



LUNDS UNIVERSITET

Ekonomihögskolan

Institutionen för informatik

Implementeringar som räddar liv

En kvalitativ studie om hur man strukturerar för-ändringsledningen inom förimplementeringsprocess-en av informationssystem inom sjukvården.

Kandidatuppsats 15 hp, kurs SYSK16 i Informationssystem

Författare: Valdemar Andersen
Amelia Wilhelmsson

Handledare: Magnus Wärja

Rättande lärare: Markus Lahtinen
Umberto Fiaccadori

Implementeringar som räddar liv: En kvalitativ studie om hur man strukturerar förändringsledningen inom förimplementeringsprocessen av informationssystem inom sjukvården.

ENGELSK TITEL: Implementations that save lives: A qualitative study on how to structure the change management within the pre-implementation process of information systems within healthcare.

FÖRFATTARE: Amelia Wilhelmsson och Valdemar Andersen

UTGIVARE: Institutionen för informatik, Ekonomihögskolan, Lunds universitet

EXAMINATOR: Osama Mansour, PhD

FRAMLAGD: maj, 2022

DOKUMENTTYP: Kandidatuppsats

ANTAL SIDOR: 158

nyckelord: Hälsoinformationssystem, förimplementering, förändringsledning, kritiska framgångsfaktorer

SAMMANFATTNING (MAX. 200 ORD):

Inom en verksamhet där vardagen kretsar kring liv och död är det avgörande att förändringar sker utan större rubbning av dess kritiska processer, såsom vid implementeringen av ett nytt informationssystem. Syftet med denna studie är att kartlägga hur strategier inom den svenska hälso- och sjukvården hanterar förändringsledning i samband med förimplementeringsprocessen, i förhållande till sex kritiska framgångsfaktorerna som identifierats i litteraturen. Våra resultat visar att strategierna inom hälso- och sjukvården förhåller sig nära till de sex kritiska framgångsfaktorerna vid upplägget av deras strategiska val inom förimplementeringsprocessen. Däremot kan dessa strategiska förhållningssätt endast skapa förutsättningarna för förändring, men inte genomtvinga den. Dessa kritiska framgångsfaktorer inkluderar, 'Involvering och engagemang av intressenter', 'Projektledning', 'Involvering och engagemang av

vårdanställda', 'Upplärning av användare', 'Tydliga kommunikationsvägar' samt 'Stöd från ledningen'.

Innehållsförteckning

1	Introduktion.....	1
1.1	Bakgrund	1
1.1.1	Informationssystemens betydelse för den Hippokratiska eden	1
1.1.2	Förberedelser till systemimplementeringar inom vården	2
1.2	Problemområde.....	2
1.2.1	Applicering av förändringsledning och dess bidrag till patientsäkerheten	2
1.2.2	Förimplementering och dess påverkan på patientsäkerheten	3
1.3	Forskningsfråga	3
1.4	Syfte.....	3
1.5	Avgränsningar	3
2	Litteraturgenomgång.....	6
2.1	Förändringsledning.....	6
2.1.1	Användaracceptans.....	6
2.1.2	Kravspecificering - Top-down vs. Bottom-up	7
2.2	Förberedande aktiviteter till implementering	10
2.2.1	Strategisk grund.....	10
2.2.2	Igångsättning av projekt	11
2.2.3	Kartläggning av lägesbilden med hjälp av anställda	12
2.2.4	Medskapande och innovation.....	12
2.3	Associationen mellan förimplementering, förändringsledning och patientsäkerhetsincidenter	13
2.3.1	Implementeringsstrategier baserat på ramverk inom förändringsledning	14
2.4	Kritiska framgångsfaktorer inom förimplementering för förändringsledning av hälsoinformationssystem	18
2.5	Sammanfattning av litteraturgenomgången.....	21
3	Metod.....	22
3.1	Metodik.....	22
3.2	Intervjuerna.....	23
3.2.1	Inför intervjun	23
3.2.2	Under intervjun	25
3.2.3	Sammanställning av intervjuerna	26
3.3	Empiribearbetning	27
3.3.1	Kodning och tematisk analys	27

3.4	Validitet och reliabilitet	28
4	Empiriska resultat	29
4.1	Involvering och engagemang av intressenter	29
4.2	Projektledning.....	30
4.2.1	Anpassningar av förimplementeringsprocessen.....	30
4.2.2	Verksamhetsanpassningar inför förändringen.....	31
4.3	Involvering och engagemang av vårdanställda	32
4.4	Upplärning av användare.....	33
4.4.1	Förarbetet och framkallandet av utbildningsmaterial.....	33
4.4.2	Expertanvändare.....	34
4.4.3	Utbildningens längd kontra användarens datorvana	35
4.5	Tydliga kommunikationsvägar	35
4.5.1	Envägskommunikation - Informationsspridning.....	35
4.5.2	Tvåvägskommunikation - Kommunikation med anställda	36
4.5.3	Tvåvägskommunikation - Kommunikation med intressenter	36
4.6	Stöd från ledningen.....	37
4.6.1	Stöd i form av resurser och kommunikation	37
4.6.2	Sekundära arbetsflöden	38
5	Diskussion.....	38
5.1	Involvering och engagemang av intressenter	38
5.2	Projektledning.....	39
5.2.1	Anpassningar av implementeringsplanen.....	39
5.2.2	Verksamhetsanpassningar inför förändringen.....	40
5.3	Involvering och engagemang av vårdanställda	41
5.4	Upplärning av användare.....	42
5.4.1	Förarbetet och framkallandet av utbildningsmaterial.....	42
5.4.2	Expertanvändare.....	43
5.4.3	Utbildningens längd kontra användarens datorvana	43
5.5	Tydliga kommunikationsvägar	44
5.5.1	Envägskommunikation - informationsspridning.....	44
5.5.2	Tvåvägskommunikation - kommunikation med anställda	44
5.5.3	Tvåvägskommunikation - kommunikation med intressenter	44
5.6	Stöd från ledningen.....	45
5.6.1	Ledningsstöd	45
5.6.2	Sekundära arbetsflöden	46
6	Slutsats	47
	Appendix 1 - Intresseförfrågan.....	50

Appendix 2 – Ytterligare information vid intresse.....	58
Appendix 3 – Intervjuguide.....	60
Appendix 4 – Västra Götalandsregionen.....	65
Appendix 5 – Region Örebro län	89
Appendix 6 – Bortredigerad	112
Appendix 7 – Region Skåne.....	113
Appendix 8 – Region Gävleborg.....	130
Referenser.....	156

Figurer

Figur 1: Bergs (2001) representation av det ideala och framtida stadiet av en organisation och processen att jobba mot detta ideal.	8
Figur 2: En visualisering av Kübler-Ross modell av de fem stegen av sorg (hämtad från: https://slideplayer.com/slide/5921592/)	16

Tabeller

Tabell 1: Baserad på forskning av McAlearney et al. (2015) av de 10 olika implementeringsstrategierna med deras kopp-ling till Kübler-Ross 5 steg av sorg samt stadier inom organisationsförändring från Kotters 8-stegsmodell.....	17
Tabell 2: En sammanställning av de kritiska framgångsfaktorerna inom förimplementering av HIS för förändringsledning med fokus på personal	19
Tabell 3: En översikt över de intervjuer som utförs med information angående intervjupersonerna.....	27

1 Introduktion

1.1 Bakgrund

Svensk sjukvård upplever tendenser till en ökad komplexitet på både patient- och personalsidan i sin omvärldsbevakning. På patientsidan upplever vården mer pålästa och krävande patienter som lever allt längre, ett ökande fokus på den nära vården, samt en stärkt betoning på friskvård framför sjukvård (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2022; Olson & Krafft, 2019). En förändrad omvärld ses även på personalsidan, eftersom kompetensförsörjningen inte anses räcka till, särskilt enligt ett framtidsscenario från Kairos Future som pekar på svårare förutsättningar fram mot 2040 med ett ökat behov av specialiserad vårdkompetens, AI-experter, analytiker samt tvärvetenskapliga roller (Olson & Krafft, 2019). Sammanlagt pådriver dessa faktorer ytterligare behovet av effektivare vårdprocesser och av att arbeta med kvalitet, utöver regionernas redan existerande ambition om att modernisera sina arbetssätt och sina informationsstöd. Genom införandet av ett informationssystem kan allmänhetens hälsoinformation hanteras mer effektivt än tidigare analoga system, vilket i sin tur hjälpa vårdpersonal att få sin information centraliserad för att kunna ta mer informerade beslut, därmed minska sannolikheten för patientsäkerhetsincidenter baserat på saknad eller felaktig information (Bae, Rask & Becker, 2018). Implementeringen av informationssystem inom sjukvården har därav bidragit till att minska en signifikant del av patientsäkerhetsincidenter enligt Bae, Rask och Becker (2018), dock kan det även resultera i att patienter kommer till skada som följd (Han, Carcillo, Venkataraman, Clark, Watson, Nguyen & Bayir, 2005).

Det är en svår uppgift att försöka beskriva beståndsdelarna på ett typiskt IT-system inom vården, exempelvis har den svenska vården många system i bruk som implementerades för mer än 20 år sedan (Cederberg, 2016). Denna föråldring har inneburit problematik med interoperabilitet för tjänster såsom 1177.se där patienter ska kunna se sina hälsouppgifter online (Cederberg, 2016). Fredrik Öberg informerade även journalisten Carina Järvenhag (2018) att under hans därintill 20 år på Karolinska institutet jobbat kontinuerligt i flera olika system, och informationen om en enda patient kan finnas spridd på "hundratals ställen". I de fall som patienten kommer ifrån ett annat landsting är informationen ofta bristfällig eller saknad. Han fortsätter att belysa att detta leder till att kvaliteten riskeras såväl som arbetsmiljön och patientsäkerheten. Redan i 2006 påvisade Dahlin och Kuuse att hälsoinformationssystem bör fokuseras kring journalsystemet som är den dominerande källan för information (Dahlin & Kuuse, 2006). Detta utvecklar Dahlin och Kuuse(2006) med att eftersom mycket information om patienten kan bli redundant om det ska spridas över flera olika system. Detta leder oss därmed till nästa ämne om hur viktig tillgången och användningen av informationssystem är för personalen inom vården.

1.1.1 Informationssystemens betydelse för den Hippokratiska eden

Den Hippokratiska eden, även kallad läkareden, berör de skyldigheterna och moraliska ideologier som förväntas av en läkare (Lindberg, u.å.). Trots att dess typiska applikation, som

förhållningssätt till läkarkonsten, sammanfaller vikten av spridning och tillgång till information av relevans även inom systemsammanhang:

“Föreskrifter, föreläsningar och allt vad undervisning i övrigt kräver skall jag ge mina och mina lärares söner samt de lärjungar, som avgivit skriftlig och edlig förbindelse enligt läkares sed, men inte någon annan.” (Lindberg, u.å.)

Bullock (2014) anser att rent spekulativt kan teknologi vara av direkt assistans för läkare för att kunna upprätthålla sin hippokratiska ed i form av att få både tillgång, användning och delning av kunskap. Dock uppmärksammar Bullock (2014) även den nya problematiken för läkare att upprätthålla denna ed i anknytning till kunskapsägande, informationsöverbekymmer samt kvalitetskontrollering. Därav betonas vikten av att förberedelserna av systemimplementering inom vården är upplagda på ett sådant vis för att inte påverka vårdpersonalens arbete i alltför stor utsträckning, vilket leder till nästa ämnesområde.

1.1.2 Förberedelser till systemimplementeringar inom vården

Implementeringen av ett journalsystem inom vården är som tidigare nämnts ett sätt att centralisera information om patienter vilket liknar vad ett affärssystem gör för en privat verksamhet, alltså ett centraliserat informationssystem. Detta är dock inte bara en teknisk förändring, utan det är något som påverkar vårdkårens arbete, eftersom en implementering innebär förändringar på organisatorisk nivå för att anpassa sig systemet (Fletcher & Payne, 2017). Ur ett svenskt perspektiv har journalsystem ännu en likhet med affärssystem eftersom de i många fall är färdigköpta (Carpman, 2021). Faktumet att det rör sig om färdigköpta system betyder att sättet det implementeras på är av vikt för organisationen i motsats till konstruktionen av utvecklingsprocessen (Jeston, 2018). Härmed får implementeringen framför utvecklingsprocessen större vikt, och den bygger ofta på ett omfattande förarbete som ser till att planera implementeringen. Detta innebär bland annat tillhörande målformulering, strategiarbete, processorienterad verksamhetsförändring, förändringsledning samt konfigurationsplaner, med andra ord förberedelser både på mänskligt och tekniskt håll samt på process-nivå. Förändringsledning är i korthet en disciplin som fokuserar på hanteringen av människor som påverkas av organisatorisk förändring (Moran & Brightman, 2000). Ser man på implementeringen i stort har förberedelserna en betydande påverkan på hela driftsättningen och är därmed av vikt för hur systemet tas i bruk, vilket speglas av erfarenheter inom vården i USA. Till exempel hade två olika privata sjukhus olika erfarenheter av driftsättning av samma journalsystem, varav det ena upplevde en ökad vårdkvalité medan det andra upplevde en oväntad och beklaglig uppgång i dödlighet (Cebul, Love, Jain & Hebert, 2011; Han et al., 2005).

1.2 Problemområde

Trots de potentiellt positiva effekterna av implementeringen av ett informationssystem inom sjukvården finns det potential för negativa utkomster, annat än de typiska fallen av budgetöverskridning eller förseningar. Hos en pediatrik avdelning i Cleveland ökade dödligheten vid införandet av ett elektroniskt journalsystem, vilket tydliggör behovet av att applicera ett strukturerat sätt att implementera och förbereda personal och direkt påverkade arbetsprocesser inför driftsättningen av ett nytt hälsoinformationssystem (Han et al, 2005).

1.2.1 Applicering av förändringsledning och dess bidrag till patientsäkerheten

Här kommer förändringsledningens bidrag till en patientsäker implementering att belysas, som kan ha stor betydelse för implementeringen men som trots detta ofta är en förbisedd faktor (Jeston, 2018; Heath & Porter, 2018). Förändringsledning definieras av Moran & Brightman (2000, s. 66) således:

“... the process of continually renewing an organization’s direction, structure, and capabilities to serve the ever-changing needs of external and internal customers.”

Moran och Brightman (2000) utvecklar detta med att påpeka att det inte handlar om att leda och hantera förändringen i sig, men fokus ligger i stället på människan som utsätts för och upplever förändring. Denna process börjar ofta tidigt som en del av förberedelserna till implementeringen, alltså förimplementeringsprocessen, vilken kommer att belysas i följande avsnitt.

Utöver den ovannämnda aspekten av den direkta påverkan på patientsäkerhet kan arbetsförhållanden för vårdpersonalen försämrats. Exempelvis under implementeringen av region Skånes primärvårdjournalsystem PMO (Profdoc Medical Office) blev arbetsmiljöverket notifierad av fyra fackförbund att systemet var otillräckligt för de aktuella arbetsuppgifterna (Fridh & Lärka, 2021). Enligt Pattersons (2018) forskning tenderar medicinsk personal att använda egna lösningar för att slippa använda nya steg i arbetsflödet när övergången från ett pappersbaserat system övergår till hälsobaserad informationsteknologi. Det har dock argumenterats av medicinsk personal att elektroniska journalsystem ses som mer användbart av medicinska administratörer än för den faktiska patienten (Eason & Waterson, 2013). Detta eftersom systemet oftast baserats på de strategiska ledningskraven utan en formell bedömning av användarnas behov, och därmed deras arbetsprocesser. De resulterande lösningarna som medicinsk personal använder ses både som positivt, då det kan minska förändringsmotstånd (Barrett & Stephens, 2017), men mestadels negativt då det generellt anses som en ökad patientrisk (Halbesleben, Wakefield & Wakefield, 2008; Meeks, Smith, Taylor, Sittig, Scott & Singh, 2014; Stutzer & Rushton, 2015). Även processen att skriva in data i systemet har noterats som att ha en negativ påverkan på den medicinska personalens kommunikation med patienten (Bromall, Draus, Mishra, Slonka & Slonka 2019; Jingyan, 2016).

1.2.2 Förimplementering och dess påverkan på patientsäkerheten

Implementeringsprocessen börjar sällan vid driftstart, utan det förberedande arbetet inleds ofta tidigt och har betydelse för hur väl implementeringen anpassas verksamheten och vice versa (Jeston, 2018). Dessa förberedelser till själva implementeringen går även under termen förimplementeringsprocessen (Keshavjee, Bosomworth, Copen, Lai, Küçükyazici, Lilani & Holbrook, 2006). Denna process berör både processororienterade, organisatoriska och mänskliga aspekter av planeringen inför driftsättningen av ett nytt system (Keshavjee et al., 2006). Detta innebär flera aktiviteter, allt mellan de mänskliga som täcker strategisk styrning, projektledning, förändringsledning, involvering av intressenter, samt de processororienterade aktiviteterna som innefattar val och upphandling av mjukvara, säljande av projektets fördelar och de tekniska aktiviteterna såsom systemintegration och användbarhetsaktiviteter (Keshavjee et al., 2006; Heath & Porter, 2018). I denna uppsats kommer brännpunkten falla på de mänskliga aspekterna av förändringsledning och att involvera intressenter, vilket är något som är betydande för implementering av ny teknik, men som paradoxalt nog riskerar att förbigås inom vården (Jeston, 2018; Heath & Porter, 2018; Moran & Brightman, 2000). I sin helhet har implementeringsarbetet betydelse för patientsäkerheten, vilket illustrerats hos det tidigare exemplet med kliniken i Cleveland, och indirekt har förimplementeringsaktiviteter påverka på patientsäkerheten genom dess betydelse för hela implementeringen (Han et al., 2005).

1.3 Forskningsfråga

Det övergripande målet är att avgöra hur man kan utveckla förimplementeringsprocessen av nya informationssystem inom sjukvården för att försäkra patientsäkerheten, med huvudsakligt fokus på förändringsledning. För att nå detta mål kommer följande forskningsfråga att besvaras:

Hur förhåller sig strategier inom hälso- och sjukvården till förändringsledning av personal inom förimplementeringsprocessen av hälsoinformationssystem?

1.4 Syfte

Syftet med denna studie är att kartlägga hur strategier inom den svenska hälso- och sjukvården hanterar förändringsledning i samband med förimplementeringsprocessen, i förhållande till de sex kritiska framgångsfaktorerna som identifierats i litteraturen.

1.5 Avgränsningar

Först och främst kommer vi att fokusera på förändringsledning ur ett förimplementeringsperspektiv i form av en litteraturgenomgång samt kvalitativa intervjuer med aktiva strategiker inom IS/IT-hälsa. Detta kommer att utföras för att belysa problematiken med förändringsmotstånd och visualisera hur man kan kontrollera det inom implementeringen. För detta har Kotters 8-stegsmodell valts som berörs av bland annat Jeston (2018, s.533) och implementeringsstrategier av McAlearney, Hefner, Sieck & Huerta, (2015), detta för att sedan också kunna motivera olika val inom just implementeringen och konfigureringen specifikt inom

hälsoväsendet. Detta nyanseras sedan med paralleller till patientsäkerheten som har berörts av Campanella, Lovato, Marone, Fallacara, Mancuso, Ricciardi och Specchia (2016).

Vissa delar av förimplementeringsprocessen kommer dock inte att beröras eftersom fokuset för uppsatsen annars skulle bli för brett. Först och främst syftar detta på att uppsatsen inte kommer att beröra behovet av strategisk styrning från början innan projektet sätts i gång, men istället kommer fokus att ligga på förändringsledning som Jeston (2018) belyser som 60 % av arbetet vid processorienterad verksamhetsutveckling. Ej heller kommer tekniska aspekter att belysas eftersom Kaplan och Harris-Salamone (2009) drar upp teknologin som en mindre väsentlig faktor än kulturella, sociologiska och ekonomiska aspekter, därav inriktningen på förändringsledning. Upphandlingsprocessen som ser till att välja lämplig mjukvara är även utanför området för denna undersökning eftersom Jeston (2018) hävdar att valet av mjukvara har betydelse, men inte lika stor betydelse som implementeringen av den.

Studien kommer även nyanseras ytterligare av kritiska framgångsfaktorer som kommer spetsas för att inte bara matcha förimplementeringar inom hälsoinformatiönsystem, men även genom att begränsa det till förändringsledning av personal. Ett sådant fokus kommer att uppnås genom breda litteraturgenomgångar för att utveckla en förståelse kring den existerande forskningens vy angående kritiska framgångsfaktorer inom implementeringar av IS i sjukvården. Eftersom denna forskning är i ett relativt tidigt stadié har vi valt att inte avgränsa denna forskning till Sverige, utan ser över upptäckter och lärdomar från hela världen.

2 Litteraturgenomgång

2.1 Förändringsledning

Det är inte ett nytt fenomen för vårdpersonal att notera hälsorelaterad information i form av exempelvis rapporter, loggar eller journalanteckningar, det är dock nyare att applicera allt detta via teknologiska medel (Dahlin & Kuuse, 2006). Det är därmed värt att beröra hur denna flytt påverkar deras arbete, detta eftersom syftet med att applicera hälsoinformationssystem är för att göra det möjligt att öppna upp mer mänskliga resurser där de faktiskt behövs (Thomassen Andersen, 2019). Fördelarna med hälsoinformationssystem kommer sannolikt inte att bli fullt realiserade om vårdpersonal, till exempel sjuksköterskor som förväntas använda sådana verktyg för att betjäna patienter, underutnyttjar dem (Ifinedo, 2018). Att underlätta organisatoriska förhållanden för de vårdanställda påverkar positivt deras avsikt att använda implementerade system, det gör även deras datorvanor samt minskar deras ångest för systemanvändning (Ifinedo, 2018). Användaren och deras acceptans av det nya systemet inom förimplementeringsarbetet är därmed av signifikans att djupare beröra ur en hälsoväsendekontext.

2.1.1 Användaracceptans

Motivation är en vägande faktor för sjuksköterskors upplevda barriärer och hinder för att använda ett nytt hälsosystem. Forskning från Jedwab, Manias, Hutchinson, Dobroff och Redley(2021) indikerar en association mellan en implementering av ett nytt hälsoinformationssystem med nya kognitiva processkrav och förändringar av sjuksköterskors ritualiserade arbetsflöden, inklusive typ och metod för dokumentation och svar på automatiserade förslag. Dessa barriärer påvisar Jedwab med kollegor(2021) inkluderade möjligheten för kognitiv överbelastning vid användning samt behovet för dem att behöva träna inför sin användning av systemet. Detta kan innebära att det är av vikt att anpassa utbildningen av systemet efter användarnas tekniska bakgrund för att de inte ska behöva utföra träningen utanför arbetstid (Jedwab et al., 2021). Även upplärningsprogram som anpassas enligt praxisgrupp, till exempel ett särskilt upplärningsprogram till pediatriker, ökar hänsynen till gruppens tillhörande särdrag och uppgifter, vilket bidrar till acceptansen till teknologin och ett lämpligt sätt att använda tekniken (Sieck, Pearl, Bright & Yen, 2020; McAlearney, Robbins, Kowalczyk, Chisolm & Song, 2012). Andra utmaningar i anslutning till en implementation inkluderar att lära sig nya förmågor, förändra sitt dagliga arbete efter för att anta flera förändringar i sitt arbete. Sjuksköterskor uppfattade i Jedwab med kollegors (2021) studie även att kamratskap, lagarbete och optimism var nyckelverktyg för att stödja implementeringsframgång, pågående systemanvändning, förbättrat arbetsengagemang och bibehållande av anställda då det bidrar till arbetstillfredsställelse.

Problematiska aspekter inom arbetet för ökad användaracceptans inkluderar exempelvis den upplevda kontrollen av information i sig eftersom den också bör bedömas subjektivt, bristande kontroll över vem som har tillgång till den registrerade informationen samt bristande uppföljning (Thomassen Andersen, 2019; Jedwab et al, 2021). Det är dock värt att ta hänsyn

till att aspekter kopplade till användargränssnitt inte är av större värde än delar som berör exempelvis flexibilitet, för att kunna anpassas till vårdpersonalens individuella behov (Thomassen Andersen, 2019). Detta påvisar Thomassen Andersen(2019) eftersom ett bra användargränssnitt är direkt beroende på den som använder systemet, och situationen som den används inom. Därmed anser han att detaljerade standarder inom detta inte nödvändigt eller realistiskt, det som däremot gör större inverkan på acceptansen och därmed användningen av systemet är upplärningen i det.

Upplärning är av större vikt i och med att skickliga och patientsäkra användare kräver systematisk utbildning, helst så tidigt som möjligt i den inledande anställningsperioden vid befintliga system (Thomassen Andersen, 2019). Forskning från Owusu Kwateng, Appiah och Afo Osei Atiemo(2021) visar att när användare uppfattar det som att systemet förbättra deras prestation, blir det mer sannolikt att de anammar och använder systemet. Detta innebär att desto mer som användaren känner att systemet är till hjälp i utförandet av sina uppgifter och även tror att de får fler fördelar än nackdelar, resulterar i att de tar till sig och fortsätter använda systemet i högre utsträckning (Owusu Kwateng, Appiah & Afo Osei Atiemo, 2021). Det är därmed inte konstigt att de vårdanställdas upplevda hinder relaterade till motivation till att använda systemen inkluderade följande, bristande upplevd egen förtroenhet, begränsat förtroende för datorer eller negativ inställning till system som kan minska upplevd kompetens och resultera i systemundvikande (Jedwab et al, 2021). För att undvika detta kan organisatoriska strategier inkludera följande avseenden: fortlöpande utbildning, utvärdering och optimering av sjuksköterskors arbetsmiljö och att undersöka effekterna på patientvårdens kvalitet och sjuksköterskorna själva (Jedwab et al, 2021).

Användaracceptans har summerats i denna sektion, inom en hälsoväsendekontext, som en multifacetterad problematik där motivationen bemöter hinder från ändrade arbetsflöden till kognitiv överbelastning (Jedwab et al, 2021; Thomassen Andersen, 2019). Detta rekommenderas att bemötas genom specialanpassad upplärning efter användarens behov, det är även viktigt att betona fördelarna med förändringen för användarens egen arbetsprestation (Owusu Kwateng, Appiah & Afo Osei Atiemo, 2021; Jedwab et al, 2021). Betonningen på att skapa en bra gruppdynamik kan bidra till att även upprätthålla motivationen samt underlätta implementeringen, vilket kommer ha större slagkraft än specifika former av systemdesign (Thomassen Andersen, 2019). Nästa steg är därmed relaterade till hur man ska bemöta upplägget av en kravspecifikationerna då användargruppen sträcker sig över flera medicinska avdelningar samt administrativa roller.

2.1.2 Kravspecificering - Top-down vs. Bottom-up

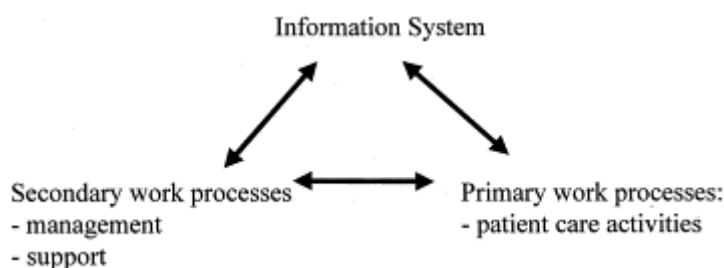
Vikten av hur man etablerar ett projekts prioriteringar bidrar till den slutgiltiga utformningen av en kravspecifikation, och dessa prioriteringar kan vara utformade med följande citats bedömning av vad projektframgång är.

”Quality and the ultimate success of a project are traditionally defined as meeting and/or exceeding the expectations of the customer and/or upper management in terms of cost (budget), time (schedule), and performance (scope) of the project”(Larson & Gray, 2018, s.106)

Dessa krav kan antingen vara utformade utefter två olika förhållningssätt av projektets ledarstil, top-down eller bottom-up. Top-down förlitar sig på individer av auktoritet, exempelvis ledningen, för att fastställa större mål som sedan kommer att filtrera ner till uppgifterna för anställda på de lägre nivåerna (Eby, 2018). Däremot har bottom-up en beslutsprocess som ger

hela personalen en röst i företagets mål, och inom kravspecifikationen för hälsoinformationssystem innebär detta att kraven utformas med antingen ledningen(top-down) eller de vårdanställda(bottom-up) i fokus (Eby, 2018). Därmed kommer denna sektion att beröra hur man ska förhålla sig till dessa två alternativt balansen mellan dem.

Berg (2001) ansåg att synen på att en implementering av ett hälsoinformationssystem ofta inte är mer än en realisering av ett planerat system inom en organisation. I stället argumenterar han att implementation av ett system har en direkt koppling till hälsoinstitutionens strukturer och processer. Detta eftersom, utvecklar Berg(2001), en implementation involverar en ömsesidig transformation av organisationen, vilket utspelar sig genom att systemet kommer att påverka arbetsuppgifternas fördelning och innehåll, förändra informationsflöden och påverka synligheten av dessa arbetsuppgifter och informationsflöden. På grund av detta kommer det också att förändra relationerna vårdpersonal och/eller annan personal, exempelvis kan det finnas meningsskillnader angående tillgång till information alternativt auktorisering (Berg, 2001). Därmed är nyckeln till en implementering av ett sådant system att se det som en organisationsutveckling. Visualiseringen som kan ses i figur 1 är Bergs (2001) beskrivning av att i varje steg mot utvecklingen av ett hälsoinformationssystem bör förändringen ske inom någon av dessa förhållningssätt. Antingen mot en omvandling av primära arbetsprocesser (patientomvårdnad), sekundära arbetsprocesser (administrativa eller stödåtgärder) och/eller kopplingen mellan de två, exakt hur detta presenterar sig inom det specifika vårdväsendet är baserat, menar Berg(2001), på de politiska influenserna som styr. Detta leder vidare till nästa ämne angående vilka röster som ska styra förarbetet, vems/vilkas krav som ska besitta största slagkraften under utvecklingen/konfigureringen av systemet i sig.



Figur 1: Bergs (2001) representation av det ideala och framtida stadiet av en organisation och processen att jobba mot detta ideal.

Eason och Waterson (2014) studerade hur implementeringar inom patientvård förhåller sig inom deras kravspecifisering. Deras slutsats från de berörda vårdväsendena är att överlag har bemötandet av ledningens behov över de behov som vårdpersonalen har som faktiskt möter patienterna. Detta uppenbarade sig i form av att exempelvis journalsystemen kräver datainmatning förutbestämda fält som sedan kan aggregeras för att ge ledningsrapporter, de informationsfält som krävs täcker ofta alla möjliga fall vilket gör dem mödosamma att slutföra (Eason & Waterson, 2014). Systemen kan även fungera, enligt Eason och Waterson (2014), som kontrollsystem som kräver att användarna bekräftar att de har vidtagit föreskrivna åtgärder och uppnått specificerade mål. Detta innebär att det upplevs som tidskrävande och därmed ökar sannolikheten för flaskhalsar inom rapporteringen samt redundant data eftersom det kan resultera att andra system, tekniska eller analoga, används i stället vid dialoger med patienter (Eason & Waterson, 2014; Berg, 2001). Värsta utkomst av detta är att varken vårdpersonalen eller ledningen får data som faktiskt representerar verkligheten, i form av fullständighet och den behandling som ges till patienterna. Det kan också innebära att viktig information om patienter som behövs för överlämningar till andra vårdinstitutioner uteblir. Eason och Waterson

(2014) fann också att designen av systemen i sig från mjukvaruföretagen tenderar att vara utformade efter generiska specifikationer av ledande personal för vilka standardisering, kontroll och ledningsrapportering är viktiga hörnstenar. Detta hade också resulterat i lokala småskaliga försök till bottom-up konfigureringar för att väga emot den problematik som användarna upplever, dock är det oftast komplext och därmed begränsat vilka förändringar som kan utföras (Eason & Waterson, 2014).

Det är från tidigare avsnitt tydligt att det är viktigt att utge en användarbaserad designprocess, detta för att försäkra att systemet matchar de arbetsprocesser som existerar, samt faktiskt används av vårdpersonalen (Jedwab et al, 2021; Owusu Kwateng, Appiah & Afo Osei Atiemo, 2021; Thomassen Andersen, 2019). Dock är det sannolikt, i och med alla diverse typer av vårdinriktningar och professionella arbetsroller, att informationsbehoven är för olika för att de alla ska kunna tillgodoses på ett system (Berg, 2001; Eason & Waterson, 2014). Därmed är nyckeln enligt Eason och Waterson(2014) appliceringen av interoperabla system som automatiskt kan extrahera information från ett system och mata in det i ett annat. Dock argumenterar Berg (2001) för att användarna är alltför okunniga om hur man specificerar krav av system för att kunna göra en simpel formering av en projektgrupp av flera potentiella användare som en lösning. Han rekommenderar i stället appliceringen utav etnografiska metoder. Etnografiska metoder studerar den detaljerade sociala organisationen av faktiska arbetsmetoder genom deltagarobservationsmetoder och djupintervjuer (Berg, 2001). Sådana metoder menar Berg(2001) kan belysa ömsesidiga beroenden mellan arbetsuppgifter, och demonstrera t.ex. hur uppgifter som verkar utföras på ett mycket varierande sätt kan finjusteras för att matcha ett sammanhang som är mycket varierande. Dessutom utvecklar han att användarna bör få prova föreslagna systemkonfigurationer i sina faktiska arbetsinställningar, för genom detta kan man belysa mer praktiska konstruktioner för interaktionen mellan människa och dator, eller mer effektiva sätt att koppla samman kraven från de faktiska arbetsuppgifterna med kraven från det valda systemet. Delaktigheten som Berg (2001) förespråkar ligger linje med ett generellt koncept om involvering av vårdanställda i både processdesign och systemkonfigurationer, vilket kommer att belysas mer ingående senare i avsnittet ”medskapande och innovation”.

Både Bergs (2001) studie samt den av Eason och Waterson(2014) belyser att det är viktigt att agera från en position mellan top-down och bottom-up, detta för att försäkra sig om att systemet passar de anställda men även inte blir för brett utan följer de strategiska förutsättningarna som vårdinstitutionen etablerat. Detta presenteras på ett tydligt sätt genom följande resultat från Bergs (2001, s.175)

“...a compromise between different demands would be optimized, and a synergy between the computer's aggregating and ordering powers and the physician's recording routines would be carefully crafted.”

Det är dock också värt att notera att det inte är möjligt enligt Berg (2001) att planera en implementation helt i förväg då under implementeringens gång kommer systemkraven utvecklas vidare. Detta kan ske enligt Berg(2001) genom oförutsägbar användning av systemet genom så kallade “workarounds”, vilket enligt Cambridge Dictionary(u.å.) är ett sätt att hantera ett problem eller få något att fungera trots problemet, utan att helt lösa det. Därav kan den slutgiltiga strategin från den faktiska implementeringsprocessen kontinuerligt utvecklas och anpassas efter oförutsägbarheter och konflikter (Berg, 2001). Detta kan liknas med ett gerillakrig såsom dramatiskt beskrivits av Glaser (2004, s.131) i följande citat.

“There is no single application system, no core set of capabilities, no single database that once installed will turn the tide in the battle to improve care.”

Care is too complex. There are no decisive battles here. Rather care improvement is a year-in, year-out, continuous set of initiatives: a form of guerrilla war. Wars can be won this way.”

Sammanfattningsvis är alltså viss experimenterande och kontinuerligt anpassande av vikt under förimplementeringsprocessen inom vården (Berg, 2001; Glaser, 2004). Påverkan på sådana projekt kan både härstamma från ledningen via top-down-processer samtidigt som det kan komma från andra hållet via bottom-up-processer, exempelvis i form av motreaktioner mot anpassningar mot ledningsrapportering, en sekundär process, som innebär en ökad dokumentationsbörda för vårdpersonal (Eason & Waterson, 2014; Berg, 2001). Trots betydelsen av att kunna anpassa förimplementeringen under arbetets gång finns det fortfarande fördelar med att ha ett strukturerat tillvägagångssätt som bas, vilket dras upp i följande avsnitt om förberedande aktiviteter innan implementering (Jeston, 2018).

2.2 Förberedande aktiviteter till implementering

I det följande kommer dessa aktiviteter dras upp på ett sätt som är delvist inspirerat av ett ramverk från Jeston (2018) för processororienterad verksamhetsutveckling, fast här appliceras ramverket på en vårdmiljö med tillhörande anpassningar. I denna kontext förstås processororienterad verksamhetsutveckling brett i och med att det har att göra med förändring av både informationsteknik, processer, organisationsstruktur och kommunikation (Jeston, 2018). Dessutom finns det organisatoriska aspekter som projektledning som bidrar med struktur, minimerar risker och fångar upp möjligheter för mervärde för verksamheten (Jeston, 2018). Andra halvan av begreppet, verksamhetsutveckling, förstås som en strävan mot att utveckla de tidigare nämnda aspekterna på ett sätt som gör vården mer tids- och kostnadseffektiv, mer sammanhållen på tvärs av avdelningar och höjer vårdkvaliteten och patientsäkerheten. Detta breda, processororienterade fokus har valts eftersom även ordet implementering förstås som ett brett begrepp. Ett journalsystem uppfattas inte som blott en teknisk artefakt, utan inkluderar en uppsättning roller och processer. Detta breda perspektiv betyder därmed att implementeringen likaså kommer att uppfattas som processororienterad, och därav motiveras fokuset på processororienterad verksamhetsutveckling. Förändringen, vilken ett byte av journalsystem är, är ofta omfattande, och beskrivs av Fletcher och Payne (2017) som den kanske mest avgörande förändringen en vårdanställd kan komma att uppleva i sitt professionella liv.

I samband med processororienterad verksamhetsutveckling finns det även organisatoriska och tekniska kompetenser och en rad andra discipliner som behövs för verksamhetsutveckling utöver den mänskliga faktorn. Dessa faller dock utanför uppsatsens omfattning och kommer därför inte att beröras ingående. Följande avsnitt är löst strukturerade enligt Jestons (2018) ramverk för processororienterad verksamhetsutveckling, och börjar med strategiarbetet som formulerar mål och strategier, efterföljt av igångsättning av projekt. Dessa mynnar ut i de följande två avsnitten om arbetet med att ta fram en lägesbild på organisationen och avslutar med innovationsarbetet som bygger på de föregående stegen (Jeston, 2018).

2.2.1 Strategisk grund

Till en början drar Keshavjee et al. (2006) upp vikten av ett föregående strategiarbete som bildar en grund för större projekt som medför grundläggande ändringar i verksamheten. Syftet är här att säkra en gemensam, klar målbild på både verksamhets- och projektnivå som ligger till

grund för verksamhetsutvecklingen och minskar risken för konflikt på en senare tidpunkt (Fletcher & Payne, 2017; Keshavjee et al., 2006; Jeston, 2018). Jeston (2018) problematiserar däremot värdet av strategiarbete eftersom värdet inte realiseras förrän det verkställs i organisationen och att det därmed finns risk för ett glapp mellan strategin och det reella verkställandet av den. Fortsättningsvis lägger Jeston (2018) vikt på att slå en bro över detta gap mellan strategi och dess verkställandet genom operationell effektivitet och ledningseffektivitet som är en förutsättning för processtyrning och innovation i sig. Särskilt ledningseffektiviteten är relevant i denna uppsats, eftersom den består av goda förutsättningar för innovation och drift av verksamhetens processer, vilket bland annat innebär förändringsledning och ett förhållnings-sätt som engagerar anställda (Jeston, 2018; Karsh, 2004; Heath & Porter, 2018).

Sedan finns även frågan om beslutsvägar, och som oftast är det i någon grad toppstyrt i stor-skaliga projekt för verksamhetsutveckling, vilket implementeringen av ett nytt journalsystem kan anses vara (Jeston, 2018; Fletcher & Payne, 2017). En toppstyrd implementering, även kallad en top-down-implementering, betyder även att styrelsen behöver vara pådrivande med en mission och målsättningar. Detta faktum ligger i linje med att stöd från ledningen anses vara en kritisk framgångsfaktor (Protti, 2002). Denna diskussion kommer att belysas i större detalj senare i uppsatsen.

För att organisationen ska kunna nyttja målbilden som tas fram är det viktigt att den kommuniceras ut och säljs i verksamheten för att skapa medvetenhet om och anslutning till den (Jeston 2018; Latham, Winters & Locke, 1994). Denna målbild består delvis av en målbild för processtruktur och tillhörande resultatstyrning med mätetal som definieras i samband med processerna, vilket har som syfte att skapa incitament för prestanda och synliggöra den (Jeston, 2018). Denna målbild mynnar ut i ett eller flera projekt som sätts i gång på ett strategienligt och målinriktat sätt.

2.2.2 *Igångsättning av projekt*

I projektets tidiga stadie lägger flera författare vikt på kommunikation som informerar anställda och intressenter om projektets omfattning, mål och tidsram (Jeston, 2018; Naratharaksa, Speece, Newton & Bulyalart, 2016; Keshavjee et al., 2006). Latham, Winters och Locke (1994) påpekar vidare att det ses en ökad motivation när organisationen inte bara informeras om projektets syfte men att dess värde även motiveras och säljs till berörda parter. Jeston (2018) fokuserar särskilt på att involvera intressenter och anställda innan projektet sjösätts för att avstämna förväntningar, engagera dem i kravinsamlingsarbetet och i samma veva ögna möjligheter för snabba vinster. Involvering av vårdpersonal i sig är även en framgångsfaktor som bidrar till engagemang och tillit (Karsh, 2004).

Latham, Winters och Locke (1994) förknippar dessutom delaktighet med en ökad egenförmåga, ett begrepp Bandura (1986) definierat som tilltro till ens egna förmåga att genomföra en specifik uppgift. Denna egenförmåga fungerar som en mellanliggande variabel eftersom den i sin tur påverkar prestandan (Latham, Winters & Locke, 1994; Hannah, Schaubroeck & Peng, 2015). Vidare kan anställda som berörs av beslut och får delta i beslutsfattandet ofta bidra till mer lämpligt utformade strategier och beslut, förutsatt att de har relevant kunskap inom ämnet. Kvaliteten av dessa strategier går att se som ännu en mellanliggande variabel som likt egenförmågan bidrar till projektets genomförande (Latham, Winters och Locke, 1994). Detta koncept applicerat i en vårdmiljö kan tala för delaktighet från kåren i beslutsfattande för vårdprocesser, eftersom de har ämneskunskap och kan bidra med praktisk insikt i vad som ska ändras och hur (Vink, Imada & Zink, 2008). Jeston (2018) går steget vidare och

förespråkar användarledare med mandat att besluta egenhändigt i processfrågor för att representera anställda samt att involvera intressenter i utformandet för att säkra att de nya processerna accepteras. Dock påpekar Locke, Latham och Erez (1988, s. 31) att en ”berätta-och-sälj”-metod engagerar berörda lika effektivt som deltagande målsättning, vilket är särskilt relevant vid stora förändringsprojekt som ofta är toppstyrda (Jeston, 2018).

2.2.3 Kartläggning av lägesbilden med hjälp av anställda

Jeston (2018) drar upp kartläggning av de existerande processerna som en förutsättning för senare innovation. Detta eftersom den ökade insikten kring de befintliga processerna kan starta en diskussion kring vilka problem och förbättringsmöjligheter som finns, däribland potentiella snabba vinster. Denna kartläggning av förbättringsmöjligheter går även att tolka som en sorts aktivitet för målsättning, och här har involvering en positiv effekt på kvaliteten av de mål och strategier som tas fram, samt är det ett sätt för personalen att få gehör (Jeston, 2018; Latham, Winters & Locke, 1994). En kartläggning är även en möjlighet att få överblick över vilken kompetens och kunskap som hör till en specifik process för att enklare identifiera behov för andra kompetenser i samband med den följande innovativa fasen (Jeston, 2018). Dessutom kan något av denna kunskap dokumenteras i form av manualer och appliceras i utformandet av informationssystemet som stödjer processen i fråga, vilket kan vara av särskild vikt för processer med hög volym inom vården som i högre grad bygger på explicit kunskap (Jeston, 2018; Wyatt, 2001). Med andra ord är upplärning och fortbildning betydande för att kunna dra nytta av innovationen som tas fram (Sieck et al., 2020; Ash & Bates, 2005; McAlearney et al., 2012). Hur upplärningen tillrättaläggs och hur tillhörande material tas fram för att säkra lämpligt användande av systemet kan pedagogiska principer bidra, särskilt tillvägagångssättet om att lära genom att göra samt lärande från andra kollegor och expertanvändare (McAlearney et al., 2012). Även här i ett upplärningssammanhang spelar egenförmågan en roll, eftersom användare som ser en demonstration av användning har en ökad egenförmåga vilket i sin tur påverkar förmågan att använda systemet på ett lämpligt sätt, vilket exempelvis är tillfället med kollegialt lärande (Compeau & Higgins, 1995). Lärande från kollegor som agerar som förkämpar i förändringsprojektet bidrar inte bara med en pedagogisk roll, utan också en motiverande roll som bidrar till att blidka förändringsmotstånd, särskilt hos kollegor som har samma specialisering (Sieck et al., 2020). Även här är delaktighet från kåren relevant, eftersom det ofta är de som har störst förståelse för sina arbetsuppgifter (Vink, Imada & Zink, 2008). Därav kan delaktighet bidra till upplägget på upplärningen, främja lämplig användning och ge möjlighet att anpassa upplärningen utifrån vilken avdelning det rör sig om (Sieck et al., 2020).

2.2.4 Medskapande och innovation

Utmaningen med att göra patientresan smidig genom sammanhållning och samverkan på tvärs av avdelningar är inte något som är unikt för vården, utan samma problematik upplevs inom den privata sektorn där den funktionella verksamhetsstrukturen ibland går stick i stäv med dess processer (Jeston, 2018; Region Gävleborg, 2021). Här kan personalens deltagande igen gynna diskussionen om effektivisering av processer, fast nu med ett större fokus på hur tidigare upptäckta problem och förbättringsmöjligheter kan realiseras (Jeston, 2018). Sieck et al. (2020) samt Leslie, Heard, Garde och McNicoll (2009) drar vidare upp vikten av att involvera vårdanställda vid det tekniska utformandet för att bidra till ett system som passar med deras

mentala representation av vårdssituationen. Exempelvis är det vårdpersonal som är mest kunniga inom vårdarbetet vilket är en av anledningarna till involvering av personal i konfigurationsprocessen. I samband med dessa lösningar kan scenarion och demonstrationer även här vara av nytta, eftersom de säkrar att lösningen är lämplig i praktiken, särskilt i komplexa fall (Bowen, Dearden, Wright, Wolstenholme & Cobb, 2010).

Vad angår tekniska aspekter är det fortfarande relevant att involvera kåren eftersom de med domänkunskap bidrar till en mer fullständig kravinsamling, men inte med ett lika stort bemyndigande som inom beslut kring arbetsflöden (Leonard-Barton & Sinha, 1993). Leonard-Barton och Sinha (1993) problematiserar konceptet om involvering av personal vid implementeringsprojekt eftersom det finns risk att tekniken anpassas enligt existerande processer i stället för att anpassa verksamheten åt andra hållet. Vid anpassning av verksamhetens arbetsätt går det att realisera potentialen med förbättrade processer framför att implementera ett system som cementerar status quo (Leonard-Barton & Sinha, 1993). En avpassad grad av involvering är fortfarande viktig för att säkra att anpassningarna mellan implementering och verksamhet är tvåsidig (Leonard-Barton & Sinha, 1993; Latham, Winters & Locke, 1994).

Även här är delaktigheten relevant som en positiv faktor för den upplevda egenförmågan och i sin tur genomförandet av förändringen (Latham, Winters & Locke, 1994). Dessutom har deltagandet fördelar för kvaliteten och lämpligheten av beslut genom att anställda kan bidra med praktisk kunskap förutsatt att det är inom deras kompetensområde (Latham, Winters & Locke, 1994; Vink, Imada & Zink). Slutligen bidrar återkoppling från personalen ytterligare till lämpliga lösningar genom att lösningarna anpassas eller bekräftas (Vink, Imada & Zink, 2008; Jeston, 2018).

2.3 Associationen mellan förimplementering, förändringsledning och patientsäkerhetsincidenter

I det följande kommer koncepten från de tidigare avsnitten om förändringsledning och förimplementering att relateras till patientsäkerhetsrisker. Övergår man till patientsäkerhetsperspektivet är tillvägagångssättet av implementeringen också av vikt, särskilt med tanke på riskerna för patientsäkerheten som är på spel vid en implementering av ett nytt journalsystem (Han et al, 2005).

Vid interaktion med informationssystem inom vården, exempelvis journalsystem, finns det bland annat risk för fel från mjuk- och hårdvara, alltså mekaniska fel, och risk för interaktionsproblem mellan system och vårdgivare, till exempel i form av felinmatningar (Palojoki, Mäkelä, Lehtonen & Saranto, 2016). Interaktionsfel är den typen av fel som inträffar oftast (Palojoki et al., 2016). Trots att det förekommer ökad risk för interaktionsfel i samband med en implementering av journalsystem har flera studier slagit fast att de på sikt ökar efterlevnaden av vårdriktlinjer, minskar medicineringsfel och generellt bidrar till patientsäkerheten (Campanella et al., 2016, Palojoki et al., 2016; Doolan, Bates & James, 2003). Efterlevnad av riktlinjer är inte bara associerad med fördelar för patientsäkerheten, utan är även förknippad med mer kostnadseffektiv vård (Fritz, Cleland & Brennan, 2007). Fördelarna med patientsäkerhet och kostnadseffektiv vård realiserar dock inte alltid, även i vissa fall då samma informationsteknologi används, eftersom uppfyllelsen av fördelarna beror på tillvägagångssättet för och förberedelserna inför implementationen (Campanella et al., 2016, Alotaibi & Federico, 2017; Sittig & Singh, 2015).

Implementeringen påverkas särskilt av sociotekniska faktorer som är beroende av varandra som bland annat rör människa-dator-interaktion, arbetsflöden, mänskliga aspekter såsom upplärning samt gränssnittsinnehåll bestående av klinisk information, som även kallas kliniskt innehåll (Sittig & Singh, 2015; Tanner, Gans, White, Nath & Pohl, 2015). Detta betyder som tidigare nämnts att implementeringsprocessen inte bara behöver anpassa sig den befintliga verksamheten, utan även förändra verksamheten åt andra hållet (Leonard-Barton & Sinha, 1993; Sittig & Singh, 2015). Detta förberedande arbete inleds ofta i ett tidigt skede och berör ändringar i arbetsflöden och mänskliga faktorer som etablerade hierarkier och befintlig kompetens för att kunna realisera journalsystemets potentiella fördelar (Sittig & Singh, 2015; Tanner et al., 2015; Alotaibi & Federico, 2017). Detta betyder att förimplementeringsprocessen delvist innebär en ändring av existerande arbetssätt och strukturer som personalen är van vid, vilket kan ge anledning till förändringsmotstånd eller till och med sorg över förlusten av det gamla sättet att utföra arbetet på (McAlearney et al., 2015; Heath & Porter, 2018). För att hantera detta förändringsmotstånd förespråkar Heath och Porter (2018) behovet av förändringsledning i sådana projekt vilket är en faktor som ofta förbigås. Går man steget vidare från förändringsmotstånd till realiseringen av fördelar lägger Campanella et al. (2016) och Keshavjee et al. (2006) vikt på behovet av ett strukturerat tillvägagångssätt för implementeringen och förberedelserna till denna. Därför belyser vi strukturerade ramverk för förändringsledning i förimplementeringsprocessen i de följande avsnitten.

2.3.1 Implementeringsstrategier baserat på ramverk inom förändringsledning

Enligt forskning av McAlearney et al. (2015), kan införande och användning av ett hälsoinformationssystem underlättas om man kontextualiserar införandet genom perspektivet av förlust och sorg. McAlearney et al. (2015) applicerar denna inom implementering med hjälp av en organisatorisk förändringshanteringsmodell, specifikt Kotters 8 Stegsmodell, för att sedan kartlägga dessa två strategier tillsammans för att utveckla 10 konkreta implementeringsstrategier (se Tabell 1). För att kunna förstå hur McAlearney och kollegor har kommit fram till de 10 implementeringsstrategierna behöver man förstå vad Kotters 8-stegsmodell är och i vilket sammanhang som det används. John P. Kotter, skaparen av Kotters 8-stegsmodell, är en stark ledare inom forskning kopplad till förändringsledning och skapade modellen för att bidra till en metodik baserat på kritiska framgångsfaktorer för verksamhetsförändring som han själv hade identifierat (Kotter Inc., 2021). Han skapade dessa steg genom att följa ledare och organisationer under 40 års tid när de försökte omvandla eller genomföra sina strategier. Det är en modell där var steg kan nyanseras och fördjupas ytterligare, vilket Kotter har gjort med böcker baserat på ett steg åt gången, dock är de övergripande stegen summerade av Kotter Inc. (2021) på följande vis;

1. **Etablera en känsla av angelägenhet** – Hjälpt andra att se behovet av förändring genom ett ambitiöst möjlighetsuttalande som kommunicerar vikten av att agera omedelbart.
2. **Formera en kraftfull vägledande koalition** – En så kallad “frivilligarmé” behöver en koalition av effektiva människor för att vägleda den, samordna den och kommunicera dess aktiviteter.
3. **Skapa strategisk vision och initiativtagande** – Förtydliga hur framtiden kommer att skilja sig från det förflutna och hur du kan realisera den framtiden genom initiativ kopplade direkt till visionen.
4. **Anlita en frivillig armé** (Tidigare “Kommunicera vision”(McAlearney et al, 2015)) – Storskalig organisationsförändring kan bara ske när ett enormt antal människor samlas

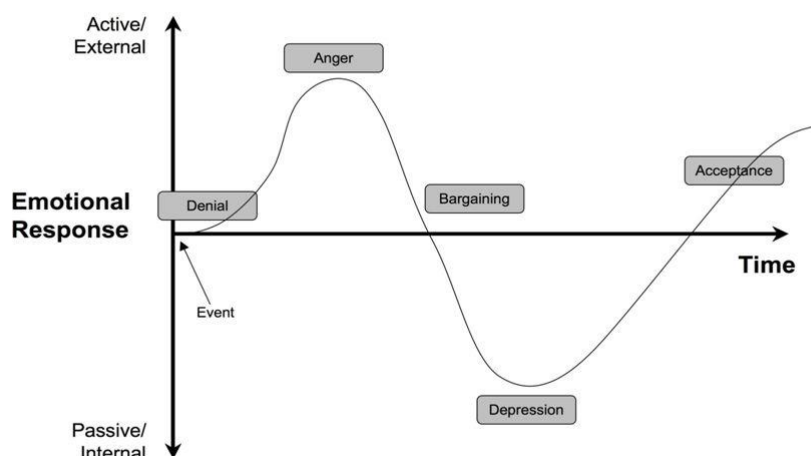
kring en gemensam möjlighet. De måste vara investerade och uppleva angelägenheten för att driva förändringen, detta för att alla ska vara på väg åt samma håll.

5. **Stärk andra till att agera genom att ta bort hinder** – Att ta bort hinder såsom ineffektiva processer och hierarkier ger den frihet som krävs för att arbeta förbi silos och skapa verklig effekt.
6. **Planera för och skapa kortsiktiga segrar** – Vinster måste erkännas, samlas in och kommuniceras kontinuerligt för att spåra framsteg och ge volontärer energin att härda ut.
7. **Konsolidera accelerationen** – Accelerera tempot efter de första framgångarna. Den ökade trovärdighet kan förbättra system, strukturer och policyer. Var obeveklig med att initiera förändring efter förändring tills visionen är verklighet.
8. **Institutionalisera nya tillvägagångssätt** – Betona sambanden mellan de nya beteendena och de organisatoriska framgångarna, se till att de fortsätter tills de involverade parterna blir självsäkra nog att ersätta sina gamla vanor helt.

Modellen av Kotter är därav relevant för utformningen av ett ramverk inom organisationsstrategi eftersom ett tydligt förhållningssätt inom förändringsledningen krävs för att strategin ska accepteras av verksamheten i helhet (McAlearney et al, 2015). Nästa steg för att uppnå en framgångsrik implementeringsstrategi, anser McAlearney och kollegor i 2015, är anslutet till Kübler-Ross modell för kategoriseringen av sorg, specifikt från hälsoväsendets syn på implementeringen av ett hälsoinformationssystem.

