as evidence-based management. *Academy of Management Review*, 31, (2), 256-269.
- Ruggles, R. (1998). The state of the notion: Knowledge management in practice. *California Management Review*, 40, (3), 80.
- Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS framework: a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19, (4), 297-304.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2009). *Research Methods for Business Students*, Essex: Pearson Education Limited.
- Scott, W. R. (1982). Managing professional work: three models of control for health organizations. *Health Services Research*, 17, (3), 213-240.
- Sheldon, T. (2008). Promoting health care quality: what role performance indicators?. *Quality in Health Care*, 7, 45-50.
- SOU 2011:65. (2011). *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem*. Stockholm: Fritzes.
- Timmermans, S., & Oh, H. (2010). The Continued Social Transformation of the Medical Profession. *Journal of Health and Social Behavior*. 51, 94-106.
- Tort-Martorell, X., Grima, P., & Marco, L. (2011). Management by facts: The common ground between total quality management and evidence-based management. *Total Quality Management*, 22, (6), 599-618.
- Walshe, K., & Rundall, T.G. (2001). Evidence-based Management: From Theory to Practice in Health Care. *The Milbank Quarterly*, 79, (3), 429-457.

8.2 ELEKTRONISKA KÄLLOR

- Alvesson, M. (2004). *Knowledge work and knowledge-intensive firms*. Tillgänglig <http://www.google.se/books>
- Boman, D., Hedlin, A., Månsson, M., & Arvidsson, L. (2011). *Granskning av Hälsoval Skåne utifrån ett kvalitetsperspektiv*. (Granskning gjord på uppdrag av Region Skånes revisorer). Region Skåne. Hämtad februari 25, 2013, från <http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/Revisionen/2011/Kollegiemöte%20111213/Rapport%20Hälsoval%20Skåne.pdf>

- Burgerhout, T., & Rydmarker, N. (2012) *Granskning på uppdrag av Region Skånes revisorer*. Region Skåne. Hämtad maj 5, 2013, från http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/Revisionen/2012/Kollegiemöte%20121018/Rapport_Styrmodell%20och%20stysystem_121018_SLUTLIG.pdf
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L., & Pettigrew, A. (1996). *The New Public Management in action*. Tillgänglig: Oxford scholarship online.
- Fernler, K. (2012). *Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete*. Hämtad mars 15, 2013, från http://www.leadinghealthcare.se/Upload/ContentItem/Rapporter/SoS/Kunskapsstyrning%20för%20ledning%20och%20policyarbete_Fernler.pdf
- Häggeström, B. (2011, juli 22). Risk för rörig mödravård. *Sydsvenskan*. Hämtad maj 12, 2013, från <http://www.sydsvenskan.se/malmo/risk-for-rorig-modravard/>
- Konkurrensverket. (2007). *Öka konsumentnyttan inom vård och omsorg - förslag för konkurrens och ökat företagande*. Konkurrensverkets rapportserie: 2007:3. Hämtad mars 5, 2013, från http://www.skane.se/upload/Webbplatser/wardwebb/Dokument/wardval/KonkurrensverketKundvalrap_2007-3.pdf
- Konkurrensverket. (2012). *Val av vårdcentral: förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemet*. Konkurrensverkets rapportserie: 2012:2. Hämtad mars 4, 2013, från http://www.kkv.se/upload/Filer/Trycksaker/Rapporter/rapport_2012-2.pdf
- Persson, G., & Wiberg, U. (2013). *Kunskapsstyrning i region skåne förslag (persson & wiberg)*. (Presentationsmaterial från Region Skånes hemsida). Hämtat februari 25, 2013, från http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Sodra%20regionvardsnamnden/kunskapsstyrning/bildspel110324/110324_skane_perssonwiberg.pdf
- Region Skåne. (2010a). *Region Skånes ansvar*. Hämtad april 10, 2013, från <http://www.skane.se/sv/Demokrati/Region-Skanes-ansvar/>
- Region Skåne. (2010b). *Ersättningsmodeller i Region Skåne*. Hämtad mars 21, 2013, från http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Sodra%20regionvardsnamnden/ekonomi/drg/bildspel/drgkurs101124/101124_ingvarsson.pdf
- Region Skåne. (2011a). *Budget och verksamhetsplan 2012 med plan för åren 2013 till 2014*. Hämtad april 10, 2013, från http://www.skane.se/Public/Skaneportalen-extern/PolitikPaverkan/Dokument/Budget_2012.pdf
- Region Skåne (2011b). *Så bildades Region Skåne*. Hämtad mars 21, 2013, från http://www.skane.se/sv/Om_Region_Skane/Hur-Region-Skane-bildades/

