



LUND UNIVERSITY

Att implementera tillgänglighet i vården

Hansson, Kristofer; Nilsson, Gabriella

Published in:
Health Management

2017

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Hansson, K., & Nilsson, G. (2017). Att implementera tillgänglighet i vården. I L. Nordgren (Red.), *Health Management: att göra hälso- och sjukvård mer tillgänglig* (Vol. 2, s. 209-225). Sanoma Utbildning.

Total number of authors:
2

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

ATT IMPLEMENTERA TILLGÄNGLIGHET I VÅRDEN

Kristofer Hansson & Gabriella Nilsson

Inledning

Hälsoservice handlar om möjligheten att organisera hälso- och sjukvården på ett sådant sätt att den görs tillgänglig för den tänkta gruppen patienter. Genom omorganisering, inte minst genom att förändra och anpassa vägarna in i hälsosektorn, kan en vårdmottagning eller en vårdavdelning skapa nya möjligheter för tillgänglighet (Fioretos, 2009). Processen att förverkliga en ny organisationsform eller en ny vårdmodell brukar inom forskningen kallas implementering. I det här kapitlet ska vi översiktligt beskriva vad implementering innebär i termer av möjligheter och utmaningar samt diskutera implementeringen av vårdmodeller som syftar till att göra hälso- och sjukvården mer tillgänglig. Vi kommer att visa hur implementering fungerar som en övergång från vårdmodell till vårdmetod, och att implementeringsprocessen så tillvida kan ses som ett betydelsefullt möte mellan forskning och praxis.

Med implementering menas vanligen realiserandet av någon form av förändring i en organisation. Begreppet kan definieras på olika sätt men i det här kapitlet utgår vi från professorn i vårdvetenskap, Trisha

Greenhalghs definition där implementering beskrivs vara ”active and planned efforts to mainstream an innovation within an organization” (Greenhalgh et al., 2004, s. 582). I ett vårdssammanhang kan det alltså handla om att införa och börja tillämpa en ny innovation i hälso- och sjukvårdens praktik (Guldbrandsson, 2007). Den form av implementeringsforskning som Greenhalgh med flera representerar har sin grund i 1960-talets intresse för reformer av den offentliga sektorn, men har under 2000-talet kommit att få förnyad aktualitet. Under de senaste decennierna har vikten av att göra vården allt mer forskningsbaserad, så kallad evidensbaserad, betonats och här är möjligheten att implementera vetenskapliga resultat i den vardagliga vårdpraktiken avgörande (Garpenby, 2011; Fernler, 2012).

När målet är att erbjuda patienten en evidensbaserad vård blir det viktigt att även förändra de vardagliga rutiner som praktiseras inom vården, eftersom de tidigare rutinerna, från det här perspektivet, inte antas ge lika god hälsoservice eller är oförenliga med den evidensbaserade kunskapen om hur vård bör bedrivas. En förändrad organisation eller vårdmetod förutsätter därför ofta en komplex förändring av vårdverksamheten på många olika nivåer, förändringar som exempelvis kan innebära utmaningar för olika personalgruppers yrkesidentitet (Hasson, 2006; Nilsson et al., kommande 2017). Komplexiteten består exempelvis i att förändringen inte är omedelbar, eller ens överblickbar, utan måste betraktas som en långsam process. Det kan handla om en förändringsprocess där vårdpersonal på en avdelning först ska fås att uppmärksamma sitt handlande gentemot patienter och deras anhöriga och därefter påbörja en successiv förändring av detta handlande. Då det har visat sig vara svårt att faktiskt förändra hälso- och sjukvårdens vardagliga praktiker ställs det större krav på forskning om vad som förhindrar respektive främjar förändring (Fernler, 2012; Rycroft-Malone et al., 2013). Att förstå de möjligheter, men också de utmaningar och trösklar som en implementeringsprocess innebär är avgörande för

möjligheten att förändra, och förbättra, den hälsoservice som erbjuds. I det här kapitlet exemplifieras diskussionen om implementering med erfarenheter från en sådan komplex förändringsprocess.

Forskningsbaserad evidens

Bakgrunden till det här kapitlet är en etnografisk undersökning av en implementeringsprocess vars syfte var att främja en mer tillgänglig vård för familjer där ett barn nyligen diagnostiserats med diabetes. En tröskel i den tidigare vården hade varit att familjerna upplevde sig få för mycket information om sjukdomen och dess behandling på sjukhuset som de senare hade svårt att omsätta i vardagen när de kom hem (Wennick, 2007). Med en ny evidensbaserad vårdmodell eftersträvades ett annat sätt att introducera familjerna till hur de bäst sköter barnets diabetes – en modell som skulle göra hälso servicen mer tillgänglig för familjerna.