McAlearney et al. (2015) noterade genom intervjuer med 47 läkare samt 35 administrativa personal att det existerade en känsla av förlust bland läkarna vid implementeringen. Detta genom en upplevd professionellförlust som är oundvikligt inom organisationsförändringar, detta inkluderar även förlusten av värdefull expertkunskap (från den tidigare etablerade tekniken), samt en förlust av makt. Den administrativa personalen noterade även för McAlearney och kollegor (2015) att det var på grund av denna förlorade känsla av expertkunskap men även bekvämlighet som ökade sannolikheten för läkare att hålla fast i gamla rutiner. Medan makt förlusten var kopplad till att nya läkare, som upplevs som mer kunniga av datorer än äldre läkare, låg i ett maktbyte där dem inte blev upplärda av de äldre läkarna utan tvärtom, men även för att system tvingar efterlevnad av standarder som innebar att de inte längre kunde dirigera uppgifter till yngre läkare samt sjuksköterskor (McAlearney et al., 2015). Därmed kan man applicera den Kübler-Ross modell för kategoriseringen av sorg. McAlearney et al. (2015) specificerade att de specifika fem stegen från modellen som krävs som faser av personlig förändring för läkare som inför och integrerar ett hälsoinformationssystem inkluderar förnekelse, ilska, förhandling, depression och acceptans (se Figur 2). De följande problematiska situationerna för varje fas har sitt korresponderande steg i Kotters modell samt den rekommenderade implementeringsstrategin representerade i tabell 1.

5 Stages of Grief Cycle



Figur 2: En visualisering av Kübler-Ross modell av de fem stegen av sorg (hämtad från: <https://slideplayer.com/slide/5921592/>)

McAlearney et al. (2015) identifierar det första stadiet av Kübler-Ross modellen, förnekelse, som ett där individer kan uppleva chock och/eller känna sig överväldigade. I samband med implementering av hälsoinformationssystem karakteriserade de detta som en indikation att läkare kämpar med förlust. Läkare angav själva i studien att kulturchocken för implementering var signifikant, dessutom var det viktigt att uppfattningen att detta förnekande skede måste erkännas och åtgärdas för att inte resultera i för stor motkraft. McAlearney med kollegor (2015) rekommenderade därav två implementeringsstrategier, nämligen att hantera förväntningarna samt argumentera för kvalitén av implementeringen för att bemöta förnekelse inom ramen för steg "Etablera en känsla av angelägenhet" och "Skapa strategisk vision och initiativtagande" från Kotters 8-stegsmodell.

Det andra stadiet av sorg, ilska, kräver enligt McAlearney et al. (2015) ett erkännande av den underliggande smärtan. Det var en förändring, beskrev McAlearney och kollegor (2015), som hade resulterat i att läkarna var frustrerade eftersom, exempelvis, de upplevde att administratörerna var mer fokuserade på att bara lägga in ordern i systemet i stället för att lyssna på vad som sades. Detta resulterade i ytterligare steg som fick arbetsflödet att framstå som mer "hackigt". För att bemöta denna ilska inom Kotters steg "Formera en kraftfull vägledande koalition" samt "Anlita en frivillig armé (kommunicera vision)" rekommenderade McAlearney med kollegor (2015) följande tre implementeringsstrategier, Rekrytera "Champions", kommunicera och uppmärksamma att det är en smärtsam förändring.

Det tredje stadiet av sorg, förhandling, omfattar aspekter av förhandling och försök att konstruera avvägningar för att undvika förändringen eller legitima beredskapsmetoder (McAlearney et al, 2015). En förhandlingsmetod som indikerade implementeringsmisslyckande när läkare valde att gå i pension i stället för att anta ett nytt system menar studien. När läkare utåt antog system, hittade andra läkare sätt att undvika att faktiskt interagera med systemet., de kunde exempelvis erkänna den positiva potentialen i implementering av ett system, men bara när de beskrevs tillsammans med systemets nackdelar (McAlearney et al, 2015). Inom stadiet

förhandling har de korresponderande tre stegen i Kotters, ”Stärk andra till att agera genom att ta bort hinder”, ”Planera för och skapa kortsiktiga segrar” och ”Planera för och skapa kortsiktiga segrar”, följande tre implementeringsstrategier från McAlearney med kollegor (2015), ”Förse med en bra utbildning”, ”Förbättra funktionalitet när det finns möjlighet” samt ”Erkänn konkurrerande prioriteringar”.

Sorgens fjärde stadie, depression, framkommer när individer börjar hantera känslor av hopplöshet och otillräcklighet (McAlearney et al, 2015). Detta genom att de nya användarna kunde börja gråta och uttrycka en önskan att antingen lämna sin nuvarande position eller gå i pension. Intervjupersoners beskrivningar av detta skede speglade hur läkarna verkligen kände sig nedslående och tomma, och antydde inte någon känsla av hopp för framtiden. I kontrast med detta stadie, kännetecknades det femte och slutgiltiga stadiet av sorg, acceptans, av kommentarer som indikerar realistisk acceptans av en förändrad verklighet och en förhoppning på en bättre framtid som inkluderade det implementerade systemet (McAlearney et al, 2015). Vissa användare försökte dock göra sitt gamla arbete i systemet, i motsats till att förnya, och använde de nya funktionerna för att förändra sättet de arbetar på argumenterar McAlearney med kollegor (2015). På samma sätt verkade inte alla övertygade av implementationens framgång, administratörer karakteriserade denna brist på acceptans genom att beskriva återstående problem, vilket inkluderade utmaningarna efter implementeringen för läkarna att verkligen ta sin äganderätt för applikation och få den att bli en del av deras vardag (McAlearney et al, 2015). Detta var en signifikant problematik för administratörerna eftersom de ville uppehålla en högre standard på informationssystemen, vilket var beroende av input från bland annat dessa missnöjda läkare (McAlearney et al, 2015). Således, även om acceptansfasen verkade vara ett lämpligt sätt att karakterisera systemimplementering var tidsramen för acceptans inte förutsägbar, och det fanns betydande variationer i användarnas perspektiv om det nya systemet (McAlearney et al, 2015). Därmed har depressionsstadiet inom ramen för Kotters 8-stegsmodell, ”Konsolidera accelerationen” implementeringsstrategin ”Ge tid för anpassning”, medan stadiet för acceptans inom ”Institutionalisera nya tillvägagångssätt” den rekommenderade implementeringsstrategin ”Främja en bättre men förändrad framtid” (McAlearney et al, 2015).

Tabell 1: Baserad på forskning av McAlearney et al. (2015) av de 10 olika implementeringsstrategierna med deras koppling till Kübler-Ross 5 steg av sorg samt stadier inom organisationsförändring från Kotters 8-stegsmodell.

#	Kübler-Ross modell	Kotters 8-stegsmodell	McAlearney et al. 10 Implementeringsstrategier
1	Förnekelse	Etablera en känsla av angelägenhet	Hantera förväntningar
2	Förnekelse	Skapa strategisk vision och initiativtagande	Argumentera för kvalitet
3	Ilska	Formera en kraftfull vägledande koalition	Rekrytera ”Champions”
4	Ilska	Anlita en frivillig armé (kommunicera vision)	Kommunicera
5	Ilska	Anlita en frivillig armé (kommunicera vision)	Uppmärksamma att det är en smärtsam förändring

6	Förhandling	Stärk andra till att agera genom att ta bort hinder	Förse med en bra utbildning
7	Förhandling	Planera för och skapa kortsiktiga segrar	Förbättra funktionalitet när det finns möjlighet
8	Förhandling	Planera för och skapa kortsiktiga segrar	Erkänn konkurrerande prioriteringar
9	Depression	Konsolidera accelerationen	Ge tid för anpassning
10	Acceptans	Institutionalisera nya tillvägagångssätt	Främja en bättre men förändrad framtid

Med dessa 10 implementeringsstrategier baserat på förhållningssätt utifrån förändringsledning har en grund etablerats för associationen mellan förimplementeringen och förändringsledningen. Men för att ytterligare bredda den litterära ryggraden behövs inte endast strategier för specifika händelseförlopp, men även mätetal för att kunna kontinuerligt bedöma implementeringens framgång kontinuerligt. Baserat på den avgränsningen inom förimplementeringen som har etablerats för denna uppsats kräver det att vinkeln är utformad efter denna specificering. Därav har ytterligare litteratur berörts utöver den ovanstående för att skapa kritiska framgångsfaktorer för hälsoinformationssystem inom förimplementering specifikt inom vinkeln av förändringsledning av personal. Inte bara ger det en mer konkret vy av faktorer som är av relevans för denna vinkel, men också kommer det att agera som en solid utgångspunkt för att formulera mervärde av intervjufrågorna i kommande sektion för att inte gå utanför studiens omfattning.

2.4 Kritiska framgångsfaktorer inom förimplementering för förändringsledning av hälsoinformationssystem

Koncepten och ramverken som rör förändringsledning och involvering av anställda som har berörts ovan kan även användas i arbetet med att hitta och välja ut framgångsfaktorer som är relevanta inom den här uppsatsens fokus, vilket är vad detta avsnitt kommer att göra. Kritiska framgångsfaktorer i denna uppsats förstås enligt Pinto och Slevins (1987) definition, nämligen som faktorer som ökar chanserna för en framgångsrik implementering av ett projekt ifall de tillmötesgår under projektets gång, i detta fall driftsättningen av ett journalsystem. Framgångsfaktorerna är baserade på hälsoinformationsframgångsfaktorer i helhet för att sedan ha blivit avhugget utefter en bedömning av vilka steg som var innan alternativt efter den specifika sektionen som denna studie har som fokuspunkt. Detta eftersom specifika framgångsfaktorer för denna snäva vinkel inte har någon konkret representation inom hälsoinformatikens forskningsområde.

Till en början finns framgångsfaktorn som rör involvering och engagemang av intressenter. En kontinuerlig involvering bidrar till att de relevanta intressenterna får inflytande på projektmålen vid implementering av nya journalsystem för att undvika konflikter, säkra lämpligheten av framtagna lösningar och öka acceptansen för implementeringen i stort (Keshavjee et al., 2006; Fragidis & Chatzoglou, 2018; Safdari, Ghazisaeidi & Jebraeily, 2015; Jeston, 2018).

Den nästa kritiska framgångsfaktorn är projektledning, som här ska förstås som en lämplig struktur av ledarpositioner och en löpande hantering av projektets delar som bland annat berör projektmål, projektets omfattning och verksamhetsanpassning till organisationens strategi i stort och även dess IT-strategi (Fragidis & Chatzoglou, 2018; Safdari, Ghazisaeidi & Jebraeily, 2015; Narattharaksa et al., 2016). Denna framgångsfaktor fokuserar på att bidra med en struktur och en lämplig planering som ser till att arbetet föregår enligt uppsatt budget, tidsram och strävar mot överenskomna mål för projektet (Fletcher & Payne, 2017; Keshavjee et al., 2006).

Som den tredje kritiska framgångsfaktorn finns involvering och engagemang av vårdanställda för att säkra klinisk representation vid ändring av arbetsflöden, organisationsstruktur, framtagning av upplärningsmaterial, konfiguration av journalsystemet och förändringsledning inom ramen för förimplementering (Karsh, 2004; Narattharaksa, 2016; Gray, 2014; Fragidis & Chatzoglou, 2018; Safdari, Ghazisaeidi & Jebraeily, 2015).

Upplärning av användare är även en sorts engagemang av vårdpersonal och överlappar således med den sista kritiska framgångsfaktorn. Här ligger fokus dock på planering och prioriteringen av upplärningen som kan öka den upplevda nyttan och användbarheten och främja acceptansen i slutändan (Owusu Kwateng, Appiah & Afo Osei Atiemo, 2021). Med upplärning menas både upplärning ur ett generellt perspektiv som syftar att förbättra datorvanan samt specialiserad upplärning inom programmets funktioner på ett sätt som är anpassat enligt praxisgruppen som kommer att nyttja specifika funktioner inom sitt arbete (Sieck et al., 2020; McAlearney et al., 2012). Gray (2014), Narattharaksa et al. (2016), Karsh (2004) samt Safdari, Ghazisaeidi och Jebraeily (2015) hävdar att upplärning är en betydelsefull faktor eftersom den agerar som en acceptansfrämjare och är en möjlighet för användare att lära sig systemets funktioner som de behöver i lugn och ro.

Ur ett bredare perspektiv är kommunikation också en kritisk framgångsfaktor vid förberedelserna till implementeringen av ett journalsystem som ser till att inte bara informera om projektet och upplära anställda i systemets funktioner, men även ser till att sälja dess fördelar för vårdverksamheten (Latham, Winters & Locke, 1994; Heath & Porter, 2018; Crowley, Mishra, Cruz-Cano, Gold, Kleinman & Agarwal, 2019). Crowley et al. (2019) fortsätter och påpekar att en nyanserad kommunikation av vilka fördelar som realistiskt sett kan uppnås är av vikt för att kommunikationen ska uppfattas som trovärdig hos personalen.

Slutligen kommer frågan om ledningsstöd som är särskilt relevant som framgångsfaktor vid top-down-processer som nämnts tidigare, eftersom ledningsstödet ser till att projektet prioriteras och att det allokeras en tillräckligt stor budget som underlättar genomförandet (Karsh, 2004; Narattharaksa et al., 2016; Fragidis & Chatzoglou, 2018; Safdari, Ghazisaeidi & Jebraeily, 2015).

I tabellen nedan sammanfattas föregående avsnitt enligt vilken faktor de behandlar med en tillhörande beskrivning. Dessa kommer att användas i intervjufrågorna som behandlas i kommande sektion.

Tabell 2: En sammanställning av de kritiska framgångsfaktorerna inom förimplementering av HIS för förändringsledning med fokus på personal

Faktorer	Beskrivning	Litteratur
----------	-------------	------------

Involvering och engagemang av intressenter	En kontinuerlig involvering av interna och/eller externa intressenter. Detta för att försäkra deras fortsatta engagemang i projektet.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Leonidas L. Frigidis & Prodromos D. Chatzoglou, 2018 ➤ Keshavjee, Bosomworth, Copen, Lai, Kucukyazici, Lilani & Holbrook, 2006 ➤ Jeston, 2018
Projektledning	En passande fördelning av ledarpositioner och hantering av projektets alla delar kontinuerligt. Inkluderar projekt mål, omfattning och verksamhetsanpassning till (IT)strategin.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Leonidas L. Frigidis & Prodromos D. Chatzoglou, 2018 ➤ Safdari, R., Ghazisaeidi, M. & Jebraeily M., 2015 ➤ Fletcher & Payne, 2017 ➤ Keshavjee, Bosomworth, Copen, Lai, Kucukyazici, Lilani & Holbrook, 2006; ➤ Narattharaksa, K., Speece, M., Newton, C. & Bulyalert, D., 2016
Involvering och engagemang av vårdanställda	Stark klinisk representation i projektet för att försäkra arbetsflödet, processer och utbildningsbehoven är uppnådda.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Leonidas L. Frigidis & Prodromos D. Chatzoglou, 2018 ➤ Karsh, 2004 ➤ Narattharaksa, K., Speece, M., Newton, C. & Bulyalert, D., 2016 ➤ Gray, C. J., 2014 ➤ Safdari, R., Ghazisaeidi, M. & Jebraeily M., 2015
Utbildning av användare	Inkluderar generell utbildning i datoranvändning såväl som specifika kunskaper till systemet som ska implementeras till användarna.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Narattharaksa, K., Speece, M., Newton, C. & Bulyalert, D., 2016 ➤ Gray, C. J., 2014, ➤ Safdari, R., Ghazisaeidi, M. & Jebraeily M., 2015 ➤ Karsh, 2004 ➤ Keshavjee, Bosomworth, Copen, Lai, Kucukyazici, Lilani & Holbrook, 2006
Tydliga kommunikationsvägar	Applicering av både envägs- och tvåvägskommunikation där alla intressenter och anställda är involverade för sedan att kunna föra en effektiv kommunikation. Även kommunikation av förväntningarna som finns på själva systemet.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Narattharaksa, K., Speece, M., Newton, C. & Bulyalert, D., 2016 ➤ Safdari, R., Ghazisaeidi, M. & Jebraeily M., 2015 ➤ Crowley, Mishra, Cruz-Cano, Gold, Kleinman & Agarwal, 2019
Stöd från ledningen	Inkluderar tillräckliga budgetallokeringar och en ledning som pådriver projektets agenda.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Leonidas L. Frigidis & Prodromos D. Chatzoglou, 2018 ➤ Narattharaksa, K., Speece, M., Newton, C. & Bulyalert, D., 2016 ➤ Safdari, R., Ghazisaeidi, M. & Jebraeily M., 2015 ➤ Karsh, 2004

2.5 Sammanfattning av litteraturgenomgången

Inom den litterära sektionen har aspekter av förändringsledning först berörts från perspektivet av användaracceptans. För att kunna förebygga användarnas motivation rekommenderades specialanpassad upplärning, uppmärksammat betoning på fördelarna med förändringen för arbetsprestationen samt främjandet av en välmående gruppdynamik bland användargrupperna (Jedwab et al., 202, Sieck et al., 2020; McAlearney et al., 2012). När det däremot kommer till kravspecificeringen betonades vikten av en balans mellan top-down och bottom-up förhållningssätt, där strategin upprätthålls genom ledningsbeslut men att möjligheten för viss systemalterering uppmuntras för att upprätthålla en balans mellan de primära och sekundära arbetsprocesserna (Eason & Waterson, 2014; Berg, 2001; Glaser, 2004).

Inom ramen för förändringsledning inom förimplementering uppmärksammades vikten av sammankopplingen mellan strategi och dess verkställande i form av operationell effektivitet och ledningseffektivitet för att kunna uppnå processtyrning och innovation (Jeston, 2018). Dessutom är mätetal inom organisationskulturen värt att överväga i form av att skapa system för att belöna anställda i enlighet med etablerade mål (Jeston, 2018). Intressenter och anställdas involvering krävs även för att avstämna förväntningar och skapa engagemang till kravsamlingsarbeten (Jeston, 2018; Latham, Winters & Locke, 1994; Karsh, 2004; Narattharaksa et al., 2016; Vink, Imada & Zink, 2008). Dualiteten mellan anpassningar för implementeringen och den för verksamheten är nyckeln för att förbättra både arbetssätt samt de relaterade processer (Leonard-Barton & Sinha, 1993; Jeston, 2018). Ledare för användarna, även alltdagligt kallade 'superusers' eller 'peer coaches', rekommenderas här för att representera de anställda för att försäkra att de nya processerna accepteras (McAlearney et al., 2012; Compeau & Higgins, 1995; Sieck et al., 2020). Sedan genom kartläggning av kompetens och kunskap för en specifik process kan det bidra till genereringen av manualer vilket i sin tur är viktigt på grund av världens mångfacetterade behovsbild (Wyatt, 2001; Jeston, 2018). Detta lärande är även av relevans eftersom kollegors involvering kan bidra till acceptans, men även bidra till att etablera upplägget för upplärning, uppmuntra lämplig användning samt belysa anpassningar för specifika avdelningars områden (Sieck et al., 2020; McAlearney et al., 2012; Vink, Imada & Zink). Avslutningsvis kan dessa lösningar ge upphov till demonstrationer för att säkra att användningen är lämplig rent praktiskt (Bowen et al., 2010; Vink, Imada & Zink, 2008).

Med syfte att slutligen konceptualisera de förhållningssätt som bör appliceras för att vara i enlighet med etablerad forskning, användes Kotters 8-stegsmodell tillsammans med Kübler-Ross 5 sorgsteg för att presentera 10 implementeringsstrategier för implementeringar inom hälso- och sjukvården från McAlearney med kollegor(2012). För att sedan styrka denna vetenskapliga ryggrad valdes kritiska framgångsfaktorer inom förimplementering genom en fördjupad litteraturgenomgång inom hälsoinformationssystem där endast faktorer som berör förändringsledning av personal berörts med utgångspunkten att avgränsa i enlighet med uppsatsens syfte. Dessa berörda modeller, strategier och faktorer kommer att agera som hörnstenarna för uppbyggnaden av intervjufrågor.

3 Metod

3.1 Metodik

För att kunna uppnå ett svar på den fastställda forskningsfrågan kommer denna kandidatuppsats använda en kvalitativ fallstudiemetodik, vilket innebär att data samlas in är av kvalitativ natur där egenskaperna är icke-siffermässiga och säger något om de kvalitativa egenskaperna från undersökningspersonerna (Larsen, 2009). Fallstudieformatet är en studie av en eller ett fåtal fall i sin kontext för att samla data på djupet (Oates, 2006). Denna studies datainsamling består av intervjuer med representanter från de olika regionerna som uttalade sitt intresse att bidra till denna forskning (se val av intervjupersoner). Dessa intervjuer är uppbyggda utefter en semistrukturerad intervjuform, detta för att kunna ge möjligheter till följdfrågor utefter intervjupersonens svar och flytta frågor beroende på samtalsämnet (Oates, 2006). Mallarna som använts samt händelseförloppet för den korrespondens som har förts mellan skribenterna och intervjupersonerna kan även överblickas i bilagorna (se appendix).

Fördelarna av en intervju, trots att de ägde rum digitalt över Microsoft Teams och Google Meet på grund av de alltför långa avstånden mellan intervjupersonerna, är möjligheten till fördjupade samt kompletterande svar (eftersom intervjun är semistrukturerad) och ges bättre validitet till svaren än en strukturerad intervju eftersom forskarna kan begära förtydligande vid potentiella otydligheter eller missförstånd (Larsen, 2009). Intervjuformen i sig är även ett praktiskt och tidseffektivt sätt att skapa rapport med intervjupersonen för att få en mer tillitsfull dialog med uttömmande svar, vilket är något som forskningsfrågan fordrar (Oates, 2006). Intervjun som metod är även lämplig vid undersökningar som detaljerat undersöker ett ämne på djupet, och ger möjlighet för respondenter att yttra sina åsikter (Oates, 2006). Detta hänger ihop med uppsatsens fokus på strategiska rollers förhållningssätt som i någon mån är subjektiva och påverkas av en mångfald av olika aspekter, vilket gör en detaljerad och djupgående datainsamling relevant.

Några av intervjuerna genomfördes som gruppintervjuer efter regionernas egna önsknings för att olika perspektiv skulle kunna komplettera varandra, vilket även är i linje med mer varierade svar som Oates (2006) framhåller som fördelen med gruppintervjuer. Å andra sidan finns det enligt Oates (2006) risk för självzensur när en intervjuperson ska prata inför andra och att en eller flera intervjupersoner kan komma att dominera intervjun. Detta har studieansvariga försökt åtgärda med att rikta frågor mot en specifik informant för att undvika detta (Oates, 2006).

Fördelen med virtuella intervjuer är att informanter blir nåbara oavsett geografiskt avstånd, vilket var särskilt relevant eftersom fysiska intervjuer hade medfört betydliga transporttid och -kostnader med tanke på avståndet till några av de intervjuade regionerna (OliFFE, Kelly, Gonzalez Montaner & Yu Ko, 2021). Flertalet av informanter föredrog att intervjuas virtuellt, vilket även var något de samtyckte till av hänsyn till oss. En nackdel som upplevdes under två av intervjuerna var en ojämn videoupptakning som gjorde det svårt att förstå det intervjupersonerna sade, vilket även är något McColl och Michelotti (2017) samt Powers, Rauh, Henning, Buck och West (2011) beskriver som en av nackdelarna med virtuella intervjuer. Virtuellt intervjuande försvårar även avläsningen av icke-verbal kommunikation, vilket kan försvåra rapport, vilket var något som upplevdes ha särskild påverkan under de två tidigare nämnda intervjuerna, men det möttes av förståelse från intervjupersonerna (McColl & Michelotti, 2017;

Powers et al., 2011). En åtgärd som avprovades var att byta från en trådlös internetuppkoppling till en kabeluppkoppling som är snabbare och mer stabil, varefter det inte upplevdes anslutningsproblematik bortsett från i slutet av en intervju (Witman, 2021).

3.2 Intervjuerna

3.2.1 Inför intervjun

3.2.1.1 Litteratursökning

Till grund för intervjufrågorna användes den granskade litteraturen i denna uppsats för att ta fram flera ämnesområden och mer specifika frågor. Sökmotorerna som använts var primärt LUBSearch och Google Scholar för att söka akademisk litteratur, där vi har lagt störst vikt på att hitta artiklar som är expertgranskade, eller "peer reviewed" på engelska. Ett sökord som var vanligt förekommande var engelska översättningar av ordet "journalssystem" som "electronic health record," EHR, eller "electronic medical record," EMR. De primära sökorden som kombinerats och använts i litteratursökningen lyder alltså som följande:

- EHR/EMR implementation
- Change management
- Physician involvement
- Stakeholder involvement
- Medical records system
- Critical success factors
- Information systems in healthcare
- Patient safety
- Quality of care

Utöver litteratur som är tillgänglig online använde vi även en Jestons (2018) bok som var en del av utbildningens kurslitteratur om processororienterad verksamhetsutveckling. Den insamlade litteraturen är ett fundament som behövs för att samla in meningsfulla data i fälten enligt Walsham (1995), och den resulterade i intervjumallen som kommer att beskrivas i det nästa avsnittet.

Utöver insamlad litteratur i uppsatsen insamlades även bakgrundsinformation i form av dokument och programstadgar för att vara förberedda inför intervjun, vilket Oates (2006) även beskriver som förtroendeingivande.

3.2.1.2 Intervjumall

Själva intervjumallen (se Appendix) är utformad utefter den litterära sektionen med ett speciellt fokus på att beröra koncept uppmärksammade i ramverken inom avsnitt "2.3.1. Implementeringsstrategier baserat på ramverk inom förändringsledning" samt bakgrundsfrågor. Med denna forskning som ryggrad försäkras det att intervjuerna kommer att ske på ett produktivt sätt och inte röra sig alltför långt utanför uppsatsens omfattning och den fastställda avgränsningen. Bakgrundsfrågorna ställs i en början för att sätta svaren i sin kontext. Intervjufrågorna är uppdelade i enlighet med följande träd-diagram.

- Bakgrundsfrågor
 - Erfarenhet (4 frågor)

- Förändringsledningen inom förimplementeringsprocessen
 - De tio implementeringsstrategierna från ramverket (11 frågor*)
 - Involvering av intressenter (3 frågor)
 - Projektledning (2 frågor)
 - Involvering av anställda (2 frågor)
 - Upplärning av anställda (2 frågor*)
 - Kommunikation (1 fråga)
 - Stöd från ledningen (3 frågor)
 - Top-down vs. Bottom-up (4 frågor*)

Totalt antal frågor = 32

* inkluderar inte fastställda eventuella följdfrågor/förtydliganden

Hur den här insamlade data sedan kommer att hanteras för att kunna bedömas med hänsyn till den använda litteraturen kommer att beröras i det kommande avsnittet.

3.2.1.3 Val av intervjupersoner

Eftersom den svenska vården hanteras av den region som den befinner sig i, var det regionerna som var intervjupersonerna för denna studie. Med hjälp av en artikel på Dagens Medicin hittades en karta över alla regioner i Sverige som respektive behåller eller håller på att byta ut sina journalsystem inom vården (Carpman, 2021). Därifrån fanns mejladresser publicerade på dessa regioners officiella hemsidor skickades mejl till alla officiella digitaliseringsgrupper inom hälsoinformationsystem hos regioner med ett pågående byte av journalsystem. Enligt forskningsfrågan intervjuades endast strategiska roller från regionernas förändringsprogram eftersom det huvudsakligen är programmets ansvar att bidra med förändringsledning. Mejlet innehöll en kortfattad introduktion och beskrivning av projektet, se appendix 1. Därefter inväntades svar från de regionerna som var intresserade av att bidra i denna studie. Ett flertal regioner svarade inte, medan andra regioner var intresserade och dirigerade oss vidare till ansvariga personer som inte hade möjligheten att intervjuas inom den etablerade tidsramen, till vilka vi skickade en detaljerad beskrivning av studien och intervjufrågorna (se appendix 2 respektive appendix 3). Detta gjordes eftersom en planerad intervju enligt Jacobsen (2002) lämpar sig väl ifall djupgående och grundliga svar önskas.

Fyra av regionerna lyckades med framgång att bokas till intervju. LinkedIn användes också för att hitta intervjupersoner men trots intresse resulterade det inte i någon intervju. En region, Region Skåne, etablerades kontakt samt intervju med hjälp av handledaren av denna kandidatuppsats, detta eftersom intervjupersonen varit tidigare student på Ekonomihögskolan i Lund. Följande regioner bokades med framgång till intervju:

- Region Örebro län (Två representanter)
- Västra Götaland Region (En representant)
- Region Skåne (En representant)
- Bortredigerad region (Två representanter)
- Region Gävleborg (Tre representanter)

3.2.1.4 Etiska implikationer

Studien har följts i enlighet med de fyra huvudsakliga forskningsetiska principerna som inkluderar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Innan intervjutillfället förmedlades syftet med kandidatuppsatsen (Se appendix 2), dessutom skickades en kopia över vilka frågor som skulle komma att ställas under intervjunns gång (Se appendix 3). Informanterna gav sedan sitt samtycke till att delta i intervjun. Informanterna informerades om att namn skulle komma att vara pseudonymiserade i uppsatsen, dessutom gav de tillåtelse för publicering av namn på regionen som de representerar i datainsamlingen. Intervjupersonerna gav även tillåtelse till inspelningen av teams-intervjun i transkriberingssyftet, och de har blivit informerade att inspelningen kommer att raderas efter transkriberingen är avslutad. Intervjupersonerna erbjöds även möjlighet att läsa igenom uppsatsen innan publicering för att ge dem möjlighet att kommentera den vid eventuella missförstånd (Oates, 2006). Information om nyttjandet av intervjun presenterades, det vill säga att resultatet redovisas i form av en kandidatuppsats samt via en muntlig presentation för medstudenter på det Systemvetenskapliga kandidatprogrammet på Lunds universitets ekonomihögskola.

Efter en av informanterna tagit del av uppsatsen önskade vederbörande att dra sig ur studien av konfidentialitetshänsyn. Innan dess hade uppsatsen skickats till samtliga intervjuade regioner till utvärdering, men mejlen till de andra regionerna och inlämningen på universitetets intranät önskades tillbakatagna då informanten upplevde risk att vederbörandes identitet skulle röjas. Detta tillmötesgick vi även genom att redigera bort de tillhörande transkripten, resultat från kodningen, diskussionen och slutsatserna. Detta är även i linje med samtyckeskravet. Detta är även i linje med informationskravet, som fastställer att deltagande är frivilligt och medverkan kan avbrytas om det önskas (Vetenskapsrådet, 2002). Detta bortfall ledde oss även till att se närmre på hur data pseudonymiseras och förbättra sättet det görs på genom att ta bort rollbeteckningar i transkriberingarna och i stället namnge intervjupersonerna med koder för att ge personuppgifter en större konfidentialitet (Vetenskapsrådet, 2002).

3.2.2 Under intervjun

Början av intervjuerna bestod av småprat efterföljt av en introduktion av intervjun och dess syfte. Därefter frågade vi respondenterna ifall det gick okej att spela in intervjun i transkriberingssyfte, erbjöd dem möjlighet att avvika när som helst och slutligen möjlighet att läsa igenom uppsatsen innan publicering i enlighet med de ovanstående etiska implikationerna.

På intervjutillfällena var rollerna uppdelade på ett sätt så en ansvarade för att genomföra intervjun och ställa frågor medan den andra skötte transkriberingen och kom med uppmuntring, förslag på följdfrågor och ändringar på ordningen av frågorna via chattmeddelanden på Microsoft Teams. Detta avlastade intervjuansvarige genom att vederbörande inte behövde sköta flera uppgifter samtidigt och förebyggde multitasking, vilket hade varit kontraproduktivt (källa).

Under intervjunns gång användes intervjumallen som utgångspunkt, men enligt flödet i konversationen bytte vi runt på vissa av frågorna för att inte störa konversationen (Oates, 2006). Vissa frågor ströks även i tillfälle av att intervjupersonen själv besvarar dem i samband med en annan fråga. På vissa håll användes slutna frågor för att kontrollera att det som sagts förstods riktigt, men för det mesta användes öppna frågor, vilket är en av fördelarna med intervjun som metod (Oates, 2006).

Slutligen strävade vi efter ett balanserat förhållningssätt där vi varken hade en för snäv kontroll över konversationen vilket hade lett till torftiga data, eller tvärtom ett laissez-faire-tillvägagångssätt som hade gett ett oprofessionellt, ointresserat intryck och förspilt chanser att ställa följdfrågor (Walsham, 1995). Istället strävade vi mot en balans mellan dessa för att generera så rik data som möjligt med detaljerade följdfrågor med input från den granskade litteraturen (Walsham, 1995).

3.2.3 *Sammanställning av intervjuerna*

Nedan har intervjuerna sammanställts i kronologisk ordning enligt region, datum och tidpunkt. Referensen till den tillhörande bilagan framgår även under appendixkolumnen. Vissa av intervjuerna var gruppintervjuer, vilket betyder att i vissa fall fanns flera roller som deltog i intervjun. Till varje roll har vi tagit fram en kod som gör det enklare att referera till deras utsagor i empiri- och diskussionsavsnitten.

Tabell 3: En översikt över de intervjuer som utförs med information angående intervjupersonerna

Region	Datum och tid	Intervjuns längd	Appendix	Intervjuperson	Erfarenhet
Västra Götaland	2 Maj 2022 10.30	Ca. 1h 27min	4	VG1	Ca. 25 år inom verksamhetsutveckling, varav 10 år inom vården.
Örebro	2 Maj 2022 13.00	Ca. 1h 18min	5	Ö1	Ca. 20 år inom vården varav 12 år inom IT.
				Ö2	Ca. 40 år inom vården varav 12 år inom IT.
Bortredigerad region	Upplyses ej	Upplyses ej	Bortredigerat	Upplyses ej	Bortredigerad
				Upplyses ej	Bortredigerad
Skåne	5 Maj 2022 10.00	Ca. 1h 7min	7	S1	Ca. 30 år inom IT varav 15 år inom vården
Gävleborg	10 Maj 2022 13.00	Ca. 1h 23min	8	G1	Ca. 20 år inom vården varav IT 13 år
				G2	Tidigare erfarenhet som chef, 3 år inom vården
				G3	Ca. 20 år inom IT inom vården

3.3 Empiribearbetning

Eftersom denna fallstudies empiri består av intervjuer, betyder det att en tematisk analys med hjälp av kodning lämpar sig till denna studie (Oates, 2006).

3.3.1 Kodning och tematisk analys

Denna studie utförs inte enligt grundad teori vars syfte är att bilda ny teori från en förutsättningslös grund (Oates, 2006). I stället bygger den på en redan etablerad teoretisk grund innan den tematiska analysen påbörjas, vilket betyder att en ”name first, code second”-metod används, vilken består av att först namnge teman först och därefter koda intervjumaterialet

utifrån dessa (Oates, 2006). När det är sagt är litteraturgenomgången och teman inte huggna i sten, utan rymmer plats till justeringar ifall det skulle dyka upp behov för detta under bearbetningen av empirin för att inte låsa sig in på en teori och ignorera allt som faller utanför den (Walsham, 1995; Klein & Myers, 1999).

Själva bearbetningsprocessen består av tre faser, initial kodning, detaljerad kodning och axiell kodning (Oates, 2006). Den initiala kodningen består av att indela intervjumaterial i tre kategorier: vad som är relevant för forskningsfrågan, vad som är relevant för att beskriva kontexten och vad som är irrelevant (Oates, 2006). Efter det irrelevanta sållats bort, påbörjas den detaljerade kodningen, som i detta fall består av kodning av intervjumaterialet enligt teman som finns från litteraturavsnittet i uppsatsen (Oates, 2006). Ett exempel på en ändring av teman i kodningsarbetet var underliggande teman som togs fram eftersom flertalet teman upplevdes som breda. På så vis överlappade denna fas med den axiella kodningen som består av att identifiera och beskriva samband och hierarkier mellan dessa teman (Oates, 2006).

3.4 Validitet och reliabilitet

För att säkra studiens kvalitet hanteras några av Klein & Myers' (1999) principer för att utvärdera tolkande fallstudier inom informatikfältet. En av dessa är principen om kontextmedvetenhet, "contextualization," som består av att reflektera över kontexten som studien gjorts i, vilket har gjorts i form av litteratursökning om den svenska vårdens pågående förändringsprocess samt att ställa bakgrundsfrågor som en del av intervjun (Klein & Myers, 1999). Denna hänsyn till kontexten vari svaren ges är även vad Oates (2006) ser som en av intervjumetodens styrkor (Oates, 2006). En annan princip som Klein och Myers (1999) belyser är den om dialektiskt tänkande, vilket är ett hänsynstagande till att data som uppkommer i studien, i vårt fall i intervjuerna, kan skilja sig från teorin som används, vilket kan leda till revisioner teorin som används för att ta in oväntade aspekter som framkommer. Ett exempel på detta var under analysen av hur regioner gick till väga för att involvera anställda i målsättningsaktiviteter, men det var något som högsta ledningen beslutade hos alla regioner. Istället använde de ett tillvägagångssätt som kunde liknas med en "berätta-och-sälj"-metod vilket lades till i litteraturavsnittet, trots att det inte funnits där från början.

Även vi påverkar insamlingen av data och tolkningen av dem, eftersom subjektivitet inte går att undgå (Walsham, 1995; Klein & Myers, 1999). Denna subjektivitet står enligt Walsham (1995) inte i motsats till reliabilitet, i stället behöver slutsatser präglas av en ödmjukhet inför att det är tolkningar som gjorts för att nå fram till dessa. Här är det relevant att beskriva vad som ligger till grund för tolkningarna och hur vi själva påverkar tolkningen (Walsham, 1995). Exempelvis hade en av oss ett starkt fokus på involvering av anställda i målsättningsarbetet. Det blev uppenbart att regionerna inte delade samma fokus, men tvärtom bekräftade att det var högsta ledningen som formulerade målen, vilket ledde vederbörande till att ändra sitt fokus, vilket den ovanstående ändringen i litteraturkapitlet är ett exempel på.

Själva intervjuformatet har även en påverkan på validiteten, eftersom virtuella intervjuer möjliggjorde ett bredare urval av regioner oberoende av ort, men samtidigt utgjorde uppkopplingens stabilitet risker för missförstånd och risk för en svagare rapport och mer ytliga svar till följd.

Sammantaget är ovanstående förhållningssätt och åtgärder i syfte att stärka validiteten av studiens resultat. Validiteten är även förknippad med trovärdigheten av generaliseringar av

studiens resultat, vilket både Walsham (1995) och Jacobsen (2002) belyser, men Jacobsen (2002) använder termen extern giltighet för att beskriva detta.

4 Empiriska resultat

Detta avsnitt berör resultaten från den tematiska analysen av intervjumaterial från samtliga regioner som samtyckte till att delta och fortsatt önskade att vara med. De teman som använts i analysen härstammar från tabellen med framgångsfaktorer som en rad övergripande teman ur enligt den granskade litteraturen vars resultat kommer att sammanfattas och presenteras enskilt i de följande avsnitten.

I det följande kommer referenser göras till radnummer i appendix som består av intervju-transkriberingar från varje region, med formen appendixnummer:radnummer, till exempel A4:545-549, vilket motsvarar transkriberingen av intervjun med Västra Götalandsregionen, radnummer 545-549 (se tabell 3).

4.1 Involvering och engagemang av intressenter

I alla intervjuer uppfattas engagerade intressenter på förändringsprojektets sida som betydande, särskilt linjechefer på kliniknivå i offentlig vård (A4:545-549, A5:498-505, A7:108-112, A8:400). Intresset för linjecheferna beror inte enbart på att programmet önskar att underlätta förändringen, men även på acceptansen för journalsystemet, eftersom svensk sjukvård i offentlig sektor drivs av legitimerad personal, vilket betyder att vårdgivaransvaret och beslutet om att implementera eller inte ligger på kliniknivå (A7:108-112). Detta gör linjecheferna till en av de primära intressenterna (A4:545-549, A7:108-112). Intressenthandlingen för cheferna bygger primärt på att involvera dem med syftet att engagera dem i förändringen, och det gjordes bland annat genom att involvera dem i ett dedikerat forum åt just den gruppen som de gjort i VGR och G (A4:522-524, A8:564-565). Ur ett större perspektiv är detta en del av det som VG1 (A4:325-329) kallar en stark stödorganisation som hjälper linjechefer i införandet av förändrade arbetssätt och en ändrad informationsmiljö, vilket alla andra regioner instämmer i (A5:168-172; A7:130-132; A8:891-894). Trots stödet som linjechefer erbjuds ligger beslutsmakten hos dem och därmed även ansvaret, vilket alla regioner betonar, särskilt VG1 (A4:256-262), S1 (A7:108-112) och G2 (A8:411-416). Detta möjliggör uppföljning på att förändringsaktiviteter genomförs och att verksamhetsnyttor realiseras eftersom ansvaret ligger på vårdverksamheten (A4:274-276). Dessa nyttor kallar dock en region för effektmål i och med att fokus ligger på vilken effekt på vården som önskas uppnådd (A8:631-636). Att beslutsmakten ligger hos linjechefer har även den effekten att de behöver frågas till råds vid konfigureringsprocessen för att säkra ett lämpligt arbetsverktyg till dem (A4:909-918). Gemensamt för åtgärderna som består av ledarforum, stödorganisationer, uppföljningsstrukturer och involvering i konfigureringsprocessen, är att de ses som medel för att öka engagemanget och sälja förändringen till cheferna (A4:523-525, A5:168-172, A7:130-132, A8:894-896).

Utöver linjechefer inom vården upplever de även patienter som en viktig intressent, vars intressen de försöker värna om i konfigurationsarbetet (A4:401-405; A5:220-221, A7:494-497,

A8: 365-368). Patienten är till syvende och sist brukaren av vårdens tjänster, vilket betyder att patientnyttan och patientsäkerheten är centrala i alla regionernas målsättningar och viktas högst i konfliktlösningsprocedurer i konfigurationsarbetet hos flera regioner i form av kliniska råd (A4: 406-411, A5:193-197). Konfliktlösningen mellan olika röster ses särskilt hos några av regionerna i form av kliniska råd inom regionen med mandat att besluta i konfigurationsfrågor enligt patientens intressen (A4: 406-411, A5:193-197). Patienter deltar även direkt i konfigurationsprocessen, och G2 (A8:899-903) lägger vikt vid en mer digital vård som gör digitaliseringen av vården mer påtaglig och engagerande för dem.

Ännu en intressent som påverkar förimplementationen är hälsomyndigheter som Socialstyrelsen samt kvalitetssystem som ställer krav utöver lagstiftningen vilket är något som flertalet regioner drar upp (A4:129-132, A8:433-436, A5:912-917, A7:229-235). Dessa myndigheter följer upp på de regionala utvecklingsprogrammen och påverkar enligt S1 (A7:229-235) bland annat hur utdatamiljön formas för att data ska vara användbar för dessa. Något paradoxalt förklarar S1 att kvalitetssystemen existerar som komplement till bristande utdata från journalsystemen, vilket skulle betyda att ett journalsystem med en sådan utdata skulle kunna ”rationalisera bort” en betydande del av dessa kvalitetssystem och därmed ha en intressent mindre att hantera (A7:229-235). Dessutom drar G3 (A8:956-961), S1 (A7:196-198) och VG1 (A4:129-132) upp Sveriges Kommuner och Regioner som en intressent eftersom de ansvarar för nationell kunskapsstyrning som är en samling riktlinjer för vårdprocesser, vilka kan uppdateras och utsätta förimplementeringsprocessen för ändringar.

Det är inte bara kvalitetssystem som upplevs efterfråga strukturerade utdata, utan det gäller även forskningen som enligt G3 (A8:698-704) och S1 (A7:229-230) ses som en intressent. Enligt G3 (A8:694-704) är forskningen en intressent eftersom den ofta behöver strukturerade data som är i anonymiserad form, vilket fritextdata förhindrar i och med att det kan innehålla känsliga patientuppgifter, trots att det sällan är tillfället. Med andra ord har forskningen också en påverkan på konfigureringen av utdatastrukturen och kravställningen.

I tillägg till forskningen och de granskande hälsomyndigheterna finns även stödjande intressenter som andra regioner i SUSSA-samarbetet som G2 (A8:168-169) och Ö2 (A5:117-120) upplevde bidra med kompetens inom verksamhetsutveckling och digitalisering.

4.2 Projektledning

Detta avsnitt rör projektledning på två områden, anpassningar av förimplementeringsprocessen och verksamhetsanpassningar till strategin och IT-strategin. Först och främst kommer regionernas sätt att anpassa förimplementeringen och göra avsteg från plan att belysas. Härnäst kommer det att beskrivas hur respondenterna arbetar med att anpassa verksamhetens processer inför förändringen enligt strategin för förändringsprogrammet.

4.2.1 Anpassningar av förimplementeringsprocessen

Flera regioner drar upp planering som ett rättesnöre som byggs ut i fler detaljer och rättas under arbetets gång, (A4:124-127; A7:586-589). S1 går steget längre och beskriver att planen egentligen är till för att ha en överblick över vilka avvikelser som gjorts och är ett sätt ta in lärande under processens gång (A7:586-589). VG1 (A4:124-127) instämmer med detta förhållningssätt och tillägger att lärandet ofta består av mer detaljerad insikt i hur systemet kommer

att konfigureras som sedermera mynnar ut i en tydligare överblick över hur arbetsflöden kommer att påverkas. Samtidigt kan uppdaterade riktlinjer för nationell kunskapsstyrning som tidigare nämnt ge upphov till förändrade krav på både arbetsflöden och konfigurationer, vilket särskilt VG1 (A4:137-139) upplever som en källa till oförutsägbarhet men även kontinuerlig förbättring.

4.2.2 Verksamhetsanpassningar inför förändringen

Som avsnittet belyste ovan upplevde flertalet regioner en effekt av oförutsägheter på hur verksamhetens processer behövde anpassas inför förändringen. Hur sådana verksamhetsanpassningar hanteras hos de intervjuade regionerna kommer detta stycke att beskriva. Angreppssättet för dessa verksamhetsanpassningar är först och främst baserat på att ansvaret för dem ligger hos vårdverksamheten, dvs. linjecheferna (A4:545-549; A5:498-505; A7:108-112, A8:400). När det väl är sagt hjälper stödorganisationen att leva upp till ansvaret om att implementera förändringen som tidigare beskrivits (A8:894-896, A4:267). Vidare beskriver VG1 att denna stödorganisation kan bestå av stödroller som bidrar till att förmedla och realisera förändringen (A4:325-329). Ett annat exempel på stödorganisationen är ett forum för ledningen och linjechefer som förser dem med information i rätt tid om hur man involverar personalen (A4:111-113; A4:253-255).

Förmedlingen och motiveringen av förändringen som behövs från verksamhetens håll är något som alla regioner drar upp som nödvändigt för att skapa förståelse för den bland personalen (A4:222-225; A5:517-520, A7:69-70, A8:940-944). Detta upplevs i synnerhet att vara tillfället när helheten gynnas på bekostnad av en särskild specialitet inom vården i processfrågor (A5:248-253; A4:51-52). Annars består motiveringen över lag av att relatera krav på verksamhetsanpassningar till målbilden för förändringsprogrammet (A4:18-27, A7:130-132, A8:631-636). Annars består motiveringen över lag av att relatera krav på verksamhetsanpassningar till målbilden för förändringsprogrammet (A4:18-27; A7:130-132; A8:631-636). En region drog upp vikten av att målbilden till dels är medarbetarorienterad vilket gör den igenkännbar och underlättar realiseringen av målen (A4:185-189). Dessa mål används även enligt flera intervjuade regioner i uppföljningssyfte för att kunna följa upp enligt en plan och se till att nyttor realiseras (A8:631-636, A4:578-579). Motiveringen och förmedlingen av förändringen är behövliga enligt G2 (A8:847-849), eftersom det ofta finns en oro bland erfaren vårdpersonal att tappa i kompetensnivå med nya arbetssätt och ett nytt informationsstöd. G2 (A8:851-855) påpekar dock att det inte räcker med enbart kommunikation, utan delaktighet från berörd personal även kommer att behövas. Denna aspekt kommer att beskrivas mer i det följande avsnittet om involvering och engagemang av vårdanställda.

I samband med förändringen betonar flera av de deltagande regionerna att en lägesbild behövs för att kartlägga vilka arbetsflöden som finns för att sedan beskriva och motivera förändringen (A5:603-607; A8:216-217). I vissa fall är personalen redan själva missnöjda med det befintliga informationssystemet, vilket gör att behovet inte alltid behöver rättfärdigas vilket en region nämnde (A8:429-431).

Majoriteten av de tillfrågade regionerna beskriver dock att den konkreta formen på anpassningarna som verksamheten behöver göra är osäker, och beror ofta på hur informationsstödet kommer att konfigureras (A4:885-887; A7:589-591). Det betyder att det är två parallella spår som VG1 (A4:686-689) formulerar det. Med andra ord finns det processförändringar som förutsätter en vårdinformationsmiljö som säkrar att arbetssätten efterlevs (A8:441-443; A7:589-591). Flera av informanterna beskriver att utformningen av informationsstödet ofta ses som ett

sätt att stödja processer som lever upp till uppsatta arbetsflöden och riktlinjer (A4:129-131, A8:441-443).

Det är dock flera informanter som invänder att förändringen inte huvudsakligen handlar om informationsteknik, men närmare informationsteknik i kombination med verksamhetsförändring (A4:352-354; A8:184-185). Här nämner flera av regionerna att det finns förändringar som kan göras helt frikopplat från systemkonfigurationer som bidrar till förändringsprogramets mål (A4:352-354; A5:623-626). Till exempel kan det vara att det befintliga systemets funktioner inte nyttjas fullt ut, men ifall de tas i bruk eliminerar de behovet av kommunikation utanför systemet till annan personal via fax (A8:819-821). Detta är även ett sätt att föregripa och minska mängden av förändring som kommer behöva hanteras vid driftsättning, i vilket VG1 (A4:373-378) instämmer. VG1 argumenterar vidare för att genomföra så mycket förändring som går att genomföra så tidigt som möjligt (A4:373-378). VG1 (A4:373-378) fortsätter och beskriver hur en sekreterare exempelvis kan följa med och agera journalsystem ute på rondens med en läkare, vilket är en simulering av det nya systemets arbetssätt med realtidsdokumentation.

En region beskriver även förändringen som en kulturell förändring, eftersom användningen av journalsystemet kommer att flyttas från att ge överblick till den individuella medarbetaren till att inmatningen ska säkra att vilken som helst medarbetare kommer att kunna nyttja informationen vid överlämning (A8:986-988).

Trots att införandet av verksamhetsförändringar hittills har beskrivits som en top-down-process består svensk hälso- och sjukvård av legitimerad personal vars ledning på klinisk nivå själva bestämmer hur förändringen ska tillämpas (A7:108-112, A4:557-558, A8:173-177). G2 (A8:219-222) och VG1 (A4:690-693) beskriver denna självständighet som ett tveeggat svärd som å ena sidan tar hänsyn till vad som är lämpligt att genomföra på lokal nivå, men som å andra sidan gör det omöjligt att tvinga igenom förändringen och skapa efterlevnad vilket G3 (A8:419-422) beskriver med följande allegori:

”Vi kan aldrig genomdriva förändringen ... Vi kan aldrig se till att den händer. Vi kan skapa förutsättningar efter bästa förmåga, men ... det spelar ingen roll om man bygger fina, fina vägar. Folk kan köra diken ändå ... bara för att de tycker det är kul.”

Det som förändringsprogrammet däremot kan göra är att göra det möjligt att genomföra förändringarna, förmedla och motivera dem, bidra med processtrukturer och stötta personal och linjechefer med stödorganisationen (A8:419-422). Som tidigare nämnt påpekar G3 (A8: 850-855) att det dock inte räcker att kommunicera förändringen och argumenten för den, utan delaktighet i utformandet av den behövs från berörd personal, vilket kommer att täckas i det följande.

4.3 Involvering och engagemang av vårdanställda

Engagemang ter sig som en bristvara enligt Ö2 där det betonas som viktigt att hålla det uppe eftersom det är ett system som kommer finnas i många år, vilket kräver transparens av utvecklingsprocessen och dess inverkan kontinuerligt (A5:461-464). Dock ansåg Ö2 att det gamla systemet aldrig kommer anses vara fullt lika bra som den dagen det byts ut, detta eftersom det är en arbetsvana som kommer att förändras vilket kommer kräva anpassning av

personalen på flera plan, exempelvis anpassningen till den förändrade layouten (A5:382-392). Dock kan den upplevda storleken på förändringen skilja sig mellan verksamheterna (A5:343-345). För att motverka detta berör VG1 att till del av deras implementeringsstrategi och hur den ska driva in förändring, kommer en bild av vårdpersonalens resa genom den kommande förändringen målas upp för att utveckla en fördjupad förståelse över hur förändringen kommer upplevas av personalen (A4:284-286). VG1 noterar även att under designarbetet finns det även fördjupade diskussioner om hur man anpassar designarbetet mellan yrkesprofessioner exempelvis läkare och fysioterapeuter (A4:393-399).

Tre av regionerna berör involveringen utav klinisk personal vid konfigureringsarbetet för att anpassa verktyget utefter profession och etablerade standarder i form av myndighetsrapporteringar samt kvalitetsregister (A4:96-99; A5:370-377; A8:271-274). Men de vårdanställdas involvering sträcker sig även tidigare än detta till valet och/eller kommunikation med leverantör enligt alla 4 regionerna (A4:84-87; A5:161-166; A7:769-772; A8:117-121). Dock noterar även G2 att det slutgiltiga ansvaret för förändringsledningen ligger hos de enskilda verksamheterna (A8:118-121). Personalens involvering exemplifierar G2 genom att vid bedömningar av patienter används fritexten frikostigt, där kan vårdpersonalen bidra med sina erfarenheter för att möjligtvis skapa standardiserade mallar för att minska behovet av fritextfunktionaliteten (A8:275-278). Dock anser Ö2 att det förmodligen inte kommer att vara möjligt att helt ta bort fritextfunktionen (A5:339-343). Detta kan göra det lättare att utföra validering av inmatade data som inte sker inom det nuvarande systemet och har resulterat i att dokumentation eller remisser har behövts göras om (A5:339-342; A8:598-903). G2 och G3 uppmärksammar även problematiken med att personalen kan i stort sätt utföra samma arbetssätt som dem gör i det nuvarande systemet med det nya systemet, vilket innebär att man behöver lära ut om det nya sättet att se över vårdprocesserna för att förhindra att det nya systemet förlorar sitt mervärde (A8:190-193, 418-421, 445-448).

G2 och Ö2 förklarar även att det finns etablerade regionala referensgrupper där det finns vårdpersonal såsom läkare och sjuksköterskor inom både öppen och slutenvård för att skapa en bro med de regionala kompetenserna för regionerna inom Sussa (A5:580-582; A8:137-141). Dock uppmärksammas den potentiella rädslan som personalen kan uppleva i samband med övergången från att vara en expertanvändare till att bli en novisch (A8:846-848). Flera regioner uttrycker även att en satsning på helheten ibland kan vara på bekostnad av specialiststöd även är en källa till förändringsmotstånd (A4:400-415; A5:247-253; A7:592-595; A8:733-736). Ö1 noterar att arbete för att utveckla systemet utefter användarens alla behov inte har varit framgångsrikt eftersom det resulterar i överväldigande mängder knappa och moduler, men att minskad variation kan uppnås med hjälp av dialoger med verksamheten (A5:257-260). Efter implementeringen kommit i bruk är enligt Ö2 läge att se över potentiella 'workarounds' eftersom dessa inte går att förutspå i förväg och kan därav hanteras i kommande versioner av systemet (A5:896-899).