- Region Skåne (2011c). *Regionfullmäktige*. Hämtad mars 21, 2013, från http://www.skane.se/sv/Demokrati/Politisk_organisation/Regionfullmaktige/
- Region Skåne (2011d) *Så styrs vården*. Hämtad mars 21, 2013, från http://www.skane.se/sv/Halsa__Vard/Sa_styrs_varden/
- Region Skåne. (2011e). *Frågor & Svar. Ackreditering*. Hämtad mars 4, 2013, från http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Valkommen_till_Vardgivarwebben/Uppdrag__uppfoljning/Avtal--lagen-om-valfrihetssystem/Halsoval-Skane/Modrahalsovard/Fragor--svar-Ackreditering/
- Region Skåne (2012a). *Fakta om Region Skåne*. Hämtad mars 21, 2013, från http://www.skane.se/sv/Press/Fakta_om_Region_Skane/
- Region Skåne. (2012b). *Budget och verksamhetsplan 2013 med plan för åren 2014 till 2015*. Hämtad mars 21, 2013, från http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/Skaneportalen-extern/OmRegionSkane/ekonomi/budget/Budget_2013_121203_web.pdf
- Region Skåne. (2012c). *Projektdirektiv, utveckling av ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården inom Region Skåne*. Hämtad mars 21, 2013, från <http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/Skaneportalen-extern/VardHalsa/V%C3%A4rdebaserat%20ers%C3%A4ttningsystem/Projektdirektiv%20utv%20ers%C3%A4ttningsmodell%2020121121.pdf>
- Region Skåne. (2012d). *Valfrihet för patienten målet med vårdval*. Hämtad maj 6, 2013, från <http://www.skane.se/sv/Nyheter/Halso---sjukvard/Valfrihet-for-patienten-malet-med-varldval/>
- Region Skåne. (2013). *Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Barnmorskemottagning i Hälsoval Skåne*. Hämtad mars 5, 2013, från [http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/wardwebb/Dokument/Halsoval/Modrahalsovard/Ackrediteringsvillkor2013%20slutversion%20\(2013-02-07\).pdf](http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/wardwebb/Dokument/Halsoval/Modrahalsovard/Ackrediteringsvillkor2013%20slutversion%20(2013-02-07).pdf)
- Socialstyrelsen. (2009). *Mot en effektivare kunskapsstyrning. Kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen Artikelnr 2009-10-124*. Hämtad mars 4, 2013, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17796/2009-10-124.pdf>
- Socialstyrelsen. (2013). *Avdelningen för kunskapsstyrning*. Hämtad maj 6, 2013, från <http://www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen/organisation/socialstyrelsensavdelningar/avdelningenforkunskapsstyrning>
- SOU 2007:10. *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft, Ansvarskommitténs slutbetänkande*. Hämtad maj 6, 2013, från <http://www.regeringen.se/sb/d/8728/a/77520>

- Statens kommuner och landsting. (2009). *Lag om Valfrihetssystem*. Hämtad mars 4, 2013, från http://www.skl.se/vi_arbetar_med/demos/samhallsorganisation/valfrihet/lag_om_valfrihetssystem
- Statens kommuner och landsting. (2010). Vad vet vi om kundval? – En forskningsöversikt. (Genomförd på uppdrag av SKL av Gustaf Kastberg). Hämtad mars 11, 2013, från <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/vad-vet-vi-om-kundval-en-forskningsoversikt.html>
- Statens kommuner och landsting. (2012a). Om kvalitetsregister. Vanliga frågor. Hämtad mars 25, 2013, från http://www.kvalitetsregister.se/om_kvalitetsregister/vanliga_fragor_1
- Statens kommuner och landsting. (2012b). Öppna jämförelser. Hämtad mars 25, 2013, från http://www.skl.se/vi_arbetar_med/oppnajokforelser
- Statens kommuner och landsting. (2013). Om landsting och regioner. Hämtad mars 21, 2013, från http://www.skl.se/kommuner_och_landsting/om_landsting_och_regioner
- Stierna, J. (2011, augusti 26). Förvirring och ledsna miner i mödravården. *Skånskan*. Hämtad maj 12, 2013, från <http://www.skanskan.se/article/20110826/LUND/708269848/-/forvirring-och-ledsna-miner-i-modravarden>
- Zaremba, M. (2013, mars 3). Patienten & prislappen. Del 4: Hur mycket oro tål en människa? *Dagens Nyheter*. Hämtad mars 4, 2013, från <http://www.dn.se/kultur-noje/hur-mycket-oro-tal-en-manniska>

8.3 ÖVRIGA KÄLLOR

Lag om valfrihetssystem LOV (2008:962)

BILAGA: INTERVJUGUIDER

Central nivå

Inledande fråga:

- Berätta om dig själv och om din arbetsroll.