4.4 Upplärning av användare

4.4.1 Förarbetet och framkallandet av utbildningsmaterial

Rörande vad dessa utbildningarna innehåller var under intervjuernas tidsram inte etablerat till fullo enligt alla fyra regioner (A4:320-321; A5:272-273; A7:369; A8:212-221??). Ö2 berör existensen av en klinisk beslutsgrupp, detta betonas som en del av det gemensamma arbetet

inom Sussa regionerna, där områdeschefer inom hälsosjukvården besitter beslutsmandat på frågor rörande bland annat utbildningsstrategier (A5:193-197). G2 belyste även att vid deras regionala referensgrupp, tillsammans med en Sussa deltagare, kommer utföra workshops samt gap-analyser för att konkretisera hur arbete sker i nutid, identifiera de arbetssätt som kommer förändras, vilka som påverkas, samt hur detta kommer ske (A8:201-207). Även VG1 berör att förarbetet behövs för att exponera vårdpersonalen för hur arbetssättet kommer att förändras, detta genom både 'webbinarier' och forum med syfte att ge en strukturell beskrivning över hur arbetet kommer utföras (A4:297-300). Med hjälp av detta material kommer sedan arbetet med att utbilda utbildare att påbörjas inom systemets funktionalitet, även verksamhetsrepresentanter kommer ta del av begränsade delar av utbildningen (A8:207-210). Detta kompletteras, utan koppling till programmet i sig, med att Gävleborg region erbjudit alla chefer en två-dagars förändringsledningsutbildning under det senaste halvåret (A8:170-176). G2 belyste även att förberedande arbete inför utbildningen är en del av processen, detta för att användarna ska vara införstådda vad det nya systemet innebär (A8:454-453). Själva förändringsmotståndet bör inte ske vid utbildningen anser G2, det bör hanteras i förebyggandesyfte för att minska behovet för drastiska förebyggande insatser när kursen närmar sig ca. 6–8 veckor innan lektionsstart (A8:454-458).

Utbildningarna kommer att ske genom en blandning av salsutbildningar, workshoppar, e-Learning filmer samt genom expertanvändare på enhetsnivå (A4:312-319). Det kommer att finnas en grundutbildning för de grundläggande funktionaliteterna i systemet, men även moduler baserat på användaren (A7:40-42, 380-382; A4:304-311). Utbildningen av dessa moduler kommer, i form av projekt, anpassas utefter den profession samt enhetsnivå som användaren befinner sig inom (A5:288-292, 654-656). Dock är det även noterat av VG1 att vården är så pass mångfacetterade att det kanske inte kommer finnas plats för en representant för varje område samt specialitet (A4:645-648). Utöver dessa anpassningar kommer även utbildningskoncepten från leverantören, som är framför allt funktionella, att kompletteras med de etablerade rutinerna och riktlinjerna som leverantörerna inte har skyldighet att hantera, såsom tillgången till funktionalitet som exempelvis läkemedelsförskrivning (A5:639-641, 656-659; A8:330-334).

4.4.2 *Expertanvändare*

Utbildning/Införande-stödjare, superuser, coacher eller ambassadör är flera namn för de expertanvändare och förespråkare för systemet som alla regioner berört som en del av förändringsledningsprocessen (A4:327-330; A5:695-698; A7:393-395, A8:886-888). Dessa expertanvändare ska inte endast röra sig inom utbildningskontexten men dessutom finnas hela vägen ner på enhetsnivå (A5:694-695). Processen att rekrytera dessa individer noteras av Ö1 som en svår uppgift eftersom det måste vara någon inom vårdverksamheten, samtidigt som det anses problematiskt att rycka ifrån vårdpersonalen från deras vardagliga arbete (A5:681-684). S1 understryker även att det är viktigt att sprida positivitet till förändringen och systemet eftersom vårdpersonalen ska anmäla sig frivilligt till positionen (A7:400-404). Ett exempel på en sådan anställd, från Ö1 tidigare erfarenhet, skulle kunna vara en undersjuksköterska som har möjligheten att sköta sitt jobb men också kunna avbryta det vid behov för att hjälpa sina kollegor (A5:686-691). VG1 fördjupar även diskursen om vem som lär ut genom att betona att läkare är 'coacher' till andra läkare, medan sjuksköterskor är coacher till andra sjuksköterskor (A4:104-112). Programmet inom Västra Götaland vänder sig till de lokala implementeringsprojekten som sedan tar frågan vidare till sina respektive verksamhetsledningar där nominerar sedan linjecheferna de individer dem anser passa positionen baserat på etablerad kravspecifikation (A4:630-639).

4.4.3 Utbildningens längd kontra användarens datorvana

När det kommer sig till utbildning baserat på datorvana erbjuder Gävleborg utbildningar för användare med svårigheter (A8:469-473). Dock understryker G2 pandemins påverkan på samhället som en drivkraft för att tvinga upp datorvanan, samt att Sverige i allmänhet har en högre användning av digitalt arbete än andra länder (A8:485-489, 476-480). När väl systemet är i bruk kommer även en uppföljning att ske inom Gävleborg för att se hur systemet mottagits cirka ett halvår efter införandet (A8:583-587). Dessutom berörs möjligheten av G3 att efter 3-4 månader efter driftstart utföra workshops för att notera hur arbetsprocesserna påverkats och ifall justering krävs (A8:605-607).

Ö1 anser att det inte borde ta mer än 1-2 veckor för personalen att lära sig systemet, dock är tidsplanen för hela regionen ungefär 2 till 3 månader (A5:443-444, 417-419). Dessutom anser Ö2 att det bör vara bättre datorvana i allmänhet i förhållande till den förra implementeringen då datorer var relativt nya, vilket S1 samstämmer (A5:305-310; A7:159). Dock kan nya förhållningssätt till teknologi fastställas genom att exempelvis Örebro har kravställt för att kunna arbeta mobilt, där frågan inte än är besvarad om det blir en övergång i arbetssättet eller att man bara använder en annan hårdvara (A5:310-313). Även aspekter kopplat till digitalisering berörs av VG1 genom digitaliseringsprogram som har till syftet att öka digitaliseringsvanan bland personalen som en form av förberedande aktivitet, genom exempelvis IT-verktyg för dokumentation i realtid (A4:369-373). Inom Västra Götaland är det först när du har blivit införstådd i dina respektive utbildningsområden och moduler för arbetsrollen, som personalen testat dessa kunskaper i en test- och simulationsgrupp under en, i nuläget, oklar mängd veckor (A4:320-322). Det som dock är fastsatt enligt VG1 är att personalen inte släpps in i systemet om de inte klarar av det provet som kommer att hållas i samband med detta utbildningsmoment (A4:325-326).

4.5 Tydliga kommunikationsvägar

4.5.1 Envägskommunikation - Informationsspridning

Ö1 belyser att de har en etablerad kommunikationsplan där information sprids genom ett nyhetsbrev, men även genom sidor på deras intranät samt lagt upp filmer på hur systemet ser ut rent översiktligt då detaljerna inte är klara i syfte att förvarna vårdpersonalen (A5:168-172). Denna kommunikation kommer sedan fördjupas kontinuerligt enligt Ö2 genom Powerpointpresentationer allteftersom ytterligare funktionalitet yttas sig (A5:174-176). Denna betoning på kontinuerliga och tydliga dialog och kommunikationsvägar har berörts av tre av regioner (A5:401-403; A7:69-73; A8:121-123). G3 anser även att det är genom dessa workshops som eventuell rädsla hanteras genom att förebygga kunskapsnivåerna och samtidigt entusiasmera förändringen (A8:806-815, 849-855). Även att försöka pådriva en känsla av inkludering i arbetet noteras som viktigt av Ö1 och G2 (A5:355-358, A8:554-560).

Kommunikationen är en utbredd fas enligt VG1 där man kommunicerar om förändringen på övergripande planet i början, för att successivt kommunicera mer detaljerat med personalen (A4:283-292). Inom denna kommunikation berörs hur förändringen påverkar arbetssättet i samband med konfiguration av IT-verktyget och hur detta hänger ihop med förändringsprogrammets mål (A4:675-685). VG1 betonar även fördelarna med forum för ledningen som

möjliggör kunskapsdelning och fungerar som ett språkrör för programmet som kan förmedla förändringen genom mellanchefskapet (A4:522-525).

4.5.2 *Tvåvägskommunikation - Kommunikation med anställda*

Vid förändringsmotstånd som uppstår när det inte finns klara svar eller utvecklingen kan upplevas som negativ för en specifik yrkesprofessionen, är en balanserad kommunikation av både positiva och negativa aspekter och en motivering av förändringarna en del av denna tvåvägskommunikation (A4:416-419; A5:137-140, 359-362). En av de mer problematiska delarna av kommunikationen noterar Ö2 samt S1 som att vara att informationen når alla medarbetare inom regionen, trots appliceringen av bland annat nyhetsbrev, en hemsida, informationsevent är det alltid någon medarbetare som upplever bristande tillgång till informationen (A5:739-748, A7:136-138). Ledningen upplevs som en betydligt närmare kommunikationsväg enligt Ö2 (A5:746-748). Detta anser Ö1 kan bero på samhällets 'informationsbrus' (A5:760). Även programmets längd över tid har noterats som en faktor till att kommunikationen inte tas till av vårdpersonalen (A5:764-766; A7:138-139). Dock sa VG1 att även om programmets uppgift att jobba som projektledare ta fram information angående hur processerna kan komma till att ändras, är det dock linjechefernas slutgiltiga ansvar att styra upp processförändringsarbetet (A4:676-682).

Förmedlingen av förväntningarna av systemet belyser alla regioner som en del av tvåvägskommunikation, detta för att påminna individerna att de är en del av en helhet och att uppoffringar av funktionaliteter inom din specialisering/yrkesprofession för en annan funktion som är bättre för sjukvården i sin helhet (A4:400-415; A5:247-253; A7:592-595; A8:733-736). Specialiserade lösningar är inte en aspekt av systemet som alla vårdanställda bör förvänta sig, men att genom dialog om målen bakom lindrar det i regel förändringsmotståndet (A5:233-244). Att kommunicera informationen i rätt tillfällen utefter var programmet befinner sig i tiden anses också som en aspekt för att upprätthålla engagemanget och realistiska förväntningar av vårdpersonalen inför implementeringen (A8:281-287). I lägen där systemet inte upplevs som tillräckligt, även om driftsättning är planerad, förespråkar G2 ett erkännande av både positiva och negativa aspekter med möjligheten för framtida förbättringar i åtanke (A8:279-283).

S1 drar även upp hantering av förväntningar genom fokusgrupper/referensgrupper som på strukturellnivå är inblandade både i själva upphandlingen av systemet, men också under implementationen (A7:43-53). Dessutom förespråkas av S1 demonstrationer av det implementerade systemet där sjuksköterskor och läkare inom referensgrupperna kan besöka enheter där systemet redan är implementerat som förebyggande av förändringsmotståndet, som också kan bidra till diskursen mellan användare om dess praktiska användning (A7:254-268). Ö2 talar även för ett liknande förhållningssätt som bygger på att vänja anställda vid det nya informationssystemet genom att visa exempel på praktisk användning (A5:383-387).

4.5.3 *Tvåvägskommunikation - Kommunikation med intressenter*

VG1 drog även upp etableringen av nationella kunskapsstyrningsmekaniker som har bidragit till en förståelse över hur konfigureringsmekaniker bör anpassas gemensamt utefter överenskommelser i form av procedurer och policys för de diverse vårdområde som en del av regionala kommunikationsflödet (A4:129-131). Däremot är kommunikation mellan Sussa-regionerna mer gränsöverskridande enligt G2 där flera frågeställningar angående systemet hanteras

gemensamt (A8:335-340). Även fortsatt kommunikation med leverantören berörs av G2 eftersom programmet sker över en längre period och de ursprungliga kravspecifikationerna behöver förnyas eller fördjupas ytterligare i samarbete med leverantören (A8:287-293).

4.6 Stöd från ledningen

Detta avsnitt kommer inledningsvist att fokusera på ledningens stöd i förändringen, och detta är även i form av kommunikation som tidigare nämnts, men dessutom i form av allokering av resurser och budget. Andra delen av avsnittet kommer att beröra hur ledningsstödet driver hänsynen till sekundära arbetsprocesser för att underlätta administration och samordning och skapa en strukturerad in- och utdatamiljö.

4.6.1 Stöd i form av resurser och kommunikation

Samtliga regioner upplever ett starkt budgetärt stöd (A4:713-714, A5:722-723, A7:419, A8:1033). Regionerna är mindre samstämmiga när det gäller tillsättning av vårdpersonal där S1 (A7:438-440) påpekar en brist på läkare inom regionen vilket försvårar förändringsarbetet. En annan region påpekade att projektet initialt upplevde ett svagt ledningsstöd, men i takt med förändringens omfattning uppenbarades för ledningen förstärktes stödet (A8:1034-1037). VG1 (A4:727-729) påpekade även att förseningar i slutet av projektet försvårar ledningsstödet i form av budget i och med att regionerna är offentliga organisationer som har en politiskt fastlagd budget. Å andra sidan erfar VG1 (A4:756-757) att ledningen ger utrymme för budgetanpassningar alltefter anpassningar som görs i implementerings- och förändringsplanen.

Detta är även något som relaterar sig till kommunikationsaspekten av ledningsstöd som också upplevs som väsentlig, vilket motiveras i det följande. För det första upplevs kommunikationen från ledningen som en metod för att beskriva och motivera förändringen, vilken har nämnts tidigare (A4:222-225, A5:518-520, A7:69-70, A8:940-942). För det andra tycker flertalet regioner att ledningen behöver kommunicera förändringsprogrammets prioritet i verksamheten för att pådriva förändringen ytterligare (A4:713-714, A7:419, A8:1033). För det tredje upplevs det även att ledningsstödet kommunikation kring förändringsprogrammets mål och vision som bidrar till motiveringen av förändringen, exempelvis genom effektmål som beskriver vilken nytta som förändringarna förväntas ha, till exempel minskad dubbeldokumentation (A4:194-197, A7:470-476, A8:423-428).

Dessa effektmål används inte bara i kommunikationssyfte, utan enligt flera regioner stödjer ledningen förändringen genom att använda dessa mål som ett instrument för att spåra och följa upp på förändringsarbetet på olika nivåer med mål som bryts ned utifrån den övergripande målbilden (A4:675-678, A8:645-648, A5:554-555). VG1 (A4:262-264) betonar även behovet av en aktiv vårdverksamhet vilket ledningen stödjer genom att göra det tydligt vilket ansvar vårdverksamheten bär i förändringsprocessen, och samtliga regioner instämmer i att vårdverksamheten bär ansvaret för verksamhetsförändringen till syvende och sist. I korthet består ledningsstödet både av ett starkt stöd i form av budget och prioritering av förändringsprogrammet men även av ett ansvar som placeras tydligt på vårdverksamheten (A4:713-714, A4:262-264, A5:722-723, A5:554-555, A7:419, A8:1033, A8:645-648).

4.6.2 Sekundära arbetsflöden

Det är ledningen som har beslutat att förändringen ska genomföras och ledningens perspektiv genomsyrar även förändringarna i arbetsflöden och konfigurationer, vilket kommer motiveras i detta avsnitt. Ledningens perspektiv fokuserar på administration, standardisering och en strukturerad informationsmiljö (A5: 841-847; A4:800-802). Hänsynen till administration beskrivs Ö2 (A5:841-847) och VG1 (A4:800-802) även som något som bidrar till förbättrade primära arbetsflöden eftersom dokumentationen möjliggör mätetal som bidrar till en överblick över processers prestanda och hur de kan utvecklas. Flera regioner nämner här att det kan vara en fördel att inte låta användarna ha direkt inflytande på utformandet av arbetsflöden och arbetsprocesser, men i stället förklara förutsättningarna som gäller enligt S1 (A7:43-44) och G3 (A8:838-841), och det möts enligt G3 (A8:838-841) ofta av förståelse från personalen. G3 (A8:952-953) problematiserar dock krav på dokumentation för att ta fram mätetal för processer, eftersom det är svårt att genomdriva om inte dessa fångas automatiskt vid användning. G3 (A8:648-649) förespråkar även att använda få, men meningsfulla indikatorer som inte nödvändigtvis behöver kvantifieras eftersom hen upplever att kvantifieringen för kvantifieringens skull riskerar att bli urskillningslös och godtycklig.

Förändringarna har i många fall inte bara ett administrativt syfte, utan även ett standardiseringssyfte vilket till exempel kan betyda att kraven på dokumentation rättfärdigas med att de kommer till användning nedströms i processen av en annan användare och gör att denne inte behöver fråga patienten om samma information igen (A4:198-200, A4:840-843). Dessa förändringar som standardiserar kan vara en källa till förändringsmotstånd eftersom det kan gynna helheten på bekostnad av en specialitet, vilket igen hanteras med att förklara bevekelsegrunden för förändringen (A4:51-52; A5:249-253). Samtidigt kan dokumentationsmoment underlätta andra anställdas arbete som föregår upp- eller nedströms i processen med att komplettera med de dokumentationsmomenten som behövs från början (A5:834-839). Slutligen motiveras dokumentation även ur ett patientsäkerhetsperspektiv för att säkerställa att tillräcklig information infångas, och det hänger ihop med den nationella kunskapsstyrningen för vården (A8:950-952).

Standardiseringen och hänsynen till administration upplevs vara förknippade med en strukturerad informationsmiljö som VG1 (A4:772-775) formulerar det med mindre redundant data. Fördelarna är flera enligt regionerna, och en av dem är ett minskat behov av dubbeldokumentation eftersom information kan återvinnas vilket även minskar mängden redundant data i flera olika system (A4:826-828; A5:871-875; A7:470-476). Slutligen understryker G3 (A8:429-432) vikten av att anställda kommer att uppleva en mer enhetlig informationsmiljö.

5 Diskussion

5.1 Involvering och engagemang av intressenter

Alla respondenter nämner att svensk hälso- och sjukvård granskas av kvalitetssystem och hälsomyndigheter som ställer krav på dokumentation och på arbetsflöden som tar fram denna

dokumentation. Syftet med dessa krav är bland annat efterlevnad av riktlinjer från den nationella kunskapsstyrningen, vilket enligt Campanella et al. (2016), Palojoki et al. (2016) samt Doolan, Bates och James (2003) bidrar till patientsäkerheten och exempelvis minskar risken för felmedicinering. Ytterligare en fördel med efterlevnaden av riktlinjerna som regionerna inte nämner direkt är kostnadsbesparingar (Fritz, Cleland & Brennan. Detta skiljer sig från litteraturens beskrivning av intressenter som kravställare som regioner behöver ta hänsyn till, men i stället bidrar de med kompetenser i förändringsarbetet (Keshavjee et al., 2006; Frigidis & Chatzoglou, 2018; Jeston, 2018). I korthet upplevs inblandningen från hälsomyndigheter och stödjande aktörer som bidrag till patientsäkerheten hos alla regioner.

VG1 lade vikt på att kommunikation kring målen skedde utan dröjsmål efter att de formulerades, vilket ligger i linje med att informera intressenter tidigt och att sälja förändringen för att lindra förändringsmotståndet (Jeston, 2018; Latham, Winters & Locke, 1994). En av dessa grupper är till exempel patienter och invånare, som involveras i flera regioners konfigurations- och anpassningsarbete. Denna involvering är både ett sätt att erbjuda intressenter inflytande och ett medel för att säkra att lösningarna också är lämpliga för patienterna, vilket är i linje med observationer från Keshavjee et al. (2006), Frigidis och Chatzoglou (2018) och Jeston (2018).

En annan väsentlig grupp upplevs vara linjecheferna inom vården, eftersom det är de som till syvende och sist står med implementeringsbeslutet. Flera regioner framhåller att det är verksamheten som äger förändringen gör acceptansfrågan alltmer påtaglig (Safdari, Ghazisaeidi & Jebraeily, 2015; Karsh, 2004; Frigidis & Chatzoglou, 2018). Åtgärderna för att åstadkomma acceptans består bland annat av en avpassad grad av involvering i konfigurationsprocessen för att säkra att de och deras personal får ett verktyg som är lämpligt vilket är i linje med förhållningssättet från Jeston (2018), Karsh (2004), Frigidis och Chatzoglou (2018) samt Safdari, Ghazisaeidi och Jebraeily (2015). Utöver involvering hade regionerna även stöttande åtgärder som ledarforum och stödorganisationer vilket liknar McAlearney et als. (2015) förhållningssätt om att stötta ledningen med förkämpar och stödja kunskapsutbyte som del av upplärningsprocessen.

Utöver de traditionella intressentgrupperna upplevde två av regionerna även bidraget från SUSSA-samarbetet med kompetens inom verksamhetsförändring och digitalisering, vilket kanske strider mot den granskade litteraturens uppfattning av intressenter som kravställare (Kaplan & Harris-Salamone, 2009; Safdari, Ghazisaeidi & Jebraeily, 2015; Frigidis & Chatzoglou, 2018).

5.2 Projektledning

5.2.1 Anpassningar av implementeringsplanen

Alla regioners intervjupersoner beskriver att förimplementeringsprocessen kännetecknas av osäkerheter, och S1 i en sådan grad att planen inte är till för att följas utan för att följa när det görs avsteg från den, vilket är i linje med Berg (2001) som hävdar att det är omöjligt att planera implementationen fullständigt i förväg. Vid verksamhetsanpassningar upplevde flera regioner även osäkerheter i form av systemkonfigurationer som ändras allt eftersom ny kunskap dyker upp, vilket fortsatt är i linje med Bergs (2001) och Glasers (2004) förhållningssätt, men

stämmer även överens med en gradvis anpassning av både konfigurationen och verksamheten som Leonard-Barton och Sinha (1993).

5.2.2 Verksamhetsanpassningar inför förändringen

Verksamhetsanpassningarna innan förändringen präglas enligt samtliga regioner av svensk sjukvårds organisationsstruktur som placerar ansvaret för verksamhetsanpassningarna och vården på kliniknivå och att ledningen och programmen endast kan skapa förutsättningarna för innovation och effektiv drift. De kan inte genomtvinga verksamhetsförändringen, vilket stämmer överens med litteraturens koncept om ledningseffektivitet som förutsättning för innovation och drift av processer, (Jeston, 2018; Karsh, 2004; Heath & Porter, 2018). Trots ansvarets tydliga placering hos vårdverksamheten ställer sig programmet bakom förändringen med en stödorganisation hos samtliga regioner, som ser till att både förmedla förändringen och bidra till det praktiska genomförandet.

Första aspekten av stödorganisationen, att förmedla förändringen, är kopplad till första steget i Kotter Incs. (2021) förändringsledningsmodell, som består i att kommunicera visionen bakom förändringarna och vad de innebär. En nyansering som flera regioner lägger till är att kommunicera i fler detaljer allt som konfigureringsprocessen skrider fram och demonstrera hur det nya gränssnittet och arbetsflödet kommer att se ut. Detta är även i enlighet med tillvägagångssättet som Bowen et al. (2010) förespråkar om att kommunicera med scenarion och demonstrationer. Detta är även något som finns senare i Kotter Incs. (2021) tredje steg i förändringsledningsmodellen om att förtydliga hur förändringen kommer att realiseras. Här motiverar alla regioner de konkreta verksamhetsförändringarna med effektmål för vården, vilket ytterligare är i linje med Locke, Latham och Erez' (1988) ”berätta-och-sälj”-metod. En region upplevde dock att personalen själva redan önskade förändringen eftersom de var missnöjda med det befintliga, invecklade informationssystemet, vars svårarbetade karaktär var en fördel för att motivera förändringen.

Andra aspekten av stödorganisationen är att stödja det praktiska genomförandet och att främja kunskapsdelning och utbildning för vårdanställda och linjechefer. Detta sker hos alla tillfrågade regioner genom stödroller som hjälper verksamheten att anamma förändringen, genom utbildning och hos en region genom ledarforum för linjechefer och högre ledning. Detta är i linje med den kraftfulla vägledande koalitionen som McAlearney et al. (2015) och Kotter Inc. (2021) beskriver som det andra steget i åttastegsmodellen.

Programmålen hos regionerna används som nämnt för att förmedla och motivera förändringen, men målens karaktär är något som en region lägger vikt på, eftersom mål med ett medarbetarperspektiv är enkla att relatera till. Trots att detta inte motsvarar att involvera personal i formuleringen av strategier och mål är det ändå en involvering av medarbetarens perspektiv, vilket ligger delvist i linje med vad Latham, Winters och Locke (1994) förespråkar. Effektmålen är även ett sätt att följa upp på programmets status och säkra ansvarighet för dem, vilket är i linje med Jestons (2018) förhållningssätt med att säkra att nyttor realiseras.

Som det redan nämnts består förändringen av både en konfigureringsprocess och verksamhetsanpassningar, och flera regioner påpekar att många verksamhetsanpassningar är oberoende av informationsmiljön och bör göras tidigt innan systemet driftsätts, vilket bekräftas i femte steget av Kotter Incs. (2021) modell om att ta bort ineffektiva processer. Detta bekräftas även av flera andra författare (Sittig & Singh, 2015; Tanner et al., 2015; Alotaibi & Federico, 2017). En regions informant går steget vidare med att simulera användningen av ett icke

lanserat gränssnitt med en sekreterare som ett sätt att göra verksamhetsanpassningar mot ny informationsteknik som inte hade varit möjlig annars. Detta är ett sätt att anpassa verksamheten mot informationstekniken som används som Leonard-Barton och Sinha (1994) beskriver det, men regionen tar verksamhetsanpassningarna i förväg i stället för att vänta på driftsättningen.

5.3 Involvering och engagemang av vårdanställda

Involvering och engagemang av vårdpersonal är det tredje kritiska framgångsfaktorn som denna studie berör och appliceras som ett förhållningssätt för att säkra klinisk representation vid ändring av arbetsflöden, organisationsstruktur, konfiguration av journalsystemet och förändringsledning inom ramen för förimplementering (Karsh, 2004; Narattharaksa, 2016; Gray, 2014; Fragidis & Chatzoglou, 2018; Safdari, Ghazisaeidi & Jebraeily, 2015).

Som Ö2 noterade är engagemang en bristvara och dess relevans, eftersom projektets längd är flera år, bör inte underskattas utan kräver att utvecklingsprocessen är transparent. Vilket faller överens med Fletcher och Paynes(2017) notering att bytet av journalsystem är potentiellt den största förändringen an vårdanställd kan uppleva inom sitt professionella liv. Såsom Ifinedo(2018) påstår om att fördelarna med ett hälsoinformationssystem inte kommer realiseras om personalen underutnyttjade dem är ett sentiment som regions representanterna instämmer med genom deras diversifierade arbete att underlätta de organisatoriska förhållande, trots att som G2 noterade att de slutgiltiga ansvaret ligger hos de enskilda verksamheterna.

Synen på förhållningssättet bottom-up noteras som att inte vara applicerbart i praktiken enligt Ö1s erfarenheter av den problematik som skapas med alltför många rösters inverkan på systemet med för mycket moduler, vilket överensstämmer med det litteratur presenterad av Berg (2001) samt Eason & Waterson(2014) om att informations behoven är för olika för kunna tillgodoses på ett system. Därmed är det faktum att alla regioner applicerar former av konfigurerings arbete tillsammans med vårdpersonal kontinuerligt, samt under valet av leverantör som ett välgrundat beslut. Även aspekten av att samla vårdpersonalen för att de ska vara investerade och uppleva angelägenheten faller i hand med Kotter Inc. (2021) fjärde steg av att anlita en frivillig arme. Speciellt i och med att Jeston (2018) argumenterar att användningen av användarleddare kan öka potentialen att de nya processerna accepteras. Dock varnar Berg(2001) mot detta eftersom att han anser att användarna är alltför okunniga om hur man specificerar krav av system. Däremot noterade Ö2 att de är medvetna i sitt arbete att krav formuleringen kommer att ändras kontinuerligt och kommer anpassats efter det att kraven förändras vid uppenbarandet av workarounds, vilket är samma slutsats som Berg(2001) uppmärksammat. Dock motsätter Eason och Watersons (2014) detta om att dessa lokala småskaliga bottom-up konfigureringarna ofta blir alltför komplexa och är därmed begränsade i vilka förändringar som kan utföras. Även Leonard-Barton och Sinha (1993) problematiserar detta med att påstå att risken finns att de anpassar tekniken utefter existerande processer istället för tvärtom. Däremot är denna kartläggning av förbättringsmöjligheter enligt Jeston(2018) samt Latham, Winters och Locke(1994) som ett sätt för personalen att få gehör. Ö2 drog upp att systemet inte kommer vara lika populärt som den dagen det byts ut, vilket faller i linje med McAlearney med kollegor(2015) om känslan av sorg och förlust, inom sorg steget förnekelse, som kan finnas bland personalen över de förlorade expert kunskaperna.

När det kommer till de tekniska aspekterna kan personalens involvering att skapa standardiserade mallar för att minska behovet av fritextfunktionaliteten som G2 berörde, eftersom detta

kan hjälpa med valideringen vilket skulle vara fördelaktigt i enlighet med Palojoki med kollegor(2016) eftersom interaktionsproblematik mellan system och vårdgivare kan ta form i felinmatningar. Vilket redan hade noterats som en existerande problematik med hanteringen av remisser. G2 och G3 drog upp det faktum att användaren kan använda samma arbetsätt som vid tidigare system. Som motvikt till detta står VG1s beaktande av en sammanhållen informationsarkitektur som undgår dubbelinmatning. Dock ska det tas i beaktande att Eason och Waterson (2014) samt Berg (2001) påstår att appliceringen av kontrollsystem som kräver användarens bekräftelse över vidtagna åtgärder och liknande kan resulterar i flaskhalsar inom rapportering, redundant data och andra kommunikationsvägar används istället för dialoger med patienterna. G2 och G3 vägrade att deras syn på att förhindra problematiken med att utföra samma arbetsätt som tidigare system genom lära ut personalen nya sätt att se över vårdprocessen i helhet, vilket leder till appliceringen av nästa kritiska framgångsfaktor, utbildning.

5.4 Upplärning av användare

Den kritiska framgångsfaktorn av upplärning av användare fokuserar i denna uppsats på planering och prioriteringen av upplärningen som kan öka den upplevda nyttan, användbarheten och acceptansen (Owusu Kwateng, Appiah & Afo Osei Atiemo, 2021).

5.4.1 Förarbetet och framkallandet av utbildningsmaterial

Trots att ingen av regionerna hade kommit i ett stadie av att kunna specificera innehållet av utbildningarna av systemet finns det en viss mängd strategiska planer, som kan komma till att ändras, berörande tillvägagångssättet för att hantera utbildnings aspekterna. Som exempelvis Ö2 berörde om att kliniska beslutsgrupper kommer agerar tillsammans med regionens representanter för att framkalla utbildningsstrategier. Såsom Sieck med kollegor (2020) samt McAlearney med kollegor (2012) berör med anpassningen av utbildningen utefter praxis grupper är det en aspekt som regionerna exemplifierar. Detta genom att de beskrev hur utbildningarna kommer att ske på enhetsnivå och där de anpassas efter användarna genom modulernas relevans för den specifika yrkesrollen. Även om en full anpassning inte är möjlig för alla specialiteter och områden enligt VG1. Däremot att det även fanns en klarhet att det är regionerna som behöver planera upp utbildningarna för att passa respektive verksamhet för att kunna försäkra grundförutsättningar, vilket stämmer överens med Sieck med kollegor(2020) att delaktigheten av verksamheterna bidrar till upplärningen samt främjandet av lämplig användning.

När det kommer till de förändrade arbetsätten berörde G2 att referensgruppens tillsammans med Sussa identifierar hur arbetsätten kommer förändras vilket understryker att det finns en förståelse över association mellan en implementering av ett nytt hälsoinformationssystem med nya kognitiva processkrav, såsom Jedwab och kollegor (2021) berört i sin forskning. VG1 beskrev även hur exponering för hur arbetsättet kommer förändras är en del utav deras förändringsledning vilket sammanfaller med steg 8 inom Kotters 8-stegsmodell, "Instiutalisera nya tillvägagångssätt" eftersom sambandet mellan de nya arbetsätten och de potentiella framgångarna konceptualiseras, och därmed försäkras att de föregående vanorna ersätts i och med den växande självsäkerheten hos användaren (Kotter Inc., 2021). Genom att dessa arbetsätt förändringar noteras kontinuerligt utefter att de uppvisas anser G2 att användarna kommer vara införstådda i vad systemet innebär, eftersom hen anser att det inte bör vara något förändringsmotstånd i samband med den faktiska utbildningen.

Utöver dessa aspekter noterar regionerna även leverantörens involvering i utbildningen, specifikt i framtagandet av materialet, vilket inte har noterats inom litteraturen men kan ses som ett förhållningssätt för regionerna att försäkra patientsäkerheten. Detta i och med att leverantören, i enlighet med svensk lagstiftning, inte har skyldighet att hantera vissa kritiska aspekter såsom tillgången till funktionalitet för läkemedelsförskrivning enligt Ö2 och G2. Även aspekter såsom förändringsledningskurser av chefer är inte en aspekt som berörs av litteraturen, men kan bidra till att verksamhetsansvariga lättare kan förstå anledningen bakom de beslut som tas av regionerna vilket sammanfaller med Kotters första steg i 8-stegsmodellen "Etablera en känsla av angelägenhet" eftersom behovet av omedelbar agerande kan betonas i de sammanhangen (Kotter Inc., 2021).

5.4.2 *Expertanvändare*

Sieck med kollegor (2020) argumenterade för att lärande av kollegor som även agerar som förkämpar, därmed en motiverande roll, bidrar till att hantera förändringsmotståndet speciellt ifall det sker inom samma specialisering. Detta är en aspekt som alla regionerna instämmer med genom deras applicering av expertanvändare hela vägen ner till på enhetsnivå men även baserat på yrkesprofessionen. Trots de svårigheter att rekrytera dessa individer enligt Ö2, argumenterar S1 att det är viktigt att dessa individer anmäler sig frivilligt för att de effektivt ska kunna sprida förändringen, vilket är ett förhållningssätt som sammanfaller med Kotters fjärde steg av att "anlita en frivillig armé". Detta eftersom han argumenterar att storskalig organisationsförändring endast kan ske om personal samlas kring en gemensam möjlighet. De positiva aspekterna av detta förhållningssätt kommer även i form av Jedwab med kollegors (2021) forskning att kamratskap, lagarbete och optimism som nyckelverktyg för att stödja implementeringens framgång, pågående systemanvändning, förbättrat arbetsengagemang och arbetstillfredsställelse.

5.4.3 *Utbildningens längd kontra användarens datorvana*

Det fanns en del antaganden rörande personalens datorvana grundat i den betoning som understryks av G2 om pandemins påverkan på samhället, samt Sveriges allmänna digitalisering framgångar som även understryks av Ö2 och S1. Endast G2 och VG1 berörde potentiella brister i datorvana som en aspekt de tar aktiv hänsyn till genom utbildningsinitiativ. Därmed kan regionerna utan de här anpassningarna potentiellt komma efter i deras tidsplaner när det kommer för tiden för användarna att komma in i systemet, detta eftersom, som berörs av Sittig och Singh (2015) samt Tanner med kollegor (2015), att implementeringen påverkas särskilt av sociotekniska faktorer rörande bland annat människa-dator-interaktionen. Speciellt är detta en faktor i och med att de vårdanställdas upplevda hinder relaterade till motivation till att använda systemen består av bristande upplevd egen förtrogenhet, begränsat förtroende för datorer eller negativ inställning till system som kan minska upplevd kompetens och därmed resultera i undvikande av systemet (Jedwab et al, 2021). Däremot noterade Ö2 att de fall där ny teknologi/hårdvara implementeras i arbetet, såsom mobil, kan förhållningssättet anpassas därefter. Denna formen av att presentera användningen i form av en demonstration kan enligt Compeau och Higgins (1995) bidra till en ökad egen förmåga som i sin tur påverkar förmågan av användaren att använda systemet lämpligt. VG1 beskrev även hur personalen förhindras att gå vidare med utbildningsprogrammet ifall de inte når upp till de uppsatta målen för de diverse utbildningsmoment, även G3 beskrev att uppföljningar kommer att göras för att se hur det mottagits av användarna. Vilket är ett patientsäkert förhållningssätt i enlighet med Thomassen Andersen (2019) som betonade att skickliga och patientsäkra användare kräver

systematisk utbildning speciellt under de tidigare skeden. Även VG1 beskrivning av simulerings grupper har den vetenskapliga ryggraden i samband med den etnografiska metoden rekommenderade utav Berg(2001) som kan komma till att belysa ömsesidiga beroenden mellan arbetsuppgifter eller bidra till finjusteringar för att matcha flera varierade sammanhang som personalen kan bemöta i praktiken.

5.5 Tydliga kommunikationsvägar

Framgångsfaktorn av kommunikation ses inom denna uppsats som ett sätt att informera om projektet och upplära anställda i systemets funktioner samt sälja in dess fördelar för vårdverksamheten (Latham, Winters & Locke, 1994; Heath & Porter, 2018; Crowley et al., 2019).

5.5.1 *Envägskommunikation - informationsspridning*

Utifrån regionernas betoning på vikten av kommunikation i form av olika etablerade kommunikationsvägar som uppdateras kontinuerligt, ligger regionerna i fas genom deras arbete att informera ut till anställda samt intressenter om projektets omfattning, mål och tidsram (Jeston, 2018; Narattharaksa, 2016; Keshavjee et al., 2006). Dessutom var det G3 och Ö1 berörde, angående att genom workshops hantera personals eventuella oro, rädsla och därmed bidra till trygghetskänslor och inkludering, sammanflätar de sitt arbete med litteratur från Fletcher och Payne(2017), Keshavjee med kollegor(2006) samt Jeston(2018) genom att säkra en gemensam målbild för projektet i helhet och i sin tur minska risken för konflikt.

5.5.2 *Tvåvägskommunikation - kommunikation med anställda*

S1 hantering av förväntningar genom att demonstrationer på enheter där systemet redan är implementerat är även en aspekt som styrks av forskningen från Bowen med kollegor(2010), detta eftersom att det försäkras att lösningen är lämplig i praktiken även i de mer komplexa kontexten. Det var även en ny upptäckt att trots kontinuerliga utarbetade former av kommunikationsformer upplevde strategierna att informationen inte nådde ut till alla medarbetare trots kontinuerliga försök och olika former, vilket enligt Ö1 kan vara ett tecken på en ny problematik av informationsbrus som bör tas i beaktning.

5.5.3 *Tvåvägskommunikation - kommunikation med intressenter*

Såsom Latham, Winters och Locker (1994) berörde är det en ökad motivation när verksamheten inte bara informeras om projektets syfte men att dess värde även motiveras och säljs till berörda parter, vilket regionerna gör genom både kontinuerlig kommunikation med leverantören, det politiska styret och genom kommunikation mellan regionerna. När det kommer till det gemensamma arbete med referensgrupper som både G2 samt Ö2 noterade i samband med Sussa-samverkan, kan processerna även förbättras i enlighet med Jeston(2018) genom att ett större fokus ligger på hur tidigare upptäckta problem och att därmed förbättringsmöjligheter kan realisera. Detta knyter även samman med de nationella kunskapsstyrning mekanikerna som VG1 berörde vilket bidrar med standardiseringar berörande patientsäkerheten, på inte enbart enhetsnivå utan nationell nivå, genom de gränsöverskridande dialogerna. Vilket Latham, Winters och Locke(1994) forskning även påpekar kommer att det skulle kunna öka insikten

kring de befintliga processerna, i detta sammanhang vårdprocesser, och kan starta en diskussion kring vilka problem och förbättringsmöjligheter som finns, däribland potentiella snabba vinster genom gränsöverskridande kunskapsutbyten som G2 berört.

5.6 Stöd från ledningen

5.6.1 Ledningsstöd

Det var ledningens och politikens beslut att sjösätta förändringen hos samtliga regioner och det är även de som pådriver med visionen och effektmålen för den, vilket även reflekteras av litteraturen som beskriver att förändringar som ämnar att transformera verksamheten ofta är toppstyrda och betyder att ledningen behöver vara pådrivande (Jeston, 2018; Fletcher & Payne, 2017; Protti, 2002). Ledningen är dock inte delaktig i praktiska detaljer, utan driver på med en övergripande vision och övergripande målsättningar, vilket reflekteras av Ebys (2018) beskrivning av top-down-processer. Samtliga regioner upplever att dessa top-down-processer bidrar med ett förvaltningsperspektiv och en struktur på krav från flera användargrupper, vilket stämmer med Bergs (2001) utsaga om att ett individuellt medarbetarperspektiv inte kan tillfredsställa en strukturerad och samordnad informationsarkitektur. Denna struktur som ledningen bidrar med är även en sorts plattform som ser till att strukturera och möjliggöra förändring, vilket är i enlighet med Porters (2018) koncept om ledningseffektivitet som förutsättning för innovation samt Kotter Incs. (2021) koncept om en vägledande koalition.

Ledningen stödjer även förändringen genom att inrikta sin kommunikation på effektmålen som beskriver vad förändringen innebär och varför den behövs vilket ligger i linje med vad som tidigare nämnts som en ”berätta-och-sälj”-metod (Locke, Latham & Erez, 1988). Dessutom upplevde en region som tidigare nämnts att det underlättade att några av effektmålen var formulerade ur medarbetarens perspektiv, delvist i enlighet med Latham, Winters och Lockes (1994) förhållningssätt till delaktighet i målformulering. Alla regioner upplever även att ledningen inte bara kommunicerar och motiverar effektmålen, utan också tillkännager hur högt programmet prioriteras och budgeteras därefter, vilket gör valet enklare för verksamhetschefer som velar mellan flera projekt som kämpar om resurser. Detta exempel visar på en anledning till att ledningsstödet är en kritisk framgångsfaktor, vilket är i linje med litteraturens uppfattning (Karsh, 2004; Jeston, 2018; Keshavjee et al., 2006; Protti, 2002). Alla regioner beskriver trots att ledningsstödet är starkt, kan det utmanas av ett långdraget projekt som kan påverkas av förseningar eller av en ledning som inte såg omfattningen av förändringen initialt, vilket gör Kotter Incs. (2021) poäng om att konsolidera accelerationen av förändringar viktig för att hjälpa verksamheten uthärda processen.

Effektmålen är inte bara en visionsfråga, de är även ett instrument för att följa upp på realiseringen av dem och skapa en ansvarskänsla hos verksamheten, vilket är i enlighet med Porters (2018) fokus på nyttorealisering och Kotter Incs. (2021) sjätte steg som i stället använder ordet vinster som ska samlas in och kommuniceras ut.

Flera regioner betonar även behovet av en nåbar ledning som verksamheten och programmet kan fråga till råds vid ekonomifrågor exempelvis, vilket inte ges mycket uppmärksamhet i den litteraturen som genomgått i denna uppsats. Detta tyder på att ledningsstöd har ännu en dimension, som är tillgänglighet i sin kommunikation.

5.6.2 Sekundära arbetsflöden

Som tidigare nämnts begränsar ledningens bidrag sig inte till kommunikation och budgetallokeringar, utan regionerna upplever även att ledningsstödet bidrar med struktur, en hänsyn till administration och till sekundära arbetsflöden. Ledningsperspektivet är påtagligt i alla regioners förändringsprogram och visar sig exempelvis med krav på dokumentation i realtid för att ta fram mätetal, vilket Eason och Waterson (2014) också observerar i sin studie. Ett sådant fokus på sekundära arbetsflöden kan innebära större dokumentationsbörda, men flera regioner påpekade att mätetalen var nödvändiga för att överblicka processernas prestanda och ögna förbättringsmöjligheter. En region framhöll dock att dokumentation i syfte att ta fram mätetal ska ske automatiskt vid användning av informationssystemet (Eason & Waterson, 2014). Intervjupersonen understryker att mätetal i sig inte får innebära en ökad dokumentation, vilket tyder på att hänsynen till sekundära arbetsprocesser inte behöver vara på bekostnad av hänsynen till de primära, i motsättning till vad som Eason och Waterson (2014) observerade.

I andra fall kan top-down-inflytandet bestå av hänsynen till andra anställda i stället för individen genom att samordna en lösning som säkrar att andra kan överskåda informationen om patienten i stället för fritext. På så vis blir top-down-inflytandet även en samordningsfunktion, vilket är något det individuella medarbetarperspektivet som tidigare nämnts inte hade kunnat ta hänsyn till, vilket stämmer överens med litteraturen som genomgått i uppsatsen (Berg, 2001; Leonard-Barton & Sinha, 1993; Kotter Inc., 2021).

Utöver hänsynen till mätetal och samordning finns även beaktandet av intressenter som hälsomyndigheter och kvalitetssystem som tidigare nämnts ställer krav på en strukturerad utdatamiljö med tillräcklig dokumentation samt standardiserade processer som efterlever riktlinjer. Detta kan uppfattas som en effekt av förvaltningsperspektivet enligt den granskade litteraturen, men detta är även något medarbetare själva efterfrågar eftersom de ser värdet av riktlinjer ur ett vårdkvalitetsperspektiv (Leonard-Barton & Sinha, 1993; Berg, 2001; Campanella et al., 2016; Doolan, Bates & James, 2003).

Flera regioner påpekar att man i vissa frågor inte bör involvera användarna i utformandet eftersom vårdanställdas kompetens inte räcker till i kravställningen på system som har en konsekvent informationsstruktur men i stället berätta vilka premisser som gäller och varför. Detta förhållningssätt används av regionerna för att säkra att data går att återvinna och överföra automatiskt så andra användare kan nyttja den, vilket liknar förhållningssättet som Berg (2001) samt Leonard-Barton och Sinha (1993) beskriver. I motsats till detta finns exempelvis en region som beskriver att anställda nyttjade ett parallellt informationssystem för att samverka, nämligen telefax, vilket är något som Eason och Waterson (2014) drar upp som konsekvensen av tidskrävande dokumentation. Intervjupersonen från regionen i fråga beskriver dock att det berodde på en funktion i systemet som de berörda anställda inte kände till. I en annan region fanns flera parallella tillämpningar av samma system som inte var interoperabla, vilket också visar på behovet av en sammanhållen datamiljö.

Risken för parallella informationssystem, dubbeldokumentation och redundant data vill flertalet av de tillfrågade regionerna åtgärda med ett strukturerat förhållningssätt som säkrar att

arbetsätt och informationsstruktur är standardiserade och enhetliga. Detta är i linje med den granskade litteraturen involvering av användare i tekniska ämnen och förvaltningsfrågor, såsom hur man minskar redundant data och användningen av parallella, informella informationssystem (Leonard-Barton & Sinha, 1993; Berg, 2001; Eason & Waterson, 2014; Glaser, 2004; Porter, 2018).

En strukturerad datamiljö är i slutändan något som flertalet regioner tycker gynnar både förvaltningsverksamheten samt anställda. Det är dock på helheten att förbättringen sker, och inte alltid för individen, men för andra anställda och för patientens intressen, vilket ofta möts av förståelse när dessa aspekter förklaras och motiveras, i likhet med Locke, Latham och Erez' (1988) "berätta-och-sälj"-metod. I andra fall önskar medarbetarna redan själva förändringen. Trots att den genomgångna litteraturen och det ovanstående kan ge intrycket av att balansen mellan hänsynen till primära och sekundära processer är ett nollsummespel, där hänsynen till sekundära arbetsflöden sker på bekostnad av de primära, är det ofta inte det regionerna upplever (Berg, 2001; Eason & Waterson, 2014; Glaser, 2004). De upplever däremot att de anställda i regel utvisar förståelse för patientsäkerheten, för att andra användare kommer att behöva använda deras data och för att de själva får ett mer intuitivt gränssnitt. Regionernas erfarenheter tyder på att avståndet mellan förvaltningsperspektivet och medarbetarperspektivet är odramatiskt framför ett "gerillakrig" vilket Glaser (2004, s. 131) liknar det vid.

6 Slutsats

Intervjuerna bidrog till en kartläggning över de intervjuade strategernas förhållningssätt till förändringsledning på alla sex ämnesområden som identifierats som kritiska framgångsfaktorer. Dessutom berikade intervjupersonerna ämnet med förhållningssätt som inte framgick av den granskade litteraturen, till exempel regionsöverskridande samarbeten med stordriftsfördelar och kunskapsdelning. En mer ingående granskning av dessa hade kunnat bidra ytterligare till kartläggningen. Den delen av kartläggningen som föll inom ämnesområdena åstadkoms däremot, och resultaten av denna sammanfattas nedan.

Först och främst upplevs en kontinuerlig involvering av personal som ett kännetecken för förändringsprocessen, både vad angår teknisk konfiguration och verksamhetsanpassningar i form av processförändring. Vissa verksamhetsanpassningar går att genomföra oberoende av driftsättningen av informationsmiljön och läggs tidigt i processen för att underlätta förändringen. Det ses även ett värde av att göra verksamhetsanpassningar genom att simulera en användning av det nya systemet med hjälp av sekreterare som annars inte hade varit möjlig.

Involvering av och återkoppling från anställda i konfigurationsarbetet och i verksamhetsanpassningarna upplevs som nödvändiga för att ta hänsyn till deras krav och validera gränssnittet. Dock beaktas det att medarbetare kan ha svårt att överblicka andra anställdas, administrationens och intressenters krav och problemställningar om en enhetlig, strukturerad informations- och processarkitektur. I de fallen där anställda inte involveras förklaras och motiveras villkoren för konfigurationsbeslutet för att säkra transparens och engagemang och hantera oro hos personalen. Målsättningar och kommunikation som dessutom är formulerade ur ett medarbetarperspektiv upplevs även som mer engagerande och enkla för personal att relatera till.

Målsättningarna ses även som ett sätt att följa upp på verksamheten genom att spåra de förändringarna som gjorts, vilket är i linje med den svenska sjukvårdens organisationsstruktur där beslutet om och ansvaret för verksamhetsförändring ligger på klinisknivå. Ansvaret används som en drivkraft, men det påpekas att det även behövs även en stödorganisation.

I linje med involvering av personal eftersträvas en så liten dokumentationsbörda som möjligt vid uppföljning på processer med få, gärna automatiskt genererade mätetal, men tillräckliga för att följa processernas prestanda. I samband med detta förespråkas uppföljningsstrukturer i någon mån för att säkra efterlevnad av riktlinjer för patientsäkerhetens skull utan att stänga utrymmet för experimenterande och förbättring genom att styra för hårt. Samtidigt upplevs en önskan om ett informationssystem som stödjer och tvingar efterlevnad av vårdriktlinjer från vårdkåren själva av hänsyn till patientsäkerheten. Detta bär vittnesbörd om att det ofta finns gemensamma intressen hos ledningen och vårdpersonalen.

Trots att ledningen och vårdanställda ofta delar de samma intressena karaktäriseras förändringen av sorg och negativa känslor av att gå från expertanvändare till novisch i det nya informationssystemet. Här upplevs nyckelfaktorer vara involvering av personal, återkoppling, transparent kommunikation samt praktiska demonstrationer av hur lösningen kommer att fungera.

För att nyttja informationssystemet på ett lämpligt sätt betonas en tidig utbildning för att lära upp användare upp i de funktionerna de kommer att behöva i samband med sina arbetsuppgifter. Det understryks vidare att leverantören och anställda behöver vara delaktiga i framtagandet av utbildningsmaterialet för att åstadkomma relevant och patientsäkert material. Utbildningen består även av att tidigt lära ut ett nytt sätt att se vårdprocessen i sin helhet utöver den delen som egna arbetsuppgifter utgör för att cementera ett nytt arbetssätt. Här framhävs anställdas medverkan igen i form av att de lär ut informationssystemet och arbetssättet till kollegor inom samma specialisering och lindrar förändringsmotstånd.

Ovanstående stödjande åtgärder vidtas för att underlätta förändringen för personalen och verksamheten. Men dessa är blott förutsättningar för förändring, vilket är det enda förändringsprogrammet kan bidra med. Med andra ord kan förändringsprogram i svensk sjukvård endast skapa förutsättningarna för förändring, men inte genomtvinga den.

Appendix 1 - Intresseförfrågan

A) Mejlmall

Hej!

Vi är två elever från Ekonomihögskolan i Lund, Amelia Wilhelmsson och jag, som arbetar med vår kandidatuppsats på systemvetenskapliga programmet. I samband med arbetet skulle vi tycka det vore intressant att höra mer om förimplementeringsarbetet inom [regionsnamn] vid byte till ett nytt informationssystem med vikt på hur intressenter och anställda involveras i processen. Vårt fokus är även att försöka ta med koncept från denna konversation som lärdomar till en eventuell implementering av ett nytt journalsystem. Med anledning av detta skulle vi vara tacksamma ifall det gick att genomföra några intervjuer i slutet av april eller början av maj hos er för att höra mer om hur förimplementeringsprocessen går till i samband med det pågående [projektnamn] med [leverantörsnamn], alternativt era tidigare erfarenheter med andra system och vilka insikter man kan ta med sig från dessa.

Om ni skulle vara intresserade av att hjälpa oss med detta kommer vi att bifoga ytterligare information om hur det hela kommer gå till.

Ifall ni helst vill höra av er över telefon eller Microsoft Teams går det absolut att lösa.

Många vänliga hälsningar,

Amelia Wilhelmsson och Valdemar Andersen
Tel. [REDACTED]

B) Region Stockholm (länsbokstav AB)

Hej!

Vi är två elever från Ekonomihögskolan i Lund, Amelia Wilhelmsson och jag, som arbetar med vår kandidatuppsats på systemvetenskapliga programmet. I samband med arbetet skulle vi tycka det vore intressant att höra mer om förimplementeringsarbetet inom Region Stockholm vid byte till ett nytt informationssystem med vikt på hur intressenter och anställda involveras i processen. Vårt fokus är även att försöka ta med koncept från denna konversation som lärdomar till en eventuell implementering av ett nytt journalsystem eller moduler därav. Med anledning av detta skulle vi vara tacksamma ifall det gick att genomföra några intervjuer i slutet av april eller början av maj hos er för att höra mer om hur förimplementeringsprocessen går till i samband med den pågående upphandlingen av journalsystemsmoduler, alternativt era tidigare erfarenheter med andra system och vilka insikter man kan ta med sig från dessa.

Om ni skulle vara intresserade av att hjälpa oss med detta kommer vi att bifoga ytterligare information om hur det hela kommer gå till.

Ifall ni helst vill höra av er över telefon eller Microsoft Teams går det absolut att lösa.

Många vänliga hälsningar,

Amelia Wilhelmsson och Valdemar Andersen

Tel. [REDACTED]

C) Region Sörmland (länsbokstav D)

Hej!

Vi är två elever från Ekonomihögskolan i Lund, Amelia Wilhelmsson och jag, som arbetar med vår kandidatuppsats på systemvetenskapliga programmet. I samband med arbetet skulle vi tycka det vore intressant att höra mer om förimplementeringsarbetet inom Region Sörmland vid byte till ett nytt informationssystem med vikt på hur intressenter och anställda involveras i processen. Vårt fokus är även att försöka ta med koncept från denna konversation som lärdomar till en eventuell implementering av ett nytt journalsystem. Med anledning av detta skulle vi vara tacksamma ifall det gick att genomföra några intervjuer i slutet av april eller början av maj hos er för att höra mer om hur förimplementeringsprocessen går till i samband med det pågående projektet med Cambio i samarbete med SUSSA, alternativt era tidigare erfarenheter med andra system och vilka insikter man kan ta med sig från dessa.

Om ni skulle vara intresserade av att hjälpa oss med detta kommer vi att bifoga ytterligare information om hur det hela kommer gå till.

Ifall ni helst vill höra av er över telefon eller Microsoft Teams går det absolut att lösa.

Många vänliga hälsningar,

Amelia Wilhelmsson och Valdemar Andersen

Tel. [REDACTED]

D) Region Gotland (länsbokstav I)

Hej!

Vi är två elever från Ekonomihögskolan i Lund, Amelia Wilhelmsson och jag, som arbetar med vår kandidatuppsats på systemvetenskapliga programmet. I samband med arbetet skulle vi tycka det vore intressant att höra mer om förimplementeringsarbetet inom Region Gotland vid byte till ett nytt informationssystem med vikt på hur intressenter och anställda involveras i processen. Vårt fokus är även att försöka ta med koncept från denna konversation som lärdomar till en eventuell implementering av ett nytt journalsystem eller moduler därav. Med anledning av detta skulle vi vara tacksamma ifall det gick att genomföra några intervjuer i slutet av april eller början av maj hos er för att höra mer om hur förimplementeringsprocessen går till i samband med den pågående upphandlingen av journalsystemsmoduler, alternativt era tidigare erfarenheter med andra system och vilka insikter man kan ta med sig från dessa.

Om ni skulle vara intresserade av att hjälpa oss med detta kommer vi att bifoga ytterligare information om hur det hela kommer gå till.

Ifall ni helst vill höra av er över telefon eller Microsoft Teams går det absolut att lösa.

Många vänliga hälsningar,

Amelia Wilhelmsson och Valdemar Andersen

Tel. [REDACTED]

E) Region Blekinge (länsbokstav K)

Hej!

Vi är två elever från Ekonomihögskolan i Lund, Amelia Wilhelmsson och jag, som arbetar med vår kandidatuppsats på systemvetenskapliga programmet. I samband med arbetet skulle vi tycka det vore intressant att höra mer om förimplementeringsarbetet inom Region Blekinge vid byte till ett nytt informationssystem med vikt på hur intressenter och anställda involveras i processen. Vårt fokus är även att försöka ta med koncept från denna konversation som lärdomar till en eventuell implementering av ett nytt journalsystem. Med anledning av detta skulle vi vara tacksamma ifall det gick att genomföra några intervjuer i slutet av april eller början av maj hos er för att höra mer om hur förimplementeringsprocessen går till i samband med det pågående projektet med Cambio i samarbete med SUSSA, alternativt era tidigare erfarenheter med andra system och vilka insikter man kan ta med sig från dessa.

Om ni skulle vara intresserade av att hjälpa oss med detta kommer vi att bifoga ytterligare information om hur det hela kommer gå till.

Ifall ni helst vill höra av er över telefon eller Microsoft Teams går det absolut att lösa.

Många vänliga hälsningar,

Amelia Wilhelmsson och Valdemar Andersen

Tel. [REDACTED]

F) Region Halland (länsbokstav N)

Hej!

Vi är två elever från Ekonomihögskolan i Lund, Amelia Wilhelmsson och jag, som arbetar med vår kandidatuppsats på systemvetenskapliga programmet. I samband med arbetet skulle vi tycka det vore intressant att höra mer om förimplementeringsarbetet inom Region Halland vid byte till ett nytt informationssystem med vikt på hur intressenter och anställda involveras i processen. Vårt fokus är även att försöka ta med koncept från denna konversation som lärdomar till en eventuell implementering av ett nytt journalsystem. Med anledning av detta skulle vi vara tacksamma ifall det gick att genomföra några intervjuer i slutet av april eller början av maj hos er för att höra mer om hur förimplementeringsprocessen går till i samband med det

pågående projektet med Cambio i samarbete med SUSSA, alternativt era tidigare erfarenheter med andra system och vilka insikter man kan ta med sig från dessa.

Om ni skulle vara intresserade av att hjälpa oss med detta kommer vi att bifoga ytterligare information om hur det hela kommer gå till.

Ifall ni helst vill höra av er över telefon eller Microsoft Teams går det absolut att lösa.

Många vänliga hälsningar,

Amelia Wilhelmsson och Valdemar Andersen

Tel. [REDACTED]

G) Västra Götalandsregionen (länsbokstav O)

Hej!

Vi är två elever från Ekonomihögskolan i Lund, Amelia Wilhelmsson och jag, som arbetar med vår kandidatuppsats på systemvetenskapliga programmet. I samband med arbetet skulle vi tycka det vore intressant att höra mer om förimplementeringsarbetet inom Västra Götalandsregionen vid byte till ett nytt informationssystem med vikt på hur intressenter och anställda involveras i processen. Vårt fokus är även att försöka ta med koncept från denna konversation som lärdomar till en eventuell implementering av ett nytt journalsystem. Med anledning av detta skulle vi vara tacksamma ifall det gick att genomföra några intervjuer i slutet av april eller början av maj hos er för att höra mer om hur förimplementeringsprocessen går till i samband med det pågående FVM-programmet med Cerner, alternativt era tidigare erfarenheter med andra system och vilka insikter man kan ta med sig från dessa.

Om ni skulle vara intresserade av att hjälpa oss med detta kommer vi att bifoga ytterligare information om hur det hela kommer gå till.

Ifall ni helst vill höra av er över telefon eller Microsoft Teams går det absolut att lösa.

Många vänliga hälsningar,

Amelia Wilhelmsson och Valdemar Andersen

Tel. [REDACTED]

H) Region Örebro län (länsbokstav T)

Hej!

Vi är två elever från Ekonomihögskolan i Lund, Amelia Wilhelmsson och jag, som arbetar med vår kandidatuppsats på systemvetenskapliga programmet. I samband med arbetet skulle vi tycka det vore intressant att höra mer om förimplementeringsarbetet inom Region Örebro län vid byte till ett nytt informationssystem med vikt på hur intressenter och anställda involveras i processen. Vårt fokus är även att försöka ta med koncept från denna konversation som lärdomar till en eventuell implementering av ett nytt journalsystem. Med anledning av detta

skulle vi vara tacksamma ifall det gick att genomföra några intervjuer i slutet av april eller början av maj hos er för att höra mer om hur förimplementeringsprocessen går till i samband med det pågående projektet med Cambio i samarbete med SUSSA, alternativt era tidigare erfarenheter med andra system och vilka insikter man kan ta med sig från dessa.

Om ni skulle vara intresserade av att hjälpa oss med detta kommer vi att bifoga ytterligare information om hur det hela kommer gå till.

Ifall ni helst vill höra av er över telefon eller Microsoft Teams går det absolut att lösa.

Många vänliga hälsningar,

Amelia Wilhelmsson och Valdemar Andersen

Tel. [REDACTED]

I) Region Dalarna (länsbokstav W)

Hej!

Vi är två elever från Ekonomihögskolan i Lund, Amelia Wilhelmsson och jag, som arbetar med vår kandidatuppsats på systemvetenskapliga programmet. I samband med arbetet skulle vi tycka det vore intressant att höra mer om förimplementeringsarbetet inom Region Dalarna vid byte till ett nytt informationssystem med vikt på hur intressenter och anställda involveras i processen. Vårt fokus är även att försöka ta med koncept från denna konversation som lärdomar till en eventuell implementering av ett nytt journalsystem. Med anledning av detta skulle vi vara tacksamma ifall det gick att genomföra några intervjuer i slutet av april eller början av maj hos er för att höra mer om hur förimplementeringsprocessen går till i samband med det pågående projektet med Cambio i samarbete med SUSSA, alternativt era tidigare erfarenheter med andra system och vilka insikter man kan ta med sig från dessa.

Om ni skulle vara intresserade av att hjälpa oss med detta kommer vi att bifoga ytterligare information om hur det hela kommer gå till.

Ifall ni helst vill höra av er över telefon eller Microsoft Teams går det absolut att lösa.

Många vänliga hälsningar,

Amelia Wilhelmsson och Valdemar Andersen

Tel. [REDACTED]

J) Region Gävleborg (länsbokstav X)

Hej!

Vi är två elever från Ekonomihögskolan i Lund, Amelia Wilhelmsson och jag, som arbetar med vår kandidatuppsats på systemvetenskapliga programmet. I samband med arbetet skulle vi tycka det vore intressant att höra mer om förimplementeringsarbetet inom Region Gävleborg vid byte till ett nytt informationssystem med vikt på hur intressenter och anställda

involveras i processen. Vårt fokus är även att försöka ta med koncept från denna konversation som lärdomar till en eventuell implementering av ett nytt journalsystem. Med anledning av detta skulle vi vara tacksamma ifall det gick att genomföra några intervjuer i slutet av april eller början av maj hos er för att höra mer om hur förimplementeringsprocessen går till i samband med det pågående projektet med Cambio i samarbete med SUSSA, alternativt era tidigare erfarenheter med andra system och vilka insikter man kan ta med sig från dessa.

Om ni skulle vara intresserade av att hjälpa oss med detta kommer vi att bifoga ytterligare information om hur det hela kommer gå till.

Ifall ni helst vill höra av er över telefon eller Microsoft Teams går det absolut att lösa.

Många vänliga hälsningar,

Amelia Wilhelmsson och Valdemar Andersen
Tel. [REDACTED]

K) Region Västernorrland (länsbokstav Y)

Hej!

Vi är två elever från Ekonomihögskolan i Lund, Amelia Wilhelmsson och jag, som arbetar med vår kandidatuppsats på systemvetenskapliga programmet. I samband med arbetet skulle vi tycka det vore intressant att höra mer om förimplementeringsarbetet inom Region Västernorrland vid byte till ett nytt informationssystem med vikt på hur intressenter och anställda involveras i processen. Vårt fokus är även att försöka ta med koncept från denna konversation som lärdomar till en eventuell implementering av ett nytt journalsystem. Med anledning av detta skulle vi vara tacksamma ifall det gick att genomföra några intervjuer i slutet av april eller början av maj hos er för att höra mer om hur förimplementeringsprocessen går till i samband med det pågående projektet med Cambio i samarbete med SUSSA, alternativt era tidigare erfarenheter med andra system och vilka insikter man kan ta med sig från dessa.

Om ni skulle vara intresserade av att hjälpa oss med detta kommer vi att bifoga ytterligare information om hur det hela kommer gå till.

Ifall ni helst vill höra av er över telefon eller Microsoft Teams går det absolut att lösa.

Många vänliga hälsningar,

Amelia Wilhelmsson och Valdemar Andersen
Tel. [REDACTED]

L) Region Västerbotten (länsbokstav AC)

Hej!

Vi är två elever från Ekonomihögskolan i Lund, Amelia Wilhelmsson och jag, som arbetar med vår kandidatuppsats på systemvetenskapliga programmet. I samband med arbetet skulle

vi tycka det vore intressant att höra mer om förimplementeringsarbetet inom Region Västerbotten vid byte till ett nytt informationssystem med vikt på hur intressenter och anställda involveras i processen. Vårt fokus är även att försöka ta med koncept från denna konversation som lärdomar till en eventuell implementering av ett nytt journalsystem. Med anledning av detta skulle vi vara tacksamma ifall det gick att genomföra några intervjuer i slutet av april eller början av maj hos er för att höra mer om hur förimplementeringsprocessen går till i samband med det pågående projektet med Cambio i samarbete med SUSSA, alternativt era tidigare erfarenheter med andra system och vilka insikter man kan ta med sig från dessa.

Om ni skulle vara intresserade av att hjälpa oss med detta kommer vi att bifoga ytterligare information om hur det hela kommer gå till.

Ifall ni helst vill höra av er över telefon eller Microsoft Teams går det absolut att lösa.

Många vänliga hälsningar,

Amelia Wilhelmsson och Valdemar Andersen

Tel. [REDACTED]

M) Region Norrbotten (länsbokstav BD)

Hej!

Vi är två elever från Ekonomihögskolan i Lund, Amelia Wilhelmsson och jag, som arbetar med vår kandidatuppsats på systemvetenskapliga programmet. I samband med arbetet skulle vi tycka det vore intressant att höra mer om förimplementeringsarbetet inom Region Norrbotten vid byte till ett nytt informationssystem med vikt på hur intressenter och anställda involveras i processen. Vårt fokus är även att försöka ta med koncept från denna konversation som lärdomar till en eventuell implementering av ett nytt journalsystem. Med anledning av detta skulle vi vara tacksamma ifall det gick att genomföra några intervjuer i slutet av april eller början av maj hos er för att höra mer om hur förimplementeringsprocessen går till i samband med det pågående projektet med Cambio i samarbete med SUSSA, alternativt era tidigare erfarenheter med andra system och vilka insikter man kan ta med sig från dessa.

Om ni skulle vara intresserade av att hjälpa oss med detta kommer vi att bifoga ytterligare information om hur det hela kommer gå till.

Ifall ni helst vill höra av er över telefon eller Microsoft Teams går det absolut att lösa.

Många vänliga hälsningar,

Amelia Wilhelmsson och Valdemar Andersen

Tel. [REDACTED]

N) Region Skåne (länsbokstav M)

Hej [namn på kontaktperson],

Vi är två elever från Ekonomihögskolan i Lund, Amelia Wilhelmsson och jag, som arbetar med vår kandidatuppsats på systemvetenskapliga programmet. I samband med arbetet skulle vi tycka det vore intressant att höra mer om dina erfarenheter från Region Skåne om förimplementeringsarbetet inom regionen vid byte till ett nytt informationssystem med vikt på hur intressenter och anställda involveras i processen. Vårt fokus är även att försöka ta med koncept från denna konversation som lärdomar till en eventuell implementering av ett nytt journalsystem. Med anledning av detta skulle vi vara tacksamma ifall det gick att genomföra en intervju med dig i den närmaste veckan eller den följande i början av maj. Vi är speciellt intresserade av att höra mer om hur förimplementeringsprocessen går till i samband med Region Skånes pågående projektet med Cerner, alternativt dina tidigare erfarenheter med andra system och vilka insikter man kan ta med sig från dessa.

Om du skulle vara intresserad av att hjälpa oss med detta kommer vi att bifoga ytterligare information om hur det hela kommer gå till.

Ifall du helst vill höra av dig över telefon eller Microsoft Teams går det absolut att lösa.

Jag skulle förresten hälsa från vår handledare Magnus Wärja.

Trevlig helg!

Många vänliga hälsningar,

Amelia Wilhelmsson och Valdemar Andersen

Tel. [REDACTED]

Appendix 2 – Ytterligare information vid intresse

Lite mer om vårt projekt om förimplementeringsaktiviteter hos vården

I det här dokumentet tänkte vi att beskriva syftet med undersökningen närmre samt hur vi tänkt oss att gå till väga med intervjun.

1. Syftet med vår uppsats

Genom appliceringen av denna studie kommer förhoppningsvis kunskap förädlas om de bästa förhållningssätt till förändringsledning, eller change management, inom förarbetet till en implementering inom sjukvården. Den existerande bristen av systemutvecklare i samhället, speciellt inom staten, har bidragit med ett vakuum av kunskap om hur man bemöter och involverar just sjukvården från ett systemperspektiv. Målet om att effektivisera arbetet av teknologin inom vården utan att skapa en för omfattande förändring i samband med implementering, då patientsäkerheten kan påverkas, är lärdomar hela informatik-forskningsområdet skulle kunna nyttja. Detta är speciellt relevant inom den växande inriktningen av hälsoinformatik. Därav är det viktigt att veta mer om vårdens diversifierade samt kritiska processer inom förimplementering av system, speciellt i och med att vården inte är vinstdrivande inom Sverige.

2. Hur kommer intervjun gå till?

Tanken med intervjun är att ha ett samtal om hur förimplementeringen görs vid byte av system inom vården med fokus på change management och hur anställda inom vården involveras. Exakt vad vi pratar om beror dock på dina/era upplevelser av sådana projekt och vilka aspekter du/ni tycker är viktiga att bemöta. Om du/ni har specifika exempel på arbeten som du/ni varit involverade i kommer du/ni att uppträda under pseudonym, eftersom vi bara skulle uppskatta att få med så många konkreta erfarenheter som möjligt. Ifall det önskas går det också att läsa igenom uppsatsen innan publicering genom att kontakta en från teamet.

Vi vill gärna spela in intervjun för att kunna transkribera samtalet i efterhand. Det är bara vi som kommer att ha tillgång till inspelade intervjuer. Allt material som publiceras kommer att vara pseudonymiserat när det kommer till namn och andra uppgifter som på ett tydligt sätt skulle kunna kopplas till specifika personer. Det är möjligt att genomföra intervjun på distans via Microsoft Teams ifall det är att föredra, men annars går det bra att avtala tid och plats för intervjun. Uppskattningsvis kommer intervjun att ta ungefär 1 timme.

3. Intervjuämnet

Huvudkomponenterna av intervjun kommer kretsa kring dina/era erfarenheter av introduktionen till ett system inom e-hälsa och hanteringen av det. Ifall du/ni även har upplevt ett byte till ett annat informationssystem inom vården kan vi potentiellt dra upp aspekter du/ni uppfattat saknats i förimplementeringsprocessen alternativt vad som var bra, med vikt på förändringsledning och involvering av vårdanställda.

4. Kontakt

Kontakta oss gärna om ni har några frågor eller vill veta mer om projektet.

Amelia Wilhelmsson,
Mejl: am0573wi-s@student.lu.se
Telefon: [REDACTED]

Valdemar Andersen,
Mejl: va7012an-s@student.lu.se
Telefon: [REDACTED]

Handledare: Magnus Wärja, Universitetsadjunkt. [Institutionen för informatik](#), Lunds ekonomihögskola. Mejl: magnus.warja@ics.lu.se

Appendix 3 – Intervjuguide

Introduktion

Syftet med intervjun är att höra mer om dina/era erfarenheter kring förimplementeringsarbetet vid byte till ett nytt system inom vården, särskilt kring det pågående projektet i regionen som ser till att byta journalsystem.

Vi skulle vilja spela in intervjun, går det bra? Du kommer att uppträda under pseudonym och vi kommer inte att ha information som kan kopplas till din person i uppsatsen. Ifall du vill läsa uppsatsen innan publicering, kan du kontakta oss och då ser vi till att skicka uppsatsen till dig/er innan dess.

Ifall du under någon tidpunkt vill dra dig ur intervjun, är det förstås okej. Vi börjar med några bakgrundsfrågor.

Intervjun varar ungefär en och en halv timme.

Bakgrundsfrågor

Erfarenhet

Hur länge har du jobbat inom IT och informationssystem i allmänhet?

Hur länge har du arbetat med hälsoinformatik specifikt?

Vilken roll har du/ni inom regionen idag?

Hur ser dina/era arbetsuppgifter ut?

Förändringsledningen

De tio implementeringsstrategierna från ramverket.

Hur hanterar ni förväntningarna hos användarna till det kommande systemet?

Hur gör ni för att kommunicera systemets fördelar för deras arbetsgång?

Vad har ni för ledarroller i samband med implementeringen?

Hur kommuniceras visionen för implementeringen inom förändringsledningen?

Hur gör ni för att förbereda personalen på de negativa aspekterna av implementeringen?

Vilka typer av utbildning erbjuder ni de anställda?

Finns det något som även höjer datorkunskap i allmänhet för de som har utmaningar med datorvanan? Eller kanske mer specifikt till just systemet som implementeras i stället?

Hur involveras anställda i konfigureringsprocessen för att anpassa systemets funktionalitet? När händer detta?

Hur vägs skiljande prioriteringar och mål hos olika grupper mot varandra? Hur hittar man en kompromiss i en sådan situation?

Generellt hur lång tid brukar ni ha för att användarna komma in i systemet? Finns det en etablerad tidsram?

Efter en sådan omfattande förändring, hur fasthåller man personalens optimism inför fortsatt förändringsarbete som kanske kvarstår?

Involvering av intressenter

Vilka intressenter upplever ni som viktiga inom förimplementeringsarbetet?

Hur engageras de i formuleringen av mål för förimplementeringsprocessen eller för implementeringen generellt?

På vilket sätt balanseras de olika rösterna från intressenter?

Projektledning

Vilka ledarpositioner finns i förimplementeringsprocessen?

Hur följer ledarpositionerna upp på projektmålen, omfattningen och eventuella anpassningar till strategin och efterlevnaden av dessa?

Involvering av anställda

Hur representeras vårdpersonalen i förimplementeringsarbetet?

Hur skiljer sig involveringen av anställda i arbetsflödesfrågor mot involveringen i konfigurationsfrågor?

Upplärning av användare

Involveras anställda i framtagningen av utbildningsmaterial?

Hur anpassas utbildningen beroende på praxisgrupp? Det kunde till exempel ett program för pediatriker, ett annat för cytostatika, osv., eller kanske något liknande för alla grupper?

Kommunikation

Hur ser man till att rekrytera förkämpar för systemet inom kåren som säljer ut systemets fördelar och hjälper andra anställda i användandet av det?

Stöd från ledningen

Hur upplever ni budgetallokeringarnas storlek, slår de till?

Finns det effektiva kommunikationsvägar till ledningen?

Hur förhåller man sig till förväntningarna från ledningen?

Top-down vs bottom-up

Hur förhåller du dig till framkallandet av en kravspecifikation? Vilket förhållande av top-down och bottom-up-ledning skulle du tycka var optimal?

Vi använder begreppen primära och sekundära arbetsflöden: med primära arbetsprocesser menas operationella processer till exempel patientomvårdnad medan sekundära arbetsprocesser förstås som administrativa processer, dokumentation för mätetal och prestationsbaserad styrning, eller stödåtgärder.

Hur förhåller man sig till hänsynen till primära arbetsflöden mot sekundära arbetsflöden?

Hur hanterar ni oförutsägheter? Till exempel personal som börjar använda workarounds, det vill säga oväntade användningar av systemet som kringgår en funktionalitet.

52 Appendix 4 – Västra Götalandsregionen

53 Nedan har svar på bakgrundsfrågor redigerats bort i syfte att pseudonymisera intervjuperso-
54 nen och ersatts av blanksteg.

55 Intervjuare

56 Okej, ja, ja alltså det låter ju lite som att det finns många... Det finns ett övergripande program
57 och sen en del projekt som hör under detta som är var sin implementering på var sin... var sin
58 vårdenhet.

59 VG1

60 Det finns ett... Det finns ett övergripande program som är FVM-programmet som har massor
61 med olika projekt, ett dussintal projekt, varav implementering är ett utav det här dussintalet
62 [red. för konfidentialitet] då så finns ett dussintal ytterligare projekt som är lokala implemen-
63 teringsprojekt.

64 Intervjuare

65 Okej, jaha. Så, men hur ser hur ser dina arbetsuppgifter ut? Är det mer den... det mer övergri-
66 pande implementeringsprojektet?

67 VG1

68 Eller övergripande implementeringsstrategin och hur vi hanterar kommunikation, förändrings-
69 ledning, och uppföljning och förändringar så att säga. Ja, det är inte jag som är ute på sjukhu-
70 sen och vårdcentralerna, utan det är ju... Det kommer vi till senare egentligen i frågorna här,
71 men jag riggar ju för att det ska hända kan man säga, och att det ska hända på ett sammanhål-
72 let bil till exempel.

73 Intervjuare

74 Okej, yes. Ja, men tack... Alltså då har vi i alla fall fått lite bakgrund på det.

75 [Morrande och skäll från hund i bakgrunden]

76 Så nu tänkte jag så småningom röra mig vidare till alltså själva förändringsledningen som du
77 just drog upp där, för det är ju också en stor del av det och särskilt vårt fokus. Så där ville jag
78 lite mer om hur ni hanterar förväntningarna från användarna till det här kommande systemet
79 ur en förändringsledningssynpunkt?

80 VG1

81 Det börjar egentligen... Man kan säga att den hanteringen utav förväntningar, önskan och
82 vilja och behov om man uttrycker sig så det är ju... det kommer ju redan i kravarbetet eller
83 kom redan i kravarbetet. Så under kravformuleringsarbetet som skedde långt innan vi hade
84 valt leverantör då, så var ett stort antal medarbetare med ifrån verksamheterna i både alltså
85 vårdverksamheter, men IT-verksamheter och andra verksamheter som har liksom en del utav

86 den här förändringen då, och varit har lämnat krav. Och sedermera har då alla de här kraven
87 sammanställs till en kravspec som vi har jobbat med en upphandling mot då.

88 Och dels, dels var de med och tyckte till om vad man ville ha helt enkelt. Och sen i samband
89 med val av leverantör då så fanns det också då stor representation från verksamheterna i att
90 titta på de olika anbuden och de olika lösningarna. Så det var ett förfarande där de olika leve-
91 rantörerna visade sina produkter och sina lösningar och man kunde göra. Så där var medarbe-
92 tarna också involverade. Och i den processen då så valdes Cerner ut som leverantör.

93 Och efter det så har ju ett konfigureringsarbete satt igång, och det här konfigureringsarbetet då
94 eller designarbetet som vi kallar det då består då av ett antal olika arbetsströmmar eller del-
95 projekt. Och i de projekten så finns det då ett stort antal medarbetare väl att ungefär fyra-
96 hundra personer som har varit involverade på olika sätt eller är involverade också i att anpassa
97 verktyget till så som vi vill jobba i Västra Götalandsregionen, tagit våra arbetsprocesser,
98 svensk lagkontext etcetera då. Och sen... och sen, det är ju då i designen.

99 Sedan då själva implementeringen, förändringsledningen utav det hela då så har ju då det här
100 projektet [red. för konfidentialitet] då samordnare då för alla lokala implementeringsprojekt.
101 Så vi jobbar ju tillsammans så det är ju ett 50-tal, 60-tal personer där vi är centralt, då en
102 handfull människor. Resten är ju resurser från förvaltningarna som har sina lokala projekt och
103 där vi samverkar ändå, bygger upp strategier och planer, följer upp, informerar och jobbar. Så
104 delaktigheten där då går liksom... finns i implementeringsarbetet och sen så är det ju då som
105 en del utav implementeringsstrategierna då så har vi ju olika roller, men som är så att säga
106 förutbestämda som till exempel en roll som heter Millenium-coach som ska... Verktyget heter
107 Millennium, det som vi ska införa. Då har vi en roll som vi kallar Millenium-coach som är en
108 yrkesrollsindelad implementeringsroll så att en läkare kommer ha en Millenium-coachläkare
109 som coachar sina kollegor. Sjuksköterskorna kommer ha en Millenium-coachsjuksköterska
110 som coachar och så vidare.

111 Sen har vi förutom dem förändringsledare och lite andra roller som också är lokalt baserade
112 som jobbar med att förmedla information och stöttar, coachar, hjälper till att praktiskt genom-
113 föra förändringen.

114 Intervjuare

115 Okej, ja intressant, också det där med kontinuerlig involvering, att det är så pass många som
116 också är inblandade i själva projektet även under dess fortsatta gång med konfigurationsarbete
117 och så. Där har jag även kollat på att... Jag kan misstänka att sådana förväntningar, de kan
118 också vara lite rörliga, att de kan komma att ändras lite efterhand som man upptäcker att kon-
119 figurationer konkret kommer se ut och så ut, och då kanske de har lite åsikter som kan komma
120 ändras. Hur hanteras det inom liksom förändringsledningsarbetet? Är det...

121 VG1

122 [Bortredigerat i samband med publicering pga. konfidentialitet, red.]

123

124

125

- 126
- 127
- 128
- 129
- 130
- 131
- 132
- 133
- 134
- 135
- 136
- 137 Så parallellt med liksom grundkonfigureringsarbetet så finns det också ett uppdateringsarbete
138 som pågår då och ju längre vårt projekt tar, ju mer väsentligt är ju där uppdateringsarbetet.
139 Vi blir ju exponerade för liksom förändringar som vi behöver inkorporera i lösningen då.
- 140 Intervjuare
- 141 Ja, alltså det låter som ett ständigt förändringsarbete någonstans, liksom. Ja, absolut.
- 142 VG1
- 143 Så man kan ju egentligen... Jag skulle nästan vilja uttrycka det snarare så här då, att projektet
144 handlar inte om att konfigurera upp ett verktyg och sedan är det klart och sen ska vi börja
145 [ohörbart] på det. Utan, det handlar ju om att konfigurera upp ett verktyg och samtidigt starta
146 en kontinuerlig förbättringsprocess som inte kommer ta slut. Och det var egentligen ett av
147 kraven också i kravspecen att det nya verktyget ska vara enklare att uppgradera och omkonfi-
148 gurera när ny evidens och forskning kommer till exempel då än våra tidigare verktyg som var
149 mer hårdkodade då.
- 150 Så att en process... det vi lanserar är ju inte bara ett IT-system, utan vi lanserar ju också en
151 arbetsprocess för att ständigt jobba med evolverande och utvecklande IT-system.
- 152 Intervjuare
- 153 Okej, det är samma liksom... Om man kan säga så i samma veva blir det väl också någon
154 plattform för att ta in de här...
- 155 VG1
- 156 Ja, precis.
- 157 Intervjuare

158 Ja, okej. Just det.

159 VG1

160 Jag kan väl säga att vi har haft mycket fokus på att konfigurera IT-verktyget nu, men ju
161 närmre vi kommer driftsstart i första etappen då, vi har ju tre stycken implementeringsetapper
162 som vi kommer göra då. Ju närmare vi närmar oss driftsstart i första etappen så behöver vi
163 också då designa eller organisera förbättringssystemet som ska vara uppe och liksom kontinu-
164 erligt förbättra då.

165 Och det kan väl nämnas att det är en särskild utmaning för att hela implementeringsprogram-
166 met och hela förändringsprogrammet kommer pågå i tre etapper som jag sa, men efter etapp
167 ett så är vi ju i drift i en viss del av regionen. De måste ju börja jobba i det... liksom i den här
168 ständiga förbättringsloopen i förvaltnings- och maintenance-loopen så att säga då samtidigt
169 som en annan del av regionen inte har startat ännu. Så vi kommer ha liksom ett utrullnings-
170 projekt och sen parallellt kommer vi ha drift och uppgradering, förvaltning, [ohörbart] liksom
171 pågående då.

172 Och där jobbar jag ju rätt mycket nu då med att titta på, hur ska den här förvaltningsorganisat-
173 ionen se ut och vilka roller ska vi ha där och relation till själva programmet som rullar ut då
174 parallellt.

175 Intervjuare

176 Okej, ja alltså, så nu har vi i alla fall kommit lite runt kring alltså förväntningarna och det här
177 ständiga liksom arbetet med att ta in dessa liksom... Här har vi också de här omvärldsfak-
178 torerna faktiskt. Men till exempel när anställda då... Alltså när det kommer till motivation
179 och anställda, hur gör ni för att kommunicera ut systemets fördelar? För det är ju både ett ar-
180 bete kan jag tänka mig i och med att det ska kommuniceras ut vad förändringen innebär, men
181 även vilka fördelar den innebär, så att den säljs.

182 VG1

183 Nu har vi ju i programdirektivet och vad vi ska åstadkomma med det här programmet så finns
184 det ju en övergripande målbild. Så det finns nio stycken mål som vi ska uppnå eller målområ-
185 den som vi ska uppnå då. Och, och det är ju... Många av dem är ju kopplade till ett medarbe-
186 taperspektiv, alltså att man ska ha bättre beslutsstöd till exempel då, alltså det ska vara en-
187 klare att förstå, "Vad är gällande evidens?" Det är därför vi har byggt in de här nationella rikt-
188 linjerna i systemet så att du får ett beslutsstöd så att följer du programmet, så följer du gäl-
189 lande evidens som där då du skulle bedriva vård för din blindtarmspatient.

190 Så det finns övergripande mål. När de målen formulerades så började vi ju direkt kommuni-
191 cera de målen och det handlar ju inte då om att vi ska införa ett IT-system, utan vad är det för
192 effekter vi vill uppnå i vården? Och då är det ju mål runt minskad administration, ökad pati-
193 entsäkerhet, bättre vårdkvalitet etcetera då va.

194 Och sen har man... Då kan man väl säga, egentligen har vi bibehållit då en kommunikation
195 runt om målen. Och alla de förändringar som vi gör under programmet bygger ju tillbaka till
196 den här målbilden som när vi säger att "jamen, men nu ska vi då behandla blindtarmspatienter
197 på ett mer enhetligt sätt i regionen." Vi har haft olika riktlinjer på olika förvaltningar då, då
198 kopplar vi tillbaka det här till bättre vårdkvalité eller minskad administration. Om vi alla gör

199 likadant så kan verktyget ha mer förifyllt, vilket gör att vi inte behöver dubbeldokumentera så
200 mycket och så vidare.

201 Vi försöker jobba med våran... så här i våran kommunikation och koppla tillbaka till de här
202 övergripande målen då i takt med att lösningarna kommer fram i designarbetet då. Och fram
203 tills kan man säga i höstas här så hade vi ju inte designat... Vi hade inte så mycket klart i de-
204 signen att vi ville börja kommunicera enskilda detaljer, för det blir väldigt avtryckt liksom
205 ifrån en helhet. Så vi har mer kommunicerat den övergripande målbilden. Vi har kommunicerat
206 ett antal genomgående principer för hur arbetet kommer ske i Millennium i framtiden, då
207 som till exempel realtidsdokumentation. Då säger de att ja, men ok, vi kommer att...

208 Tidigare då så jobbade vi väldigt mycket med att vi vårdade och sen i efterhand så gick vi in
209 och så dokumenterade vi i journalsystemet. Exempel på det är ju att en läkare på akuten då
210 kanske träffade ett antal patienter och sen satte sig för att dokumentera alltihopa då till att nu
211 då bli realtidsdokumentation där man kanske går runt med en padda, eller mobiltelefon eller
212 en laptop på vagn och dokumenterar under löpande [ohörbart]. Men det är ju genomgående
213 drag, då. Och då kommer vi... Då har vi kommunicerat runt det.

214 Men syftet med det är ju att... Det är ju inte liksom realtidsdokumentation utan syftet med det
215 är ju att andra medarbetare ska få den här informationen online helt direkt då. Så fort jag har
216 gjort den här saken som läkare så kan sekreteraren göra färdigt sitt jobb, sjuksköterskan göra
217 färdigt sitt jobb och det kortar ju allas stilleståndstider i vården. Så helt plötsligt så börjar vår-
218 den jobba i takt, kan man säga då. Och det gör ju att liksom... det är inte så om man tar ron-
219 den till exempel att läkaren rondar färdigt alla patienter, och först efter den klockan ett på ef-
220 termiddagen så sätter de övriga igång att börja använda den informationen, utan så fort första
221 patienten är ronda klockan nio så... så flödar den informationen ut vilket gör att arbetet sätter
222 igång och så vidare då. Så realtidsdokumentation är ju en sån där genomförde princip som vi
223 förklarar, varför är det viktigt, vilka positiva effekter kommer du som medarbetare få på
224 grund av det? Men också vad är det för förändringar som är på dig, ör vi kommer att jobba på
225 ett annorlunda sätt?

226 Vi kommer dokumentera allting i efterhand, du kommer inte få en jättestor bulle med arbete
227 på eftermiddagen som det är idag, utan det kommer bli ett mer löpande, flödande arbete då.
228 Så det var bara ett exempel då, men vi har ett antal sådana principer då som vi säger är liksom
229 genomgående drag som vi omsätter och förklarar och exemplifierar och säger att okej, det blir
230 en förändring, men det här får du ut av det också då.

231 Intervjuare

232 Okej, men då ser jag. Intressant hur det har ändrat liksom den här balansen mellan administ-
233 rationsarbete och sen liksom vårdarbete, så det kommer också beröra lite senare. Men jag
234 måste säga lite i förväg att jag kan ha varit lite optimistiskt med att säga att det bara tar en
235 timme med intervjun.

236 [Skra]t]

237 VG1

238 Ja, det kan vara så att jag gissade det.

239 Intervjuare

- 240 Ursäkta, va? Förlåt, jag hörde inte.
- 241 VG1
- 242 Ja det kan vara så att jag insåg det också.
- 243 Intervjuare
- 244 Ja, det kan vara möjligt, men jag passar på att gå vidare till... Alltså, nu har ju redan täckt lite
245 även ledarroller i förändringsarbetet, att ni även har en förändringsledare och vad heter det...
246 vårdanställda som redan gör det. Så det har ju varit lite två flugor i en smäll kan man säga,
247 men om vi då går vidare till själva utbildnings- och fortbildnings och upplärningsaspekten,
248 vad brukar ni... Vad har ni för erbjudanden och vad planerar ni att ha för åtgärder där?
- 249 VG1
- 250 Jag ville säga några saker om ledarskapet också bara till för att få med lite mer struktur i det
251 jag har sagt. Det är så att vi har ju som sagt i projektet och implementeringsprojektet och i re-
252 lation till implementeringen, så har vi ju ett antal förutbestämda roller som jag var inne på då:
253 förändringsledare, Millenium-coacher, förändringsambassadörer finns det då. För varje chef
254 har en person som man har utsett som en förändringsambassadör som stöttar och hjälper till
255 att förklara förändringen och får lite extra information från honom. Men det viktiga är att det
256 är egentligen, det är ju varje chef som är arbetsgivare. Man är ju arbetsgivarföreträdare som
257 chef. Man ansvarar för förändringen.
- 258 Och det har vi varit väldigt noga med att se till att inte liksom... att inte frånta cheferna sitt
259 linjeansvar, eller hur man ska uttrycka det. Utan som chef så ansvarar jag för vad som händer
260 på min enhet, och nu ska vi förändra oss, för det kommer ett nytt informationssystem, så jag
261 är ansvarig för den förändringsprocessen, även om det då råkar vara ett par roller som hjälper
262 mig i den men... Och det... Så vi har ju genomgående genom hela våran förändringslednings-
263 strategi varit rätt tydliga med att det är respektive chefs ansvar att vara påläst och driva den
264 här förändringen.
- 265 Och det är ju också varje chef som håller på att, så här avrapportera att man är i fas med de
266 förberedelserna man behöver göra och att man har gjort de förändringarna när dem väl sker så
267 att säga då. Så vi har en stark stödorganisation runt den, men den fråntar inte chefsansvar.
- 268 Jag ville bara förtydliga det så att det jag tror att man går fel i rätt ofta, liksom att man bygger
269 en stark stödorganisation liksom och så helt plötsligt hamnar chefen på läktaren och lyssnar
270 på förändringen istället för att stå på scenen och driver förändringen då.
- 271 Intervjuare
- 272 Ja, okej, så delaktighet kort och gott egentligen.
- 273 VG1
- 274 Ja, och ett bra stöd runt kan man säga då till chefen. Och så var den... Du kan ju jobba med en
275 uppföljningsstruktur mot liksom den här förändringen, och där är det ju på chefsnivå som vi
276 följer upp.
- 277 Intervjuare

278 Okej, ja. Okej, alltså då har vi ju täckt själva lednings-... alltså rollaspekten rätt väl skulle jag
279 tycka. Så ifall vi rör oss vidare mot utbildningsaspekten så småningom... Alltså hur tänker ni
280 kring erbjudanden till utbildning och upplärning, alltså i samband med de här förändring-
281 arna?

282 VG1

283 Då utgår jag... då svarar jag litegrann med utbildning i en vid bemärkelse kan man säga då,
284 för att vi har som en del utav våran implementeringsstrategi som vi har byggt om hur vi ska
285 driva den här förändringen, så har vi en beskrivning av medarbetarens resa kan man säga då
286 och det är ju en förståelsesresa då som börjar med egentligen det som jag pratade tidigare då
287 om de här övergripande målen och de genomgående principerna. Och vad är övergripande
288 målet med det här programmet? Vad är genomgående principer? Någonstans där börjar vi lik-
289 som att jobba med medarbetarnas medvetenhet och förståelse av den här förändringen. Det
290 började ju för år sen så att säga, och sen så har vi liksom någon form av successiv fördjupning
291 i det här genom hela programmet till man den dagen står i vården och jobbar i nya systemet
292 då. Och det kallar vi medarbetarnas resa.

293 Och då är det ett antal olika faser. Första fasan är då innan designen är klar. Då är det just
294 övergripande mål, genomgående principer och de här sakerna. Nästa fas har du ytterligare...
295 Den är vi inne i nu då när mycket av designen är klar, men inte allting.

296 Då bedriver vi webinarier, [ohörbart] forum för Millennium, och då handlar det om att expo-
297 nera medarbetarna för det som... så som man kommer jobba då, till exempel i primärvård el-
298 ler i slutenvård eller i öppenvård eller inom operationer och olika typer av saker där man får
299 en... en strukturell beskrivning över hur arbetet kommer gå. Det är inte precis hur du jobbar
300 som sekreterare i bokningen på den här vårdcentralen, utan det är mer hur jobbar... hur funkar
301 primärvårdsarbetet i Millenium? Det är liksom ett par våningar upp jämfört med där du är,
302 men det är ändå mer konkret än de här genomgående principerna och målbilden då. Så där är
303 vi just nu. Där kommer vi vara ett tag, sen så småningom då när man börjar närma sig go-live
304 då börjar det bli mer av det som klassiskt kallas utbildning då, och då kommer det dels vara
305 en klassrumsutbildning som är behovsanpassad då, det vill säga alla medarbetare får inte all
306 utbildning i hela systemet, för det skulle vara alldeles för... För det första skulle det vara all-
307 deles för omfattande, men det skulle också vara väldigt verkningslöst om du skulle få titta och
308 lyssna på väldigt mycket information som du inte kommer användning utav. Utan vi har ju
309 rollbaserad utbildning då vi har roller som vi beskriver och så tar vi fram ett kundanpassat ut-
310 bildningspaket till just den rollen.

311 [Bortredigerat i samband med publicering pga. konfidentialitet, red.]

312

313

314

315

316

317

- 318
- 319
- 320
- 321
- 322
- 323
- 324
- 325
- 326
- 327
- 328
- 329
- 330 Intervjuare
- 331 Okej, ja, intressant. Alltså så där kommer ju även ledningsrollsaspekten in i bilden på något
332 vis, så att det också hör ihop det hela. Sen tänkte jag på... särskilt med de som har lite utma-
333 ningar med... där tänkte jag... oj, förlåt...
- 334 VG1
- 335 Ja, precis. Så den här utbildningen kommer monitoreras i och med att det är ett e-learning-
336 verktyg så du som chef du kommer att se din personal, hur långt de har kommit i sin utbild-
337 ning och vad de har gått igenom och vad de klarat av och inte då. Så tillbaka till det här an-
338 svaret med chefskapet som vi pratade om tidigare då, att du som chef är ansvarig att se till att
339 din personal är utbildad och förberedd på det här då. Och så har vi då stödpersonerna till che-
340 fen då, Millenium-coachen och det som hjälper till och ser till att det verkligen att det inte lik-
341 som blir ”oj, då, men en tredjedel utav min personal kommer inte genom kursen. Vad gör jag
342 nu? Nej, men då har vi ju en stödorganisation som hjälper alla att komma igenom.
- 343 Intervjuare
- 344 Okej, ja då förstår jag. Och särskilt med det här med att det kanske finns vissa grupper som
345 har mer utmaningar med att ta till sig systemet än andra. Och så hur gör man med... med
346 kanske några vårdutbildade som har utmaningar med just datorvanan alltså i samband med att
347 använda det här systemet? Finns det något särskilt verktyg eller en åtgärd där? Eller det är nog
348 den här stödorganisationen, kanske?
- 349 [tankepaus]
- 350 VG1

351 Ja... ja, precis. Då är det så att en annan del utav vår förändringsledningsstrategi, som jag pra-
352 tade om, det är ju att göra så mycket... Ta så mycket förändringsarbete vi kan före driftsstart
353 så att säga då, så att alla de förändringarna som vi kan genomföra tidigt redan nu underlättar
354 ju, så att säga bullen, förändringsbullen, som sker i samband med go-live och driftsstart.

355 Så att vi försöker ju... Tillbaka till det här med kunskapsstyrningen och evidensen då, om det
356 nu kommer ett nationellt riktlinjebeslut, vi ska inte... kring blindtarmsinflammationer, så kan
357 vi ju göra verksamhetsförändringen utav den i förväg så att sen när IT-verktyget... så stödjer
358 bara det IT-verktyget en befintlig verksamhetsprocess istället för att vänta med verksamhets-
359 förändringen till IT-verktyget kommer och så får vi liksom både en förändring i verksamheten
360 såväl som hur jag ska hantera mitt IT-stöd då. Det är en av de strategierna vi har, det är ju just
361 det du är inne på här, att vi kommer ju jobba mer på dator och digitaliseringen kommer vara
362 en viktig del av arbetet på ett helt annat sätt. Det är en hel del yrken idag som liksom låter nå-
363 gon annan... en sekreterare sköta datorn höll jag på att säga. Så vi kommer ju behöva få
364 alla... all personal att ha datorn som sitt primära arbetsredskap hela tiden.

365 Intervjuare

366 Mm.

367 VG1

368 En del utav det, det är ju så kallade digitaliseringsprogram som vi bedriver så ett utav dem he-
369 ter digitVGR och det syftar till att öka digitaliseringsvanan bland personalen som en förbere-
370 dande aktivitet helt enkelt då, va. Och där jobbar vi då hårt just nu till exempel med realtids-
371 dokumentation och andra verktyg där liksom vi... Vi kan ju använda dagens IT-verktyg i real-
372 tid ändå, även om de inte har så smarta funktioner och kräver det.

373 Men bara det att... som ett exempel, om vi säger nu att i framtiden så kommer vi dokumen-
374 tera vad vi gör, vad vi beslutar, patient för patient istället för i slutet då du kan ju ta dagens IT-
375 system och även om det är lite knöligt och inte så intuitivt, så kan du ju då ha en sekreterare
376 med på en rond och dokumentera löpande medan rondan sker och då får du ju liksom samma
377 typ av logiker och funktionaliteter redan idag, även om det är liksom litegrann som att kaka
378 kola med pappret på.

379 [skratt i bakgrunden]

380 Så, men det ökar ju då digitaliseringen och vi försöker ju då få så mycket personal att använda
381 datorerna löpande hela tiden för att vänja sig vid ett digitalt arbetssätt.

382 Intervjuare

383 Okej, så det är också alltså det. Det är en kombination av flera faktorer som jag förstått det.
384 Och alltså... vi har väl även redan berört flera av de andra frågorna. Men en sak som jag
385 tänkte kanske vi kunde diskutera här innan vi går vidare till nästa ämne, kanske det är väl...
386 Det finns ju olika grupper av anställda som tidigare nämnts, så det finns ju många olika avdel-
387 ningar inom sjukvårdsverksamheten och där kanske det finns olika prioriteringar eller olika
388 liksom mål som viktas högre vissa inte hos den andra. Men hur gör man i sådana situationer?
389 Alltså ifall de dyker upp, alltså kompromissa till exempel?

390 VG1

391 Ja, men [ohörbart].

392 I designarbetet och så som du vill göra design för en yrkeskategori kanske inte funkar perfekt
393 för en annan. Så det är dels under designarbetet som liksom att de olika designströmmarna
394 träffas och sen: ”Men okej, hur ska det funka här nu mellan läkare och fysioterapeuter eller
395 läkare och forskare?” och så vidare då. Dels har man liksom knådat designen då den ledden
396 då. Och då är det ju... väldigt många sådana problem har vi ju löst under designarbetet eller
397 utmaningar har vi löst under designarbetet. Att man helt enkelt kommer fram till att det här
398 blir bäst liksom.

399 Och ibland så är det någon som får lite sämre och ibland är det någon som får lite bättre då.
400 Vi har ett antal... Vi har satt upp ett antal designkriterier, så när vi hamnar i prioriteringssitu-
401 ationer och beslutssituationer så vill vi ha liksom förutbestämt, vad ska vi välja först. Och då
402 finns det sådana kriterier på en lista så att när man hamnar i en konfliktsituation i designen då
403 tittar man på listan och då står ju patientnytta högst där. I en situation där: ”Ja, men okej, vi
404 vill ha det så här. Ni vill ha det så, ni vill ha det så. Vad blir bäst för patienten? Jo men det blir
405 det här.” Och då väljer man det så att säga då. Så finns det en prioriteringsordning då. Och om
406 inte den prioriteringen... Om man ändå inte kommer överens om hur man ska designa och hur
407 man ska göra det här, då har vi då ett beslutsforum som kallas klinisk ledning. Och då är det
408 representanter ifrån massa olika yrkeskategorier och -roller [ohörbart] så att det är som en led-
409 ningsgrupp för designarbete kan man säga då, där då, när man inte upplever att man har lik-
410 som mandat att fatta beslut i ett samarbete så lägger man det här på klinisk ledning och då tit-
411 tar vi på dem och så säger vi ”ja, men okej, då är det så här vi gör.” Så det finns ett översta be-
412 slutande organ där då som viktar och väger olika prioriteringar och perspektiv mot varandra
413 då. Och det är ju för att fatta beslut, men det är ju inte samma sak som att alla accepterar det
414 här.

415 Så en annan viktig del utav det, det är ju att förklara varför besluten blev som de blev och job-
416 bar med dem, så att säga va. Det är ju inte så att alla säger, men vad bra att det fattades ett be-
417 slut utan det kanske var några som tyckte att det här blev sämre för oss. Då måste man jobba
418 med varför-frågan. Men varför blev det så här? Det är på de här grunderna vi har fattat beslu-
419 tet så att, och så vidare då. Så det är en pågående förändringskommunikation och ett föränd-
420 ringsarbete som sker i relation till beslutsprocesser som går separat, kan man säga.

421 Intervjuare

422 Ja okej, det är ju liksom två... två olika spår som kör samtidigt på det viset. Ja.

423 VG1

424 Ja.

425 Intervjuare

426 Ja, och sedan funderade jag även på just det här med att när sådana beslut tas och så vidare
427 det, det är ju en process i sig, även förändringsledningsspåret, det är väl också ett annat spår
428 som jag gärna skulle vilja fråga lite mer om. Alltså inför en sådan omfattande förändring, så
429 det är ju ofta några projekt som tar rätt så mycket tid. Det är rätt stora projekt och de innebär
430 mycket förändring. Hur fasthåller man personalens optimism inför fortsatt förändringsarbete
431 men som kanske kvarstår i projektet?

432 VG1

433 Alltså planerna för det, strategierna för det är ju det här som jag pratade om, medarbetarens
434 resa, och den bygger ju egentligen på att du liksom förflyttar dig från ett övergripande mål-
435 bildsplan. ”Vad vill jag göra? Vart ska vi?” Ja, och successivt så blir det tydligare och tydli-
436 gare, konkretare och konkretare och du får liksom en mer och mer tydlig bild. Och tack vare
437 det så tänker vi ju då att det är ju liksom strategin att hålla motivationen uppe. Alltså man får
438 mer information, jobbar lite på det och så vidare då, och det har ju funkade väldigt bra skulle
439 jag säga då för att så fort jag får se lösningarna här och förstår varför ser lösningen ut som den
440 gör. Jo, det är för att det ska åstadkomma mindre dubbeldokumentation, till exempel. Då
441 kommer väldigt positiv feedback också.

442 Intervjuare

443 Okej, ja.

444 VG1

445 Det som är utmanande i det hela då, som du var inne på, det är när vi får in planförskjutningar
446 när jag liksom... den här medarbetarresan utgår ju från första början att nu har vi fått. Nu har
447 vi ju förskjutningar på sjösättningen då som ni vet och då helt plötsligt så störs man i den suc-
448 cessiva insikten. Och det är ju en utmaning för oss för att nu hade ju vi... det är ju så att gry-
449 tan kallar ju när du inte får mer information och nu när vi haft stillestånd här ett bra tag och
450 inte kunnat bistå med mer detaljerad information så får vi tidsförskjutningar. Automatiskt så
451 svalnar det ju då, intresset, och det är ju en stor faktor och en utmaning vi jobbar med just nu
452 och försöker förklara. Här gäller det också att på olika sätt egentligen förmedla ytterligare in-
453 formation baserat på den informationen vi redan har, så vi försöker ju liksom fördjupa och
454 konkretisera baserat på de designbesluten som vi har. Men så kan vi inte göra hur länge som
455 helst och det tar ju slut liksom.

456 [skratt]

457 Nu är det ju en utmaning...

458 Intervjuare

459 Okej, ja. Oj, förlåt, jag skulle bara för intervjun här... hackar jag ibland när jag pratar eller är
460 uppkopplingen okej på min del... för min del?

461 Amelia

462 Den är ok för din del. Jag tror det är du VG1 som har lite dålig internetuppkoppling som
463 hackar litegrann ibland så det är bara det.

464 VG1

465 Ja, ska jag testa att koppla om, eller?

466 Amelia

467 Ja, det skulle vara bra.

468 Intervjuare

- 469 Ja.
- 470 VG1
- 471 Ja, absolut jag ska bara testa. Jag ska köra via min mobil istället.
- 472 [paus i samband med omkoppling]
- 473 Ja, men vi får nog köra så här ändå.
- 474 Intervjuare
- 475 Så ja, men det verkar också vara okej. Nu tycker jag alltså det verkar funkar ja. Så jag funde-
476 rar faktiskt på att... att röra mig lite mot involvering av intressenter, för vi har ju redan varit
477 inne på det här spåret sen tidigare i och med att ni drar in, vad heter det, medarbetare i den här
478 medarbetarresan som du formulerade. Men det finns ju även andra intressenter utöver alltså
479 vårdanställda och sen förstås patienterna som du nämnde att de ingår i den här beslutsproces-
480 serna, och ”vad är bäst för patientsäkerheten? Okej, men då tog vi det beslutet.” Men vilka in-
481 tressenter annars upplever ni som viktiga i det här arbetet?
- 482 VG1
- 483 Ja, men patienterna som du säger här och de har också varit med i designarbetet, så de har va-
484 rit med och designat faktiskt och sagt att såhär vill de att lösningen ska se ut och vad som blir
485 bäst för patienterna.
- 486 Sen har vi ju... Vi har ju med då alla de ledningsfunktionerna som vi har i regionen, liksom
487 alltså de cheferna och ledarna och stakeholders som behövs för att liksom klara den här för-
488 ändringen.
- 489 Men sen är det ju så att våran förändring, den inkluderar ju också kommunerna, så vi har ju
490 med kommunerna i den här förändringsresan. Där finns ju då en samarbetsorganisation för
491 kommunerna som heter VästKom som är kommunrepresentationen kan man säga då, plus att
492 givetvis har de vid varje kommun sitt lokala implementeringsprojekt. Så då jag sa att det finns
493 ett dussintal implementeringsprojekt, så stämmer egentligen inte det, utan vi har ju ett dussin-
494 tal projekt, men egentligen så här finns det ett projekt som samordnar 49 lokala kommunpro-
495 jekt och det finns också ett projekt som samordnar alla privata vårdgivare något. Det är ju
496 hundratal, liksom. Så i själva verket går vi väl upp mot 200 implementeringsprojekt som vi
497 samordnar kan man säga egentligen för att vi har ju klumpat ihop det litegrann.
- 498 Men vad finns det mer för intressenter? Men sen finns det ju politiken givetvis också. Det är
499 ju oerhört... Det är de som tog initiativet till det här programmet för så det är ju en oerhört
500 viktig intressent då. Där pågår ju också ett successivt utbyte kan man säga då om vad som
501 händer och sker [ohörbart].
- 502 Intervjuare
- 503 Mhm, ja.
- 504 VG1

505 Sen finns det ett antal olika privata aktörer då som konsulter och andra intresseorganisationer
506 som partners som vi jobbar med i Västra Götalandsregionen. Så de är så att säga intressenter i
507 en viss mån då, antingen några som bidrar till projektet eller levererar mjukvara som påverkas
508 av den här förändringen.

509 Intervjuare

510 Ja, just det alltså, så det är hela konfigurationsaspekten av det. Då blir det integration nästan
511 också, i och med att det är med befintliga system, och så vidare. Och sen även... Nu har vi ju
512 redan berört lite engagemanget av vårdanställda i den här resan och även i konfigurationsar-
513 betet och beslutstagandet. Men till exempel med de här mellanledningsrollerna och, vad heter
514 det, partners och så vidare, alltså, hur engageras de i den här implementeringsprocessen? Är
515 det också något liknande spår de är inne på, med att de... ja...

516 VG1

517 Vilka sa du förutom partners? Jag hörde inte riktigt.

518 Intervjuare

519 Aha, just det, nämen det var de från alltså mellanledningen, alltså chefer inom... vad heter
520 det... driftschefer också.

521 VG1

522 Mhm, ja, mhm. En del utav hela vägen till strategin då och det vi pratar om, alla de här web-
523 inarierna och all information... Våldigt mycket av det här går ju via mellanchefer, så vi har ju
524 till exempel separata ledarforum för... där chefer på mellannivå och hög ledningsnivå är med.
525 så att vi har en... vi har en kopplat till varje driftsstart, en plan, som räknar ner alla aktiviteter
526 som behöver ske med start minus 16 månader. Det är alltså någon form av liksom uppskjut-
527 ningsprocedur som börjar på minus 16 månader och slutar egentligen plus en månad då, för vi
528 har en hel del lärande och coaching och så vidare då.

529 Så en del utav den här 16-månadersplanen är ju precis vad alla chefer måste göra då, så mel-
530 lanchefsnivåer och allt det där finns specificerat i den i den planen, så att i vilken fas behöver
531 du ha vilken information för att du som driftschef egentligen ska kunna fatta beslut om till ex-
532 empel då schemaläggning för att du ska kunna få din personal med i de här mötena, forumen
533 och utbildningarna och så vidare, förstå vilken information du behöver [ohörbart] för att alltså
534 se migreringen och hur den ser ut etcetera då. 16-månadersplanen är masterplanen för allting
535 som behöver ske på alla olika nivåer vid ett tryck på knappen och man säger att "nu är vi uppe
536 i den nya miljön," då.

537 Intervjuare

538 Ja okej, så de engagerades också, men i ett separat forum om jag förstått det rätt, då?

539 VG1

540 Ja, jo, både och kan, man säga då. Så det är inte ett separat forum utan det är ett kopplat forum
541 skulle jag vilja uttrycka det som.