Vårdvalet och konkurrens:

- Vad är syftet och målet med valfrihetssystem och vårdval?
- Vilka är enligt dig de största förändringarna som vårdvalet inom mödravård inneburit?
- Är all mödravård organiserad på samma sätt i regionen?
- Hur anser du att olika mödravårdsenheter/barnmorskemottagningar konkurrerar med varandra efter att vårdvalet infördes? Hur vill man locka till sig patienter?
- Om ett av syftena med vårdvalet är att vårdenheter ska konkurrera genom kvalitet istället för pris, hur arbetar man då för att öka eller säkra kvaliteten? Om du inte vet, hur tycker du då att man bör arbeta för att säkra att man håller en hög kvalitet på vården?

Kunskapsstyrning:

- Beskriv kunskapsstyrning och hur detta arbete går till.
- På vilket sätt kommer du i kontakt med kunskapsstyrning i din arbetsroll?
- Är kunskapsstyrning väl förankrat i organisationen?
- Stöttar ledningen fullt ut arbetet med kunskapsstyrning?
- Vad krävs enligt dig för att kunskapsstyrning ska kunna bidra till ökad kvalitet på vården? Tror du/tycker du att kunskapsstyrning är ett bra arbetssätt för att öka kvaliteten?
- Tycker du att det finns några hinder för att kunskapsstyrning ska öka kvaliteten på vården? I så fall vilka?
- Finns det processer/rutiner för hur kunskapsstyrning ska gå till? Hur ser det i så fall ut?
- Tror du att arbete med kunskapsstyrning påverkas av att många inom organisationen har en profession? I så fall hur?

Kunskap och evidens:

- Anser du/tror du att chefer och ledning inom regionen arbetar evidensbaserat när de t.ex. ska ta beslut?
- Tycker du att de bör göra det? Varför/varför inte?

- Tror du att evidensbaserad ledning kan påverka kvaliteten på vården? Om ja, hur? Om nej, varför inte?

Dela och sprida kunskap:

- Tycker du det är viktigt att man delar och lagrar den kunskap som personalen på arbetsplatsen har? Varför/varför inte?
- Hur delar/sprider och lagrar ni kunskap på arbetsplatsen? Finns det rutiner för detta? Om ja, beskriv för- och nackdelar med nuvarande system? Om nej, ser du ett behov av detta?
- Uppmuntras delning och lagring av kunskap? På vilket sätt?
- Får de anställda cheferna och praktikerna någon utbildning i hur de ska ta tillvara på och komma åt den kunskap som medarbetarna bär på? Tycker du att det behövs? Varför/varför inte?

Chefsnivå

Inledande fråga:

- Berätta om dig själv och om din arbetsroll.

Vårdvalet och konkurrens:

- Vilka är enligt dig de största förändringarna som vårdvalet inom mödravård inneburit?
- Hur anser du att olika mödravårdsenheter/barnmorskemottagningar konkurrerar med varandra efter att vårdvalet infördes?

Kunskapsstyrning och kvalitet:

- Vet du vad kunskapsstyrning är? Om ja, beskriv vad det är.
- Hur arbetar ni för att förbättra kvaliteten på mödravården?
- Vad krävs enligt dig för att kunskapsstyrning ska kunna bidra till ökad kvalitet på vården?
- Tycker du att det finns några hinder för att kunskapsstyrning ska öka kvaliteten på vården? I så fall vilka?

Kunskap och evidens:

- Vet du vad evidensbaserad ledning är?
- Anser du att du arbetar evidensbaserat när du utför dina arbetsuppgifter, tar beslut osv.?
- Tycker du att ledning och chefer inom ditt yrkesområde bör arbeta evidensbaserat när de tar beslut? Varför/varför inte?

- Hur tror du praktiker (t.ex. barnmorskor och gynekologer) påverkas om chefer och ledning arbetar evidensbaserat?
- Tror du att evidensbaserad ledning kan påverka kvaliteten på vården? Om ja, hur? Om nej, varför inte?