542 Intervjuare

- 543 Okej...
- 544 VG1
- 545 [Bortredigerat i samband med publicering pga. konfidentialitet, red.]
- 546
- 547
- 548
- 549
- 550
- 551
- 552
- 553
- 554 Intervjuare
- 555 Ja.
- 556 VG1
- 557 För om de inte förstår vad allt det här är, alltså då kommer de ju inte vilja släppa igenom den
558 här förändringen.
- 559 Intervjuare
- 560 Ja, i och med ansvaret... Ja okej, men då ser jag, ja... Och ja, egentligen spelar det... Det
561 hankar väl lite in i nästa fråga om just projektledningen, för du har redan pratat lite om de här
562 olika rollerna som involverade till exempel med ansvarsfördelning och så vidare. Men hur
563 följs det upp på just, vad heter det, hur mycket... hur väl de här projektmålen uppnås, alltså
564 under processens gång och hur följer man upp på förändringar i projektet? Alltså, hur ser pro-
565 cessen ut?
- 566 VG1
- 567 [Ohörbart] då svarar jag igen nu med ansvarsroller och så vidare, och den skolan vi har just nu
568 är ju kopplat till liksom en... Vilket ansvar har projektet eller programmet, respektive vad har
569 linjeorganisationen för ansvar då? Och då är det ju linjeorganisationen som är den... Alltså
570 den är ju de ordinarie cheftitlarna om man uttrycker sig så. Och det är ju så att om program-
571 met tar ett väldigt stort ansvar då fråntar man ju egentligen linjechefsansvaret som jag sa tidi-
572 gare då, va. Vi vill ju ha en balans mellan vilket ansvar som programmet har, och vilket an-
573 svar linjen har då. Linjens metod är så att säga bära den vanliga driften eller om man säger så,
574 så här håller de just på att jobba med att liksom forma ett setup som tydliggör: vad ska pro-
575 grammet följa upp? Vad ska linjen följa upp och hur funkar det här på helheten? Så om man
576 svarar liksom utifrån... Så det är en pågående diskussion just nu som jag har.

577 Men, men, jag kan ju svara litegrann så som programmet driver det just nu då, och då är det ju
578 så att dels har vi ju program mål. Vi har ju leveranser och leveransmål, programplan med lik-
579 som ”den här dagen, så ska det här vara gjort,” liksom. Så vi har ju inte liksom så att det ser ut
580 på det sättet i programmet då, och där följs ju jag upp på implementeringsförberedelser, och
581 där följs ju jag upp av huvudprogrammet.

582 Och, så som jag har gjort... jobbat tidigare då innan vi började stöpa om det här, det var ju då
583 att jag följde ju upp respektive lokalt implementeringsprojekt enligt den övergripande imple-
584 menteringsplanen då. Då kollade jag då av att Södra Älvsborgs sjukhus, ”ni ska ha gjort de
585 här olika sakerna till det här datumet då här och då har ni gjort det liksom.”

586 Så, men det är där någonstans ändå som... ju närmre vi kommer driftsstart här ju mer kommer
587 vi följa upp linjeorganisationen och linjecheferna mer snarare än projektorganisationen då. Då
588 jobbar vi med de strukturerna och tittar på ett sätt så att det blir rätt och helt riktigt.

589 Intervjuare

590 Okej, ja... ja, förlåt ifall jag inte reagerar helt... Alltså det verkar vara en lite hackig uppkopp-
591 ling, men jag... men jag fick... jag tycker i alla fall att det funkar i det stora hela, men det
592 bara är ifall jag inte reagerar direkt, så...

593 VG1

594 Jag babblar bara.

595 [skratt i bakgrunden]

596 Intervjuare

597 Få se, men nu har vi i alla fall berört lite kring det här med uppföljning, alltså det är ju... Det
598 är ju de här planerna som följs upp på att det har det har gjorts det här och det här innan detta
599 datumet, men också att det flyttar sig lite från uppföljning på själva projektdelen mot uppfölj-
600 ning på själva driftsdelen när det börjar närma sig driftsättning då. Och där tänkte jag faktiskt
601 lite mer på, vad heter det... ja, men kommunikationen faktiskt, eftersom du nämnde ju de här.
602 Vad heter det... Problemet här är ju att...

603 VG1

604 Nu laggar det väldigt mycket.

605 [Skratt]

606 Amelia

607 Ja.

608 Intervjuare

609 Oj.

610 VG1

- 611 Nej, vi gör så att vi testar att koppla ned och koppla upp igen och ser om det blir bättre. Ska vi
612 göra så?
- 613 Intervjuare
- 614 Ja, men det låter bra. Ja.
- 615 VG1
- 616 Då hörs vi om en sekund bara.
- 617 Intervjuare
- 618 Ögonblick. Ja, yes...
- 619 Amelia
- 620 Ja, hej så länge.
- 621 [paus vid återanslutning]
- 622 Intervjuare
- 623 Vad heter det... Sponsorer inom liksom vårdorganisationer där vårdanställda försöker ge in-
624 formation kring det nya systemet, det nya arbetssättet i allmänhet... Men hur ser man till att
625 rekrytera såna förkämpar för systemet inom vården? Hur ser det arbetet ut?
- 626 VG1
- 627 Ja, egentligen när vi... vi gjorde ju en stor... dels har vi rekryterat från arbetet till det här med
628 till exempel att sätta upp kravformuleringen och så vidare då. Så att... jag beskrev ju det
629 egentligen att vi har vårdanställda med genom många olika steg i processen. Varje gång det
630 har skett så har det ju gått ut frågor till verksamheterna helt enkelt och verksamhetsledningarna
631 att utse personer då. Så varje gång vi rekryterar så går ju frågan till de utförarförvaltningarna
632 vi har, ofta då innan... Innan det var ett projekt så gick vi till verksamhetsledningen så att
633 säga att utse då. Men nu när vi har utsett de här lokala implementeringsprojekten så går frågan
634 till implementeringsprojekten, som i sin tur tar det till sina verksamhetsledningarna.
- 635 Det nomineras ju personer ifall chefer i linjen, helt enkelt då, som säger att ”ja, men Stina är
636 bra här och Pelle och så vidare då. Och då finns det ju oftast en kravspec då förknippad med
637 det, ”men vad är det jobbet som ska göras och vad för kriterier har man?” och så vidare. Så att
638 det blir tillgängligt på ett sätt då.
- 639 Intervjuare
- 640 Okej, och det låter nästan lite som om att det är... alltså det finns representanter från varje, ja,
641 vad ska man säga... praxisgrupp, att de har var sin roll som försöker att dela med sig av in-
642 formation kring...
- 643 VG1
- 644 Ja, och det är många... det finns ju otroligt många ämnesområden inom vården så att det finns
645 nog kanske inte en representant från varje område och specialitet... eller det är specialitet om

646 man pratar om en vårdprofession och speciellt... alltså det finns ju många sjuksköterskor och
647 många [ohörbart] och så vidare då. Men det kanske inte finns igen för just smärtrehabgruppen
648 på den här avdelningen för att det är ju så många i vården. Det är ju 50... de som berörs av det
649 här programmet, är ju någonstans... ja, vi vet inte riktigt... men om du tar med kommunerna
650 så är det ju kanske en 80, 90 000 personer som berörs av det här då, och du kan inte få med
651 representanter från varje klinikgruppering för att det skulle i sig bli ohanterligt stort så att säga
652 då.

653 Men väldigt många områden och inriktningar finns ju med i representationen, och vi har ju
654 valt att fördela det på ett sådant sätt att vi upplever att det är relevant för helheten då.

655 Intervjuare

656 Okej. Ja, i alla fall... men alltså det är inte för att man kan täcka varje specialisering inom
657 vårdprofessionen. Det är ju fullt förståeligt, men... men alltså det finns någon sorts indelning
658 på kanske lite högre nivå?

659 VG1

660 Ja. Ja. Vi tar dels konkret i designarbetet här nu då... så är det som jag sa 400 personer invol-
661 verade då, så du täcker ju in väldigt, väldigt mycket. Men du hittar säkert någon grupp som
662 tycker att ”ja, men vi håller inte med om allt, för vi håller på med den här grejen” liksom, ef-
663 tersom vården är så fasetterad och så liksom... Det är så många olika områden, men 400, då,
664 det är ju en stor täckning liksom.

665 Intervjuare

666 Ja, det blir det väl i och med att det är så pass... så pass många roller. Jo, absolut. Där funde-
667 rar jag även på när de här anställda involveras i designarbetet och konfigurationen av det här
668 systemet då... då kommer också de här tillhörande... det här tillhörande spåret med process-
669 förändring... att det också sker samtidigt med, så att man inte ska göra det samtidigt med IT-
670 implementeringen så att säga. Och där finns det de här... alltså både process- och IT-spåret
671 om man kan hårdra det lite. Och det verkar som att anställda involveras i båda spåren, men
672 finns det någon skillnad på... alltså hur mycket de involveras i process- kontra systemkonfi-
673 guration?

674 VG1

675 Det är ju en del utav det som jag pratade också om det här med uppföljning, struktur och an-
676 svar för att programmets ansvar är ju att ta fram ett nytt IT-system så att säga då. Programmet
677 ansvarar inte för verksamhetsförändring, utan det ligger ju ute i verksamheterna så man kan ju
678 säga att parallellt med programmet pågår det ett arbete då med själva processförändringen, då.
679 Det vi gör och det jag gör då som [red. för konfidentialitet] är ju att försöka ta fram relevant
680 information för vad som måste ändras i processerna. Men jag ansvarar ju inte för att göra det
681 processförändringsarbetet, för då skulle jag ta över linjefeansvar så att säga.

682 Utan med hänseende till den konfigurationen som sker, så säger vi då, ”men okej, om vi ska
683 jobba på det här sättet, då, om verktyget funkar...” Nu tar jag ett exempel igen då, om verkty-
684 get funkar när du jobbar i realtid på ett bra sätt, ja då måste ju verksamhetsdelen då säkerställa
685 realtidsarbetsätt så att säga då. Så då försöker vi beskriva de förändringarna, och vi kommer
686 ju liksom dela ut uppgifter att genomföra de förändringsarbetena ute i linjen. Men parallellt
687 kan man säga med IT-konfigureringsarbetet så pågår ett verksamhetsförändringsarbete som

688 du är inne på här då, och det är precis där liksom det är ansvar, roller och former, för det hål-
689 ler vi på att jobba med just nu då för att förändringen... Och det har ju att göra med, alltså hur
690 ambitiöst ska du sätta verksamhetsförändringen i förhållande till IT-förändringen? Du kan ju
691 säga, ”men allting ska vara fullt ut, rakt av så som IT-verktyget är då.” Men det... på vissa
692 ställen kanske inte det riktigt är lämpligt, utan där behöver man kanske ha kvar litegrann ett
693 gammalt arbetssätt och det är ju de besluten som måste fattas i linjen då, på verksamhetsidan.
694 Men det pågår ju ett parallellt verksamhetsförändringsarbete parallellt med ett IT-arbete som
695 utvecklas då.

696 Intervjuare

697 Okej, ja. Men själva FVM-projektet det hanterar ju kanske mer implementeringssidan då, ja.

698 VG1

699 Mm. Ja.

700 Intervjuare

701 Yes. just det, just det. Ja, och det... då tycker jag ändå vi har, vad heter det... berört rätt
702 mycket kring, vad heter det... användar- och driftssidan? Men mer från ledningssidan tänkte
703 jag nu, kanske. Alltså hur upplever ni ledningsstödet till exempel på budgetallokering? Alltså
704 helt praktiskt?

705 VG1

706 Ja, en viktig princip... det här är ju så... Den här förändringen är ju den största förändringen
707 som har skett i Västra Götalandsregionens historia, så att det här är ju den största av... mest
708 avgörande förändringen någonsin då. Så en viktig del i det här tidigt var ju att vi beslutade att
709 det här projektet har prio ett. Och det finns ju en resurs- och budgetdel-effekt av det, och det
710 har att göra med att det är ju som jag sa då innan litegrann en gråzon mellan vad programmets
711 ansvar är och vad linjens ansvar är. Det är det vi pratade nyss till exempel det här med verk-
712 samhetsidan respektive programsidan då. Så för att säkerställa att alla, oavsett om man är i
713 program eller linje, verkligen jobbar med den här förändringen då, så fattade man ett politiskt
714 beslut tidigt och sa att det här är prio ett. Så när man tvingas att prioritera mellan olika ini-
715 tiativ och förändringar då skall FVM-programmet gå före. Och det innebär ju egentligen då
716 att programmet äger inte budgeten för hela förändringen, för då skulle man också äga budge-
717 ten för de förändringar som måste ske i verksamhetsprocesserna, så att säga då, som är en del
718 utav det här då.

719 Så, vi har ju en budgetprocess som är kopplad till varje... till utvecklingsdelen av programmet
720 då. Och den går... det gränssnittet går i mitt arbete. Så om man tittar på min lön så är ju den
721 betalad från programmet för att jag jobbar med programmet just nu då, medans de som är pro-
722 jektledare från de lokala implementeringsprojekten... Men deras lön betalas av deras linje-
723 budget. Så... så har vi hanterat det då va, någonstans kommer du behöva dra gränsen oavsett,
724 och vi har dragit våran gräns här då. Sen är det ju så att... och eftersom jag har sagt att det här
725 är prio ett så kan man väl säga att det inte är några problem för då har vi ju sagt att det är det
726 här som är viktigast. Det är ju andra budgetar men med lägre prioritet som får stryka på foten.

727 [Bortredigerat i samband med publicering pga. konfidentialitet, red.]

728

729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755

- 756
- 757
- 758
- 759
- 760 Intervjuare
- 761 Ja. Ja, ok. Så här funderar jag även på kanske lite... lite ur ett bredare perspektiv då, så nu har
762 vi ju redan täckt lite, alltså ledningssidan, men om vi då rör oss till, alltså det här top-down vs
763 bottom-up, vilket vi även berörde på mötet senast i fördialogen då, där nämnde du att det var
764 någon balans mellan dem, genom att man hade nåt gemensamt perspektiv. Alltså hur... hur
765 funkade den balansen?
- 766 VG1
- 767 Ja, men det är ju så att i in förändringsprocess så är det ju... att vi ska genomföra den här för-
768 ändringen och vad den alltså... Det är ju ett politiskt beslut. Vi är ju en offentlig organisation
769 som är politiskt styrd, så det är ju vår politik som egentligen har fattat beslut om att det här
770 behöver göras och det ska vi göra, så det är inte så mycket bottom-up i det liksom. Utan det är
771 ju väldigt tydligt att ”det är det här ska vi göra”.
- 772 Däremot så som jag sa då så har vi ju med verksamhetsföreträdare i kravformuleringen. Så att
773 vi ska göra det och att vi ska få ihop... Syftet med det här är ju också att få ihop vår vårdin-
774 formationsmiljö eller få ihop ett vårdsystem så att vi inte har en journal på en vårdcentral, och
775 en annan journal på ett sjukhus, en tredje vid en kommunal verksamhet då, va. Så de övergri-
776 pande dragen och den stora målbilden är ju föremål för politiskt beslut då. Men sen då, som
777 jag sa då, så har vi med verksamhetsföreträdare i kravspecificeringen, i valet av leverantörer, i
778 konfigureringslösningar och så vidare. Och där är det ju rätt mycket bottom-up då. Så de
779 kraven och behoven som kommer upp där, det är ju de som formuleras och kapteras och bes-
780 lutas så att säga då, så där är det ju inte så mycket top-down så att säga då. Och det är ju en
781 växelverkan mellan det skulle jag säga då, alltså att vi ska någonstans och i grova drag vart vi
782 ska det är ju föremål för höga ledningsbeslut, men hur vi realiserar och löser det här, där har
783 vi ju en stor delaktighet i det då.
- 784 Intervjuare
- 785 Ja, okej. Alltså det... det låter lite som att ledningen och politiken driver på med vilken vision
786 det ska vara, vilket håll det ska du ska bära åt, medan själva detaljerna och specificeringen,
787 det är ju mer på bottom-up-sidan med linjechefer och så vidare.
- 788 [projektledaren nickar]
- 789 Okej, ja. Och där funderade jag även på alltså skillnaden på både ledningens liksom... kanske
790 uppgifter gentemot drift... alltså driftsprocesser, till exempel att det finns... Vi använder be-
791 greppen primära och sekundära arbetsflöden, och där alltså... med dem menar vi då alltså pri-
792 mära arbetsprocesser, det är lite mer operationellt. Det vill säga till exempel patientomvård-
793 nad, medan sekundära arbetsprocesser, det är lite mer administrativa processer som vi förstår
794 det då, med att man dokumenterar för att få fram mätetal, alltså KPI:erna och säkrar

795 prestationsbaserad styrning och administration. Hur... hur förhåller man sig till balansen mel-
796 lan dessa två sorters arbetsflöden?

797 VG1

798 Och det är ju det man brukar benämna kärnprocesser och stödprocesser eller huvudprocesser
799 och stödprocesser och så vidare. Det är ju samma sak som du beskriver här då. Så i det arbetet
800 så påverkas både kärnprocesser och stödprocesser eller primära och sekundära flöden. Så
801 samtidigt som vi designar formerna för omvårdnadsarbetet eller vårdarbetet så påverkar det ju
802 också dina... vilka nyckeltal vi kan följa upp på och hur uppföljningsstrukturerna ska se ut,
803 och hur materialflödena ser ut eller hur... ja, till exempel journalutlämning ser ut mot patient
804 och så vidare då. Så projektet inkluderar ju både huvudflöden och stödflöden kan man säga
805 då, och vi försöker ju kommunicera förändringen i bägge perspektiv så att det inte bara är det
806 kliniska arbetet utan vi... till exempel så har vi beskrivit då hur man jobbar med vårdplatsal-
807 lokering och uppföljning på vårdplatser, som är en väldigt viktig stödprocess för huvudpro-
808 cessen att vårda patienter så att säga.

809 Men, sen så ju längre ut du kommer i stödprocesserna, med en ren budgeteringsprocess till
810 exempel ekonomisk allokering eller anställningsintervjuer på HR-sidan och så vidare. Så ända
811 dit ut kommer vi ju liksom inte då, utan det är ju kärnprocesser och dess direkta stödproces-
812 ser. Sen har du ju mer indirekta stödprocesser. Där jobbar vi ju inte, utan det är ju andra sy-
813 stem som inte vi kommer påverka som ligger där.

814 Intervjuare

815 Ja och där tycker jag faktiskt också du drog upp något som kanske egentligen spelar lite...
816 spelar lite in i frågan här eftersom du nämnde det här: en av visionerna med vad heter det...
817 FVM-projektet var ju att lätta administrationsuppgifterna för vårdanställda och det verkade
818 som delvist så var det väl att det var informationsinmatning under arbetets gång, så att det blir
819 live istället för att det kommer en sån administrationshög på slutet av dagen. Men annars...
820 alltså hur... Hur föregår arbetet med det?

821 VG1

822 Det... det är det här med att minska dubbeldokumentationen eller förenkla administrationen.
823 Det är ju en jättestor del av hela huvudidén egentligen med FVM, det vill säga att ha samma
824 databas. Idag är det ju så att vi i Västra Götalandsregionen idag så har vi till och med samma
825 IT-system som vi tillämpar på olika sätt och därför har vi olika databaser på samma IT-sy-
826 stem. Så, så dumt är det då. Så bara det faktumet att vi kommer få in all patientinformation i
827 samma databas för en installation med en applikation och så vidare då, så kan vi återanvända
828 otroligt mycket information.

829 Så när sjuksköterskan på en vårdcentral fråga hur det står till med din rökning och matar in
830 det i systemet på vårdcentralen i din lokala ort då där du bor, Södra Älvsborg eller vart det nu
831 är liksom, så kommer ju samma information tillfrågas när du är i operationsförberedelse sen
832 på Sahlgrenska då. Och det märker man ju när man är patient, det spelar ju... när man är pati-
833 ent och röker genom ett vårdförlopp så frågar ju liksom alla om längd och vikt och liksom om
834 du röker och hur mycket du dricker och allt vad det är liksom, eller så tar man blodprover
835 flera gånger. Man tar ett blodprov på vårdcentralen och sen när du kommer in och ska opere-
836 ras och då tar de nya blodprov och så vidare då. Så väldigt mycket av det här dubbelarbetet
837 och dubbeldokumentationen är ju kopplad till att vi har olika informationsdatabaser. Så vi

- 838 behöver en mängd informationsdatabaser med lokal information. Vi förflyttar den inte idag,
839 för det finns inte infrastruktur för att göra det.
- 840 Det kommer ju förändra sig, så att när jag nu har lämnat längd och vikt och vad du röker och
841 hur mycket du dricker på vårdcentral så behöver du inte göra det här sen, och du behöver inte
842 berätta hela historien med hur du ramlade från stegen och slog dig och allting femtielva
843 gånger som du gör idag liksom. Utan du kommer ju uppleva vården som en leverantör eller en
844 verksamhet så att säga då. Och det... det tror jag vi inte ens, alltså... Det är en del av pro-
845 grammet, men på sikt så kommer vi nog förstå den fulla vikten utav det här. Det är så... Det
846 är så... Det här dubbeldokumenterandet, och att vi upprepar oss, det är så institutionaliserat så
847 vi tänker nog inte ens på det i vården kan man säga då.
- 848 Och jag kan berätta en liten rolig anekdot bara för att beskriva hur det var då. Alltså då jag
849 började [på ett sjukhus, red. för konfidentialitet] så gick jag med läkaren en dag då och tittade
850 på hur en läkare jobbar, rondar och gjorde allt vad en läkare gör under en dag då. Vi träffade
851 en patient där på eftermiddagen som hade sin dotter med sig då, en äldre herre var det då, som
852 hade sin dotter med sig då. Och de var liksom... de kom till oss och kom så här: ”Jo, vi... vi
853 har en sak här vi måste berätta,” och de var alldeles sådär skuldbelagda då liksom, bara såhär
854 lite skamsna då.
- 855 ”Ja. jo... pappa har kommit fram till att han är inte 175 cm, han är 165 cm och vi har ju sagt
856 fel nu då åtta gånger idag.
- 857 [skratt i bakgrunden]
- 858 Och han är lite förvirrad för där rök det ihop. ”Så ska vi gå tillbaka nu då ända till akuten där
859 vi var i morse och berätta för alla de här att det inte är så att han är 175 cm, han är 165 då,
860 va?”
- 861 [skratt i bakgrunden]
- 862 Nej, det är nog lugnt. Då fick vi tänka till över i vilka situationer är den här informationen är
863 väsentlig? Jo till exempel... och om det hade varit vikt då hade det varit läkemedel. Här delar
864 man ju ut läkemedel baserat på vikt och så vidare, men i det här fallet så ”nej, med tanke på
865 det vad du sökte för så är din längd inte så viktig. Så det är lugnt,” och då kommer ju deras
866 fråga, ”men varför frågar vi då?” Ja, det är det är en bra fråga. Och det pågår ju... Det här är
867 ju liksom... det här ligger ju överallt i vården, va. Där vi har hållit på med det här som käkar
868 en massa tid, liksom. Tid som vi kunde lagt på att faktiskt åstadkomma... eller jobba med
869 problemet som patienten sökte för, istället för att hålla på att jonglera runt med 175 eller 165
870 cm.
- 871 Intervjuare
- 872 Ja och 8 olika ställen, ja. Ja, precis. Nej, men det kan jag också tänka mig. Alltså, för
873 mycket... Mycket av det institution... institutionaliserade... oj förlåt... som du nämnde där,
874 det är väl också vad man brukar göra? ”Så här gör vi hos oss,” kanske? Och det är väl också
875 någon förändring på den punkten, alltså som du nämnde tidigare med arbetsflöden i allmän-
876 het. Och här tänker jag faktiskt, där är det ju kanske några vad heter det, institutionaliserade
877 vanor som kanske inte är helt lätta att bryta. Och där kanske viss personal börjar använda
878 workarounds, alltså oväntade användningar för att kringgå någon funktionalitet för att göra

- 879 det på gamla sättet så att säga. Alltså är det också något som ni... Eller hur tänker ni kring
880 detta?
- 881 VG1
- 882 Jo, men det här du kommer in på nu är ju ett intressant och spännande fenomen som sker i
883 samband med förändring av IT-miljöer där man liksom på något sätt är kvar i det gamla ar-
884 betssättet och försöker liksom hitta workarounds för att jobba på sitt gamla sätt fast med den
885 nya IT-miljön då. Det här förekommer ju inte bara i vården, men så här... det vi jobbar med
886 nu då, det är ju... eftersom inte designen är klar så vet vi inte exakt de förväntade arbetsrätten.
887 Men vi vet ju rätt mycket. Mycket av designen är klar. Så mycket utav dem vet vi ju då.
- 888 Så här kommer vi ju... Vi kommer jobba på lite olika sätt med det här då, dels om man tar
889 förändring och förändringsledning utav det så är de här Millenium-coacherna jag pratade om
890 då som är professionsbaserade då, där det finns en läkar-Millenium-coach, en rehab-Mille-
891 nium-coach och så vidare då. De kommer jobba väldigt aktivt med att coacha arbetsställfö-
892 ändringen då. Så att de kommer ju jobba som stöd, så när de berättar om den här förändringen
893 så säger de ju inte att ”nu får vi ett nytt IT-system och så där ska vi klicka på den knappen där.
894 Utan man pratar ju om vilket arbetsstätt ska jag ha i min vardag nu då och hur jackar IT-miljön
895 in i det arbetsstättet då. Så det är en del utav det hela.
- 896 Men en annan del är ju rent uppföljningsmässigt också som vi diskuterade, och här finns ju
897 då... Eftersom vad vi går ifrån är... det här är inte systemet som vi pratar om nu, det är ju ett
898 kontinuerligt arbetsverktyg som jag sa med realtidsdokumentation. Du går liksom med din
899 mobiltelefon och dokumenterar på din padda, eller vad det nu är under löpande vård. Det gör
900 ju att vi har ju möjlighet att faktiskt följa processen under processens gång och inte i slutet på
901 dagen, så som vi använder dagens journalsystem där vi dokumenterar av oss i slutet på dagen
902 då.
- 903 Så du har ju... Vi har ju möjlighet att i realtid titta på om vi använder de arbetsprocesserna.
904 Om vi nu då säger att vi ska ha löpande dokumentation nere på akuten till exempel, och nu
905 har vi handlagt 57 patienter idag, så kan ju du i IT-miljön se om det också finns liksom 57 pa-
906 tienter dokumenterade provtagna, etcetera. Så tack vare att vi flyttar in IT-miljön i din lö-
907 pande vardag så har du möjlighet att faktiskt skapa indikationer och stödsystem, KPI:er, nyck-
908 eltal kopplat till arbetsprocessen och inte bara IT-processen då.
- 909 Så här jobbar vi med det här då och tittar på hur vi ska forma utdatamiljön egentligen för att
910 kunna ge ett bra stödsystem så att chefen nere på akuten säger att ”ja men ok, nu jobbar...
911 utav mina 12 anställda här så är det 10 stycken som verkar ha adopterat förändringen nu och
912 jobbar enligt så som jag har sagt. Men det är 2 kanske som är kvar och håller på med
913 workarounds då. Hur kan jag använda mina Millenium-coacher och mina förändringsledare
914 för att stötta dem i den förändringen som behövs då?” Och det håller vi precis på att jobba
915 med nu, och tittar på. Vad är det för indikatorer och nyckeltal vi ska ta fram? Och vi skulle ju
916 kunna mäta vad som helst, men vi vill mäta det som är väsentligt för att frigöra så mycket tid
917 som möjligt i vårdpersonalen och få så hög vårdkvalitet som möjligt då, så det är det vi jobbar
918 med då.
- 919 Intervjuare
- 920 Okej, ja då ser jag. Så det... det är väl också mycket de här Millenium-coacherna som kom-
921 mer in i bilden på det viset?

- 922 VG1
- 923 Ja.
- 924 Intervjuare
- 925 Ja, okej, det är intressant, för det finns också en del forskning om just peer coaches och så vi-
926 dare, men det verkar som att du redan nämnde det på fördialogen, kan man säga.
- 927 VG1
- 928 Ja

83 Appendix 5 – Region Örebro län

84 Nedan har svar på bakgrundsfrågor redigerats bort i syfte att pseudonymisera intervjuperso-
85 nen och ersatts av blanksteg.

86 Intervjuare

87 Okej, yes, då jag förstår, okej, men så som jag förstår det så det är lite mer övergripande roll
88 att det finns några under projekt som hör till på sätt och vis att det är...okej ja.... Ja, jag dub-
89 belkollar bara lite så det blir rätt. Och så lite mer specifikt, hur ser arbetsuppgifterna ut för er?
90 Vi kan börja med dig, Ö1, ifall det går bra.

91 Ö1

92 Ja ja men arbetsuppgifterna ser ju just nu....Det är ju att alltså vi ska ju bli en enhet som ska
93 bli väldigt bra på kravställa. Vad är det för behov verksamheten har, behovsinventering,
94 lyssna på verksamheten, vad är det för digitala lösningar som kan underlätta deras jobb med
95 våra patienter och underlätta för invånarna. Faktavården och så behövs liksom kamma in be-
96 hoven och bli bra kravställare mot IT-förvaltningarna eller våra IT-leverantören kan man
97 säga. Samla in dem frågorna, leda projekt eller initiera projekt och om det är arbeten som be-
98 höver utföras och då behöver man också liksom skapa projekt runt så att vi alla är...så att man
99 är...ingår från verksamhet i det, eller de personer i ett projekt som man behöver, man säker-
100 ställer då att all kompetens finns med.

101 Intervjuare

102 Okej. Ja alltså, det är mycket mot en kompetent, liksom beställar...

103 Ö1

104 Organisation.

105 Intervjuare

106 Ja precis ja det, där var ordet ja.

107 Ö1

108 Aa.

109 Intervjuare

110 Ja...Aa. Hur då, Ö2, hur ser arbetsuppgifterna ut för dig? Är det någorlunda liknande kanske?

111 Ö2

112 Ja men, Ö1 och jag jobbar ju väldigt mycket ihop, för det är ju så att jag har ju varit med hela
113 den här resan [red. för konfidentialitet] som det kallades från början. Så jag har ju varit med i
114 hela. Alltså där vi beskrev behoven tog fram kraven, utvärderade leverantörerna och nu när vi
115 har då en leverantör att förhålla oss till så gör vi ju väldigt mycket kartläggningar utifrån. Vad
116 har vi kravställt på? Vad har vi i våra system idag? Finns det några gap? Vi jobbar ju också i

117 en samverkansorganisation som kallas sussa samverkan och där är vi ju tillsammans med oss
118 9 regioner. Så där gör vi ju mycket gemensamt arbete så jag sitter på, i en gruppering där som
119 heter [red. för konfidentialitet] och det är ju för att ha koll på... Vad händer så gemensamt i de
120 olika projekten som ingår i då programmet och sådär? Hur tar vi emot leveranser därifrån och
121 hur omhändertar vi det som blir kvar regionalt om man säger så, som vi inte gör gemensamt.
122 Sen är det ju jag som leder och styr programmet, följer upp med status, rapporteringar, risker,
123 eventuella avsteg eller avvikelser också det som självklart går bra. Så det är väl lite kort, så
124 som jag agerar. Vi jobbar ju också med nyttor, förändringsledning och kommunikation innan
125 programmet då.

126 Intervjuare

127 Ja ja jättebra. Ja också att du nämnde just ordet förändringsledning, för det är vårt första spår
128 på intervjufrågorna som jag funderar på och så småningom rör mig mot så egentligen så fun-
129 derar jag lite på ni...Har ju redan varit inne på det här med att lyssna på vårdkåren och deras
130 förväntningar och deras behov till kommande system, alltså hur, hur hanterar ni de här för-
131 väntningarna övergripande?

132 Ö2

133 Alltså det vi gör regionalt och man säger, det även Sussa gemensamt, vi tittar ju på vad är det
134 vi har kravställt och vad är det vi får? För hur det än är så är det ju så även om vi har krav-
135 ställt på en viss funktionalitet på de leverantörer som lämnar in anbudssvar, så kanske det är
136 så att den leverantören som vann inte fick bäst poäng på något, på någon del i förfrågningsun-
137 derlaget. Det innebär ju att vi kommer ju få saker som är bättre, men det kan också vara att så
138 att vissa saker inte når upp till vad som förväntas. Och det är ju den där förväntningen tror jag
139 från vårdverksamheten att vara ärlig den och verkligen kunna kommunicera att "det här blir
140 bättre, men det här kanske blir sämre och behöver utvecklas vidare". Utvecklas vidare över tid
141 alltså. Så det jobbar vi ju med kopplat till budskap om man säger hur vi går ut med det här till
142 verksamheten.

143 Intervjuare

144 Okej intressant så det blir det alltså en mer nyanserad bild på så sätt och vis i och med att det
145 är både alltså de positiva sidorna, så klart, men även det som kanske behöver vidareutvecklas
146 på något vis?

147 Ö2

148 Så är det ju att oavsett, alltså vad vi kravställer, så finns det ju då ingen egentligen leverantör
149 utifrån ett hälso- och sjukvårdssystem som har allting i en helhet. Och det visste ju vi redan
150 när vi kravställde och det innebär ju att viss funktionalitet kanske blir något försämrad. Men
151 på sikt kommer det bli bättre eftersom vi har kravställt mer på en helhet än vad vi har idag
152 då.

153 Intervjuare

154 Aha, okej, men då förstår jag. Och just det här med... Alltså, vilka förväntningar som kommer
155 och vilka positiva förväntningar som personalen kanske har på detta? Alltså, nu har ju nämnt
156 att ni redan kommunicerar både för och nackdelar på kort och längre sikt också som också
157 kan vändas på sikt, såklart. Men hur kommunicerar fördelarna? Är det något sorts säljarbete
158 eller vad man ska säga?

159 Ö2

160 Hahaha. Nä inte än, ska vi väl säga det här som pågår nu är ju egentligen att vi bygger upp sy-
161 stemet. Både Sussa gemensamt, regionalt och tillsammans med leverantören, och i det arbetet
162 då de ser vi ju till att vi har verksamhetskompetens med i det arbetet, så det är dem som iden-
163 tifierar. Vad blir det för förändringar? Och sen så knådar vi ihop där så att vi kan vara tydliga
164 med det där ute i budskapet i samband med sen när vi kommer närmre införande. Det kommer
165 också vara jättehårt knutet till hur vi utbildar i system. Så det ska....

166 Ö1

167 Vi kan väl nämna också. Vi har ju en kommunikationsplan där vi kommunicerar ju ut med
168 nyhetsbrev. Vi har ju intranätet sida där man också. Vi har ju också testat och lagt ut en film.
169 För att dem ska få se lite hur systemet ser ut för vi har ju inte kunnat visa hur systemet är i sin
170 helhet än. Men så det är också ett sätt som vi förankrar och har dialog med verksamheten för
171 att liksom förbereda...

172 Ö2

173 Ja det sker ju lite kontinuerligt och från början var det i princip bara powerpoint presentat-
174 ioner och sen ju längre vi kommer i uppbyggnaden, desto tydligare kommer det bli då för
175 verksamheten hur det ser ut om man säger...

176 Intervjuare

177 Aha. Okej. Sen tänkte jag faktiskt hoppa lite till ett annat ämne här, ledarrollerna, för det är ju,
178 det är fortfarande på åt rätt... Eller i alla fall, enligt min uppfattning så verkar som att det ver-
179 kar vara på ett lite mer övergripande stadiet. På sätt och vis. Men, men om man tänker på de
180 här förberedelserna till implementeringen av det nya systemet, hur ser det ut med ledarrol-
181 lerna hur är de strukturerade?

182 Ö2

183 Vi, i vår region följer vi en projektmodell som heter projektil. Men eftersom vi har pro-
184 gramform då vilket vi har valt och gjort i och med att vi ska mäta hem effekter och nyttor av
185 det här också. Så är det ju så att vi har ju en beställare, på en övergripande nivå, där våra
186 hälso- och sjukvårdsdirektör. Vi har en programägare. Ja, vi har också en programstyrgrupp
187 där hela hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp sitter tillsammans med då vår förvaltnings-
188 chef för regionservice och vår områdeschef IT, där jag föredrar, och så har vi avtalsansva-
189 rlig. Sen har vi ju olika projekt och det är ju teknik, verksamhet, införande, test, förvaltningse-
190 tablering och utdata. Kopplat till 4 av de projekten har vi idag styrgrupper där det sitter led-
191 ningspersoner, alltså chefer. Så Ö1 är ju en, sitter ju i 2 styrgrupper, tekniska styrgruppen och
192 förvaltningsetableringen. Och utöver det så har vi något som heter klinisk beslutsgrupp. Där
193 har alla områdeschefer från hälso- och sjukvården utsatta där vid Sussa-samordnare som sitter
194 på med ett beslutsmandat då för att kunna fatta beslut i olika frågor kopplat till hur vi bygger
195 upp lösningen till exempel, hur den gemensamma teststrategin, utbildningsstrategier och så
196 vidare ska se ut. Så det finns liksom projektledare, biträdande projektledare och beslutsfattare
197 av olika grader skulle jag väl säga, utifrån både hälso- och sjukvårdsledningen men också då
198 utifrån ledningen från regionservice eftersom vi måste få det här till en helhet så att säga. Med
199 både tekniska förutsättningar och verksamhetsbehov som man säger.

200 Intervjuare

- 201 Har du något att tillägga, Ö1?
- 202 Ö1
- 203 Nej...det nej. Det har jag inte.
- 204 Intervjuare
- 205 Mm, okej ja ja....
- 206 Ö2
- 207 Det vi ska tillägga, kanske det är ju att vi har chefläkare och också kompetens runt informat-
208 ions IT-säkerhet med i programmet. För det är ju sånt som vi behöver ta höjd för ja...hela.
- 209 Intervjuare
- 210 ja, ja, absolut, ja. Och det här tänker jag särskilt från ledningens håll. Alltså de här projekten
211 så det...Det finns ju en vision om, i alla fall i en del regioner, om en mer sammanhållen vård
212 har man visioner om, med det nya systemet och nya arbetssättet. Hur? Hur föregår det med att
213 kommunicera ut visionen till vårdorganisationen?
- 214 Ö2
- 215 Alltså, det är ju egentligen hälso- och sjukvården i och med att de är beställare så är det dem
216 som har varit med och tagit fram våra mål, i de olika, både på programnivå men också i pro-
217 jekten. Sen har ju vi i vår region en vision också som vi förhåller oss till i programmet, om
218 jag säger, med projekten då. Och det är precis det du säger, kopplat till att kunna följa en pati-
219 entprocess men också för att göra patienter och invånare mer delaktiga i sin vård så att säga.
220 Och de delarna förhåller vi ju också som en helhet utifrån de region, liksom regionövergri-
221 pande visionerna.
- 222 Intervjuare
- 223 Ja okej, och då då...Då förstår jag. Men Ö1. Jag funderar faktiskt på att höra dig lite
224 kring...Det finns ju både det här, visionsaspekten med vad man vill uppnå med det nya syste-
225 met och nya arbetssätten, men...Till exempel, finns vissa aspekter som kanske inte är lika po-
226 sitiva som andra där det finns lite plats för förbättring...Hur, Hur kommer ni alltså förbereda
227 personalen på de aspekterna som kanske är lite mer negativa, eller, är det finns plats till för-
228 bättring? Hur förbereds personal på det.
- 229 Ö1
- 230 Nämen vi håller ju på och bygger upp organisation tillsammans med 9 andra regioner är ju nå-
231 got som vi kallar för Sussa-vårdstöd. Eller det är ett vårdstöd. Och där kommer det att finnas
232 användargrupper där man får lämna in sina önskemål eller, eller, ja, förbättringsområden som
233 man ser. Och det är klart, det har ju kommit in och det är ju inte bara positiva tongångar, så är
234 det ju. Och det tänker vi, de hanterar vi där och de kommer ju behöva läggas in inom typ av
235 prioritering. Men det är nästan uteslutande i dialog man får ha de här mötena med användare
236 som inte är nöjda eller, om det är lite där du är ute efter, om man inte är nöjd eller så, det är
237 det och det har vi ju gjort. Då möter vi upp i dialog. Kan man använda systemet på ett annat
238 sätt? Använder man systemet som det inte är tänkt att använda? Eller vad är problemet

239 liksom? Vad är det man vill? Många gånger så är det ju så att verksamheten kan ju ha ett be-
240 hov där faktiskt det finns lösningar i systemet, men att man inte använder systemet som det är
241 tänkt. Eller ja, använder det helt enkelt på ett annat sätt. Eller så är det ett skitdåligt sy-
242 stem...haha...i både lösning...haha...Och då får vi ju göra liksom någonting åt det. Och då, och
243 då lägger vi också någonting som heter, enligt modellen vi jobbar i, pm3 lägger man ju för-
244 valtningsplaner som man ändå har både kort och långsiktig plan för hur vi vill utveckla pro-
245 dukten. Det är ju komplext som Ö2 vara inne på, så är det ju ett väldigt komplex, en organi-
246 sation, där det här systemet ska finnas i, eller finns i. För alla kan ju inte ha med specifika om-
247 råden. Det är ju psykiatrin...Ja, ni vet det är ju väldigt brett. Det är så att det inte blir helt lik-
248 som skraddarsytt, kanske efter allas behov. Men då får man ju titta på det helt enkelt och det
249 är i dialog vi gör det och sen får man ju lägga en plan. Och jag menar, gör man en utveckling i
250 det ena änden så påverkar det kanske någon annan funktionalitet eller någon annan utveckl-
251 ing. Så får man ju helt enkelt lägga det i plan och göra en prioritering.

252 Intervjuare

253 Okej ja.

254 Ö1

255 Vi har ju erfarenhet av genom åren att vi har utvecklat precis som våra användare vill ha det
256 och det blir inte alltid jättebra. Det blir väldigt mycket knappar och det blir väldigt mycket
257 olika moduler och så. Utan vi försökte gå mot en mer minskad variation. Och det är den del,
258 det har vi i dialog med verksamheten.

259 Intervjuare

260 Ja okej, så det. Det är mycket dialogspåret som alltså, åt det spåret som, som man lär sig den
261 här, ja alltså inte tvisterna...

262 Ö1

263 Nej nej, dem brukar vi lösa ut i dialog.

264 Intervjuare

265 Okej, ja, det där funderar jag faktiskt på just det här med att kanske anställda använder det nya
266 systemet så säger jag, men enligt det gamla arbetssättet. Eller att de kanske inte använder sy-
267 stemet som det är tänkt. Alltså hur gör ni med utbildning eller framtar det, alltså det kanske är
268 lite tidigt stadie och att ta upp det. Men jag funderar bara liksom hur nyfikenhetsskull.

269 Ö1

270 Nej, men alltså vi kommer utbilda både på...det är inte helt klara, men det är en utav de här
271 delprojekten hur vi ska utbilda. Men det är klart att det kommer vara salsutbildning eller
272 knappast för att man sitter så här, eller om det är salen och det vet vi inte riktigt än. Men att
273 klippet kommer ju vara i e-learning filmer och sånt, också. Så det kommer vara en kombinat-
274 ion och sen kommer vi också ha...Ligger till det är tidig planering, ingenting beslutat, men att
275 vi får ha superusers ute på golvet, eller ute på verkstan, på golvet nere när vi kör.

276 Intervjuare

- 277 Ok, så det är en sorts Cambio-coacher kan man nästan säga, eller det kanske lite?
- 278 Ö1
- 279 Nej, det kommer vara våra egna.
- 280 Intervjuare
- 281 Ja okej ja.
- 282 Ö2
- 283 Man kör i egentligen en utbildningsmetod som kallas för 'blended learning' och då ingår det,
284 kan man säga, både klassrums utbildning, workshoppar, e-learning. Och sen kommer vi ju ha
285 då införande, stödjare/utbildare ner på enhetsnivå för att liksom förbereda hur man liksom ska
286 ta åt sig utbildningen, eller ta in utbildningen som erbjuds från programmet då. Och i form av
287 det projekt som har hand om utbildningen så att man kan anpassa utbildningen både utifrån
288 profession men också utifrån...enhetsnivå, kan man säga, eller klinikinivå för som till exempel
289 operationsdelarna behöver ju inte kanske hela primärvården har så vi anpassar ju utifrån den
290 verksamhet vi utbildar i också.
- 291 Intervjuare
- 292 Ja ja alltså. Det kan också. Ja det. Det verkar också som att det är en profession där det finns
293 ett otal av olika specialiseringar, så där kommer det också bli lite svårt att lära ut alla modu-
294 lerna. Kan jag tänka mig?
- 295 Ö2
- 296 Ja precis.
- 297 Intervjuare
- 298 Så där tänkte även alltså det, folk använder ju också systemet olika, alltså utifrån vilken pro-
299 fession och vilken specialisering du har. Men även frågan med datorvana, alltså i allmänhet,
300 det kanske finns vissa som är mer utmanande än andra, alltså hur tänker ni kring det egentli-
301 gen? Hur ser det ut?
- 302 Ö2
- 303 Vi har en förhoppning den här gången, att det ska finnas bättre datorvanor när vi införde ett
304 journalsystem föregående gång, om man säger... De flesta arbetar idag i våran region eller ja.
305 Man kan väl säga att alla i våran region arbetar ju i ett journalsystem. Så när vi införde förra
306 gången då gick vi från papper till dator och då fick man ju mer lägga in den här, basala de-
307 larna. Vad som är tab-tangent, hur man liksom förflyttar sig i fönster och så vidare. Men det
308 hoppas vi verkligen att dem flesta kan nu, för alla använd ju journalsystem idag. Sen kan det
309 vara att vi kanske inför något helt nytt som vi har ju kravställt på att kunna jobba mobilt,
310 alltså 'bedside', bredvid patienten. Ja, men då kanske vi behöver titta på. Är det något föränd-
311 rat arbetssätt kopplat till det eller är det bara "jag har en platta istället för en dator".
- 312 Intervjuare

313 Ja alltså, på på sätt och vis är det väl också ett byte av hårdvara som samtidigt också blir ett
314 annat arbetssätt och som att det följer med en lite mer... Med lite mer alltså dokumentationen.

315 Ö1

316 Men, men det som jag tycker är viktigt att nämna i när vi pratar om byte av system och utbyte
317 av arbetssätt ska vi bara byta system, alltså arbetssätten kan vi byta många arbetssätt redan
318 idag utan att byta system. Och vi går ju in i en reform mot nära vård, så det är ju det föränd-
319 rade arbetssättet som egentligen är det som är det viktigaste i att klara av den här...Förflytt-
320 ningen nu. Och det är mycket vi kan göra i redan befintligt system. Förändrade arbetssättet.

321 Intervjuare

322 Och där funderar faktiskt på just det här med både arbetsgångar, som har rätt hög prio, om jag
323 uppfattat rätt, men även tekniskt och systemkonfiguration. Hur involveras anställda i dem här
324 processerna?

325 Ö1

326 Det vi har ju i programmet nu som Ö2 leder, så har vi ju användar...de olika användargrupper
327 om man jobbar i...*ohörbart svar* Då har vi där involverat där i operationsplanering eller sy-
328 stemet. Det har vi involverat verksamhet där vi har specifika sådana användargrupper.

329 Intervjuare

330 Okej ja ja.

331 Ö1

332 Eller vårdområden.

333 Ö2

334 Och det har vi ju inte bara för specialiteterna där har vi också för grundfunktionaliteten. Så vi
335 jobbar ju jättemycket nu med dokumentation till exempel. Ni hade ju lite om hälsoinformatik
336 i eran den här presentationen ni skickade in. Och här är ju liksom tanken att vi ska införa ett
337 standardiserat och strukturerat system där vi går från, som vi jobbar idag, med väldigt, väldigt
338 mycket fritext till att mer ha en standardisering. Och en strukturering för att kunna följa upp.
339 Sen kommer vi i vården aldrig kanske komma ifrån fritext fullt ut för att det är patienter vi har
340 att göra med. Men det är ju liksom, där kommer ju bli en, ett förändrat arbetssätt. På vissa en-
341 heter jobbar vi idag redan väldigt standardiserat och strukturerat medans på vissa är det kom-
342 mer det bli en stor förändring tänker jag.

343 Intervjuare

344 Ja alltså det skiljer sig lite från vilket arbetssätt, alltså vilken specialitet, som påverkas kan jag
345 tänka mig att i och med att arbetsgångarna är så pass specifika? Och där tänkte jag också,
346 olika, vad heter det? Specialiseringar inom vården som deltar inom de här användargrupperna
347 och de har skiljande prioriteringar och mål som kanske krockar lite med varandra. Hur...Hur
348 etableras någon sorts kompromiss eller lösning på en sådan situation? Ja alltså om det
349 dykt upp, förstås.

350 Ö1

351 Nej alltså. Jag säger i dialog, det är faktiskt dialog vi har därför det ena...Jag har inte....Att vi
352 har stått inför att något sånt, men det är ju dialog vi får ha då. Med med... Och är man med
353 och liksom tar fram planer för vad vill vi ha? Jadå är man ju liksom inkluderad redan? Det är
354 klart att det kan komma upp, men det är viktigt att man känner att man är inkluderad liksom i
355 arbetet.

356 Intervjuare och Amelia

357 Ja ja.

358 Ö2

359 Sen har vi ju liksom ett stödprogram kopplat till det här med förändringsledning, för att det är
360 klart att vi kommer...Få motstånd! Men då gäller det ju också, liksom att det finns ledning
361 som står upp för att det här kanske inte varit det bästa för just dig, men för att få en helhet att
362 man förstår att man är i ett kontext om man säger...

363 Intervjuare

364 Ja okej, alltså det det...Balanseras lite med, med hänsyn till alla på något vis?

365 Ö2

366 Sen kommer inte alla få som de vill, för alla blommor kan inte blomma om vi ska kunna in-
367 föra ett nytt journalsystem. Så är det faktiskt också. Vi måste ha en struktur på det här för att
368 om alla får göra som de vill i journalsystemen...Ja, men det vet ni ju mig till saker att man
369 kan ju faktiskt göra ganska mycket med sina lösningar utifrån vad som är bäst för mig, men
370 där kan vi inte jobba så när det gäller patient och patientsäkerhet. Här måste vi liksom tänka
371 på att ja, men när det gäller en ordination då måste ordinationen vara patientsäker. Det måste
372 innehålla viss information utifrån våra lagar och författningar, så därför måste ju vi följa den
373 strukturen när vi inför ett nytt journalsystem om jag säger. Ja och det är inte alltid positivt, det
374 är inte alltid alla tycker det är jättekul.

375 Intervjuare

376 Ja alltså det, det finns det. Det dyker ändå någon något mått av förändringsmotstånd upp, det
377 dyker upp något mått av förändringsmotstånd ville säga ja.

378 Ö2

379 Ja! Och jag tänker att det är ju liksom. För det första kommer vi jobba med förändrade arbets-
380 sätt, men sen är man ju van med ett system och det kommer jag aldrig vara så bra som den da-
381 gen som vi byter. För det är ju ungefär som man går och köper en ny telefon eller bankappen
382 ändras. Så har man ju liksom en en...man behöver ta en stund på sig för att anpassa sig bara
383 till en ny layout. Och, och sådana små delar kommer ju komma upp här också, men där har ju
384 vi redan planen nu på att börja gå ut och visa hur systemet kommer att se ut. Så istället för att
385 knappen är grön och sitter kanske på, längst nere i höger kant så kanske den är blå och sitter i
386 vänsterkanten. Men förstår ni? Så man måste ju på något sätt börja vänja alla våra användare
387 om att systemet kommer se annorlunda ut. Många delar kanske kommer fungera på ungefär

388 samma sätt. Vi har ordinerat och vi har förskrivit och vi har dokumenterat. I många, många år
389 nu journalsystem, men det blir kanske på ett annat sätt, vi måste göra det.

390 Intervjuare

391 Okej, ja, och bara det och bara faktumet att det blir ett annat sätt kanske också blir lite ovant,
392 som ju drar upp, och det kanske i sig är en källa till förändringmotstånd. Och just den
393 aspekten där låter det som att ni både har dialog spåret, där ni liksom låter dem få sin röst
394 hörda i alltså eventuellt missnöje och även kommer ut och visar upp för dem vad det är för
395 förändringar som är, som är tilltänkta. Om jag tänker rätt? Jag vill bara dubbelkolla att jag
396 tänker rätt...Ja.

397 Ö2

398 Det är viktigt att de liksom, ja hur man ska säga, ja blir engagerade i det här, för det är ju inte
399 bara något som...Vi som jobbar i programmet eller så...Vi är ju utförare av det här, med slar-
400 vigt säger så, men vi måste ju verkligen ha användarna med oss.

401 Intervjuare

402 Ja, absolut. Men Ö1, hade du något att tillägga?

403 Ö1

404 Nej, nej, det finns ju, man kan ju prata mycket runt om det här. Det är ju intressant, men jag
405 har inget att tillägga.

406 Intervjuare

407 Ja ja nej. Men det är också ett ämne i sig, det är det. Ja, ja, och alltså rent praktiskt funderar
408 jag även på tidsram, finns det någon etablerad konkret tidsplan på hur lång tid ni förväntar att
409 användarna behöver för att vänja sig vid det nya systemet och att komma in i det helt enkelt.

410 Ö2

411 Ja, det kan man väl säga att tidsramen har redan börjat i och med att vi har dem här gruppe-
412 ringarna som vi pratade om. Verksamheten är med nu i att bygga upp lösningen så har vi ju
413 flera stycken som redan nu vänjer sig, visar systemet för olika referensgrupper, kanske på sina
414 APT:er och så. Men sen har vi ju en utbildningsperiod, om du menar precis innan vi ska in-
415 föra systemet, och den är satt till ungefär 2 till 3 månader för att vi ska kunna utbilda alla våra
416 regionsanvändare då.

417 Intervjuare

418 Okej.

419 Ö2

420 Men det innebär ju inte att det kanske är första gången dem ser systemet, för att vi kommer ju
421 redan nu börja gå ut och visa på APT:er. Vi har börjat med filmer som finns på intranätet för
422 att man ska vänja sig, men liksom för att utbilda inför en drifts start så räknar vi med 2 till 3
423 månaders utbildningsperiod i vår region.

- 424 Ö1
- 425 Ja, och så tänker jag också det....
- 426 Ö2
- 427 Och då är det ju utifrån ett visst antal användare.
- 428 Ö1
- 429 Och så tänker jag också, det är ju så om du tänker den dagen slå på system var det så? Och där
430 tror vi att användarna är? Och det är ju helt...
- 431 Intervjuare
- 432 Ja, det var lite så jag tänker att...
- 433 Ö1
- 434 Ja, det var så jag tänkte att du menar. Och jag tänker att det tar...Det är supersvårt att säga. Det
435 finns ju sällan-användare... Hur mycket tid är man vid dator? Hur mycket använder man? Hur
436 mycket jobbar man? Så det är helt beroende.
- 437 Ö2
- 438 Hur intresserade är man?
- 439 Ö1
- 440 Ja, hur intresserad är man. För att intressera dem...men jag tänker att det tar inte mer än en
441 vecka och lära sig systemet, två veckor om vi pratar med dem som har faktiskt infört. Så, och
442 just att man har de här 'superusers' så att man snabbt kan få hjälp om man behöver, för ett par
443 veckor sen när man på banan. Och då var det refererat till en person som är lite intresserad,
444 men, men ändå ganska...Alltså, man säger hög ålder men inte en, inte en åttioalist i alla fall.
445 Haha.
- 446 Ö2
- 447 Hahaha. Nej! Dem är inte åttioalister! Hahaha.
- 448 Ö1
- 449 Ja dem är gamla nu dem också. Haha. Det är liksom... Ja, det var ingen 90-talist heller. Men
450 två veckor. Nä, men med lite hjälp så är man på banan.
- 451 Intervjuare
- 452 Okej. Men med lite mer gäller...till...till vissa och där tänker jag särskilt de med 'superusers'
453 kommer in i bilden som ni nämner. Jag tänkte faktiskt på just vissa som kanske har lite, alltså
454 där det finns varierande grader av förändringsmotstånd beroende på vart man kollar. Men
455 oavsett, där funderar jag på hur fasthåller man egentligen personals optimism och så inför
456 fortsatta förändringsarbete som kvarstår. Jag tycker...Projektet lär ju fortsätta att ett tag.

457 Ö2

458 Ja för det första handlar det ju få ett engagemang ute i verksamheten tänker jag. Det här är ett
459 system som vi ska leva med väldigt många år. Och då är det också viktigt att dem är engage-
460 rade, men också att man är väldigt transparent i när man förväntar sig när eventuella utveck-
461ingar kan komma, för att hålla liv är det där engagemanget också.

462 Ö1

463 Sen tror jag det är väldigt viktigt att man, att man kan komma med ganska snabba lösningar,
464 på varje fall sånt som inte är riktigt inte är bra. Att man också kan vara noga att, att man, att vi
465 ser till att man får ett hopp om att vi kan faktiskt komma en förändring eftersom vi har levt i
466 många år med ett gammalt system nu, eller 2 gamla system, stora gamla system. Där vi fak-
467 tiskt inte har gjort någonting på grund utav att vi snart ska få ett nytt system så har vi hamna i
468 överflödning eller dragit ut på tiden, så våra verksamheter är väldigt trötta på att inte få någon
469 förändring gjord. Och det, det, det ser vi som en vin...Det ser vi som viktigt. Och korta ledti-
470 der till förbättringar eller utvecklingar som man har lagts upp mål om.

471 Intervjuare

472 Ja så det blir ju lite de här...förändringsarbetena där, jamen, på sätt och vis att vårdpersonal
473 känner sig hörda verkar det som ja. Ja, jag tänkte faktiskt lite i samma spår, för nu pratar vi ju
474 en del om, om engagemang och involvering av, av vårdpersonal. Men jag tycker mer intres-
475 senter i stort. Har ni några andra intressenter ni, ni tycker är viktiga i det här sambandet?

476 Ö2

477 Absolut, patienter och invånare. Vi har en hel intressentlista. Kommuner.... Och då är det ju
478 båda dem som jobbar med hälso- och sjukvård i kommunen, men också inom socialtjänst,
479 skolan till exempel. Är viktiga och få att ta del av information. Sen har vi förstås de som är
480 väldigt intresserade av det här och det är ju också våran politik och ledning. Vi behöver ju
481 också förhålla oss till alla intressenter som finns utanför våran region, som till exempel SKR,
482 Inera... Alltså, vi är ju en del i en helhet nationellt om man säger också.

483 Intervjuare

484 Ja det, det är i och för sig också det med Sussa samverkan kan jag också föreställa mig?

485 Ö2

486 Ja. De är också viktiga. Och så sen tänker man medarbetarna, så är det ju medarbetare både
487 inom hälso- och sjukvården och också inom då regionservice som våran enhet kallas för, IT
488 där vi idag har våran beställarorganisation liksom som kommer också kommer få förändrade
489 arbetssätt och så där.

490 Intervjuare

491 Ja, ja, och det, det kanske har nämnts indirekt, men jag vill...Men det var så jag förstätt det
492 rätt men mellanchefer och lite mer administrativ personal och så. Hur, hur ingår de i den här
493 bilden?

494 Ö2

495 Vi följer ju egentligen linjestrukturen oavsett vilket program eller projekt vi jobbar inom. Så
496 att vi går ju alltid från topp till botten, om man säger, det måste börja få ett godkännande från
497 högsta ledningen och sen går vi ju stegvis ner då. Så när vi börjar med själva införande pro-
498 jektet vilket kommer dra igång i höst, då kommer vi ju liksom förutom att det är på områdes-
499 ledningar, där alla verksamhetschefer sitter, så måste vi ju i nästa steg gå in ner på verksam-
500 hetsnivå, då kommer vi ju ner på enhetsnivå. Alltså ända ner till avdelning, mottagningen,
501 specifika primärvårds...vårdcentraler om man säger. Så att vi måste gå, vi går den vägen så att
502 det går i linjen så att alla liksom blir involverade.

503 Intervjuare

504 Okej ja. Ja alltså det, det specialiseras mer och mer, om jag uppfattat det rätt, ner mot speci-
505 fika roller på något vis.

506 Ö2

507 Mm. Mm.

508 Intervjuare

509 Ja. Men där funderar jag på i formulerandet av mål och strategier för det här arbetet, alltså
510 hur, hur delaktiga är dem? Är de mest ledningen som driver på med en sorts vision och sedan
511 anpassat den lite mer, mer, eller, hur...Hur deltar dem i det här arbetet med att formulera mål
512 och strategier?

513 Ö2

514 Ja ledningen är ju med i och med att de är beställare av det här programmet, så kan man ju
515 säga. Men sen kan jag ju inte påstå kanske att respektive enhetschef ner på mottagningsnivå
516 eller avdelningsnivå är med och tar fram strategierna för där måste det ju ske på en högre
517 nivå. Sen är det viktigt att de förstår varför vi gör det här och hur det påverkar dem.

518 Intervjuare

519 Okej på det viset.

520 Ö2

521 Ja mer så, om jag nu tolkar din fråga rätt riktigt för att...Ja, känner du något annat, Ö1, där?

522 Ö1

523 Ja, jag instämmer. Hur...och det är ju som du vi sa tidigare också det är ju i linjen. Och, och
524 sen är man ju inkluderad...Ja även om det är i linjen så är man ju jobbar man ju i projekt så
525 man kan ju ingå i projekt som inte alls, inte är i linjen. På ledandenivåer om man säger... Men
526 jag skulle vilja säga att det är nog det är ledning på chefsnivå är inkluderade och involverade.

527 Intervjuare

528 Ja det, det finns ett, alltså det, det involveringen den är, den är där, men det är mer på, på
529 chefsnivå ifall jag tolkar det rätt.

- 530 Ö2
- 531 Det är ju alltid ledningen som måste sätta vad dem på något sätt vill uppnå, även om vi
532 mycket i programmet och de ingående projekten som tar fram förslag vart vi kan nå om jag
533 säger så här lite slarvigt.
- 534 Intervjuare
- 535 Okej, ja absolut ja, men det var precis det jag letade efter med, med frågan. Skulle vända till-
536 baka till det. Men nästa ämne jag funderar på, det är kanske lite mer praktiskt kring projekt-
537 ledning för vi har ju redan gått lite in på vilka ledningsroller som finns i förändringsprocessen
538 att det är själva ledningen som bidrar och pådriver med, med själva visionen var man vill nå-
539 gonstans, om man kan säga så. Men vilka andra ledarpositioner, helt specifikt, finns det?
- 540 Ö2
- 541 Förutom hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp så har vi ju förstås andra som regionservice,
542 IT till exempel deras ledningar. Men den högsta ledningen egentligen för oss det är ju faktiskt
543 politiken.
- 544 Intervjuare
- 545 Men det blir det. Ja och i samband med just alltså ledningen de är också alltså, jag tänker
546 kommunikationen går väl både med visioner, men samtidigt går de väl uppåt skulle jag nästan
547 kunna tro också, eftersom dem gärna skulle vill ha insikt i hur det skrider fram och hur man
548 följer upp på projektmålen. Hur går det till det arbetet?
- 549 Ö2
- 550 Vi rapporterar ju via status kan man säga, statusrapporteringar, framfart, men också då förstås
551 om något avviker från plan. Där vi behöver kanske få förändrade beslut om jag säger så.
- 552 Intervjuare
- 553 Okej, alltså så anpassade, alltså anpassningar till strategin, tänker du eller? Eller hur?
- 554 Ö2
- 555 Alltså strategin är ju alltså den övergripande strategin, den äger ju inte vi i programmet. Det
556 beror ju på vad du menar när du säger strategin, för vi förhåller oss till en strategi kopplat till
557 till exempel omställningen för nära vård. Det är något som vi förhåller oss till. Mer än att vi tar
558 beslut om, för det påverkar ju vårt arbete som vi behöver förhålla oss om, till.
- 559 Intervjuare
- 560 Okej på, på det viset, så de övergripande strategierna, det är ju mer alltså toppstyrt om man
561 saker säga men med mera när de är...De är, vad ska man säga...specifika taktiken man använ-
562 der i tillämpningar. Det är något som ni är mer in över. Om jag förstått det rätt?
- 563 Ö2
- 564 Mm. Mm.

565 Intervjuare

566 Jaha, okej. Då det kan det ju anpassa sig ja. Och något jag även funderar på, det dök upp lite
567 tidigare som ni nämnde. Det är det här med de här användargrupperna och, vad heter det, kli-
568 nisk styrgrupp ifall jag minns det rätt? Där dem även bidrar med kliniska perspektivet på vad
569 som är patientsäkert och så vidare kan jag föreställa mig. Alltså finns några andra sätt som
570 vårdpersonal representeras i förimplementeringsarbetet? Eller täcker det, det egentligen...Rätt
571 så, rätt så väl?

572 Ö2

573 De alltså vi har ju verksamhetsrepresentanter, jättemånga delar. Det är ju inte bara klinisk be-
574 slutsgrupp, vi har arbetsgrupper som nu till exempel jobbar vi med 5 vårdområden där vi till-
575 sätter en representant på Sussa nivå och sen har vi dessutom då referensgrupper på hemma-
576 plan. Så våran representant på Sussa har en arbetsgrupp på hemmaplan, kan man säga, bestå-
577 ende då av olika yrkeskompetenser. Det kan ju vara läkare, sjuksköterskor, medicinska vård-
578 administratörer, paramedicinsk personal. Men utöver det har vi ju kanske behov av i projekt-
579 teknik då, då har vi ju resurser, men som jobbar med ja, vad ska man säga? Driftsfrågor, da-
580 tacom liksom, infrastruktur. Det är massor med frågor och ibland måste ju de grupperna också
581 ha...ja...personer att bolla med utifrån ett verksamhetsperspektiv, alltså hälso- och sjukvårds-
582 perspektiv för att få en helhet.

583 Intervjuare

584 OK och det är ju även i något, något liknande som arbetsgrupper kan jag tänka mig då också.
585 I och med att de behöver bolla idéer och få med kraven helt enkelt. Men där funderar jag även
586 på, alltså för det ni var inne på det här de här två olika spåren med att, att implementering av
587 sådant system det är ju inte bara en implementering av ett system och sen pang så är det klart.
588 Men det är även en implementering av ett nytt sätt att arbeta på, som ni nämnde, och att det
589 även kan föregå parallellt med systemimplementeringen så att säga. Så hur skiljer sig involve-
590 ring av anställda i systemfrågor gentemot arbetsättfrågor?

591 [Ö1 och Ö2 försöker svara samtidigt]

592 Ö1

593 Nä, men kör du! Haha.

594 Ö2

595 Nej, men jag tänker det är ju inte bara systemfrågor kopplat till förändrade arbetssätt, det blir
596 ju en blandning av de här två. Att man sitter med ett system och tittar på, "Nu ska vi bygga
597 upp till exempel uppmärksamhetssignalen" säger vi, om vi tar det, men då tittar man på... Hur
598 ser systemets uppbyggnad ut? Och sen, vad har vi för regler och lagar och förhålla oss till?
599 Och hur ser det ut idag? Vilket kan vara en skillnad, inte kanske efter lagar men, men hur sy-
600 stemet ser ut och utifrån då när man bygger upp systemet och tar hänsyn till alla de här de-
601 larna. Och då identifierar man ju, det här innebär att det kommer bli de här förändringarna för
602 oss och när vi vet vilka förändringar det blir, då tar ju vi med det och tar höjd för det till ex-
603empel med rutiner, riktlinjer som måste förnyas. Men vi har ju också utbildar på hur vi måste
604 jobba på ett annat sätt. Så att det liksom inte en förändring i sig eller ett system i sig, det är ju
605 det där ihop. Tillsammans med det vi har idag om jag säger slarvigt, så för att....Det är lite, jag
606 menar, vi ordinerar läkemedel idag på ett sätt som följer våra lagar och det kommer vi göra

607 nästa steg sen också. Men! Det kanske görs på ett lite annorlunda sätt och då måste vi identifi-
608 era. Vad är skillnaden från hur vi gör idag, till det här vi måste göra i det nya systemet för att
609 identifiera de här förändringarna? Så skulle jag vilja säga liksom, så det går inte att säga att
610 det är bara system inriktat eller arbetsförändring eller förändringsinriktad att liksom utan det
611 är kombinationen.

612 Intervjuare

613 Ja okej. Ja, Ö1, vi funderar på om du också hade något att tillägga, det här?

614 Ö1

615 Nej men det är ju precis det som Ö2 sa. Ja, ja det, det smälter ihop.

616 Intervjuare

617 Ja, det smälter ihop...

618 Ö1

619 Ja, det smälter ihop och det är klart att det finns vissa frågor som bara är kopplade till föränd-
620 rade arbetssätt, så skulle det kunna vara eller att det är personal som är mer inkluderade i det
621 och inte lägger... Och sen har man med någon som kan i eller systemet bättre så att man sam-
622 verkar ju där. Men de hänger ju faktiskt ihop.

623 Intervjuare

624 Ja okej ja. Det, det då förstår jag absolut det. Och det är just det att du drar upp det här med
625 upplärning av användare, Ö1. Det är ju även något som vi funderar på som nästa intervjuämne
626 faktiskt här. Eftersom de ofta så är det ju de här 'superuser's som kan lära ut på ett annat sätt.
627 Men, men i framtagningen av det här utbildningsmaterialet. Det kanske är lite rätt tidigt stadie
628 men, men hur tas det fram? Involveras anställda i framtagning av material eller hur ser det
629 ut?

630 Ö1

631 Jag vet inte det. Jag tror att man tar...men eftersom projektet är tidigt som du säger det är för
632 tidigt. Men man tittar nog på hur andra har gjort och hur vi har gjort från våran tidigare erfa-
633 renhet och sen i dialog med, med leverantören.

634 Ö2

635 Man kan ju säga att vi får egentligen ett utbildningskoncept som bygger på funktionerna i sy-
636 stem. Sen får ju vi då komplettera med rutiner, riktlinjer som gäller för det tar ju inte leveran-
637 tören ansvarar för. Och sen hur det blir förändringar för oss på hemmaplan, så det sker...är lik-
638 som en flerstegsraket kan man ju säga.

639 Intervjuare

640 Det är lite uppdelat beroende på alltså är specifika funktioner, om det är lite mer i praktiken
641 med olika rutiner och så vidare.

- 642 Ö2
- 643 Ja.
- 644 Intervjuare
- 645 Ja, okej, ja, ja. Ja och därför funderar jag även på, alltså anpassning beroende på vilken, vil-
646 ken specialisering som använder sig av systemet. För det är kanske lite, lite mäktigt att lära ut
647 det till, till hela kåren, alltså alla moduler. Så hur tänker ni kring begränsningar på det liksom,
648 eller specialiseringar?
- 649 Ö2
- 650 Där kommer jag bli... Man kommer ju ha en grundutbildning. Det är liksom alla får en viss
651 grund för att kunna vara i systemet. Och där ingår ju de moduler beroende på vilken yrkespro-
652 fession vi utbildar, så tar vi dem moduler som dem måste kunna i grundutbildningen. Så om
653 man tittar på läkemedel till exempel, det kommer vi ju inte utbilda medicinska vårdadminist-
654 ratörer i, utan de kanske bara får reda på hur man hittar läkemedelslistan och vad man kan
655 läsa i den. Men dem ordinerar ju inte och förskriva det inte. Och det är samma sak på vissa
656 sjuksköterskor så kommer vi att utbilda de flesta till att ordinera på uppdrag av, men de sjuk-
657 sköterskor som aldrig gör det de kommer ju inte få den utbildningen. Så vi anpassar ju grund-
658 utbildningen utifrån egentligen både profession och på specialistnivå då. Så när vi går till ki-
659 rurgerna så måste alla kunna med operationsplaneringssystemet till exempel, egentligen oavsett
660 om du är sjuksköterska eller läkare. Men de medicinska vårdadministratörerna? Ja, dem
661 kanske bara behöver kunna läsa systemet, och då anpassar vi utifrån det då för att få till en bra
662 grund om man säger. Så man ska inte lära sig mer än vad man använder i lösningen om jag
663 säger. Det är liksom tanken då?
- 664 Intervjuare
- 665 Ja, Ja. Och jag kommer nog att byta spår här lite eftersom jag nog kommer röra mig lite mer
666 mot det här med 'superusers' i och med att det kanske också på sätt och vis kan uppfattas som
667 förkämpar för systemet. De delar med sig av den information som finns kring systemet och
668 delar med sig av sin kunskap om det. Men om du, Ö1, vill berätta lite mer om hur rekryte-
669 ringen går till och hur får man tag på de här 'superusers' och gör dem till 'superusers'?
- 670 Ö1
- 671 Ja, det undrar vi också.
- 672 [Alla skrattar]
- 673 Ö2
- 674 Är ni intresserade så har ni arbete!
- 675 [Alla skrattar]
- 676 Ö1
- 677 Nej, men det här är ju jättesvårt att få... Det måste ju vara väl... Det ska vara personer ifrån
678 verksamheten men vi kan ju inte ta personer ur vården direkt...

- 679 [Mikrofon problematik, del av svaret är ohörbart]
- 680 Det måste ju vara användare som förstår hälso- och sjukvård. Man kan inte ta in liksom... Det
681 kanske är en kombination, men man måste förstå hälso- och kunna röra sig i hälso- och sjuk-
682 vård. Du kan inte ta dit någon IT om ni förstår vad jag menar då. Utan det behöver vara någon
683 med hälso- och sjukvårdsbakgrund eller med stor förståelse för det. Det är väl det som jag...
684 Sen har vi nog inte liksom spec:at något mer på det just nu, men, men det skulle ju kunna vara
685 en på avdelningen. En undersköterska som har jobba som fortsatt...som kan liksom kanske
686 sköta i jobbet lite grann, ta upp någon patient springa om de vill ha hjälp alltså som så. Så har
687 vi jobbat tidigare. Så jobbade vi när vi införde läkemedelsmodulen. Jag vet inte, Ö2, jag vi
688 tror inte att vi har kommit längre än så i det resonemanget.
- 689 Ö2
- 690 Nej, men så är det ju som du säger. Att vi kommer ju behöva ha de här personerna ända ner på
691 enhetsnivå. Sen har ju inte vi riktigt benämnt dem som 'superuser', men det är där vi kallar
692 för utbildning/införande-stödjare i dagsläget. Vi har inte sett några rollerna fullt ut, och där är
693 det ju oerhört viktigt liksom att de som är ute där och liksom pratar för det här också förstår
694 sin egen verksamhet för att få in det i ett kontext liksom.
- 695 Intervjuare
- 696 Ja ja okej, så det? Det är i alla fall en som talar vårdspråket om man kan säga det på det sätt-
697 tet?
- 698 Ö1
- 699 Ja, men det bör du.
- 700 Intervjuare
- 701 Ja ja okej, ja för det... Jag kan ju också tänka mig att det är väl också något som främjar kom-
702 munikationen på sätt och vis ja. Och sedan nu byter jag lite spår igen faktiskt, för vi, vi har
703 pratat en del om alltså det operationella perspektivet med vårdanställda/vårdpersonal. Men jag
704 tänker mig att från ledningens håll, alltså. Hur upplever ni ledningsstödet? Och särskilt med
705 tanke på budgetallokeringar.
- 706 Ö2
- 707 Vill du svara Ö1?
- 708 Ö1
- 709 Ja, det upplever jag väl...Alltså det är bra stöd skulle jag vilja säga men förstår att vi har ju det
710 här uppe med våran, hälso- och sjukvårdsdirektör pratar nu liksom...Vad ska man säga, någon
711 termin så där? Så är det ju alltid det här skiftet med systemet är uppe på agendan, det är ett
712 prioriterat område och att vi får starta med det här nu. Och vi ska minska variationerna inför
713 starten med det här nu. Och vad tillsammans med utvecklare liksom så att det jag skulle vilja
714 säga att ett bra stöd när det kommer till budget så vet vi ju, vi vet vad det kostar och klart det
715 alltid kan vara svårt med pengar, men det är ju liksom det är ju politiskt. Det är ju de pengar
716 vi har liksom. Man har ju sagt det tidigare genom åren tror jag. Alla regioner genom åren lig-
717 ger väl på en totalbudget runt 3% för det som är digitala lösningar. Så att det, det är Ju och det

- 718 är ju inga nya ramar vad jag vet. Men jag skulle vilja säga att stödet från ledning är där vi be-
719 höver i dagsläget. Sen får vi väl se när vi drar på systemet och vispa ut. Det har vi ju varit
720 med om förr och sånt där.
- 721 Ö2
- 722 Precis.
- 723 Intervjuare
- 724 Just det nu. Ja ja. Okej, men i alla fall i nuläget kan jag förstå på er att det verkar som ett, ett
725 tillräckligt stöd alltså. Det verkar som att det är prioriterat på dagordningen. Och sen tänker
726 jag även med en annan aspekt av ledning stödet. Hur, hur upplevs kommunikationsvägarna
727 mellan, mellan ledningen och själva programmet och alltså FVIS-programmet.
- 728 Ö2
- 729 Alltså vi har ju direkt ingång kan man ju säga till ledningen via vår programägare, förstås,
730 då i första hand. Där kommer och också via mig om man tittar på programstyrgrupp eftersom
731 det är ju högsta ledningen som sitter där. Och sen är det ju till politiken har vi ju också kom-
732 munikation via vår beställare. Och sen har vi ju specifikt kommunikationsstöd i program-
733 met, men det är ju inte mycket. Alltså det är ju mer kopplat, där jag upplever kanske mest pro-
734 blem med kommunikation, det är inte från programmet till ledningen eller från ledningen till
735 programmet. För det här tycker jag är tydligt och den fungerar bra där. Där det alltid är svårt
736 med kommunikation det är ju att nå ända ut till alla medarbetare i vår region. Och där har vi
737 väl egentligen de största utmaningarna skulle jag vilja säga även om vi har, vi har en mejl, vi
738 har nyhetsbrev, vi har en hemsida, vi bjuder in för information. Och som Ö1 sa vår bestäl-
739 lare informerar kontinuerligt på det som kallas fredags forum. Men det är ändå problemet för
740 oss att nå... Jag menar, det är ju om man bara tittar på hälso- och sjukvårdspersonalen så är det
741 ju ungefär 7500 användare så det är alltid någon som inte har hört något. Förstår ni vad jag
742 menar? Jag tycker det är mer problem den kommunikationen ut till alla i vår region snarare.
743 Jag tycker att vi har en bra liksom kommunikation mot ledning och nära väg där.
- 744 Intervjuare
- 745 Ja, okej, jag vet inte om du har du något att tillägga där Ö1?
- 746 Ö1
- 747 Nej, nej, ja instämmer.
- 748 Intervjuare
- 749 Ja men jag vill faktiskt passa på att ställa en följdfråga på det här, eftersom det är också ett rätt
750 stort ämne inom förändringsledning. Tycker vi att, att det...här med att kommunicera ut. Hur
751 det kommer att gå till, till alltså själva verksamheten, alltså vårdverksamheten och nå ut till
752 alla medarbetare. Vad är det som sätter krokben i dagsläget upplever ni?
- 753 [Ö1 och Ö2 försöker svara samtidigt]
- 754 Ö1

755 Det är det som övriga samhälle, ett otroligt stort informationsbrus och så är det ju. Men i och
756 med att vi i det här projektet är ju ändå...vi har hållit på med detta i flera år! Och verksam-
757 heten har hört det i flera år och de är ju vanare att agera och då få ett resultat direkt. Vi har en
758 dålig patient som du måste gipsa ihop och för att man ska överleva de är vana att jobba på de
759 sättet. Någoting som kommer ske om 2 år, det, den tar man till sig på det här sättet också. Vi
760 jobbar ju med, med frågor som är mycket längre i framtiden, det skulle jag tro en, en bidra-
761 gande orsak till att man inte mäktar med.

762 Intervjuare

763 Ja ja, okej.

764 Ö2

765 Och där det är ju precis som Ö1 säger det här programmet eller ja...från början hade vi ett pro-
766 jekt men... Vi startar ju för flera, flera år sedan och vi har haft en försening på grund, eller
767 flera förseningar, på grund av överprövningar och sen när vi väl skulle teckna avtal då kom
768 liksom pandemin. Så jag tror att liksom, vargen kommer har vi sagt under många år, haha, så
769 tillslut så tänker man att det blir nog inget med den där vargens. Lite så är det ju.

770 [Alla skrattar]

771 Det har ju dragit ut på tiden eller vad ska jag säga, Ö1?

772 Ö1

773 Mm, men så är det.

774 Intervjuare

775 Mm, men det kan jag köpa. Och jag... Förlåt nu, nu tappade jag tråden här. Just det, men det
776 med personalen att, att de har det här tänket med att det, det är ju rätt så akuta arbetsuppgifter
777 som de har i alltså i sitt arbete...Med att alltså det är ju i alltså sekunder eller minuter. Det gäl-
778 ler att när det är så pass långsiktiga projekt där fördelarna kanske visar sig alltså något sakta
779 men säkert. Om man kan säga så. Men det till slut blir mer sammanhållet att då finns inform-
780 ationen på en plats och så som vi har på paddan som de har med sig, men så finns den även i
781 administratörens databas. Det finns även i andra delar av verksamheten. Det kan väl dröja lite
782 innan de här nya arbetssätten liksom institutionaliseras och då kanske det är svårt att prioritera
783 fördelarna alltså...Hur eller upplever ni ändå att fördelarna når igenom till, till de anställda el-
784 ler ska de mer se det för att liksom... Hur upplever ni...att de tror på det?

785 Ö1

786 Nej, men här bygger vi upp det gapet mellan en del tror jag. Det är också individuellt hur
787 7500 anställda...jag tror man har olika en del har väl... En del tror att det kommer att bli världens
788 bästa här och så...kommer det inte...men att vi har upphandlat ett system som identifierat
789 hur vi ska ha informationen för ett ställe, det är ju, det tror jag alla kommer skriva på att det
790 kommer bli bra liksom. Det tror jag man kan förstå att det blir bra. Att logga in på ett ställe
791 liksom och inte hålla på att logga in i flera olika system. Då har vi kommit långt liksom. Och
792 det tror jag verksamheten verkligen ser fram emot och kan förstå att det kommer bli bättre.

793 Intervjuare

- 794 Ja, okej. Alltså det, det blir ju en, en centralisering alltså i grund och botten på något, något
795 vis? Ja. Och jag, jag funderar även på gör...nu hoppar jag över till ett nytt ämne som vi har va-
796 rit inne och snuddat lite vid tidigare och det är ju balansen mellan top-down och bottom-up.
797 Alltså, vilket alltså för som jag fick intryck av så verkar det vara ledningen som drev på med
798 övergripande vision, strategi och sedan kravspecifikationen och behov som kom från alltså
799 själva vårdorganisationen. Alltså hur? Hur balanserar man de här två olika tillvägagångssät-
800 ten, top-down och bottom-up?
- 801 Ö2
- 802 Oj vilken svår fråga.
- 803 Intervjuare
- 804 Oj. Ja, jag kanske kan omformulera mig lite.
- 805 Ö1
- 806 Nej men jag förstår vad du menar. Det blir ju också...Vad ska jag säga? Dialog igen. Men det
807 blir ju har vi en bra strategi och vi har någonting, alltså så måste ju det som om du...som verk-
808 samheten vill ha. Vi måste ju ändå matcha strategin och liksom kunna ingå i helheten, annars
809 är vi ju i ett läge igen där du har olika inloggningar och det blir alldeles för spretigt. Så det är
810 väl en dialog om de här om det inte skulle vara så att det inte skulle matcha, liksom.
- 811 Ö2
- 812 Sen gäller det att hålla ordning på ett behov som vi ser går helt emot vad ledningen har sagt
813 att vi har för strategier så att man också kan bemöta det, och försöka förklara varför vi inte
814 kan lägga in det här behovet.
- 815 Intervjuare
- 816 Ja okej, så det är ju, det är ju igen det här med, med dialog låter det som. Det bygger mycket
817 på att, att det blir förståelse alltså, att det blir bygger på förklarande och därför så är det så är
818 det så här att beslutet togs liksom?
- 819 Ö2
- 820 Ja.
- 821 Intervjuare
- 822 Ja ja det. Okej.
- 823 Ö2
- 824 Det ligger väl på transparens och delaktighet tror jag mycket på i det här, liksom.
- 825 Intervjuare
- 826 Ja och sen använder vi också de här begreppen i följdfrågan här, primära arbetsprocesser och
827 sekundära arbetsprocesser. Och det är nog, alltså det, kärt barn har många namn. Men i alla
828 fall, med primära då menar vi då alltså vårdprocesser, alltså patientomvårdnad, operationella

829 processer ute på golvet. Medan sekundära arbetsprocesser det förstås lite mer som administra-
830 tiva processer. Där är det lite mer dokumentation för att få fram KPI:er och nyckeltal och
831 andra stödprocesser som hör till organisationen. Men alltså hur förhåller man sig till hänsyn
832 mellan primära arbetsflöden och sekundära arbetsflöden? Alltså i det här förändringsarbetet.

833 Ö2

834 Där har vi ju också att vi har liksom grupperingar med mixade kompetenser. För det är precis
835 som du säger här nu, att den primära processen, då vill de bara kanske dokumentera det här.
836 Men för att det ska kunna följa ett helt flöde sen så måste vi kanske komplettera med viss in-
837 formation. I deras arbetsuppgifter som dem kanske inte själva upplever att de har så mycket
838 nytta av. Och där är det ju också oerhört viktigt att man förstår, i ett journalsystem, varför jag
839 måste göra vissa saker som kanske inte gagnar just min profession. Så då, då jobbar vi ju, vi
840 pratar om ibland här att vi jobbar tvärprofessionellt, att vi liksom sätter ihop en läkare med
841 dem som kanske har hand om uppföljning, ekonomi till exempel så att man förstår varandras
842 behov.

843 Intervjuare

844 Okej ja alltså? Det blir också en del av processen, om jag tolkar det rätt, att det även blir en
845 sorts förståelse för de olika professionerna, att det är både ekonomi och administration och
846 vård som pratar ihop med de här.

847 Ö2

848 Ja. Och sen har ju vi alltså...Vi har ju vissa saker som vi är tvungna man, man pratar du om
849 diagnosklassificering, KVO-koder använder vi ju. Sen är klart att vi kanske inte sätter en lä-
850 kare på och skriva in precis vad patienten gjorde och vilka liksom...Koder för ekonomi och så
851 då kanske det är mer kopplad till att det är en medicinsk vårdadministratör som tar emot pati-
852 enterna, och kanske också som skriver ut. Så det där måste ju liksom ske i dialog också då.

853 Intervjuare

854 Ja.

855 Ö2

856 Vad är lämpligast att lägga de här arbetsuppgifterna om man säger.

857 Intervjuare

858 Ja okej, och här fungerar det även på att det finns. Det finns exempel på att, till exempel an-
859 ställda gärna vill jobba på det gamla sättet, alltså enligt det gamla arbetssättet, även om dem
860 har fått en ny informationsmiljö som dem arbetar i. Jag tänkte, Ö1, om du hade lite mer än
861 kring det, alltså hur man hanterar sådana work...alltså hantera risken för 'workarounds', alltså
862 att man använder det nya systemet på det gamla sättet? Hur det hanteras.

863 Ö1

864 Det är inte så enkelt, det har jag ingen lösning på. Det skulle ju vara helt fantastiskt, men det
865 är ju lite...Det är ju lite faktiskt då att vi går... Då får man ju använda de övergripande strategi-
866 erna vi går mot. Går det emot? Vi går mot reformen nära vård, går det liksom arbetssätt eller

867 sätt att vilja använda systemet på, något annat sätt som gör att vi dubbel dokumenterar eller
868 dubbelarbetar så är ju det ett sätt att kunna fira att vi liksom tvingas in till förändrade arbets-
869 sätt. Att vi...Men där är det ju mer att liksom, vi har primärvården till exempel med liksom att
870 vi har att de lägger ut mer tider i primärvården. Primärvården tar mer att man har med be-
871 handlingar där att det är där vi lägger ut mer tider, men man för andra att lägga ut med mer
872 tider på listan....

873 [Mikrofon problematik, del av svaret är ohörbart]

874 Men det måste finnas personal på en ledig tid liksom. Jag kan inte komma på... Vill man ha
875 ett system som bara gynnar...vill man köpa in ett system som bara gynnar en specifik avdel-
876 ning eller liksom bara en liten, då kommer inte det...Ja prioriterar mot någonting som många,
877 många fler har användning utav, och förhåller sig bättre till strategin om man säger.

878 Intervjuare

879 Ja okej, ja det blir ju någon avvägning till slut ja. annars funderar vi lite på oförutsägbarheter
880 generellt, för det brukar dyka upp saker i till exempel som jag vet det överklagande av upp-
881 handlingen av Cambio framför några andra leverantörer som då gjorde en överklagan så ja...
882 Hur hanteras sådana oförutsägbarheten i processen? 'Workarounds' är ju också en av dessa
883 oförutsägbarheterna.

884 Ö2

885 'Workarounds' hittar verksamheten på själva.

886 [Alla skrattar]

887 Alltså, så är det ju?

888 Intervjuare

889 Ja ja, det är det ju.

890 Ö2

891 Faktiskt, de är väldigt påhittiga. Och där, det är ju något som man nästan inte kan
892 förut...Ja...Vi kan förutse att det kommer att bli 'workarounds', men vi vet inte vilka de är för-
893 rän systemet är implementerat och då det gäller det på något sätt att fånga in det och följa upp
894 det sen. Om man säger, så att vi liksom går ut i en andravåg, eller?

895 Intervjuare

896 Ja. Ja, så det blir...det låter lite som att det är ett projekt som kanske har en, en go-live ett go-
897 live datum. Men, men efter det så kommer ju flera vågor av....Och som sagts, fortsatt förbätt-
898 ring i och med att kanske även evidensbaserad. Vad heter det? Riktlinjer? De kanske ändras
899 nationellt och då kanske man också behöver ta det i åtanke och många andra faktorer.

900 [Ö1 och Ö2 instämmer]

901 Det låter det som att det är något, någon liknande process där, där det är samma dialog spår
902 och att det är...Med, med...en liknande metod? Eller hur upplever ni det?

- 903 Ö1
- 904 Jo men så är det ju, och det är ju samma där, det kan ju komma...Det kan ju faktiskt komma
905 en...
- 906 [Mikrofon problematik, del av svaret är ohörbart]
- 907 ...genom åren har det varit så att de kan komma önskemål från verksamheten att man vill vara
908 här, så har man en viss budgeten förhålla sig till, så kommer det ett lagkrav eller det kommer
909 någonting som tvingas att skruva i systemet för att följa lagkravet och då är det ju den priori-
910 teringen vi måste göra. Vi är påverkade av lagar och ja, men Socialstyrelsen i hälsomyndig-
911 heter. Vi har ju många ja omvärlds som påverkar oss till vad vi måste utveckla också. Så är
912 det ju.
- 913 Intervjuare
- 914 Ja ja. Ja, jag kanske gått lite över tiden ser jag nu, nu när jag har tittat på klockan. Jag är lite
915 optimistisk med det här, med den här timmar, men jag tycker ändå det har varit mycket gi-
916 vande och höra era erfarenheter kring detta. Det hjälpte oss, hjälpte oss mycket. Så det är...
917 Uppskattar det mycket.
- 918 Assisterande Intervjuare
- 919 Ja, verkligen.
- 920 Intervjuare
- 921 Men jag tänkte bara här på fallrepet om ni hade något övrigt...några kommentarer?
- 922 Ö2
- 923 Nej, det enda jag skulle vilja skicka med er i det här är att om ni har frågor får ni höra av er
924 igen

Appendix 6 – Bortredigerad

28 Appendix 7 – Region Skåne

29 Nedan har svar på bakgrundsfrågor redigerats bort i syfte att pseudonymisera intervjuperso-
30 nen och ersatts av blanksteg.

31 Intervjuare

32 Okej, ja, men jättebra. Då tänker jag att jag rör mig mot själva intervjufrågorna direkt helt en-
33 kelt, för vid sådana systemändringar och rätt omfattande förändringar, som ett byte av jour-
34 nalsystem ofta är för de flesta regionerna, hur hanterar man förväntningar från användarna till
35 ett sånt kommande system?

36 S1

37 Ja, ganska dåligt, men det enda som går ju, det är ju genom kommunikation och genom, ja,
38 vad heter det... att det finns exempel där man kan testa och så. Sedan är det ju så, för att det är
39 ju lite olika på olika ställen, men för att få lov att använda ett system i klinisk verksamhet så
40 måste du ha utbildning i systemet. Så alla användare måste ju utbildas i systemet. Och det är
41 ju inte som om du sitter på kontor, att, det måste finnas utbildning i email innan du får börja
42 skicka mejl, men... så det är ju genom kommunikation och utbildning.

43 Och förväntningarna då, det är ju... Alltså, de är ju ofta ganska felaktiga, men man har ganska
44 många vitt skilda förväntningar om vad som ska hända och hur det ser ut, och det är ju... För
45 att hantera dem på en strukturell nivå, så har man ju många, man kan kalla det fokusgrupper
46 eller referensgrupper eller liknande ifrån verksamheten inblandade både i själva upphand-
47 lingen men också under implementation.

48 Intervjuare

49 Ja, det låter som att det är en kontinuerlig process, men jag... Jag måste också säga att jag
50 uppskattar ärligheten för alltså... det är ju också något som är värdefullt, alltså att kunna se
51 både för- och nackdelar med de här strategierna, så det är... Det ville jag bara flika in och
52 säga. Men om vi då rör oss från kanske förväntningar till, alltså hur man kommunicerar ut sy-
53 stemets eventuella fördelar eller tänkta fördelar, hur gick det till?

54 S1

55 Ja alltså, jag var ju mest med i början, och grejen då, det var ju ganska uppenbart att man var
56 tvungen att byta system för... ja men alltså det är ju rent krasst, så hade det systemet man har
57 idag nått den tekniska livslängden egentligen, så att det går liksom inte att använda längre.
58 Man byter inte system bara för att det är kul, utan för att det faktiskt finns ganska viktiga skäl
59 att göra det, och det är ju samma sak där egentligen som hur man hanterar förväntningarna,
60 och det är ju genom kommunikation i mångt och mycket och också se till att en bred mängd
61 av yrkeskategorier är med när man väljer system. Så sen är det ju så att varje läkare eller sjuk-
62 sköterska eller barnmorska eller vad det kan vara, har ju sin bild av det hela. Men det viktiga
63 är ju att man har så många med som möjligt. Men man kan ju givetvis inte ha med alla.

64 Och sedan är det ju också... ja, många har ju kanske lite för stora förhoppningar på IT ibland,
65 att det ska bli precis så som de vill ha det, men så är det ju inte. Det handlar ju om att köpa
66 produkter, det handlar ju om att göra såna här grejer. Det är ju så som vi sitter i teams just nu.

67 Det finns säkert... vi tre som sitter här idag hade säkert velat göra någon mindre förändring i
68 det för att det skulle funka bättre, och det är rent preferensberoende.

69 Och så är det ju även här, så att det handlar ju väldigt mycket om att kommunicera, ”varför
70 gör vi detta?” så att man har förståelse för ”varför måste vi byta system?” Det är inte bara för
71 att det är kul, och sedan också, vad kan man då förvänta sig av det nya systemet? Och sedan
72 också, vad har med systemet att göra? För det är ju många grejer inom hälso- och sjukvård då
73 eller inom IT i stort som är legala aspekter, att man måste göra på vissa sätt. Alltså man måste
74 ha en stark autentisering eller en dubbelautentisering för att komma in i ett system, det måste
75 vara minst två faktorer. Det tar givetvis längre tid än om man sitter hemma, öppnar locket och
76 alla system är öppna. Men å andra sidan så accepterar ju alla det när det gäller deras bank-
77 konto, så de borde kanske acceptera när det gäller, ja, detta också.

78 Intervjuare

79 Ja, i och med att jag tänker också att det kanske blir helheten mot suboptimering på något vis,
80 så att det... I den stora helheten så är det ju väl i den anledningen att man har de här tvåfak-
81 torsautentiseringarna och många andra förändringar, medan det kanske är något som inte är
82 lika bra som det tidigare för just den individuella rollen.

83 S1

84 Jamen, så är det. Så blir det ju.

85 Intervjuare

86 Ja. Ja, ok. Så där funderar jag även på att... man har ju alla de här olika åsikterna, olika, vad
87 heter det, specialiteterna inom vårdkåren, som alla har sina åsikter så att säga. Alltså, hur
88 strukturerar man upp ledarroller på något sätt som säkrar involvering?

89 S1

90 Ja, inom hälso- och sjukvården så är det ju väldigt strikt hierarkiskt redan från början. Och se-
91 dan då, vad man har gjort i Region Skåne, så har man ju liksom lagt till vissa roller som inte
92 fanns innan, och det har man gjort på alla regioner i Sverige, bland annat denna chief inform-
93 ation medical officer, som är ju den som tar ansvar för det, som ju är en läkare i grund och
94 botten, har man ju valt på Region Skåne då. Och man ser till att... du har ju, vad heter det...
95 du har chefsläkargrupperingen med, och att du har olika grupperingar. Så att det handlar ju
96 mycket om att jobba inom de strukturer som redan finns, och sedan givetvis är ju en viktig del
97 av det hela också... och det kan jag inte svara på, hur långt man gick där, men det är ju den
98 fackliga samverkan och så. Men det viktigaste är ju att ha med... att man har med de struk-
99 turerna som redan finns i projektet. Det är ju därför det blev så stort också så att säga.

100 Ja, och sedan är det ju det, det är ju chefsläkaren på varje avdelning eller klinik som egentli-
101 gen har det sista ordet. Det är ju väldigt stor skillnad från den branschen jämfört med IT-bran-
102 schen generellt eller andra branscher i och med att du har legitimerad personal. Och legitime-
103 rad personal, det innebär ju att de tar ju fullt ansvar för vad de gör, vilka beslut de fattar och
104 så ju. Till skillnad från oss där vi har hierarki där vi har en chef och bolaget i sig. Det är väl
105 ingen av oss som ju kan bli beroende på vad ni kommer jobba med. Ni kanske ska bli läkare
106 båda två, inte vet jag...

107 [skratt i bakgrunden]

108 ... men det här med lex Maria och lex Sarah och sånt. Alltså, du har ju ett personligt ansvar
109 för de besluten du fattar, och varje klinik och varje avdelning bestämmer ju egentligen om de
110 ska använda ett system eller inte. Sen kanske de inte har råd att köpa in någonting annat, och
111 det finns lite andra grejer och så, men det ligger väldigt, väldigt mycket mer på denna yrkes-
112 kategori än vad det gör på andra. Alltså jobbar man i en fabrik tar ju inte varje anställd ansvar,
113 personligt ansvar, för alla de beslut de fattar så som man gör i en legitimerad organisation. Så
114 det skiljer det ganska mycket åt jämfört med resten av världen.

115 Intervjuare

116 Ja, ja, det är också det som är det helt särskilda med... vad heter det, vårdorganisationen, det
117 som du drar upp med att det finns det här vårdgivaransvaret som är helt nere på de här klinik-
118 nivåerna som du nämnde, så det kan ju också... där är det till syvende och sist de som står
119 med ansvaret och därmed också besluten då, förstår jag.

120 S1

121 Ja.

122 Intervjuare

123 Ja. Så egentligen är det väl också det som gör det... som gör en implementering så särskild
124 för just en region som region Skåne då, och, alltså i samband med detta, alltså med att få ut
125 liksom det nya systemet och det nya arbetssättet, det är ju rätt individuellt i och med att det på
126 klinikerna alltså på kliniknivå finns ett sådant självbestämmande. Men över lag, hur skulle
127 du... Hur tänker du kring utbildning av de här anställda i det nya systemet? Hur tänkte man
128 där?

129 S1

130 Jo, men dels så är det ju flera led, och dels handlar det ju väldigt mycket om information, att
131 förbereda folk på att det kommer en förändring, och hur kommer den då att se ut? Så det har
132 man ju jobbat med i många år och förklarar varför, vad kommer hända? Och sedan till slut har
133 man liksom... nu är vi inne i en process där vi ska välja ett system, och sedan ”vi har valt det
134 här systemet. Det finns de här modulerna. Det finns de här fördelarna. Detta kommer föränd-
135 ras,” och sedan till syvende och sist så får ju alla användare utbildning i själva systemet. Så
136 alla får ju också... om den är en dag eller två dagar lång det, det vet jag inte, men det... så det
137 blir ju en gedigen insats och sedan är det ju givetvis vissa som missat all den första informat-
138 ionen. Eftersom det här spänner över så många år, så är det ju många som tillkommer efter-
139 hand och så är det ju.

140 Intervjuare

141 Ja, så där kan det också finnas glapp på något vis så att det är... vad heter det... personalom-
142 sättning, att det kan komma in ny personal och så vidare.

143 S1

144 Ja.

145 Intervjuare

- 146 Ja, okej. Ja, det är också lite oväntat, för det är inte något som har dykt upp så mycket i de ti-
147 digare intervjuerna, men det är såklart också en faktor som påverkar när projekten sträcker sig
148 under så pass lång tid, kan jag tänka mig. Och, ja, alltså det relaterar kanske lite till nästa
149 fråga då, i och med utbildning. Då kan jag tänka mig att det är utbildning i rätt specifika mo-
150 duler som är relevanta just för de arbetsuppgifterna de har. Men finns det även något... något
151 i, vad heter det... i övervägandena kring utmaningar med datorvana kanske? Vissa är ju lite
152 mer tekniskt kunniga på datorn än vissa andra grupper. Hur tänker man där?
- 153 S1
- 154 Ja, och mycket av det är ju... får man väl ändå säga mycket åldersspecifikt också. Nu har ju
155 nästan alla jobbat med datorer väldigt, väldigt, väldigt länge, men när detta började för över
156 tio år sedan, så fanns det ju många äldre kvar som inte hade jobbat så mycket med datorer och
157 så ju. Men annars så är det ju... Allting är ju så datoriserat inom vården idag, så givetvis finns
158 det ju en skillnad i kunskapen både på systemnivå, men även på en strukturell nivå, men det...
159 Jag tror inte det kommer några specifika utbildningar alltså. Det är ju inte nittioalet längre. Ja
160 så det...
- 161 [skratt i bakgrunden]
- 162 Intervjuare
- 163 Nej, okej.
- 164 S1
- 165 Det förväntas man ha med sig och alla måste ju använda... ja, internetbank idag eller vad det
166 nu än kan vara så att...
- 167 Intervjuare
- 168 Ja, så det... Det är ju egentligen tiden som har förflyttat sig från litteraturen på något vis.
- 169 S1
- 170 Ja.
- 171 Intervjuare
- 172 Ja, men absolut. Nej, men i och med corona, som en annan informant också drog upp, där var
173 det också många som var tvungna att ställa om till alltså, vad heter det... videokonferenser i
174 stället. Så på något sätt så har det också... så har det också verkligen satt fart på utvecklingen.
175 Och här funderar jag även på, kanske... det tar ju ett tag för användarna när de väl har fått den
176 här upplärningen innan go-live, då tar det väl också ett tag efter go-live för att de ska vänja sig
177 vid det nya arbetssättet och det nya sättet att göra saker på.
- 178 S1
- 179 Ja, man måste ju planera för... ja, vad ska vi kalla beskrivningen... produktionstapp ju, så att
180 säga. Men så är det ju med alla förändringar. Det behöver ju inte bara vara detta systemet,
181 utan det finns ju många andra system också, och det kommer ju alltid innebära att det tar

- 182 längre tid innan man har lärt sig... eller ja, fått en förståelse för hur det nya systemet funge-
183 rar.
- 184 Intervjuare
- 185 Ja, så det kommer väl också gradvist. Och sen kan jag även fundera lite på att många av reg-
186 ionerna vi pratat med drar ju upp det här med, vad heter det... kunskapsstyrning och evidens-
187 baserad vård då, med att det kan komma de här nationella riktlinjerna som kan komma att
188 ändras. Så i och med att projektet både är pågående... det finns en del förändringar som kvar-
189 står, men även vid go-live så stoppar inte förändringarna där, och sen är det klappat och klart,
190 utan så fortsätter utvecklingen så att säga. Alltså hur fasthåller man optimismen inför det här
191 fortsatta arbetet hos personalen?
- 192 S1
- 193 Ja det... det är ju en bra fråga. Det hanteras inte på något sätt egentligen, utan jag tycker man
194 hade kunnat vara mycket mer proaktiv, lite mera... ”Varför tar det tid? Varför stoppas det nu?
195 Varför startas det igen?” så att säga, utan det är mer... Ja, man kan väl uppleva från användare-
196 ren en apati, att ”det är så här regionen fungerar.” Men sedan också det... Det är ju väldigt in-
197 tressant här med givetvis med riktlinjer och annat och så, och ”hur gör man? Och hur gipsar
198 man ett ben, och hur gör man på olika grejer?” Och så ju så att säga. Det är ju litegrann ett
199 dubbeleggat svärd det också, för när du... inför du det för hårt, så slutar ju utvecklingen inom
200 vården. Då säger vi att ”ja, men vi vet vad som är bäst, vi gör så här. Vi testar inte nya meto-
201 der, nya saker.” Så det vill ju säga att det är ju mycket av, eller inte mycket... Men en del av
202 vårdpersonalen är ju skeptiska till att styra efter det för hårt, för man vill ju inte stoppa möjlig-
203 heterna att ge bättre vård.
- 204 Intervjuare
- 205 Ja okej, så på något vis så är det väl både det här med att de kanske vet bäst om man får säga
206 så, i alltså vårdfrågor, men kopplat till det som du drog upp tidigare... Den här stora självstän-
207 digheten på kliniknivå, det tänker jag också kan göra. Det kan förstärka det. Men här funderar
208 jag även på i lite bredare... lite bredare mening då... intressenter i allmänhet, för vi har ju för-
209 stås kåren som har mycket inflytande på förimplementeringsprocessen. Men vilka andra...
210 vilka andra intressenter upplever ni?
- 211 S1
- 212 Nej, ja, alltså givetvis är ju... patienterna ska man ju aldrig glömma bort i detta ju, och sedan
213 är det ju också ja, jag vet inte... det är ju journalen på nätet till exempel, som är en väldigt,
214 väldigt intressant grej som är mer relevant i denna fråga om det här. Jag var ju med [red. för
215 konfidentialitet] på det, när region Skåne som andra landsting implementerade det för ett tio-
216 tal år sedan. Nu var det ju ganska kontroversiellt.
- 217 Man kan tycka... Jag tycker att givetvis jag som patient har rätt till informationen om mig,
218 men man måste ju också ha en förståelse för att läkarna måste ha ett arbetsredskap. Det är ju
219 inte så att om du... om jag tar bankexemplet igen, alltså om du går in på banken, så får du ju
220 inte får ut all data de har om dig, och hur de har beräknat huruvida du är trovärdig nog att få
221 ett lån eller inte. Den data är ju deras affärsegendom, men i patientfallet så är det numera väl
222 ganska fastslagit att det är patientens information också. Hur jobbar man med de här grejerna?
223 Ska läkarna inte få ha något ställe där de kan skriva om vad de tror och vad de tänker, för då

224 de måste ju kunna föra minnesanteckningar någonstans som kanske inte är relevanta för pati-
225 enten och egentligen helt felaktiga. Det är en lite tidigare hypotes som de hade om, ”vad kan
226 det här vara?” Annars så tar man ju bort hela datastödet från professionen för... bara för att
227 det är patientens, all information.

228 Men jag tycker patienterna är väldigt viktiga, och sedan är det ju... Det är ju också... det
229 andra är ju, det är ju rehabilitering, hjälpmedel. De är ju också intressenter i detta. Du har ju
230 staten och forskningen som stora intressenter i detta. Ja, men vi har ju... i Sverige har vi ju ja,
231 något hundratal, eller tvåhundra kvalitetssystem. De finns ju bara för att journalsystemen inte
232 innehåller all den data man behöver för att bedriva forskningen. Så i grund och botten om
233 journalsystemen blir bättre, så kan vi rationalisera bort tvåhundra system, men ja... det finns
234 väldigt många intressenter, men den viktigaste är ju patienten och det som är runt omkring om
235 man bortser från professionen så att säga.

236 Intervjuare

237 Jo. Nej, men det kan också verka lite otippat att det är... patienten kan ha en inverkan på det
238 viset i och med att... alltså nu med informationssäkerhetslagar, i och med att man alltså...
239 vem som har rätt till vilken information? För det är faktiskt inte så många regioner som har
240 nämnt det som en faktor. Så det är också intressant att höra att det...

241 S1

242 Ja. Ja, men jag tror nog de jobbar. De kanske har nämnt det som patientföreningar då, kanske
243 att man jobbar med patientföreningen. Det gör ju de flesta, och de är ju viktiga i all utveck-
244 ing.

245 Intervjuare

246 Absolut, absolut. Så... men det verkar ju som att de engagerar sig i de här, vad heter det...
247 målsättningsaktiviteterna, eller i alla fall hur man strukturerar upp det här nya sättet och det
248 här nya systemet, i och med att de är med i betänkningen med de här patientgrupperna. Men
249 annars funderar jag lite på projektledningen generellt, då. Vad finns det för... ja, men ledarpo-
250 sitioner i det förberedande arbetet till implementeringen?

251 S1

252 Ja, alltså i Region Skåne gjorde det var ju en väldigt, väldigt lång resa, men vi jobbade väldigt
253 mycket tillsammans med Västra Götaland och Stockholm, i framför allt att göra en väldigt
254 stor...Ja, omvärldsbevakning. Vad finns egentligen? Vad går och köpa? Och det, det är en sak
255 att vilja ha någonting och att önska sig någonting, men till syvende slut kommer vi ju ner på
256 dem produkterna som finns på marknaden. Det är ju ingen som föreslår att man ska göra ett
257 utvecklingsprojekt av detta. Och i dem så, så var det ju väldigt många, alltså läkare med då
258 och en del sjuksköterskor också, och just då som man ser i de här rollerna som SIMO och
259 andra sådana roller som är viktiga i detta. Och sedan också att man skickade många på, ja
260 säga exakt hur många det vet jag inte, men det var ju en del då i de här referensgrupperna av
261 läkare och sjuksköterskor, så skickades dem till olika sjukhus där, där systemet redan fanns
262 implementerad. För att kunna prata med sina kollegor som levde med detta systemet för att då
263 se...vad, vad var bra och vad är dåligt? Hur ser det ut alltså. Vad ska vi tänka på och så? Men
264 sedan är det ju väldigt svårt, alltså det är ju 36 000 anställda i Region Skåne, man kan inte
265 skicka alla dem utan det blev ju ett axplock. Ofta av de som är intresserade så att säga. Sedan

- 266 är det ju är det ju för resten att förklara för hur ser strukturerna ut och hur jobbar vi med de
267 här frågorna så att de kan få en acceptans för att det, kanske inte jag, men min profession har
268 varit med i en och vi har haft inflytande på det hela.
- 269 Intervjuare
- 270 Okej, så någon sorts...Alltså det bygger väl mycket på representanter från kåren på olika sätt
271 och visa ja. Och här kan det väl också vara ett sätt att uppnå en lite mer sammanhållen vård i
272 och med att det alla grupper, eller? Inte kanske varenda grupp, men många olika grupper från
273 olika håll i vården som involveras så att det kanske blir för helhetens bästa framför en specifik
274 grups bästa på något vis.
- 275 S1
- 276 Ja och det är ju också en sån fråga som är väldigt, väldigt svår. För det går ju inte att hävda
277 att...Ta vilket här exempel som gäller, men om vi...Det går ju inte hävda att män som har
278 prostatacancer ska få en sämre behandling för att alla andra får det bättre. Att vi inte ska göra
279 vårt absolut bästa för dem. Så det, det, det...Är ju...Ja det, det är ju viktigt att få ihop själva
280 grundinformationen och, som du var inne på från början, med informatiken kring det och hur
281 kan man se det och så. Men sedan måste man också bejaka för vissa specialiteter, så kanske
282 det finns andra moduler som är bättre än just detta systemet. Och då är det ju viktigt att krav-
283 ställa på integration och informatik på ett sådant sätt att informationen kan flöda mellan olika
284 system, så att man har med sig all den viktiga datan oavsett vad du jobbar med. Det vi sa att,
285 ja inom rimliga gränser.
- 286 Intervjuare
- 287 Inom rimliga gränser? Ja, jag är alltså så någon sorts är måtta på det ändå ja.
- 288 S1
- 289 Ja.
- 290 Intervjuare
- 291 Ja, och här funderar jag på att det kanske finns dem här lite mer övergripande målen för alltså
292 hela projektet. Och bland annat så har vissa regioner uttryckt det som är mer kanske samman-
293 hållen vård där information finns på ett och samma ställe och sen finns det överallt på allas
294 enheter alltså. Generellt sett hur, hur följs det upp på sådana mål, alltså hur, hur dem uppnås
295 och eventuella anpassningar?
- 296 S1
- 297 Det ja, delningen av det hade ju varit väldigt gynnsam. Jag ska inte säga att man har kommit
298 så långt och för övrigt så är det ju i dagsläget det jag jobbar inom...
- 299 Del av transkriberingen har tagits bort för att respektera intervjupersonens nuvarande arbetssi-
300 tuation och den sekretessen som hen begärt.
- 301 ...Väldigt viktigt i Sverige också det är ju om man ser på hur världen har förändrats, om man
302 tittar på både pandemin och Ukraina kriget. Så, så kanske nu har man förstått lite grann att
303 man kan inte ha allt på ett och samma ställe att det blir väldigt, väldigt sårbart. Utifrån

304 information säger...säkerhet överhuvudtaget, utan man vill mer ha distribuerade system så att
305 du inte har, vissa system är nationella, försvinner de från internet en dag så, så blir det väldigt
306 svårt att göra vissa grejer inom, inom vården i Sverige. Utan att man kanske åtminstone måste
307 ha viss data i alla regioner, helt från mer och mer ställen i flera regioner. Men därmed inte
308 sagt att man behöver tusentals system för det. Och om man tittar på det här, Jamen, varför gör
309 man detta? Ja, men just mycket handlar ju givetvis om man ser på det rena medicinska, säker-
310 heten i det hela, att informationen ska finnas tillgänglig till den som behöver det. Det ska fin-
311 nas en informatik som man kan föra över information mellan regioner och mellan system.
312 Men sedan är det också en givetvis alltid också rena ekonomiska aspekter av det hela.
313 Med...Om man har, alltså grejen är med på Region Skåne hade vi väl, vi hade väl 1250 sy-
314 stem, det är säkert 1400 idag, men när vi började och... VGR hade 1600, SSL strax över 2000
315 system. Och det är ju extremt mycket system att hålla koll på, att se till att dem blir patch:ade,
316 är uppdaterade, att de funkar och allting sånt. Så själva systemfloran, i så som man har jobbat
317 med system i den gamla världen, höll på och blev för stora. Alltså man klarar inte av perso-
318 nellit, kunskapsmässigt eller budgetmässigt att hantera så många system. Så, så det finns
319 många olika aspekter på detta varför man vill göra detta och kunde man då bli av med 1500
320 system för att implementera det så är det ju mycket, mycket bättre. Och jag menar, står ju att
321 ni läser ju informatik, men det är ju varje system är ju en leverantörskontakter som du ska ha
322 och som man ska följa upp och som man ska ha avstämningar med, och det ena med det tredje
323 och vi ska förhandla med och allting sånt liksom. Och det blir ju otroligt komplex miljö om,
324 om man ser till att det ska funka så bra som möjligt. Får jag säga att ur det perspektivet så har
325 man inte löst frågan om man löser inte den med, med införandet av, av detta systemet heller,
326 men man tar ett steg på vägen.