Dela och sprida kunskap:

- Tycker du det är viktigt att man delar och lagrar den kunskap som personalen på arbetsplatsen har? Varför/varför inte?
- Hur sprider och lagrar ni kunskap på arbetsplatsen? Finns det rutiner för detta? Om ja, beskriv för- och nackdelar med nuvarande system? Om nej, ser du ett behov av detta?
- Uppmuntras man av ledningen att dela med sig av och försöka lagra kunskap? Hur?
- Har du på din arbetsplats fått någon utbildning i hur man ska ta tillvara på och komma åt den kunskap som de anställda bär på? Tycker du att det behövs? Varför/varför inte?

Organisationskultur och professioner:

- Hur tycker/tror du att arbete med kunskap inom mödravården påverkas av att många som arbetar där har en profession?
- Upplever du att det finns ett stort "gap" mellan de som innehar en profession och övriga som innehar mer administrativa roller?

Verksamhetsnivå

Inledande fråga:

- Berätta lite om dig själv och om din arbetsroll.

Vårdvalet och konkurrens:

- Vilka är enligt dig de största förändringarna som vårdvalet inom mödravård inneburit?
- Hur anser du att olika mödravårdsenheter/barnmorskemottagningar konkurrerar med varandra efter att vårdvalet infördes?

Kunskapsstyrning och kvalitet:

- Vet du vad kunskapsstyrning är? Om ja, beskriv vad det är.
- Hur arbetar ni för att förbättra kvaliteten på mödravården?
- Om alla beslut som tas i er organisation ska baseras på bästa tillgängliga kunskap på området, vad krävs då för att detta ska fungera?

- Vilka hinder tror du finns för att man ska kunna ta beslut utifrån bästa tillgängliga kunskap på alla nivåer i organisationen?

Kunskap och evidens:

- Anser du att du arbetar evidensbaserat när du utför dina arbetsuppgifter? Tycker du att det finns ett gap mellan forskning och praktik inom mödravården?
- Diskuteras ofta ny forskning inom ditt arbetsområde på arbetsplatsen? Om ja, påverkar detta de beslut du tar i din yrkesroll, om t.ex. behandlingssätt? Om nej, tycker du det finns ett behov av detta?
- Vet du vad evidensbaserad ledning är? Tror du att dina chefer och ledningen arbetar evidensbaserat när de t.ex. ska ta beslut?
- Tycker du att de bör göra det? Varför/varför inte?
- Tror du att evidensbaserad ledning kan påverka kvaliteten på vården? Om ja, hur? Om nej, varför inte?

Dela och sprida kunskap:

- Tycker du det är viktigt att man delar och lagrar den kunskap som personalen på arbetsplatsen har? Varför/varför inte?
- Hur sprider och lagrar ni kunskap på arbetsplatsen? Finns det rutiner för detta? Om ja, beskriv för- och nackdelar med nuvarande system? Om nej, ser du ett behov av detta?
- Uppmuntras man av ledningen att dela med sig av och försöka lagra kunskap? Hur?
- Har du på din arbetsplats fått någon utbildning i hur man ska ta tillvara på och komma åt den kunskap som de anställda bär på? Tycker du att det behövs? Varför/varför inte?
- Har vårdvalets införande påverkat arbetet med bästa tillgängliga kunskap eller spridning och lagring av den kunskap du och dina medarbetare besitter? I så fall hur?

Organisationskultur och professioner:

- Tror du att den typ av organisation du arbetar i, med många professioner och fokus på kunskap, skiljer sig mycket från andra typer av organisationer? I så fall hur?
- Tror du att arbete baserat på bästa tillgängliga kunskap påverkas av att många inom organisationen har en profession? I så fall hur?

Forskare

Inledande fråga:

- Berätta om dig själv och vad du gör som forskare.

Vårdvalet och konkurrens

- Vad är syftet med valfrihetssystem och vårdval? Vad tror du är de största skillnaderna och förändringarna som det innebär i vården?
- Hur pass bekant är du med valet i mödravården? Är det något som särskiljer sig där jämfört med val av vårdcentral?
- Hur konkurrerar man när ett vårdval är infört? Hur lockar man till sig patienter?

Kunskapsstyrning och evidens

- Känner du till kunskapsstyrning? Vad vet du om det?
- Vad tror du krävs för att kunskapsstyrning ska fungera bra inom vården?
- Vad vet du om evidensbaserad ledning? Tror du detta kan fungera inom vården?