327 Intervjuare

328 Ja, ja alltså så det blir ju också lite, alltså någon avvägning mellan både centralisering och
329 kanske nackdelen med det är ju sårbarheten som du nämner. Men det distribuerade, där kan
330 det kanske också finnas risker med de här 1250 systemen, hur många du...vilken siffra det nu
331 var du drog upp. Att det ökar komplexiteten även i och med att leverantörer att...

332 S1

333 Jamen det gör det.

334 Intervjuare

335 ...att det blir mer omfattande än bara en integration med dem andra systemen, men även en
336 kontakt till leverantören som du drar upp. Ja ja ja. Och här funderar jag, jag kanske hoppar lite
337 i ämnet nu, men jag hoppar lite från kanske det här mer arkitekt relaterade till lite mer an-
338 ställda anställdperspektivet, alltså vårdperspektivet i och med att det...Nu har du redan dragit
339 upp den här involveringen av anställda som kommer att bli användare av systemet till sist.
340 Och där finns det ju kanske lite populärt sagt två spår som, som körs parallellt och det är ju
341 både den här med att man konfigurerar systemet för att anpassa det mot det nya arbetssättet,
342 men samtidigt så anpassar man väl även arbetsflödet som det ser ut idag mot ett annat sätt att
343 göra saker på som passar in i det nya systemet. Det är dessa två frågor, hur skiljer sig involve-
344 ringen av anställda i konfigurationsfrågor gentemot arbetsflödesfrågor. Jag vet inte om jag
345 formulerade det lite klurigt.

346 S1

347 Det, det är ju komplext, givetvis är det ju så att i arbetsflödena, alltså dem släpper man ju upp
348 utifrån de processer man bestämmer och så egentligen och...Det är det här, heter säkert pro-
349 cessledare eller hette processledare. Det, det är ju ett samarbete med, med...Alltså, det är ju en
350 profession i sig egentligen kan man ju säga. Och det finns ju uttalade människor som har detta
351 i sin tjänst och jobbar med de grejerna och så. Sen är det ju så att ett system kommer ju med
352 vissa grejer där man inte ja, men alltså det...det är det är inte rimligt att göra våld på systemet
353 för, för kanske för...om det inte spelar någon roll för slutprodukten av processen, och då får
354 man ju anpassa processen efter system. Men mångt och mycket så är det en modellering som
355 man gör tillsammans med utsedda representanter av, av....de olika användargrupperna.

356 Intervjuare

357 Så de kör egentligen, eller som jag förstått det så, är det så de inte egentligen står parallella,
358 men de är kanske mer ett och samma spår där det är...

359 S1

360 Ja, ja, precis och det, det bryr jag, jag skulle jag säga det och, och processmodellering kom-
361 mer ju först, om man ser på konfigurationen som riktar sig mot användarna. Sen finns ju an-
362 nan komplikation med säkerhet och annat och så men det, det kan ju ligga lite i ett eget spår
363 så att säga.

364 Intervjuare

365 Ja okej, ja och det kanske leder mig lite till, till nästa fråga i och med att...Dem här processle-
366 darna de involveras ju i själva utarbetandet av det nya systemet och nya arbetssättet. Men ut-
367 bildningsmaterial kanske? Involverades dem där också, eller hur? Hur ser det ut?

368 S1

369 Ja ja ja. Det finns också personal som har det i sin tjänst ju, att jobba med utbildningsmaterial
370 och så, så att i synnerhet...Ja, ja det, det är dem.

371 Intervjuare

372 Absolut. Okej ja, ja ja. Och här funderar jag väl på att i och med att dem involverar så kan jag
373 kanske tänka att det blir ju lite det här axpocket som du nämnde tidigare från olika vårdspeci-
374 aliteter där dem kanske anpassar utbildningen beroende på sina arbetsuppgifter. Så att, till ex-
375empel det finns ett program för pediatriker och ett annat för cytostatiker och så vidare. Är det
376 något, något liknande i...?

377 S1

378 Ja ja. Det finns ju givetvis någonting som är allmängiltigt, så att säga en bas till eller så som
379 är själva systemet, alltså hur skriver man en journalanteckning. Det, det, det, det är ju samma
380 oavsett om du jobbar med barn eller cancerpatienter, men sedan så finns det ju speciella mo-
381 duler för olika, olika saker, alltså olika tillstånd så att säga. Och de får ju givetvis specialut-
382 bildning i de modulerna beroende på då din profession och ditt uppdrag.

383 Intervjuare

- 384 Okej, ja då förstår jag. Jag funderade även det är kanske lite mer för intressets skull, alltså
385 hur...
- 386 Del av transkriberingen har tagits bort för att respektera intervjupersonens nuvarande arbetssi-
387 tuation och den sekretessen som hen begärt.
- 388 Ja, ja och nu hoppar jag lite ämnena igen eftersom vi pratar ju om, lite om kommunikationen
389 sen innan, men jag skulle bara vilja höra lite mer kring det alltså. För flera regioner drar upp
390 behovet av, vad heter det, Superanvändare eller förkämpar för systemet. Så hur tänker man i
391 Region Skåne kring detta?
- 392 S1
- 393 Jo, men det har man det...Ja ja...Det är samma sak som på de andra regionerna. Det är ingen
394 skillnad. Det är klart att det behövs så att, det behövs någon som har lite mer kunskap som
395 folk kan ställa frågor till och så ju, så att säga, som man kan ta ett samtal.
- 396 Intervjuare
- 397 Ja och i samband med detta så funderar jag liksom på hur, hur ser rekryteringen ut av om såd-
398 ana förkämpar?
- 399 S1
- 400 Ja det är i mångt och mycket, alltså ska du vara förkämpe måste du ju känna att det är en bra
401 grej så att det, det är ju på frivillig basis, så att säga. Men att du får tid adopterad i din tjänst
402 till att gå på utbildning, att vara med i vissa arbeten och så. Men i grund och botten så är det
403 ju frivillig basis, alltså att förfrågan går ut och att man anmäler sig annars... Man kan ju inte
404 brukar inte beordra någon att bli förkämpe.
- 405 Intervjuare
- 406 Ja nej, haha, det, det blir förstås lite ja, det kan bli lite svårt att... Men här funderar jag på om,
407 det kanske är ett antagande som jag gjort, men är de då sjukvårdspersonal i grund och botten
408 eller ja?
- 409 S1
- 410 Ja! Det är de. Ja, det är professionen alltså. Det är ju läkare och sjuksköterskor...Ja någon
411 barnmorska och...
- 412 Intervjuare
- 413 Nej, men jag ville bara dubbelkolla så att vi inte råkat göra något antagande. Nej okej ja. Men
414 nu har vi ju pratat en del om vårdperspektivet, det operationella och hur man är...alltså invol-
415 vera vårdanställda på olika sätt och vis. Men kanske om vi kollar utifrån ledningens roll alltså
416 hur alltså...under din tid hos Region Skåne alltså, hur upplevde du ledningsstödet? Kanske i
417 form av budget?
- 418 S1

419 Starkt, starkt ledningsstöd det...inget snack om saken. Jag jobbar inte där längre, så kan man
420 väl också säga som så att det är när det gäller budget så är det är aldrig några problem. Det är
421 det inte, nej, men alltså det pratar om...så man hade ju kunnat göra väldigt, väldigt, väldigt,
422 mycket mer givetvis, men då är det inte budgeten i sig som spelar någon roll, utan det är de
423 personella resurserna som man har och så ju. Får jag säga att det är absolut inga problem, man
424 får de pengarna som man behöver.

425 Intervjuare

426 Ja okej och personella resurser alltså, tänker du då mer på personalsidan? Alltså bemanning
427 på projektet då?

428 S1

429 Ja och framförallt om man ser på ja, men både på alltså grejen är ju att alla som är här, då har
430 ju du har ju...Dubbelbottnat här ju. Du har jag alltid att du har ett kunduppdrag, vilket är ju att
431 vårda patienter och sedan har du ju annat uppdrag som är att utveckla verksamheten. Och hur
432 man än vänder och vrider på det...Oj! Det kan inte vara på något annat sätt. Ja de hade inte ni
433 accepterat och inte jag eller någon annan heller, så är det. Det är ju givetvis alltid patienten
434 som är i undersökningsrummet som är den som är viktigast, inte den som kommer om 2 år.
435 Utan man måste ju alltid ta hand om de, patienter, man har här och nu och så ju. Vilket inne-
436 bär ju att den dagliga produktionen kommer ju alltid ha prioritet utöver utveckling och fram-
437 förallt på IT-sidan. Sedan när det gäller forskning så är ju lite annorlunda där för då kommer
438 ju dedikerade pengar från andra ställen till just forskning och så vidare. Det men, men det
439 hade varit bra ibland om man har varit flera anställda så att man hade kunnat bedriva den här
440 typen av utveckling och verksamhetsutveckling på lite mer, lite snabbare.

441 Intervjuare

442 Ja det har jag, jag kan också höra utifrån, alltså Media, dem har ju också vad...tänkt just per-
443 sonalbristen inom vården i alltså, generellt sett, i hela Sverige. Och där, där är det också in-
444 tressant att det också har en slagsida mot utvecklingsarbetet. För det kräver ju förstås också,
445 alltså anställda från linjeverksamheten, att du är och räkna med....

446 S1

447 Och...där får ni alltid fråga, vad är personalbrist? För alltså jag menar, vi har ju fler läkare per
448 capita än man har i Tyskland, jag skulle inte vilja säga att den tyska vården är så dålig eller så.
449 Utan det är ju frågan också, vad är det våra läkare och sjuksköterskor förväntas göra? Och,
450 och det är ju en del kan jag tycka i detta systembytet också, att vi har på många system som är
451 för administrativt tunga som tar ifrån patienter. Det kan inte vara rimligt att vi ser ju yrkes-
452 grupper som sitter 50% av sin arbetstid framför datorn och träffar patienter under 50% av sin
453 tid. Alltså då, då nyttjar man ju inte dem på bästa sätt. Och det var ju mycket i den "new pub-
454 lic management" som kom då på nittioalet när man sparkade alla läkarsekreterare och allting
455 annat och läkaren skulle skriva allting själva, vilket givetvis de kanske kan detta bäst, och det
456 är när man är trevlig och så. Men det får ju konsekvenser på hur man jobbar, och låter vi lä-
457 karna gör allt det, jamen då behöver vi ju fler läkare än vad Tyskland behöva som ett exem-
458 pel.

459 Intervjuare

- 460 Ja så egentligen dem här administrativa rollerna som egentligen läkaren har fått klä på sig på
461 något sätt...Det har också varit en sorts, ja alltså det ligger ju ett tag tillbaka som du säger nit-
462 tiotalet, men det är väl också här tvåtusentalet....
- 463 S1
- 464 ...2000-talet eller, ja. Ja nej, men, men det är ju det....Man...Därför behöver man ju rätt IT-
465 system så man inte behöver skriva in samma sak 3, 4, 5 gånger eller en dubbel.
- 466 Intervjuare
- 467 Ja, alltså dubbel och i vissa fall till och med trippeldokumentation kan jag förstå på dig. Det är
468 ju också en, en förbättringsmöjlighet man försöker att uppnå.
- 469 S1
- 470 Jo det var ju... Alltså nu är det så länge, så jag kan inte minnas exakt. Men jag tror jag plock-
471 ade fram siffror på det i de undersökningar man gjorde innan detta projektet startade. Där
472 egentligen, alltså om man tänker på vad en läkare lön är, eller en sjuksköterskelön och extra-
473 polerar kostnaden för allt dubbelarbete så budgeten på detta projektet, det är ju inte i närheten
474 av vad vi betalar på dubbelarbete per år eller om det var på 2 års sikt eller någonting sånt. Så
475 att bara att, att införa ett nytt system som tar bort dem grejerna innebär att du frigör så mycket
476 tid så att systemet betalar sig.
- 477 Intervjuare
- 478 Ja okej, så själv alltså bara det att eller...eller eliminera eller...Begränsar dubbeldokumentat-
479 ionen i sig är ju egentligen en rätt stor faktor i projektet kan du höra?
- 480 S1
- 481 Ja, jag tyckte det, men det, det finns många faktorer, men om man ser på vad folk lägger sin
482 tid på och just det här med läkarbrist och allting annat och så det kan ju frigöra extremt
483 mycket tid om du har bättre IT-system än de man har idag.
- 484 Intervjuare
- 485 Ja, nu vill jag bara kolla lite schemamässigt, hur ser det ut för dig? Om du var tvungen att
486 springa iväg här snart så vill jag försöka göra lite kort att....
- 487 S1
- 488 Ja ja 20 minuter.
- 489 Intervjuare
- 490 Ja okej, ja jättebra. Okej då? Kanske vi hinner en ett par frågor till bara. Men där funderar jag
491 på, vad heter det, du har ju redan varit lite inne på det här med både administrativa uppgifter,
492 där vi använde begreppet sekundära arbetsprocesser eller stödprocesser. Kärt barn har många
493 namn. Ja och sen primära arbetsprocesser som då är alltså den själva, alltså själva vården, pa-
494 tientomvårdnad. Hur balanserar man hänsynen mellan hänsyn...alltså till primära arbetsflöden
495 mot sekundära arbetsflöden i det här projektet?

496 S1

497 Det är ju patientnyttan. Har i stort sett högsta prioritet så att och om patientnyttan kan ju vara
498 både ett primärt eller ett sekundärt arbetsflöde. Men, men, men oftast primära arbetsflöden då
499 ju... Så det är ju patientnyttan, men sedan så finns det ju lagstiftning också, den måste man ju
500 också förhålla sig till. De och men, men jag skulle vilja säga att nyttan för patienten är det
501 som är det viktigaste och nyttan för patienten är ju, ju ja, det är väl egentligen det enda sanna
502 mätvärdet i vården egentligen. Ja tycker jag, tycker jag.

503 Intervjuare

504 Ja, men det kan väl också säga att det är ju? Det är ju mycket... Vad heter det? Klart syfte
505 egentligen i vårdorganisationen att det är patientnyttan först och främst ja.

506 S1

507 Men sedan hade du ju grejer som du sa innan också med informationssäkerhet, och du har
508 andra saker... Det är till exempel alltså jag menar. Alltså, man kan ju de detta på många olika
509 sätt och vis. Men vad de flesta eftersträvar från vården egentligen, eller vill ha, det är ju konti-
510 nuitet. Att man har samma läkare alltid och att läkaren har tid och prata och förklara för dig
511 vad som är, vad, vad som händer och vad du kan förvänta dig och vad som är fel eller någon-
512 ting sånt. Och då, då är det ju, det är ju egentligen inte de primära arbetsuppgifter, men det är
513 ju den största patientnyttan egentligen. Att folk är hemma och är orolig är ju extremt negativ
514 och oro och stress och sånt bidrar ju oftast till, eller kan, bidra till en sjukdomsbild och så.
515 Men det är så det beror litegrann på var du är i systemet och i vården, alltså är du operatörer
516 ska vi knacka ihop ett knä, så är det ju...Är ju det...Ja, är det primära operationsbordet ju. Men
517 jag kan ju säga att [en bekant, red. för konfidentialitet] är en ortoped och han...när han gör
518 sina operationer så är han ju ändå kvar på sjukhuset tills alla patienter har vaknat upp, för det
519 måste man ju vara, men det är inte primärarbetsuppgift eller primärprocess för honom att sitta
520 och vänta på att patienten vaknar. Men det är oerhört viktigt för patienterna och...Ja och om
521 det skulle tillstöta någonting och att dem känner sig trygga och så ju.

522 Intervjuare

523 Ja på det viset så finns det väl också, som du drar upp, att det är ju ändå patientrelaterade men
524 kanske inte just det där alltså själva vårdprocessen i sig då, men lite mer, lite mer det runtom-
525 kring liggande. Okej, kanske man kan säga.

526 S1

527 Ja ja.

528 Intervjuare

529 Här funderar jag att det kanske lite tidigare processen då med kravspecifikationen. Jag...tänkte
530 fråga lite om det. För här är det ju både top-down processer i och med att ledningen och poli-
531 tiken då beslutat sig för att det här projektet ska genomföras och att det...vilken, med vilken
532 vision det ska vara med, alltså som du ska ha med dig i åtanke. Men sen även bottom-up då
533 alltså bottom-up strömmar i och med att det kanske muttrar och bultar som alltså vårdpersona-
534 len kanske har lite mer insikt kring, alltså just det operationella. Hur förhåller man sig till ba-
535 lansen mellan både top-down och bottom-up inflytandet på det här arbetet?

- 536 S1
- 537 Jamen det, det gör man ju utifrån att...omvärldsbevakning då att se hur, hur funkar detta syste-
538 met i verkligheten? Vilket är ju en bottom-up approach egentligen att läkarna och sjuksköters-
539 korna är ute och tittar på oss system och innan man väljer och implementerar ett till sig själva.
540 Men sedan så...och det är väl aldrig någonting som någon politiker eller topptjänsteman läg-
541 ger sig. Eller borde inte göra det. Utan vad dom gör det är ju att dem sätter ju vissa ekono-
542 miska ramar kring det hela och, och, och liksom andra juridiska ramar och så. Men de lägger
543 ju sig inte i själva, hur själva systemet funkar. Dem har ju ingen aning hur dagens system fun-
544 kar ju. Dem har ju aldrig varit inne och skrivit en journalanteckning.
- 545 Intervjuare
- 546 Okej så det, det gör mycket mer på det här övergripande kanske visions planet då?
- 547 S1
- 548 Ja, ja.
- 549 Intervjuare
- 550 Okej. Ja då förstår jag det. Ja. Och detta kanske leder mig till nästa och sista frågan då i och
551 med att det här bottom-up perspektivet, det kan väl också, alltså ge användning till lite oförut-
552 sägbarheter för vissa saker, kanske kan ha påverkan på lite högre nivå. Alltså vissa specifika
553 saker som dyker upp på operationell nivå som behöver eskaleras till en lite högre nivå för hela
554 projektet då. Så hur hanterar man sådana oförutsägbarheter.
- 555 S1
- 556 Nej, men det finns ju en tydlig organisation och struktur för hur man hanterar detta genom en
557 "change advisory board" egentligen, men nu heter det säkert någonting annat, förändringshan-
558 teringskontoret eller nånting sånt va? Men det finns en väldigt tydlig process för hur man tar
559 hand om sådana saker som väldigt ofta kan det ju va ja, men alltså...Är ju otroligt stort, otrol-
560 ligt komplext, och det går inte att förutsäga allt och det kommer ju även om man köper in då
561 Millennium från Cerner som är hur stort som helst som används på hur många sjukhus som
562 helst för allting sånt. Så är det ju ändå så att det kommer att dyka upp grejer som i den
563 svenska kontexten ser lite annorlunda ut än den internationella kontexten. Och likadant det
564 här med ja...men egentligen vad du sa innan med "Hur ser flödet ut? Hur jobbat man i syste-
565 men? Finns där spärrar/stoppar som är ologiska? Kommer dokumentationen i en logisk
566 form?" och sånt, så sånt kommer ju inträffa. Så jag vill säga att det, det, det är ju en stor del
567 av projektet att hantera sådana saker och hanterar det på ett strukturerat sätt. Det är ju efter att
568 man köpt in systemet så skulle det inte förvåna mig om det är en 3-4 tusen förändringar som
569 går igenom den vägen.
- 570 Intervjuare
- 571 Ja en handfull alltså? Haha.
- 572 S1
- 573 Ja!

574 Intervjuare

575 Och jag kanske avviker lite från intervjumallen här i och med att du drog upp den här balan-
576 sen mellan båda, att de försöker planera så mycket som möjligt med den här och experimen-
577 tera lite under processens gång utifrån vad som funkar och vad som inte funkar och så. Hur
578 skulle du beskriva balansen mellan det här med förut planering och experimenterande i den
579 här processen?

580 S1

581 Ja alltså grejen är ju detta alla har ju samma mål egentligen, och det är ju att göra det så bra
582 som möjligt det. Det måste man ju tänka på att även de som är negativa är ju oftast de av en
583 positiv anledning. Så, så är det ju. Eller avråda eller någonting sånt så de flesta som jobbar
584 inom detta vill ju det bästa för patienterna och för invånarna och så ju. Det är en väldigt in-
585 tressant avvägning, men jag skulle vilja säga att givetvis finns det ju en ambition om vision
586 och plan från början. Men, men det är ju som med all planering alltså jag tycker det största
587 syftet med planering det är ju för att veta när man har och göra avsteg från planen. Det är ju
588 ingen plan som egentligen fungerar i verkligheten, utan det är så här "Så här hade vi tänkt
589 oss... Det är det här vi vill göra..." men sedan lär man ju sig saker längs vägen. Och då måste
590 man ju...då får man inte säga såhär "Nej, men vi lärde oss detta och det är mycket smartare,
591 men vi struntar i det för vi har en plan". Alltså det, det är ju mer... Jo men, det har man ju sett
592 på vissa ställen i världen, men det kanske inte funkar så bra. Så man måste ju ändå, då ha ett
593 strukturerat sätt för "Hur tar vi hand om detta? Hur kan vi diskutera? Vad är det för fördelar
594 och nackdelar?" Vilket kan ju vara många, därför vad någon yttrar som ger dem en enorm för-
595 del kan ju vara negativt för någon annan, så man måste ju se till att belysa helheten av det.
596 Men där måste finnas ett utrymme för att ta hand om, och det finns ju ofta i alla implementat-
597 ioner i Sverige så finns det ju ett utrymme för att hitta på de här grejerna och så. Och det är ju
598 därför också varför det tar 3 år istället för ett år att införa projektet.

599 Intervjuare

600 Ja ja, det är ju så pass komplexa projekt kan jag förstå är ja. Men det var egentligen det vi
601 hade tänkt oss att dra upp i intervjuer, så det var heller inte för att vi ville dra för mycket på
602 tiden här när du ska iväg här...

603 Assisterande intervjuare

604 Yes, då avslutar jag också transkriberingen där också. Sådär Ja! Tack så hemskt mycket, fan-
605 tastiska svar, verkligen.

92 Appendix 8 – Region Gävleborg

93 Nedan har svar på bakgrundsfrågor redigerats bort i syfte att pseudonymisera intervjuperso-
94 nen och ersatts av blanksteg.

95 Intervjuare

96 Ja, men då tänkte jag kanske går rakt till intervjufrågorna då och här får ni gärna också bolla
97 med varandra, diskutera lite. Alltså, hur hanterar ni förväntningarna till det kommande syste-
98 met? Alltså personalen då.

99 G3

100 Jag tycker att det blir väldigt mycket G2n som får ta då hen har mycket att säga.

101

102 G2

103 Ja! Ska jag ta det här, okej?

104

105 G3

106 Det blir ju väldigt mycket. Det är liksom, för handlar ju väldigt mycket hur, för att lyckas att
107 införa, att verksamheterna är med i införandet. Det känns som det är väldigt mycket det ni har
108 listat i frågeformuläret. Så då känner jag att de är mycket G2ns bit.

109

110 G2

111 Då tar jag den biten. För här kan ju berätta att här handlar det dels om kommunikation. Och
112 det handlar mycket att kommunicera till rätt person i rätt tid och få de mer på banan att och att
113 vilja delta i allt arbete. Allt förberedelsearbete vi håller på med. För precis under hela förmid-
114 dagen med ledningsgrupper där vi har presenterat den första etappen och gjort med arbetet nu
115 och där deltagarna fått presentera och vi har varit med och lyssnat in och berätta lite grann om
116 helheten och lägga fram det hela tiden. För det är ju verksamheten som äger förändringsled-
117 ningsarbetet. Så hela tiden lyfta fram till dem att det är ni som är viktigt och deltar för ni som
118 är experterna men och att sen att ni också jobbar med förändringarna på golvet, för det är ni
119 som har medarbetarna närmast er där förändringarna kommer att ske. Så det handlar mycket
120 om kommunikation och också att att fånga intresset hos dem tänker jag. Och det är det är via
121 kommunikation. Jag har ju gjort sådana [red. för konfidentialitet] och gick jag runt på alla led-
122 ningsgrupper och prata med dem och förklara. Liksom bjuda in oss, sälja in konceptet liksom
123 och att öka förståelse att vi behöver resurser med. För vi, jag är inte expert på att hantera habi-
124 literingsfrågor om man säger så utan här måste ju expertisen följa med.

125

126 Intervjuare

127 Absolut och det här tycker jag är ännu en intressant aspekt av detta här är väl det SUSSA-ge-
128 mensamma. Att man kan plocka lite kompetenser från en region här och en region där, där.
129 Men att uppnå lite stordriftsfördelar på den punkten kanske.

130

131 G2

132 Det är exakt så vi gör Valdemar. Vi får ha en period om deltagare med i arbetet just nu. Och
133 där har vi, så att vi ska ha rätt kompetens. Det är en läkare, det är sjuksköterska, någon medi-
134 cinsk sekreterare. Och här försöker vi ha den breda kompetensen i SUSSA, men om jag
135 skickar dit medicinsk sekreterare exempelvis, då kan det ju inte hon alla...hur jobbar läkare i
136 regionen och hur jobbar sjuksköterskorna i regionen? Därför har vi byggt upp regionala refe-
137 rensgrupper där vi har påbackning. Där har vi, bygger upp dem efter att behovet. Titta... Där
138 har vi läkare med, kanske ST-läkare med. Vi har sjuksköterskor som är i både från öppenvård
139 och slutenvård och så får de vara som ett bollplank till den här, SUSSA-deltagaren. Så att den
140 kan bära med sig regional kompetens in i SUSSA.

141

142 Intervjuare

143 Okej ja, alltså representanter representerar egentligen inte bara sitt eget yrke, men även det
144 här som bollplanket då utgör...

145

146 G2

147 Japp. Alltså de som representerar egentligen hela regionen i sitt SUSSA arbete. Men det är ju
148 väldigt yrkesspecifika frågor ibland så att det effektuerade jobbet kanske aldrig arbetar med
149 provtagning, men då måste du ju bara tillbaka till regionen. Hur jobbar vi med provtagning
150 och vad har vi för beroende hur ser det ut? Därför har vi gjort så, regionala referensgrupper så
151 att. Som vi, en grupp vi hade är en representant. Som jobbar 60% i SUSSA. Och så hade hon,
152 8 eller 10 deltagare regioner som jobbade 5% för att stötta henne.

153

154 G3

155 Ja, och det gör ju också att det underlättar för framtida införande att man får mer än informat-
156 ionsspridning och att få många som vet, tillräckligt mycket för att det ska liksom vara och
157 kunna hållas aktuellt då. Och det är ju också en viktig perspektiv om ni har intervjuat fler som
158 ni kanske redan fått det, men det är ju en väldigt stor skillnad och det är därför just SUSSA
159 arbetet är extremt unikt eftersom vi har... Vi är en kund gentemot våra leverantörer, att vi har
160 samma systemlösning. Vi konfigurerar den gemensamt, vi köper den som tjänst. Och vi byg-
161 ger också upp en drift, en drift och support förvaltningsorganisation gemensamt. Så att de är
162 ju helt unikt. För den här typen av utveckling.

163

164 G2

165 Sen kan jag berätta också. Sen sitter jag med i något som heter [red. för konfidentialitet] som
166 vi har det SUSSA, vi har haft eller har delvis och där jobbar vi också, liksom ju ta fram ge-
167 mensamma verktyg och material kring motståndshantering och såna saker. För att vi ska, tan-
168 ken med SUSSA är att man inte ska jobba gånger 9 utan man ska jobba tillsammans och ta
169 hem det man kan. Sen får man göra vissa anpassningar regionalt då. Så att det är ju också vik-
170 tigt att vi jobbar med den biten, också för att sen tycker jag vår region har varit fantastiska för
171 att, inte på grund av vårt uppdrag eller vårt projekt eller program men däremot har alla che-
172 fer, forskningschefer har fått en tvådagars förändringsledningsutbildning under det sista halv-
173 året här. Det tror jag vi ska liksom bära med oss och prata med dem utifrån det du har fått
174 höra där. För då får vi också förankring i till första linjecheferna som äger själva föränd-
175 ringen.

176

177 Intervjuare

178 Okej ja alltså det det blir ju inte bara en förändringsledare inne på att det projektkontor men
179 det det sprids ut i verksamheten ganska brett då? Ja, okej?

180

181 G3

182 Man ser ju att hela införandet är ju förändringsledning, alltså hela hela hela processen är ju
183 handlar ju väldigt mycket om förändring. Egentligen inte så mycket om teknik.

184

185 G1

186 Det är en sån liten del.

187

188 G3

189 Tekniken löser ju inte problemet. Det är mycket arbete, men den är ju möjliggörande. Men
190 om inte förändringen av det förändrade arbetssättet slår det igenom så spelar det ju ingen roll
191 hur mycket teknik vi har.

192

193 Intervjuare

194 Ja alltså, det är den mänskliga faktorn. Den måste ju också vara med i ekvationen så att säga.
195 Här funderar vi även på kanske just det här med systemets tänkta fördelar. Alltså hur? Hur gör
196 ni på att kommunicera ut det? Så ni har ju redan de här 2 dagars utbildningen för linjechefer
197 och så vidare? Men något har ni något att tillägga där?

198

199 G2

200 Det jag kan lägga till är att den här gruppen som har jobbat nu under den här etappen som har
201 varit som jag säger där vi har en regional referensgrupp och en SUSSA deltagare. De kommer
202 att ha workshops till hösten, när vi har fått leveransen. Att den har blivit godkänd eller inte.
203 Då ska de göra workshops och göra GAP-analyser utifrån, hur jobbar vi idag. identifierar för-
204 ändrade arbetssätt, vilka behöver påverkas, analyser vilka blir påverkade av det här, är det
205 bara våra, en mottagning eller är det alla som jobbar med det här och där kommer vi använda
206 det materialet sen att börja jobba med... Jag kommer ha de som utbildade. Vi kommer utbilda
207 utbildare regioner som ska utbilda i systemet och de är utbildade får en väldigt funktionalitets
208 kunskap. funktionaliteten. Sen kommer [red. för konfidentialitet] verksamhets representanter
209 som också får en del av utbildningen men kanske inte allt. Den är väldigt lång. De tillsam-
210 mans kommer titta på det här sen. Det här har dem sett i gap analyserna, det här är resultatet
211 från den. Det här får vi i systemet för vi ser inte alltid systemet. Idag byggs ju på eftersom och
212 vi kommer få ett sista, sista checken tror jag vi kanske får först i april nästa år. Då har alla ar-
213 beten gjorts där. Då kommer vi se det här, då kommer vi titta på det här. utbildningen som
214 kan funktionaliteten också de här från verksamheterna. Men här måste vi jobba med de här
215 rutinerna, vi får ju kartlägga. Vilka rutiner har vi kring remisshantering idag? Jag vet att det
216 finns. Vi har inte regionsövergripande rutiner. Det kan vara enstaka verksamheter som har
217 egna rutiner. Här ska vi lyfta det till regions... först ska det vara SUSSA gemensamt så
218 mycket som det går. Sen blir det regions gemensamt och sen kan det bli vissa lokala förutsätt-
219 ningar för att Bollnässjukhus och kanske har andra förutsättningar. De har inte fullt akutsjuk-
220 hus som de andra sjukhusen i vår region är. Så ser det ut.

221

222 Intervjuare

223 Ja, så egentligen låter det lite som en standardisering av olika arbetssätt, alltså både SUSSA-
224 nivå om det är möjligt och ifall inte så regional nivå och sen annars ifall det inte verkar bry på
225 regional nivå heller då verksamhets... Ja, men jag bara dubbelkolla så att jag förstått det rätt
226 liksom.

227

228 G2

229 Alldeles rätt.

230

231 Intervjuare

232 Okej, gott.

233

234 G3

235 Och det är likadant med de här kommunikationsinsatserna, att vi har ju SUSSA gemensam
236 kommunikationsstrategi och nyhetsbrev och sånt så går vi ut och sen så har vi den regionala.
237 Där vi ju ute och träffar olika grupperingar för att de ska hänga med på liksom. Ja, hur långt
238 har vi kommit och liksom påminna på vad som är på gång så att säga.

239

240 G2

241 Och det spelar ingen roll... Alltså det är ju så intressant. Det här som är idag märkte när jag
242 träffa vissa ledningsgrupper så kommer ju frågor upp. Då har jag en, G3 och G1, [red. för
243 konfidentialitet] varit och pratat med i hälso och sjukvårdsledningen med alla chefer på chef-
244 dagar och ändå kommer frågorna liksom som man inte förstår. Att de inte förstår, men "ska vi
245 byta bort Elvis" exempel efter våra system "ska Elvis bytas ut?". Ja, Elvis är ett stort patient-
246 administrativt system där vi har kallelser och inom specialistvården och bokningar och sånt
247 och det är ju absolut en del i Cosmic men liksom det man har inte blivit i kommunikation,
248 man måste säga de sjutton gånger på olika sätt, då kanske det når.

249

250 G3

251 Och sen är det ju också så att vi på den här typen av informationsmöten, då har man en slot på
252 en kvart 20 minuter, det går ju inte att gå in i detaljer utan det är mer bara få en löpande upp-
253 datering och jag tror ju också att det blir väldigt mycket enklare när liksom fler delar av syste-
254 met blir konfigurerade. Då är det lättare att göra kommunikationsinsatser gemensamt och tan-
255 ken är ju att man ska ta fram. Filmer, informations liksom informationsmaterial kring speci-
256 fika processer att kunna hantera specifika ämnesområden och går lite mer mot verksamhet-
257 erna så att de förstår vad den nya. Men det blir svårt att prata om det förändrade arbetssättet
258 innan man kan visa systemet. Det kanske blir kontraproduktivt till och med.

259

260 Intervjuare

261 Ja, absolut och här funderar jag kanske även på kanske lite motsatta hållet? Ja, nu vänder jag
262 lite på steken i och med att nu har vi pratat lite om att sälja, fördelar och så vidare. Men hur
263 hanterar man eventuella kanske nackdelar? Till exempel? Den här standardiseringen betyder
264 ju att många specialister har kanske väldigt skraddarsydda specialtöd som brukar otroligt bra
265 tyckte dem. Men kanske inte. Lika lika glad sekreterare som sitter bredvid eller eller resten av
266 vårdverksamheten. Alltså hur gör ni för att hantera det här?

267

268 G2

269 Där är jätteintressant, för att vi har fått till oss det också. När vi haft exempelvis läkare från
270 primärvården har deltagit i arbetet att det kommer bli en strukturerad standardiserad doku-
271 mentation i största möjliga mån. För att vi är väldigt måna om att få rätt utdata till våra kvali-
272 tetsregister och myndighetsrapportering, då måste ju indata vara rätt också. Då kan man inte
273 skriva en löpande roman som många gör och här var det direkta stopp, stopp stopp. Vi måste
274 kunna skriva fritext för att det är min bedömning kommer fram i fritexten och patienten ja,
275 men då måste ju då tänka sig, då måste vi hitta vägar. Vad är det för bedömning hon vill ha
276 fram? Vad är det vi ska standardisera mallarna utifrån för att ändå att det ska komma fram. Så
277 att här måste man ju försöka ta till sig allt som man ser, som visar de sig som hot och faror
278 och försöka titta på. Hur ska vi kunna gå runt det här för att få fram det här? Det går att göra
279 på det här sättet. Och sen tänker jag också, får lite försköna heller. Vi får inte försköna att

280 systemet kommer vara guld och gröna skogar, utan vi måste försöka vara lite realistiska och
281 säga att det här är under vidareutveckling. Det här ser vi att här... Vi har det bättre idag i
282 våra system än vi får med det här kanske vi ska avvakta införandet av den specialdelen att vi
283 vidareutvecklar det först eller så får vi titta på. Vad är det för bra saker vi får för det här? I
284 jämfört med vad vi har. Det finns ju alltid någonting som är positivt, men det kanske övervä-
285 ger det negativa och sen tycker jag också att vi får lyfta. Jag brukar lyfta fram leverantörerna
286 också, för det har faktiskt vidareutvecklats under arbetets gång. Det har de gjort under tiden när
287 vi har kommit fram till saker. i vårt avtal skrevs 2018, 17, 18, nån gång. Och det är ju 2022
288 nu så det har ju hänt en hel del. Vi får vårt system utifrån de krav vi har ställt. Punkt slut
289 egentligen. Och därför måste man också lägga fram till och sen har vi ett stort batteri med ut-
290 vecklingspotential och det får man ju skicka in till förvaltningen med framtida förvaltningen
291 att jobba vidare med.

292

293 Intervjuare

294 Ja alltså, det är en fortgående utveckling också i alltså att det kommuniceras ut. Att det här är
295 inte liksom slutliga versioner, så det är inte något att vara rädd för?

296

297 G2

298 Nej, det här får vi om vi trycker på knappen. Då får vi det här systemet, men vi vet att det här
299 och det här behöver utvecklas och det har framkommit i arbete som görs. Det här behöver vi-
300 dareutveckla.

301

302 Intervjuare

303 Jaha, okej.

304

305 G3

306 Så det pågår ju hela tiden tilläggsbeställningar och justeringar och uppdateringar av underlag
307 för det som säger så underlaget tog vi utan tog sig fram tvåusen-, 14, 15 liksom. Sen är det ju
308 så att man kan ju inte riktigt se behovet förrän man vet mer liksom, så är det ju liksom med
309 allt. Ingen kan förutse hur våra smartphones kommer se ut om 3 år, men när vi ser dem så
310 kommer det vara mest naturliga sak i världen. Det är ju det som är knepiga liksom. Det fria in
311 i framtiden, men i och med att vi är 8 regioner som använde cambios system ett sen tidigare
312 och nu 9 så blir vi ju 17 regioner som har samma leverantör. Och jag skulle ju tro att man
313 kommer gå mer och mer mot att konsolidera och samverka för att hinna med i den rasande
314 takt som utvecklingen faktiskt sker i.

315

316 Intervjuare

317 ja, och då tänker jag alltså den här utvecklingen i det här underlaget som kanske skiftar lite
318 under processens gång, särskilt i och med att den kan alltså underlaget kanske har några år på
319 nacken i och med att det kanske, vad blir det nu 8 år? Där är det väl både från kanske lite mer
320 nationella riktlinjer med evidensbaserade riktlinjer och så vidare kanske även med användare
321 och anställda som kanske ser mer muttrar och bultar. Och kanske börjar få det till fler kon-
322 kreta åsikter, alltså hur involveras anställda i den här konfigureringsprocessen för att anpassa
323 systemet under processens gång?

324

325 G2

326 Jag kan se en lucka som vi direkt ser. Det är kring läkemedel. När de skrev avtalet så har de
327 liksom inte, för att ingår även utbildning från leverantören här, och här har vi inte ens tänkt på
328 att läkemedel...Dietister de förskriver nutrition preparat och sånt och det klassas som läkeme-
329 del också. Dem förskriver i remisshantering, recepthantering och här har man ju inte ens haft
330 med dem i tanken när man skrev avtalet. Så här har vi lyft den här...märker vi att det här är en
331 jättebrist, att de måste ju också få typ en certifiering i utbildningen för att de ska kunna han-
332 tera patientsäkert skrivande, skriva recept utifrån det här. För det är ju sånt som vi ser när vi
333 har regionala förankringen när vi får leveranser från SUSSA så ser ju vi saker är...Jag kan ta
334 ett exempel, det arbete vi gör nu där det kommit 250 frågeställningar ifrån regionerna till
335 SUSSA utifrån det vi har reflekterat på arbetet som vi fått leverera. Och det är så vi kan lyfta
336 fram och...Och deltagare. Så att det är ju upp till oss att vi lyfter regionalt de som är duktiga
337 som kan det här, sin sak, och sen får de komma med sina tankar och då så får SUSSA jobba
338 vidare med det här.

339

340 G3

341 Och sen också att allt arbete bedrivs ju i arbetsströmmar, både när det gäller verksamheten
342 och när det gäller teknikdelar att man har grupperingar med representation från alla 9 region-
343 erna och sen har man projektledare och arbetsledare, specialister från både leverantörerna och
344 från kunden så att säga som gemensamt arbetar fram hur konfigurationen ska se ut för
345 att...Och därför måste jag säga, det är ganska unikt och också imponerande att man i princip
346 och andra liksom kommer ihop sig om att man ska ha en gemensam konfiguration. Visst blir
347 det lite gnissel och sådär, men men liksom inte mer än att man kan lösa det att man förstår
348 att...det finns en väldigt stor förståelse för att det finns enorma synergi vinster med att vi
349 hjälps åt och samverka det...Det är nästan ett mantra tycker jag och det, det är otroligt värde-
350 fullt. Så att allt bedrivs så verksamheten är ju med hela tiden och jag tror ju också att verk-
351 samheterna...Förstår och verkligen uppskattar att man kan vara delaktig i hela processen. Det
352 är jätteviktigt, för det är inte det...Det är inte brukar inte vara så.

353

354 Intervjuare

355 Nej, nej, det är långt ifrån givet. Nej, nej och där funderar ju även på...alltså de här olika rol-
356 lerna, dem...jag kan förstå på är att de de upplever att de blir involverade med, med på banan
357 och att deras frågor blir tagna på allvar. Vilket är...en faktor i sig, men här tänker jag även, ni
358 kanske redan nämnde det här gnisslet och sedan tidigare jag tror du programledare som drog

359 upp det här, för olika alltså olika specialiseringar inom vården kanske kan ha olika priorite-
360 ringar och väger vissa saker olika, alltså hur? Hur löser man sånt?

361

362 G2

363 Ja, du säg det, haha. Det är ju det här kommer ju alltså det är ju ett givande, givande och ta-
364 gande och jag tycker att det finns ju en gruppering som man kan använda ganska mycket i pa-
365 tientsäkerhetsenheten som har liksom ett yttersta mot...stort ansvar att vi jobbar patientsäkert
366 och det är liksom allas mål och här vet jag bland just det här med idag har vi 2 olika läkeme-
367 delslistor, 2 olika system. Det med vården har ett och specialistvården har ett, här kommer det
368 bli ett gemensamt system. Och det kommer innebära för våra läkemedelslistor är skit. Det är
369 alltså så otroligt ofullständiga, de är det, de är patient, det är patientrisker med dem så är det
370 bara. Patienter åker in från, in till sjukhuset och de åker hem och så uppdateras ju inte listerna
371 alla gånger efter vad de har fått insatt och sådär. Det här säger chefsläkaren precis att ja, att vi
372 får en läkemedelslista, det är jättebra, men inte det som kommer vara jobbet, det kommer vi
373 fixa det så, det är de här arbetssätten, "hur ska vi jobba med det här läkemedelslistan?" för det
374 så kommer vårt jobb att göra. Sen kommer vi kunna se liksom systemet som beskriver vad,
375 men det är ju arbetssätten. Det är ju det här som är det kruxet att då kommer det ju ett givande
376 och tagande för att någon måste ju ge sig, och här är de en bra bollplank. Men så här ska det
377 vara, då får ju dom tillsammans med läkemedelskommittén bestämma att så här ska vi göra
378 och då får ju de fatta sig. Fattar sig det också. Och där har jag tänkt att ha med de här chefslä-
379 karna med när vi har utbildning.

380 Så att man inte som utbildare står där, det kan vara utbildade...Jag kan vara utbildare och så
381 har jag kanske inte har kunskap alls om själva läkemedelslistan exempelvis, och så har jag lä-
382 kare med som kan vara ganska starka. 2 läger, primärvård och specialistvård, och så ska vi sy
383 ihop oss. Då är det bra att ha med sig en sån här mentor som, en senior, som är sakkunnig och
384 vi kallar det att de är med och kan säga "Nej! Så här ska vi göra." trycka på varför och så
385 där... Och har gjort riskanalyser och sånt.

386

387 Intervjuare

388 Ja ja. Och här kan fundera även på alltså...och intressant också att det är en kombination av
389 både arbetssätt och kanske den här läkemedelslistan, alltså informationstekniken då som spe-
390 lar ihop och kanske inte är lika lämpligt för patientsäkerheten som man ansåg det förut. Och
391 det har väl också gjort den här föreställningen om förändringen att den är tvingade där den
392 blivit mer aktuell. Den sorts historia. Men trots att de här förändringarna liksom drivs på när
393 de när dem väl liksom kristalliserar sig liksom konkreta...alltså gränssnitt och arbetssätt och
394 så vidare. Ja och då kanske det finns några kvar som gärna som gärna vill arbeta i gamla ar-
395 betssättet för att de känner sig trygga i. Alltså hur hanterar ni sånt? Alltså 'workarounds'.

396

397 G2

398 Det här blir första linjen chefernas ansvar. Det är de som äger verksamheten helt enkelt.

399

- 400 G1
- 401 Eller få sparken helt enkelt
- 402
- 403 (Alla skrattar)
- 404
- 405 G2
- 406 Där trädde IT in och där sparkar man folk som inte gör som man säger.
- 407 (Alla skrattar)
- 408 G2
- 409 Men att det här, det är det här som är viktiga att själva cheferna är medvetna om att de som
410 äger det, vi äger inte i programmet, utan det är de som måste ta tag i det här själva och driva
411 det här och förstå. Det är därför man ska göra riskanalyser och konsekvensbeskrivningar. Vad
412 som är... Vad innebär det här om vi inte gör så här? Jag tror att har man det som ett underlag
413 då har man lättare som chef att gå vidare också, att försvara att vi måste ändra på att arbetsätt
414 så här. Så att det blir första linjecheferna vi måste stötta i att de måste driva det här vidare.
- 415
- 416 G3
- 417 Nej så är det att programmet kan ju bara skapa förutsättningarna för förändrat arbetssätt. Vi
418 kan aldrig genomdriva förändringen alltså... Vi kan aldrig se till att den händer. Vi kan skapa
419 förutsättningar efter bästa förmåga, men det är ju liksom det spelar ingen roll om man bygger
420 fina fina vägar. Folk kan köra diken ändå liksom bara för att de tycker det är kul. Det gäller ju
421 bara att det till... att det ska vara lättare att göra rätt. Det ska finnas värde av att göra det på
422 rätt sätt och också att man förstår varför man gör det precis det här G2 var inne på att, för att
423 ni ska slippa mata in information i 100 olika riskförhållande manuellt så måste vi kvalitets-
424 säkra inmatning och därför måste vi dokumentera strukturerat att man förstår att... Om inte ni
425 dokumentera strukturerat, då måste ni liksom göra om arbetet och dubbel, trippel, quadrupel
426 meddela liksom så att... För det är nog många gånger man inte riktigt förstår hur kretsloppet
427 hänger ihop. Sen tror jag våran region har en fördel om man nu ska säga så att vi har 2 olika
428 journalssystem i slutenvården öppenvården för att det är ju också någonting som man ser ett
429 stort värde av att få samma journalssystem. Så ibland kan det också varit bra att ha haft det lite
430 krångligare. Det är väl bara vi och region Skåne som egentligen har det så. Så att men
431 men... Det kan ju också vara en stor fördel och sen det tredje som jag tänker på att hela det
432 nya informations vårdinformationsstödet bygger ju på att få patienten processer på nationell
433 kunskapsstyrning. Där man liksom håller på och tar fram, hur ska vårdprocessen se ut? Och
434 det är också en stor förändring för att idag jobbar vi i organisatoriska flöden, vi jobbar i pri-
435 mävården eller bröstmottagning och inte ens inom samma specialitet så jobbar vi liksom i
436 processen, utan vi sitter i våran lilla... Nu är jag på mottagningen, i morgon ner på avdelning,
437 tredje dagen jag på operation där jag ser samma process, men jag ser bara... så att och, och
438 och det blir ju också svårt, även det blir ju svårt innan man kan se det i systemet alltså. Svensk
439 hälso- och sjukvård har ju länge velat kunna följa hälsoärenden, att kunna följa patientens

440 vårdprocess, men om inte journalsystemet är processbaserat så kan du aldrig följa processen.
441 Du har ingenting att hänga upp den på liksom.

442

443 G2

444 Och det är ju det här som är intressant också, för det här hamnar vi att du kan jobba precis
445 som du jobbar i princip idag i det nya systemet också. Här gäller det att man lär ut om det här
446 nya sättet att se patientens processer, att se dem, att inte ha möjligheten att kunna filtrera bort
447 det i systemet. Naturligtvis är det, för annars hamnar vi i samma gamla vanliga stuprör, och
448 här tänker jag också att det här är så viktigt, allt förbereda arbete när man kommer till slutan-
449 vändare utbildningen när det ska vara såg ja i 6 till 8 veckor före start. Det är liksom bara en
450 station. Då ska allt förberedelsearbete ha gjorts innan, alla ska vara inmatad med och inför-
451 stådd med vad det innebär det här nya systemet som vi ska få funktionalitets utbildningen i.
452 Vad innebär det här? Vi har jättemycket förarbete att göra. Jag tror att det är det viktigaste för
453 när vi väl kommer till utbildningen där ska inte motståndet komma egentligen. Vi ska ju han-
454 terat innan för att annars blir det görandet 6-8 veckor innan vi har på lektionsstart. Vi har
455 6000 emot oss och...ska hantera det där, då blir det jättetufft införande. Så vi har ett gediget
456 arbete att göra i förberedelserna inför.

457

458 Intervjuare

459 Ja, ja, det kan jag också tänka mig att det är mycket förberedande arbete med både arbetssätt
460 som har dragit upp men även förändringsledning aspekten alltså det helt mänskliga då. Men
461 här funderar jag även på lite mer, alltså tekniska kunskaper i och med vissa kanske är lite mer
462 alltså...bekväma med datoranvändningen än vissa andra arbetsgrupper. Jag vet, jag vet inte
463 hur det ser ut idag om du fortfarande är relevant och som frågar men nu ställer jag den ändå.
464 Om det är något ni märker av?

465

466 G3

467 Ja absolut, det har ju en...Vi har ju en datautbildning, jag vet inte vad den kallas då, men det
468 finns ju en ny utbildning för dem som är lite, har lite svårt med användande användandet av
469 datorerna, men jag vet inte hur vi har tänkt i programmet så utan det är väl mer att...Det är ju
470 ingenting vi har pratat då vad jag vet. Just den delen, men det finns ju en utbildning i regionen
471 för användarna.

472

473 G2

474 Men man kan väl ändå säga att man jämt...Man har ju ändå jobbat digitalt liksom. Många har
475 ju jobbat idag om vi jämför med många andra länder så är det ju...

476 Så är man ju inte alls lika van som i Sverige att dokumentera, även om vi har haft långt kvar
477 så har vi ju liksom ändå kommit en bra bit att dokumentera med diagnoser, ICD, och vi lik-
478 som...Ja, jobbar ju mycket mer strukturerat än vad många andra europeiska länder gör.

479

480 (G2 och G3n försöker prata samtidigt)

481

482 G2

483 Sen tror jag det det var ju pandemin har ju påverkat oss att vi har blivit tvungen att jobba mer
484 digitalt, men har gått på efter alldeles för 2020 när pandemin kom på typ 2-3 månader hade vi
485 ökat med 300 % våra digitala möten och möten med patienterna. Vi fick inte ta in några pati-
486 enter, det var tvungen och gå in i det här. Och jag tror patienten har krav på oss också just nu
487 att de ser att det går...Alltså allt som går att göra digitalt ska vi göra digitalt. Sen har vi också
488 att vi har en ett förspel som jag kallar det för oss i region Gävleborg så inför vi en app som
489 heter "Min vård Gävleborg", och har infört det under det senaste halvåret och här kommer ju
490 också... Det blir en revolutionerande arbetssätt. Jag kommer patienterna triageras i den här
491 appen kanske direkt till rätt vårdform om man ser till alltid...Man har man gått via primärvår-
492 den för att komma till ortopeden för man har ont i en axel men utifrån det här triagen, kan du
493 komma till ortopeden på en gång eller en Fysioterapeut som har koll på det. Och det har inte
494 varit göra det innan. Det alltid skulle...Alltid vara en remiss innan, så det här kommer revo-
495 lutionerande för regionen och stöttar, förbereder oss väldigt bra för vårt införande.

496 G3

497 I kraft av att man erkänner både invånarna och då så vårdpersonalen att få förståelse av digital
498 tillgänglighet så att....

499

500 Intervjuare

501 Men absolut, jag tänker också det det här attityd skiftet skulle jag nästan tycka under coronan
502 till alltså videomöten och, och allt som är digitalt. Det är väl verkligen, eller jag kan tänka mig
503 att det också har satt fart på utvecklingen över Gävleborg.

504

505 G2

506 Ja absolut.

507

508 G3

509 Ja och jag kan ju tycka också att det har ju satt fart på både det på statligt finansiering och sta-
510 tens sätt att se på att hur den här utvecklingen måste möjliggöras och hur viktigt det är att vi
511 samordnar oss. Inte minst när det gäller att liksom strukturerad information och att man har
512 förståelse för varför vi bör dokumentera strukturerat att staten förstå varför man måste jobba
513 med den här typen av utvecklingsprojekt som regionerna kan haka i att liksom även om vi är
514 21 regioner och även om vi är 9 som jobbar ihop så räcker det ju inte att vi 9 sätter en nation-
515 ell terminologi liksom för att vi är fortfarande bara 25 % av Sveriges befolkning så att... Och

516 dessutom har vi ju egentligen en ökad rörlighet i landet, även om den kanske inte har varit så
517 stor just under pandemin, så så är ju liksom människorna mycket mer rörliga nu än vad de var
518 för 10 år sedan eller 20 år sedan. Och det ökar ju också hela tiden, så att...Nej, det är...det är
519 jätteviktigt...Det jag skulle säga att vi har nog vunnit tänket 6-7 år på pandemin i ut...digital
520 utvecklingsresa.

521

522 G2

523 Absolut. Jag håller med, och jag måste bara berätta om en reflektion från [red. för konfiden-
524 tialitet]. Jag började det här arbetet och hade med mig en läkare och så frågar jag liksom
525 henne, "Vad tror du om det här nya systemet?". Vi hade behövt...fortfarande lite före och så
526 ja...visning och sådär. "Men här kommer bli jättebra, bara några slutar innan", sa hon. Och
527 jag tror att den biten har vi nu har pandemin påverkat att dom behöver inte sluta nu, för nu har
528 de lärt sig bli digitala i alla fall, vi har ganska mycket så att...Jag tror att det är ja...

529

530 Intervjuare

531 Ja alltså, det är väl ja trots, trots allt det tragiska med pandemin, så har det vart alltså varit för-
532 delar på digitaliserings fronten. Men här funderar jag ju trots de här fördelarna, framgången
533 på just med alltså pandemins effekt på digitaliseringen och det här pågående arbetet med att
534 kommunicera ut förändringen och hantera förändringsmotståndet så tänker jag ändå att det är
535 en del arbete som kvarstår i projektet. Det är ju rätt så många projekt och program kan man
536 säga, så hur fasthåller man personers optimism i fortsättningen?

537

538 G2

539 Han bjuder på tårta och fika. Nej.

540

541 (Alla skrattar)

542

543 G2

544 Nej då men...

545

546 G3

547 Mutor.

548

549 (Alla skrattar)

- 550
- 551 G2
- 552 Nej, inte det. Jag tror att det gäller här på...av vara delaktiga, att man känner, att de känner att
553 de är delaktiga i det hela och att vi uppmuntrar dem till att bidra liksom och att det är det jag
554 försöker gå till chefen och sa jag lovordar deras medarbetares deltagande. Det är så viktigt
555 och bra och det är det som är och att det är vi som är kunskapen och att det är ni som kan vara
556 med och påverka för det har vi faktiskt också haft så att någon verksamhetschef som sagt så
557 här till andra kollegor att det är så bra att de har deltagit i det arbetet för vi kan påverka fram-
558 tiden i hur vi ska jobba för att de också lyfter fram sig själva för att vi har ett bra sätt, en mall
559 som är jättebra. Suicidpreventionsmallar som de har till och med jobba ihop med SKR för att
560 få fram. Nej, men det har ju ingen annan inom de 8 region gjort, men då lyfter de fram den
561 och så får de det som ett, med i systemet och det ser man ju liksom att det kan man verkligen
562 vara med och påverka. Vår hälso- och sjukvårdsdirektör sa till mig, "Jag ville ha en
563 chefsgrupp", då tar mig ju riskanalyser och sånt och då sa hon så här att jag tog upp ämnet
564 och sa att vi behöver vi... Vad säger jag? Vi behöver det här jobbet och jag fick upp det direkt
565 i händer, sa hon. Så oj, sa jag och det brukar vara svårt och i tiden räcker inte till och du
566 vet...Men då sa de så att att för att de har sett i och med att vi lägger in för det här "min vård
567 Gävleborg" så har du möjligheten att vara...de vill ha med och påverka, vill vara delaktiga
568 och vill liksom hjälpa till att styra vården rätt om vi hjälper till att styra, liksom så att vi kom-
569 mer på rätt rätt vårdnivå med patienterna och de har ju patientens fokus.
- 570 Så att just det påverkas graden, den den kan göra att vi kan få med deltagare också i arbetet.
- 571
- 572 Valdemar
- 573 Alltså, det kan till och med locka till en bredare skara intressenter på något vis? Ja, nu hoppar
574 jag lite ämnena men jag tänkte hoppa lite tillbaka till det här med utbildningen, som ni drar
575 upp, som en viktig faktor för en patientsäker användning för att få in de nya arbetsätten helt
576 enkelt. Men jag tänker en sak är väl upplärning och driftsättning, alltså produktionssättning.
577 Men hur lång tid tänker ni det tar för användarna att komma in i vanan så att säger alltså in i
578 det nya sättet och det nya systemet?
- 579
- 580 G2
- 581 Där har jag gjort i ett projektmål som jag har. Det är att vi ska ha uppföljning inom ett cirka
582 runt ett halvår efter införandet. Om vi införde i september, oktober och ska vara in följning av
583 införande kanske januari, februari, för att följa upp då se på hur har det gått? Vissa, vissa ef-
584 fekter vi pratar mycket om nyttorealiserings också inom programledningen och jobba med den
585 biten. I sak kan man se ganska försiktigt, men visst...*ohörbart*...på lång sikt och det är ju
586 verksamheten och mer.
- 587
- 588

589 Jag tror att det är absolut viktigt att dels att också... Så den här process-tänket som du var
590 inne på programledare, vi har ju tänkt så att efter vi haft utbildningen, produktionsstart då
591 kommer vi ha workshops. Kanske då kanske vid 3, 4 månader efter införandet för att säker-
592 ställa... Funka processerna som dem ska? Funkar det att primärvården när de gör sitt liksom
593 mot specialistvården, är det någonting vi ska justera? Och då tror jag man ska ha en bredd,
594 man ska ha deltagare...Att man då går igenom patientflödet när de har ont i magen, då börjar
595 man ett primärvården. Det kanske börjar med 1177 eller min vård Gävleborg och så blir det
596 primärvården så kommer man till röntgen och specialistvården via akuten och så här så att då
597 kan man titta på...Hur ska vi kunna för att...så här är det idag att om du går till hälsocen-
598 tralen och sen så får du en remiss till ortopederna så skickas den till ortopederna och så men då
599 fattas det någonting där. Dock är den tillbaka till hälsocentralen för att då måste man komplet-
600 tera, då måste de ta in patienten på nytt och så åker det tillbaka dit och så fattas det något mer.
601 Så att så, så, så hålls det på med remisser som pågår i månader mellan verksamheterna och det
602 här ska...*ohörbart*..processinriktat.

603 Jag tror att ha workshop efter typ 3-4 månader efter införandet, för att jag tar lite grann akuta
604 saker också, sen också uppföljning via verksamheter specifikt själva liksom efter inom ett
605 halvår. Det tror jag är viktigt inför...efter implementeringen.

606

607 G3n

608 Och det är ju också en viktig del, det G2 var inne på. Det ska vara lätt att göra rätt och det är
609 ju lite beklämmande att vi idag inte har särskilt mycket validering av indata, inmatad data,
610 just därför att det är så stor frihet så kan vi ju inte säkerställa och det är därför vi får det så
611 som du argumenterat. Du kan skriva datum precis hur som helst. Du kan skriva klockslag hur
612 som, men vi har inte ens att en läkemedelslista. Hur ska vi skriva en ordination liksom? Sve-
613 rige är inte jättestort, men inte ens i regionen, skriver vi läkemedelslistan på samma sätt på
614 alla olika ställen där den finns och, och det här är ju liksom viktigt att bygga in i systemet så
615 långt det är möjligt, bygga in en validering, att det ska inte...Även om du tekniskt kan skriva
616 2000 tecken så kanske du ska begränsa det till det antal tecken som faktiskt behövs. För
617 vissa...

618

619 Valdemar

620 Ja okej, alltså? Det är väl också den här, vad ska man säga nästan standardiseringen så leder
621 till den här nyttan med att det blir smidigare, ett smidigare överlämnande och en generellt är
622 mer sammanhållen vård som du säger det. Så det är en av de här nyttoeffekterna som, som jag
623 tycker nu dragit upp på mer...och här funderar ju även på hur följs det upp på att de här nytt-
624 torna realiserar och kanske även, nu ställer jag kanske 2 frågor igen, alltså, vilka roller är det
625 som som tar hand om dessa uppgifter? Och som är att följa upp på hur...

626

627 G3

628 Alltså vi har ju...Jag kan börja, men det har G2n varit inne väldigt mycket på nyttorealiserings
629 samarbetet alltså, men det finns ju övergripande effektmål i SUSSA-programmet för alla 9
630 regioner som, som är som egentligen kommer utifrån målbildsarbetet som vi gjorde inför,

631 inför upphandlingen som man har förfinat lite då. Och de finns ju även med i våra regionala
632 effektmål och hur det här ska...och sen behöver vi ju hänga upp det här på verksamhetspla-
633 nerna, så att det liksom rinner ner ända ner till vårdenheten och verksamheterna som ska göra
634 det här inför att kunna följa upp det.

635

636 Intervjuare

637 Okej, ja, så det är mycket.

638

639 G3

640 Och tänker jag flutit med i det här förändringsledningsnätverket där man liksom jobbar
641 mycket gemensamt. Hur ska vi? Hur ska vi få till det? För det är ju inte så...Det är inte så en-
642 kelt, liksom det här med nyttoeffekter och det är ju liksom först ett par år egentligen efter in-
643 förändret som vi fullt ut kan se effekterna så att det det behöver ju finnas en rutin inför hur och
644 när man följer upp och det är viktigt att de uppföljnings...mäta...mäter och nytto-objekt mä-
645 tetalen blir rätt och rimliga om man inte kryssar fram massa mätetal som...Ja, bara för att de
646 ska finnas utan det gäller ju att liksom hitta vilka mätetal är de viktiga? Hellre ta färre mätetal
647 och följa upp de kvalitativt än på jättemånga som blir lite så godtyckliga.

648

649 G2

650 Och sen en jätteviktig sak i och med att det var du som chef. Har vi jobbat mycket med målar-
651 bete och sånt här inom verksamheterna är det jätteviktigt att vi tittar på, för det är vi politiskt
652 styra och politiken sätter ju vissa mål som vi ska jobba efter eller mot och det är ju det viktigt
653 att få den här röda tråden så att vi jackar in i politikernas...politikernas syn, på att så här ska vår-
654 den bedrivs, ska ha bra tillgänglighet, kan vara ett exempel liksom, så då ska man ju jacka in
655 det här arbetet även så att vi når...Vi får röda tråden hela vägen för att det ska kunna bli rele-
656 vant för verksamheterna att kunna följa upp det här. Det går inte att ha ett mål som bara ligger
657 hänger i luften någonstans för att det blir inget aktivt arbete runt det. Så att sen är det en viktig
658 sak också i för alltså...Jag försöker få glasögon på alla deltagare att man visar dem. Vad är
659 det för mål vi har? Ett, som jag som medarbetare, jag ska få bättre och bättre...En bra över-
660 blick att jag har en bra överblick över patienten. Dem glasögon behöver medarbetarna som
661 ska gå in i SUSSA-arbetet och allt arbete ha med sig. Men vad är det som gör att jag får bra
662 överblick då? Och då måste vi försöka hitta det sättet att arbeta i systemet för du kan gå in i
663 systemet och inte ha en bra överblick. Jag har min överblick som läkare och den är inte guld
664 värd för att man ska ha patientens överblick så att man ser liksom allting. Så att det gäller att
665 få också där börjar få in det här redan i början...

666 Att vi har rätt glasögon på oss för att sen kunna mäta det här vi vill.

667

668 Valdemar

669 Ja, jag ser en intressant aspekt som dyker upp här tycker jag med just de här olika glasögonen
670 som man, man kan ha på sig, alltså både i användningen av systemet men och också följa upp
671 på hur...vad, vad programmet kommer att leverera för vården och för invånarna i SUSSA och
672 Gävleborg och alla de här andra 8 regionerna då. Men jag tycker det finns väldigt många olika
673 intressenter, alltså både politiken som har dragit upp vårdpersonalen och även invånarna,
674 alltså patienterna som trycker till så kommer den digitala vården men också...Är det några
675 andra intressenter ni upplever det, så hur tänker ni kring det?

676

677 G2

678 ...Forskning, då tänker jag, det är ju intressenter. Om man vill...Det kanske är medarbetare
679 indirekt, men det kan ju också vara skolor som vill mena att man vill forska i det här för att vi
680 har ju sagt också att skriva bara det....Är ju ganska det....Är ju stort databank...Om man sä-
681 ger så är vi många vi runt 55'000-60'000 användare som använder av den här versionen få
682 andra, så att här finns det ju också att forskning kan ju vara en stor del av det hela också för
683 forskning. Tillgång till mycket material och sånt. Det kan vara en till ytterligare som sa och
684 nu har vi också med medarbetare och ledning. Ledningen är också en viktig del och så har
685 vi...på lite om politiken är ju en del av den.

686

687 G3n

688 Men jag tror att en del, G2, du är inne på är jättevägigt de där, tycker jag, om just forskning
689 och innovation att följa upp vårdproduktionen är ju idag ofta svårt och framförallt att få
690 ett...alltså att uppdatera vårdprogram det är ju långa cykler idag, att få till det arbetet och få ut
691 ända ut i kapilläerna, få liksom ute det i de vårdinformationsstöd som som används. Och det
692 är ju det här som behöver påskyndas och där är det ju en stor poäng med att få till gemen-
693 samma utveckling av datalager så att man kan trycka ut avidentifierade data utifrån specifika
694 parametrar och och se resultatet på de förändrade arbetsätten. Och vi har ju region Halland är
695 ju med i ett stort Vinnova arbete som handlar om informationsdriven vård. Jag vet inte om ni
696 har tittat på det, men det är ju lätt att googla på, och de har säkert också varit som region väl-
697 digt drivande i just att säkerställa...Ha den strukturerade ut datan som enkelt kan avidentifie-
698 ras för det vet ju jag sedan tidigare att det är jättesvårt att lämna ut till forskning för att då
699 måste man egentligen ha någon som sitter och läser exakt varje ord, varje rad. För att säker-
700 ställa att vi inte får patientinformation eftersom känslig information står i löptext liksom, så i
701 realiteten innebär det att vi kan aldrig lämna ut underlagen till forskningen för att vi kan
702 inte...Vi kan inte extrahera ut det som är det viktiga.

703

704 Intervjuare

705 Okej, alltså det här med löptexten har väl också det den nackdelen att det är när det ska läm-
706 nas ut av? Vad heter det patientdata...Patientdatalagsaspekten att det kan liksom förekomma
707 det i löptexten och...

708

709 G3

- 710 Ja även i granskning. Jag menar, nivo ska göra en granskning. Det här som har 1200 anteck-
711 ningar, varav 85-90% är av kalibern “sover gott hela natten fick en värktablett 02.30”.
- 712 Alltså dokumentation som egentligen...men du måste ju ändå gå igenom den för att se, finns
713 det någonting här som är liksom viktigt i granskningsärenden och sånt. Så det, det blir det.
714 Det är mycket dokumentation, men i nästan extremt mycket av det är ju helt ostrukturerat,
715 mer eller mindre.
- 716
- 717 Intervjuare
- 718 Okej, ja. Ja, men det är väl också mycket det som, som FVIS-programmet och SUSSA-samar-
719 betet handlar om just nu kan jag förstå på det. Men samtidigt så tänker jag, nu får jag lite till-
720 baka till det här intressentperspektivet för det är många som har många åsikter och de kanske
721 skiljer sig lite från varandra och det...Det är både inom verksamheten i sig, alltså att det finns
722 olika specialiteter som har olika sorters stöd som det ser ut i dagsläget. Men sen tänker jag
723 även lite bredare, alltså intressenter i allmänheten kanske? Kanske också tycker olika och pri-
724 oriterar olika. Så hur löser man det? Alltså, hur kompromissar man?
- 725
- 726 G2
- 727 Du har ju en aspekt till också där, vi är ju 9 regioner också. En del regioner går ju framåt väl-
728 digt, har kanske utvecklats väldigt mycket, och vill utveckla jättemycket och vi kanske har
729 andra utveckling...ser andra saker som har utvecklats för att bara hinna ikapp den regionen,
730 kompromissar vi här inom SUSSA vårdstöd inom framtida förvaltningen. Då har jag faktiskt
731 fått ord där att nu är vi 9 regioner. Vem prioriterar vad? Vem fixar? Vem, vem är det som
732 skriker högst eller som väger tyngst? Som har mest...Så att det är jättesvårt. Jättesvåra frågor
733 att svara på det där, men det finns ju, det kommer ju absolut bli någon typ av...Det måste ju
734 finnas någon typ av prioriteringsordning i utveckling.
- 735
- 736 G1
- 737 Det kommer att finnas i SUSSA-vårdstödet och det är inte riktigt klart än hur det ska fungera
738 så att det kommer ju finnas en organisation där med olika nivåer.
- 739
- 740 G3
- 741 Men det kommer ju bli en trixig sak att prioritera. Hur viktas vi de här 5 viktiga sakerna vad
742 är viktigast? Och, och gällande liksom att vi har kommit olika långt så finns det ju ändå också
743 en plussida där tycker jag, för att där kan vi plocka russen ur kakan...G2 var inne på det ti-
744 digare att ja. Men vi kanske har någonting jättebra som såg den här mallen inom psykatrin,
745 medan någon annan kanske har kommit jättelångt på intensivvårds sidan liksom. Vi har ju
746 bara en region som har ett datastyrd...data...system med digitalt Iva-del idag. Ja, då har ju de
747 mycket mer kunskap där och andra regioner, som Halland då som jobbar mycket med inform-
748 ationsdriven vård. De har ju väldigt mycket kunskap centrerat kring...och det gör ju också att

749 vi kan skicka fram liksom de som har kommit längst. För att rita vägen och sen så ensas man
750 om vilken nivå man gemensamt tycker man ska uppnå då.

751 G2

752 Här tänker jag ju att det är väldigt specifikt mellan primärvård och specialistvård. Vilken lä-
753 kare har sista ordet liksom, eller hur tänker man här och vem ropar högst. Vilket innebär att
754 man har väldigt respekt för varandra. Men däremot så har det varit ganska skilda avgräns-
755 ningar mellan verksamheterna och här tror jag också att det handlar om att få. Här har man
756 rätt liksom om man har någon frågeställningar så måste ju lita på riskerna, riskanalyser, kon-
757 sekvensbeskrivningar utifrån vilket val man väljer. Sen har ju vi en regional styrgrupp också
758 där vi har hälso- och sjukvårdsdirektören som är ordförande där vi också lägger vi fram bra
759 beslutsunderlag till så får de ta ett beslut den nivån och så här ska vi göra på ett bättre Gävle-
760 borg. Så Lite så får man tänka också att och att vi har de här patientsäkerhets aspekter som tas
761 till chefsläkare med så att det gäller ju att det kommer ju bli säkert frågeställningar som är
762 motparter till varandra. Vem ska besluta om vad? Det kommer inte [red. för konfidentialitet]
763 att göra. Det kommer inte vi i programmet att göra däremot regionala styrgruppen, kanske gör
764 det.

765

766 Intervjuare

767 Okej, då som man tar upp det på lite, lite högre, lite mer gemensam nivå då som vi skulle för-
768 stå det. Här funderar jag ju på kanske även lite mer på verksamhetssidan igen, just med att in-
769 volvera anställda i konfigurerings arbetet för jag tycker det finns ju 2 spår som ni redan har
770 nämnt. De kör väl rätt parallellt med varandra, men det är väl få den här tekniska sidan nu i
771 och med att det är tekniken som ska ändras. Det är liksom vårdinformationsstödet som kom-
772 mer att ändras, men det är även nya arbetssätt, nya rutiner, nya kallelser och nya sätt att an-
773 teckna på, igenom alla. Alltså hur det skiljer det sig involveringen av anställda i liksom ar-
774 betssätt frågor gentemot deltagande i kanske teknikfrågor och gränssnittsfrågor. Är det skill-
775 nad på involveringen?

776

777 G2

778 Jag skulle inte säga det där. Jag tycker att det är ganska lika för att dem ser, att vi absolut inte
779 nöjd med dagens system. De har blivit mycket vidareutveckling som behövs. Och dem har ju
780 lite grann möjligtvis stannat av på grund av att invänta nytt system och då har vi hört något
781 ord för det var länge sen vi skulle in i det här. Men allting tar ju tid, så jag tycker egentligen
782 inte att det är, jag tror att man ser fördelar man saker kanske man ser vissa verksamheter ut-
783 vecklar saker fortfarande nu som kanske inte direkt är kopplade till våra system, men de ser
784 ett behov av utveckling. Och här försöker man ju ändå se sen att kopplingen sen ska gå till vå-
785 rat system till posten som vi ska kunna få in det till helheten. Men jag tror att, nej, jag tror inte
786 jag tror att man ser fördelar. Alla vet, att det på alla tjuar om att arbetssättet förändras, men
787 att det även att man ser systemet. Många som har deltagit i arbetet och lyfter fram faktiskt
788 fram de här bra sakerna, att man får en bättre, att man har jätte bra översikter och att man kan
789 följa vissa saker så att jag tycker att de ser deltagarna som varit med sen ser att det positiva i
790 systemet också. För oss är det så stor skillnad, som du var inne på programledare, att vi har 2
791 olika system idag bara det är ju, är man i specialistvården och pratar med dem. Men vi har

792 inte tid att titta i primärvårdens Journal. Vi har inte tid att hoppa ut dit. Är man är primärvård-
793 den och pratar dem kanske måste gå in i specialistvårdens Journal ibland för att de har ofta
794 helhetsansvaret över patientens vård. Så att här tittar man inte i varandras system. Man har
795 inte helhetsbilden patienten. Patienterna får tjata om samma saker med att komma in, fast det
796 kanske står 15 gånger i andra journaler. Så att jag tror att man ser både fördelar med och att
797 utan att man har ja för att de överväger med varandras...

798

799 Intervjuare

800 Jaha, okej. Det är mycket överlapp mellan ja arbetsätten som har varit mycket omtalade, men
801 även systemet som dock kommer stödja det. Ja, okej.

802

803 G3

804 Ja, det är också så att det är liksom. Det är ju inte bara slutenvården, öppenvården, utan det är
805 ju liksom de organisatoriska enheterna. Det är ju inte ens så att man jobbar på samma sätt på
806 samma enhet, också att man jobbar med samma typer av patienter utan det har ju funnits en
807 extremt stor frihet hur man vill göra och också beroende på att man har precis som G2 var
808 inne på så extremt stora brister. Det är mycket faxandes, det är mycket papper. Det är mycket
809 skriva ut och skanna och läsa in igen. Och ja, det är det liksom krångligt. Det blir en helt ny
810 dimension när man liksom, när man får det här att hänga ihop liksom. Så att det är viktigt,
811 tycker jag att få med en delen, att engagemanget och entusiasmen, upplever jag extremt stor
812 ute hos verksamheterna. Man pratar inte om det här som det stora hotet. Utan mer liksom den
813 den möjligheten eller framtiden liksom möjligheterna. Så det är ett lyft så att säga.

814

815

816 G2

817 För där är det ju faktiskt så att igår idag redan att göra vissa saker, för förändringsarbete kan
818 påbörjas redan idag. Man behöver inte scanna och man behöver inte faxa och så där. Man kan
819 faktiskt använda systemet idag, men det görs inte på samma sätt. 2021 så skriv ju Gävleborg
820 ut 14 miljoner papper och drygt 60 % bestod vi för inom sjukvården och alla dessa 14 miljo-
821 ner papper.

822

823 Intervjuare

824 Oj!

825

826 G2

827 Det finns statistik på det här och vi har ju även kollektivtrafiken och sånt och kultur och sånt.
828 Men över 60 % står vi för och det är ganska mycket liksom över 7 miljoner papper innan vad
829 som ska skrivas ut så att det, ja finns lite grann att jobba med.

830

831 G3

832 Ja och det där är ju en häftig sak, just att vi liksom har låtit alla göra som de vill. Jag menar
833 Västra Götaland pratar om att de har fyratusen olika kallelser. Gävleborg har trettonhundra
834 olika kallelser och tycker att vi har rensat. DGR har ju sitt införande arbetet tittat på det och
835 de ska ju liksom gå ner de här och de har sett att de behöver 18 varianter av kallelser och det
836 är det de vill ha när de inför Millennium. Det är också viktigt, att kanske inte fråga verksam-
837 heterna vad de vill ha utan tala om förutsättningarna var de kan få och sen är ju vårdpersonal
838 väldigt, hur ska jag säga. Alltså, det är ju ändå när man förstår varför så liksom så går är man
839 ändå ganska ambitiös och vill göra rätt liksom för att det finns ju enorma besparingar där.
840 Alltså de har ju fortfarande kallelse som är skrivna på maskin som är kopierade och skannar.
841 Och nej. Men du vet det liksom det blir bra.

842

843 G2

844 Precis, nej och jag ser en sak kan du också få viktigt att ta i beaktning och att förebygga och
845 att förarbeta det är rädslan hos personalen, medarbetarna. Rädslan från att gå har varit expert
846 på någonting så hamnar man, sticker sig också i pandemin rädslan då de jobbar 25 år inom sin
847 yrkeskompetens. De kunde sitt perfekt, så hamnar vi på en grundnivå. Alla stoppar sitt jobb,
848 då ska vi jobba med det här, rädslan då som man har från att varit yrkeskunnig och duktig och
849 gått in med den hamnar man på en nivå att man är oviss och det är den rädslan måste man
850 också försöka förebygga att försöka hitta, stötta och stödja för att också underlätta i kom-
851 mande arbete så att det här är information, kommunikation, delaktighet i alla de här orden
852 hela tiden för att få bort den här så att de att de går in trygga i en utbildningsfas där det är sen
853 nära inpå.

854

855 Intervjuare

856 Ja och det här hakar väl också väldigt bra in i nästa fråga skulle jag tycka. För du nämnde ju
857 precis ordet kommunikation, vilket jag också tycker är intressant för flera regioner har dragit
858 upp det här med behovet av förkämpar för systemet inom kåren själva som är sjuksköterskor
859 och läkare i grund och botten och hjälper att sälja ut fördelarna inom det här systemet och
860 hjälper andra anställda att förstå hur det funkar och hur man använder det och hur. Alltså hur
861 gör ni med den punkten liksom?

862

863

864 G2

865 Jag kan ju berätta, vi har ju en just den här exemplet som den här verksamheten hos Psykia-
866 trin. [red. för konfidentialitet] SUSSAs kommunikatör, så vi la ha hennes namn och det var ju
867 helt okej då så att hon skulle liksom lyfta upp de här goda exemplen ifrån regionerna när man
868 ser att när man har den här positiva deltagandet och ser det här bra så hon skulle lyfta upp
869 henne så det kanske kommer ut i någon SUSSA information och kommunikationsnät. Att man
870 lyfter upp goda exempel som regionerna där man ser och med dem. Jag tror det är jätteviktigt,
871 jätteviktigt.

872

873 Intervjuare

874 Ja, absolut.

875

876 G3

877 Och det är också en sådan sak som vi också pratar om. Att mycket här kan vi hjälpas åt gemen-
878 samt när vi ska införa eftersom det är nio regioner, så första regionen kommer ju komma till
879 massa. Alla regioner kommer ju få erfarenheter som är viktiga att delge både de som är före
880 och de som är efter ett pärlband utav införanden och också att vi kan ju också hjälpas åt på
881 många plan. Väldigt många av de här sakerna kan vi ju liksom lösa med geografiskt obero-
882 ende, alltså regioner i norr kan hjälpa regioner söderut med, när de inför med Human resurser
883 som kan stötta och hjälpa för det är nog jätteviktigt att man kan få svar på såna här frågor utan
884 att det tar för lång tid. Det ska vara lätt att göra rätt och vi måste få till de här ambassadörerna
885 eller språkrören. Eller vad kallar vi dem för? Men på de positiva vågorna, ringarna på vattnet
886 liksom.

887

888 G2

889 Och där har vi ju också faktiskt digitaliseringen som ett bra stöd, för vi skulle ju underlätta
890 och stötta varandra vid var informationen står vid införandet till olika regioner. Vi kan delta
891 digitalt väldigt lätt kunna snabbt kunna vara med i Blekinge om det skulle vara någonting som
892 stöter på där som man skulle behöva ha ett rum och där vi har ju i SUSSA jobbat fram gemen-
893 samma införande principer och där har vi just det här med att vi stöttar ju från första region
894 till sista region. Det är egentligen vårt införande. Det är inte bara våran period där vi stöttar
895 varandra. Här har vi ju sett, vad vi ska sätta varandra i under införande perioden och just det
896 här, erfarenhetsutbyte som vi var inne på G3 är superviktigt att ta del av, allt och det får jag
897 också höra som idag fick jag också höra ytterligare hjälp. Har vi tagit del av min vård, Gävle-
898 borg? Som nu infört. Har du tagit alla för och nackdelar därifrån? Desto mer kommande ar-
899 bete så att man kan ju ta inhemska också eller interna införande som man kan ta med också
900 som erfarenheter ifrån och det ökar ju också delaktigheten ut i regionen att man lyssnar in.
901 Vad som gått bra och det som gått mindre bra.

902

903 Intervjuare

904 Ja, så egentligen så låter mycket som att det är mycket med kommunikationsvägar att de upp-
905 lever att de blir tagna på allvar och att liksom debatten hålls vid liv för att det känns att den
906 den gör något. Den gör något bra för vården också. Jag menar att de blir hörda och här funde-
907 rar vi även på kanske lite nästa punkt i detta, för vi arbetar ju med begreppen, primära och se-
908 kundära arbetsflöden. De kanske också går under andra namn, men i alla fall med primära ar-
909 betsprozess menar vi då liksom operationella processer helt nere i vården med alltså patient-
910 omvårdnad till exempel. Men de här sekundära arbetsprocesserna då menar vi då med lite mer
911 stödåtgärder, till exempel administrativa processer, dokumentation i syfte att ta fram KPI:er
912 och nyckeltal, för då att bedriva prestationsbaserad styrning. Alltså hur? Hur förhåller man sig
913 till balansen mellan det primära och de sekundära arbetsflödena, när man jobbar med sånt
914 här?

915

916 G2

917 Det är intressant. Har du någon förklaring, programledare?

918

919 G3

920 Här måste läsa den där beskrivningen igen som du precis drog.

921

922 Intervjuare

923 Ja, det kan vara lite klurigt, men alltså i alla fall. Hur hur man balanserar hänsynen till dem.
924 För det är ju både vissa saker som man kanske kommer att behöva dokumentera med det nya
925 arbetssättet i liksom administrativt syfte, men sen även vissa saker är kanske lite mer direkta
926 vård syften, alltså hur, ursäkta. Hur börjar man? Hur balanserar man dessa 2?

927

928 G2

929 Jag tänker så här, jag vet inte om det är svar på din fråga. Men jag tänker så här, att allt det vi
930 får nu jobba fram de här gap analyserna vi gör kring förändrade arbetssätten och det resulta-
931 tet vi får, det kommer ju att bli liksom nya rutiner som måste jobbas med inom region Gävle-
932 borg. Och här gäller det vad jag som har för mål, för varje år så görs ett system som heter Pla-
933 tina. Där vi går ut och in och reviderar rutiner varje år. Det får man en påminnelse om det som
934 gjorts av den som upprättat den och då tänker jag att då ska man ju ha. Då ska ju jag doku-
935 mentera, det kommande arbetssättet. Omvärderat med det pågående arbetssättet för att kunna
936 se också skillnaden visuellt och det är sen att kunna plocka bort sen kommande år. Då kan
937 man plocka bort det här gamla från. Elvis eller Medior som man hade och då har man bara
938 *ohörbart* kvar. Jag vet inte om det. Det är något svar på frågan, men jag tänker att det är ju
939 där vi också, tycker jag, att vi stötta verksamheten. Det är ju de som måste göra det och dom
940 måste få förståelsen varför dom måste ha uppdaterade rutiner så underlättar det mycket för oss
941 sen att vi inte får alla frågeställningar kring. Hur gör vi nu? Vad gör vi nu? Då ska det vara
942 klart redan. Jag vet inte om det är svar på din fråga. Det här med med dokumentation.

- 943
- 944 Intervjuare
- 945 Jo, men det är precis det jag fiskar efter så att säga alltså. Det var faktiskt det, absolut.
- 946
- 947 G3
- 948 Jag kan tänka också i och med att vi jobbar med byrån för nationell kunskapsstyrning. Vi har
949 vårdprogram och vårdprogrammen jobbar ju med indikatorer. Hur vill vi att regionen ska
950 kunna mäta? Och följa upp det här Men problemet är ju att de indikatorerna inte kan fångas
951 automatiskt så blir det väldigt svårt att få ihop kretsloppet. Så det är ju lite det jag ser att lik-
952 som. Genom att bygga systemet utifrån kunskapsstyrningen och bygga utifrån process tänket
953 och på strukturerar information in och ut så kan du liksom skruva på vårdprogrammet och fin-
954 justerade det hela tiden för att få ihop det. Och det är det här som jag tror är viktigt att man
955 inte bara ser liksom amen shit, nu måste jag följa det här vårdprogrammet och varför då? Utan
956 att man ser värdet av det att ja, men nu kommer en ny forskning som visar att vi ska inte ta de
957 här 3 proverna utan vi ska ta de här 2 och sen ska vi också göra den här undersökningen där-
958 för att där vi ser vi att. För det har vi aldrig kunnat göra. Vi har kunnat prata om det, men vi
959 har aldrig fått till den, liksom.
- 960
- 961 Intervjuare
- 962 Ja och på sätt och vis då bakas det in i systemet så det nästan, alltså automatisera väl kanske
963 fel sätt men men och säga det på men strukturerar in det i systemet som finns?
- 964
- 965 G3
- 966 Ja, så är det ju. För när det gäller det här projektet som vi precis har startat upp gemensam ut-
967 veckling av datalager så är det ju egentligen ett datalager där, liksom all information som ma-
968 tas in i cosmic kan återhämta strukturerat, vissa informationsmängder. Så idag har vi sagt att
969 liksom första målsättningen är då vi delat in det med 5 nivåer så nivå ett är lagstadgad rappor-
970 tering. Vad är ditt juridiskt tvingande att rapportera? Det är nivå ett. Så då har vi sagt. Det
971 börjar med att nå nivå ett, men vi har liksom kategoriserat upp till nivå 5 och sagt att vi vill nå
972 till nivå 4 och nivå 4. Är då den sammantaget högsta nivån hos oss 9 regioner. Och alla reg-
973 ioner säger, vi vill gärna komma dit. Och då har ju också regionerna möjlighet att suga ur det
974 datat för att titta på andra parametrar, liksom i sina regionala datalager.
- 975
- 976 G2
- 977 Ja fortfarande handlar det om förändrade arbetssätt. Att, man vet varför man gör det här? Om
978 du skriver, det finns dock 'fot-starter' som diabetespatienter om du skriver, Fotstatus, det or-
979 det använder det ordet och skriver in så ska det automatiskt tankas via ett system till nation-
980 ella diabetesregistret, beskriver du att foten är svullen då tankas det inte över om du inte

981 använder den strukturerad dokumentation utan använder den här fritextrutan som finns. Där
982 du kan skriva fri text till din roman löpande som vi var inne på tidigare. Ändå spelar det ingen
983 roll, för då fångar vi ändå inte upp de här sakerna så vi får ändå så att det är möjligheten finns
984 ju i systemet. Möjligheten finns att se din egen enhet. Du kan se dig själv som din, som du är
985 där du jobbar. Bara ditt, ditt, ditt. Inte ser liksom patientens helhet, men får vi inte in det
986 mindsetet, då lyckas vi ju aldrig nå ut allt utifrån det system vi har.

987

988 Intervjuare

989 Ja, men det där tänker jag väl också att det är det kanske till och med 3 spår och inte bara 2
990 spår. Att ett är ju kanske både teknik och det andra är väl arbetssätt. För det tredje är väl också
991 inställningen, vilket fokus har man i sitt arbete som du drar upp G2?

992

993 G2

994 Ja, absolut.

995

996 Intervjuare

997 Ja, nu hoppar jag kanske lite tillbaka till något som du nämnde lite tidigare, G3. Du drog upp
998 det här med indikatorer som former lite automatiskt utifrån den här inmatade datorn, de vill
999 säga i Cosmic. Och det är kanske information som ledningen skulle ha rätt mycket nytta av i
1000 och med att de kan följa processen och hur de hur de mår så att säga. Men här tänker jag väl
1001 även lite mer från lednings spekten, alltså för ledningens stöd är väl också rätt avgörande för
1002 sådana här program, kan jag tänka mig? Alltså hur? Hur? Upplever ni stödet till exempel med
1003 budget markeringar?...Storlek och så. Och slår de till.

1004

1005 G2

1006 Menar du i programmet? Stora dragare menar du själva verksamheterna?

1007

1008 Intervjuare

1009 Men kanske programmet i stora dag till en början och sen ute i verksamheterna som synpunkt
1010 B om man får säga så.

1011

1012 G2

1013 Nej, jag har inget klokt att säga.

1014

- 1015 G1
- 1016 Nej, vi låter det till G3, tänkte jag säga precis. (skratt)
- 1017
- 1018 G3
- 1019 För det är ju det jag liksom känner att alltså kunskapsstyrningen har man ju pratat om, men
1020 man har ju liksom inte haft riktigt bra förutsättningar att få till det liksom det. De vill jag på
1021 ett bra sätt att få in det, men om man tittar på det redan när man konfigurerar systemet så blir
1022 det liksom lättare att säkerställa att det liksom kan fångas.
- 1023
- 1024 Intervjuare
- 1025 Okej, de här förutsättningarna som alltså förut kanske förutsättningarna inte var det här i
1026 samma grad, men i och med det nya här så kan förutsättningarna börja finnas där för att kunna
1027 ändra på arbetssätt och ändra på enligt den här evidensbaserade vården då. Men hur upplever
1028 ni stödet uppifrån liksom regions ledningen kan man säga i det här projektet?
- 1029
- 1030 G2
- 1031 Jag tycker att det är fantastiskt stöd. Ja, jag tycker dom är helt. Vi har aldrig liksom behövt
1032 egentligen. Enstaka från början var det resurser att de har resurser vi behövde. Hade resurs-
1033 brist att de, förstod inte innebörden. Varken på tekniksidan med allt det eller på verksamhet
1034 att vi inte fick ut förmedla till cheferna att vi behovet att vi måste göra resurser. Jag tycker att
1035 det har luckrats upp på att det är mycket större förståelse att man behöver inte längre kanske.
1036 Det blir Inte så mycket då heller, kanske så att det var väl lite osäkert.
- 1037
- 1038 G3
- 1039 Precis, Så är det ju. Programmet är ju gigantiskt. Alltså det är ju så stort, för det är ju en.. Det
1040 är ju knappt greppbart. Så nej, men alltså, det är ju ett jättestort program som består av jätte-
1041 mycket projekt, det är liksom 55 000 invånare som kommer påverkas personal som kommer
1042 att påverkas att det är liksom förändrade arbetssätt. Nej, men det är så stort och så många
1043 olika delar så att alla sitter ju med sin lilla pusselbit liksom. Men i regionen kan jag tycka jag
1044 menar, vi har ju en styrgrupp som är verkligen de högsta beslutsfattarna i alla nivåer, liksom
1045 kommunikationsdirektör, utvecklingschef, hälso och sjukvårdsdirektör alltså. Och man ser att
1046 det här är jätteviktigt.
- 1047
- 1048 G2
- 1049 Det var dom jag pratade om. Det var då det var vår regionala styrgrupper pratar om, vi pratar
1050 inte om SUSSA nu utan jag pratar regionalt.

- 1051
- 1052 G3
- 1053 Och det är ju där man ser också att man har ju liksom förstått hela tiden att det är otroligt vik-
1054 tigt att man är tillräckligt bra, bemannad och och försöker vi liksom bli för sparsamma på re-
1055 surser så slår det tillbaka på oss själva sen därför att folk går vidare, folk flyttar, folk, byter
1056 jobb, folk blir sjuka. Folk dör för. Vi måste ha tillräckligt stort humankapital för att komma i
1057 mål. Och då måste vi liksom se till att vi får så pass bra bemanning så att alla orkar den för-
1058 ändringsresa som som vi är inne i. Och det är ju därför man kan se att under det år [red. för
1059 konfidentialitet] så har ju programmet utökats med fler program styrgrupper.
- 1060 Med liksom fler besluts led men större-
- 1061
- 1062 G2
- 1063 Och SUSSA nivå ja.
- 1064
- 1065 G3
- 1066 Ja, och SUSSA nivå. Och det blir ju liksom viktigt för att kunna få den styrningen i det ge-
1067 mensamma programmet som sedan kan replikeras och mappas ner i det de regionala program-
1068 men.
- 1069
- 1070 Intervjuare
- 1071 Ja ja, alltså. Jag tänkte också ja. Det är precis det. Jag tänkte här som avslutningsvis att det att
1072 ta tag i, men det verkar som att det redan svarat på den frågan kan man säga så det är bara bra
1073 så egentligen så hade vi inte så mycket mer innehåll på just intervjufrågorna. Men det hade
1074 man något att tillägga, då är det bara att passa på.

Referenser

- Alotaibi, Y. K. & Federico, F. (2017). The Impact of Health Information Technology on Patient Safety, *Saudi medical journal*, vol. 38, no. 12, pp 1173
- Ash, J. S. & Bates, D. W. (2005). Factors and Forces Affecting EHR System Adoption: Report of a 2004 AAMI Discussion, *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 12, no. 1, pp 8-12
- Bae, J., Rask, K.J., & Becker, E.R. (2018). The impact of electronic medical records on hospital-acquired adverse safety events: Differential effects between single-source and multiple-source systems. *American Journal of Medical Quality*, 33(1), 72-80.
- Bajec, M. & Krisper, M. (2005). A Methodology and Tool Support for Managing Business Rules in Organisations, *Information Systems*, vol. 30, no. 6, pp 423-443
- Bandura, A. (1986). *Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Belden, J. L., Grayson, R. & Barnes, J. (2009). Defining and Testing EHR Usability: Principles and Proposed Methods of EHR Usability Evaluation and Rating,
- Berg, M. (2001). Implementing information systems in health care organizations: myths and challenges. *International Journal of Medical Informatics*, 64(2-3), 143-156.
- Bowen, S., Dearden, A., Wright, P., Wolstenholme, D. & Cobb, M. (2010) Published. Participatory Healthcare Service Design and Innovation. *Proceedings of the 11th Biennial Participatory Design Conference*, 2010. 155-158.
- Bromall, N., Draus, P., Mishra, S., Slonka, K. & Slonka, K. (2019). HEALTHCARE PROFESSIONALS' PERCEPTION OF THE USABILITY OF ELECTRONIC MEDICAL RECORDS. *Issues in Information Systems*, 20(2), 73-82.
- Brunjes, S. (1969). The Computer and Medical Care by Donald A. B. Lindberg. *Medical Care*. 7(5), 414-416.
- Bullock, A. (2014). Does technology help doctors to access, use and share knowledge? Cardiff University, Cardiff, UK. *Medical Education*, 48, 28-33.
- Cambridge Dictionary (u.å.). workaround. [online] Tillgänglig: <https://dictionary.cambridge.org/us/dictionary/english/workaround> [Hämtat 17-04-2022].
- Campanella, P., Lovato, E., Marone, C., Fallacara, L., Mancuso, A., Ricciardi, W. & Specchia, M. L. (2016). The Impact of Electronic Health Records on Healthcare Quality: A Systematic Review and Meta-Analysis, *The European Journal of Public Health*, vol. 26, no. 1, pp 60-64
- Carpman, A. (2021). Nästan Två Av Tre Regioner Ska Få Nya Journalsystem. Available: <https://www.dagensmedicin.se/vardens-styrning/digitalisering/nastan-tva-av-tre-regioner-ska-fa-nya-journalsystem/> [Accessed 2022-05-17].
- Cebul, R. D., Love, T. E., Jain, A. K. & Hebert, C. J. (2011). Electronic Health Records and Quality of Diabetes Care, *New England Journal of Medicine*, vol. 365, no. 9, pp 825-833
- Cederberg, J. (2016). It-skifte på gång i nästan hela Sverige. *Dagens Medicin*, [online] 30 November. Tillgänglig: <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2016/11/30/it-skifte-pa-gang-i-nastan-hela-sverige/> [Hämtad 06-04-2022]
- Compeau, D. R. & Higgins, C. A. (1995). Application of Social Cognitive Theory to Training for Computer Skills, *Information systems research*, vol. 6, no. 2, pp 118-143

- Crowley, K., Mishra, A., Cruz-Cano, R., Gold, R., Kleinman, D. & Agarwal, R. (2019). Electronic Health Record Implementation Findings at a Large, Suburban Health and Human Services Department, *Journal of Public Health Management and Practice*, vol. 25, no. 1, pp E11
- Dahlin, B. & Kuuse, J. (2006). Öppen vård i Mittenälvsborg - då, nu och sedan med fokus på Lerum – Del III. 2000-talets närvård. [Online]. Tillgänglig: <http://www.bengtdahlin.se/HoSstoryn3/intro3.html> (Hämtat 06-04-2020)
- Doolan, D. F., Bates, D. W. & James, B. C. (2003). The Use of Computers for Clinical Care: A Case Series of Advanced Us Sites, *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 10, no. 1, pp 94-107
- Eason, K. & Waterson, P. (2014). Fitness for purpose when there are many different purposes: who are electronic patient records for? *Health Informatics Journal*, 20(3), 189-198.
- Eby, K. (2018). Which management style is right for you: Top-down or Bottom-up approach? Smartsheet, [online] 28 Juni. Tillgänglig: <https://www.smartsheet.com/top-down-bottom-up-approach> [Hämtad 29-04-2022]
- Fletcher, G. S. & Payne, T. H. (2017). Selection and Implementation of an Electronic Health Record, *PM&R*, vol. 9, no. 5, pp S4-S12
- Fragidis, L. L. & Chatzoglou, P. D. (2018). Implementation of a Nationwide Electronic Health Record (Ehr): The International Experience in 13 Countries, *International journal of health care quality assurance*, vol. no.
- Fridh, L. & Lärka, P. (2021). Lokala nyheter skåne - Vården och IT-miljarderna. Sveriges Television. [Video online]. Available at: <https://www.svtplay.se/video/30291358/lokala-nyheter-skane/varden-och-it-miljarderna> (Accessed 20-02-2022)
- Fritz, J. M., Cleland, J. A. & Brennan, G. P. (2007). Does Adherence to the Guideline Recommendation for Active Treatments Improve the Quality of Care for Patients with Acute Low Back Pain Delivered by Physical Therapists?, *Medical care*, vol. no. 973-980
- Glaser, J. P. (2004). The strategic application of information technology in health care organizations. John Wiley & Sons.
- Gray, C. J. (2014). Electronic Health Record Systems in the Cloud: Critical Success Factors for Implementation, *Issues in Information Systems*, vol. 15, no. 2, pp
- Halbesleben, J.R.B., Wakefield, D.S., & Wakefield, B.J. (2008). Work-arounds in health care settings: Literature review and research agenda. *Health Care Management Review*, 33(1), 2-12.
- Han, Y. Y., Carcillo, J. A., Venkataraman, S. T., Clark, R. S., Watson, R. S., Nguyen, T. C., Bayir, H. & Orr, R. A. (2005). Unexpected Increased Mortality after Implementation of a Commercially Sold Computerized Physician Order Entry System, *Pediatrics*, vol. 116, no. 6, pp 1506-1512
- Haux, R. (2006). Health information systems – past, present, future. *International Journal of Medical Informatics*, 75(3-4), 261-281.
- Heath, M. & Porter, T. H. (2018). Change Management Overlooked: Physician Perspectives on Ehr Implementation, *American journal of business*
- Ifinedo, P. (2018). Empirical study of Nova Scotia nurses' adoption of healthcare information systems: implications for management and policy-making. *International journal of health policy and management*, 7(4), 317.
- Jacobsen, D. I. (2002). Vad, Hur Och Varför : Om Metodval I Företagsekonomi Och Andra Samhällsvetenskapliga Ämnen: Studentlitteratur.
- Jedwab, R. M., Manias, E., Hutchinson, A. M., Dobroff, N. & Redley, B. (2021). Understanding nurses' perceptions of barriers and enablers to use of a new electronic medical record system in Australia: A qualitative study. *International Journal of Medical Informatics*, 158.

- Jeston, J. (2018). *Business Process Management: Practical Guidelines to Successful Implementations*, 4, New York: Routledge.
- Järvenhag, C. (2018). IT-system sätter inte patienten i centrum. Svenska Läkarförbundet. [Online] 7 Mars 2018. Tillgänglig: <https://trygghvard.se/it-system-satter-inte-patienten-i-centrum/> [Hämtad 06-04-2022]
- Kaplan, B. & Harris-Salamone, K. D. (2009). Health It Success and Failure: Recommendations from Literature and an Amia Workshop, *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 16, no. 3, pp 291-299
- Karsh, B. (2004). Beyond Usability: Designing Effective Technology Implementation Systems to Promote Patient Safety, *BMJ Quality & Safety*, vol. 13, no. 5, pp 388-394
- Keshavjee, K., Bosomworth, J., Copen, J., Lai, J., Küçükyazici, B., Lilani, R. & Holbrook, A. M. (Year) Published. *Best Practices in Emr Implementation: A Systematic Review*. AMIA, 2006.
- Klein, H. K. & Myers, M. D. (1999). A Set of Principles for Conducting and Evaluating Interpretive Field Studies in Information Systems, *MIS quarterly*, vol. no. 67-93
- Kotter Inc., (2021). The 8-Step Process for Leading Change: Dr. John Kotter. Kotter, [Online] 24 November. Tillgänglig: <https://www.kotterinc.com/8-step-process-for-leading-change/> [Hämtad 22-04-2022]
- Latham, G. P., Winters, D. C. & Locke, E. A. (1994). Cognitive and Motivational Effects of Participation: A Mediator Study, *Journal of organizational behavior*, vol. 15, no. 1, pp 49-63
- Leonard-Barton, D. & Sinha, D. K. (1993). Developer-User Interaction and User Satisfaction in Internal Technology Transfer, *Academy of Management Journal*
- Leslie, H., Heard, S., Garde, S. & McNicoll, I. (2009). Engaging Clinicians in Clinical Content: Herding Cats or Piece of Cake? *Medical Informatics in a United and Healthy Europe*. IOS Press pp 125-129.
- Lindberg, L. (utan årtal). Den Hippokratiska Eden. [online] Svenska Läkaresällskapet. Tillgänglig: <https://www.sls.se/etik/etiska-koder/den-hippokratiska-eden/> [Hämtad 17-04-2022]
- Locke, E. A., Latham, G. P. & Erez, M. (1988). The Determinants of Goal Commitment, *Academy of management review*, vol. 13, no. 1, pp 23-39
- McAlearney, A. S., Hefner, J. L., Sieck, C. J. & Huerta, T. R. (2015). The Journey through Grief: Insights from a Qualitative Study of Electronic Health Record Implementation, *Health services research*, vol. 50, no. 2, pp 462-488
- McAlearney, A. S., Robbins, J., Kowalczyk, N., Chisolm, D. J. & Song, P. H. (2012). The Role of Cognitive and Learning Theories in Supporting Successful Ehr System Implementation Training: A Qualitative Study, *Medical Care Research and Review*, vol. 69, no. 3, pp 294-315
- McCull, R. & Michelotti, M. (2019). Sorry, Could You Repeat the Question? Exploring Video-Interview Recruitment Practice in Hrm, *Human Resource Management Journal*, vol. 29, no. 4, pp 637-656
- Meeks, D.W., Smith, M.W., Taylor, L., Sittig, D.F., Scott, J.M., & Singh, H. (2014). An analysis of electronic health record-related patient safety concerns. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 21(6), 1053-1059
- Moran, J. W. & Brightman, B. K. (2000). Leading Organizational Change, *Journal of Workplace Learning*, vol. 12, no. 2, pp 66-74
- Narattharaksa, K., Speece, M., Newton, C. & Bulyalert, D. (2016). Key Success Factors Behind Electronic Medical Record Adoption in Thailand, *Journal of health organization and management*
- Oates, B. J. (2006). *Researching Information Systems and Computing*, London: SAGE.

- Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Gonzalez Montaner, G. & Yu Ko, W. F. (2021). Zoom Interviews: Benefits and Concessions, *International Journal of Qualitative Methods*, vol. 20, no. 16094069211053522
- Olsson, M. & Krafft, G. (2019). Hälso- Och Sjukvårdens Kompetensförsörjning I Framtiden: En Scenarionanalys Fram Emot 2040, *Future, K.* (kairosfuture.com).
- Owusu Kwateng, K., Appiah C. & Afo Osei Atiemo, K. (2021). Adoption of health information systems: Health professionals perspective. *International journal of healthcare management*, 14(2), 517-533.
- Palojoki, S., Mäkelä, M., Lehtonen, L. & Saranto, K. (2017). An Analysis of Electronic Health Record-Related Patient Safety Incidents, *Health informatics journal*, vol. 23, no. 2, pp 134-145
- Pinto, J. K. & Slevin, D. P. (1987). Critical Factors in Successful Project Implementation, *IEEE transactions on engineering management*, vol. no. 1, pp 22-27
- Powers, S. R., Rauh, C., Henning, R. A., Buck, R. W. & West, T. V. (2011). The Effect of Video Feedback Delay on Frustration and Emotion Communication Accuracy, *Computers in Human Behavior*, vol. 27, no. 5, pp 1651-1657
- Protti, D. (Year) Published. What Can the American Electronic Health Record (Ehr) Pioneers Tell Us About What It Takes to Be Successful? *Healthcare management forum*, 2002. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA, 33-35.
- Region Gävleborg. (2021). Kommunikationsmaterial, Presentation Om Framtidens Vårdinformati-
onssystemstöd [Online]. Tillgänglig online: [https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-var-d-tandvard/utveckling-och-uppfoljning/nytt-var-dinformati-
onssystemstod/kommunikationsmaterial/](https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-var-d-tandvard/utveckling-och-uppfoljning/nytt-var-dinformati-
onssystemstod/kommunikationsmaterial/) [Hämtad 2022-05-17 2022].
- Reichertz, P. L. (2006). Hospital information systems—Past, present, future. *International Journal of Medical Informatics*, 75(3–4), 282-299
- Rubinstein, J. S., Meyer, D. E. & Evans, J. E. (2001). Executive Control of Cognitive Processes in Task Switching, *Journal of experimental psychology: human perception and performance*, vol. 27, no. 4, pp 763
- Safdari, R., Ghazisaeidi, M. & Jebraeily, M. (2015). Electronic Health Records: Critical Success Factors in Implementation, *Acta Informatica Medica*, vol. 23, no. 2, pp 102
- Sieck, C. J., Pearl, N., Bright, T. J. & Yen, P.-Y. (2020). A Qualitative Study of Physician Perspectives on Adaptation to Electronic Health Records, *BMC medical informatics and decision making*, vol. 20, no. 1, pp 1-8
- Sittig, D. F. & Singh, H. (2015). A New Socio-Technical Model for Studying Health Information Technology in Complex Adaptive Healthcare Systems. *Cognitive Informatics for Biomedicine*. Springer pp 59-80.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2012). Fem Stora Utmaningar Väntar Oss Framöver [Online]. Tillgänglig online: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/nya-vetenskap-och-praxis/fem-stora-utmaningar-vantar-oss-framover/> [Hämtad 2022-05-17 2022].
- Stutzer, K. & Rushton, C.H. (2015). Ethics in critical care: Ethical implications of workarounds in critical care. *AACN Advanced Critical Care*, 26(4), 372-375.
- Thomassen Andersen, S. (2019). eHealth Systems —User Experiences from Healthcare Work-ers. *Research in Social Sciences and Technology (RESSAT)*, 4(1), 51-72
- Vetenskapsrådet, (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Elanders Gotab. ISBN:91-7307-008-4
- Vink, P., Imada, A. & Zink, K. J. (2008). Defining Stakeholder Involvement in Participatory Design Processes, *Applied Ergonomics*, vol. 39, no. 4, pp 519-526
- Walsham, G. (1995). Interpretive Case Studies in IS Research: Nature and Method, *European Journal of information systems*, vol. 4, no. 2, pp 74-81

- Witman, E. (2021). Is Ethernet Faster Than Wi-Fi? Yes, and a Hardwired Connection Offers Other Benefits as Well [Online]. Tillgänglig online: <https://www.businessinsider.com/is-ethernet-faster-than-wifi?r=US&IR=T> [Hämtad 2022-05-17 2022].
- Wyatt, J. C. (2001).10. Management of Explicit and Tacit Knowledge, *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 94, no. 1, pp 6-9