Den vårdmodell som implementerades var så kallade sjukhusbaserad hemvård (HBHC efter engelskans Hospital Based Home Care). Sjukhusbaserad hemvård var tänkt att främja ökad kunskap hos familjerna genom att information om sjukdomen och dess behandling gavs på ett mer familjecentrerat sätt. Detta genom att sjukvårdspersonalen eftersträvade att möta föräldrar och barn i deras individuella lärande snarare än presentera standardiserad information. Utgångspunkten var att familjerna själva skulle efterfråga den information de behövde i olika vardagssituationer, för att genom konkreta erfarenheter enklare kunna omsätta denna information i praktisk, tillämpbar kunskap (Tiberg, 2012). Det kunde handla om att lära sig beräkna rätt mängd insulin både i förhållande till vad barnet ätit och hur mycket det hade rört sig under dagen, hur olika livsmedel påverkade barnets blodsockernivå liksom hur det går till att häva en episod med låg blodsockernivå. En målsättning var att familjerna inte skulle stanna lång-

re på sjukhuset än vad som var nödvändigt för att stabilisera barnens värden. När familjerna kände sig redo skulle de istället ges möjlighet att åka hem för att lära sig hantera den nya livssituationen i den vardagliga miljön, det vill säga i hemmet. Vårdmodellen är alltså tänkt att organisera hälso- och sjukvården på ett sätt som möjliggör vägar till en mer tillgänglig diabetesvård.

Tidigare hade information om sjukdomen diabetes och dess behandling presenterats av vårdpersonalen på ett sätt som kan sägas ha utgjort en tröskel för vårdens tillgänglighet. Då familjerna upplevt att de fått allt för mycket information på kort tid under den period de varit inskrivna på vårdavdelningen hade de inte kunnat tillgodogöra sig den hälsoservice som erbjudits dem. Ett exempel på en sådan tröskel är information om de diabetesrelaterade problem som kan uppkomma vid konsumtion av alkoholhaltiga drycker. Tidigare hade vårdpersonalen informerat även familjer med små barn om riskerna med alkoholkonsumtion, med motiveringen att det kunde vara bra för föräldrarna att ha hört detta, även om risken kanske inte var aktuell på många år. Från den syn på kunskap som den nya modellen med sjukhusbaserad hemvård erbjöd, argumenterades för att information inte skulle ges förrän den kunde uppfattas som relevant från familjernas perspektiv, i det här fallet i den ålder då det finns en risk för att barnet ska dricka alkohol. Istället för att få all tänkbar information om livet med diabetes medan familjerna fortfarande befann sig på sjukhuset skulle deras frågor med den nya modellen tillåtas växa fram successivt efterhand som de tog allt större ansvar för barnets behandling.

Den nya vårdmodellen hade tidigare testats i en så kallad randomiserad kontrollerad studie (RCT efter engelskans randomized controlled trial). I denna studie hade en vårdvetenskaplig forskargrupp undersökt vilka effekter sjukhusbaserad hemvård har i jämförelse med den diabetesvård som getts tidigare (Tiberg, 2012). Studien visade positiva utfall, det vill säga användandet av den nya vårdmodellen uppfat-

tades vara positivt i olika avseenden. Föräldrarna rapporterades vara mer nöjda med den information de fått med den nya modellen, samtidigt som den gav hälsoekonomiska vinster. Genom att sjukhusbaserad hemvård utvärderats i en randomiserad kontrollerad studie kan modellen definieras som evidensbaserad – det är med andra ord den vårdmodell som utifrån tillgänglig vetenskaplig kunskap kan anses vara det bästa sättet att bedriva diabetesvård. Modellen kan även sägas tillmötesgå dagens krav på modern hälso- och sjukvård i den mening att patienten ges större möjlighet att påverka sin egen vård samtidigt som denna får mer ansvar för sin egen hälsa (Alftberg & Hansson, 2012). Patienten blir härmed en del av en värdeskapande process där hon eller han medverkar till att skapa hälsoservice (Nordgren, 2009; Loodin & Nordgren, 2014). Modellen för att bedriva sjukhusbaserad hemvård ska från det här perspektivet förstås som ett sätt att organisera vården utifrån en tanke om att sjukvården ska vara mer hållbart tillgänglig för familjer vars barn har diagnostiserats med långvariga eller kroniska sjukdomar. Samtidigt skapas möjligheter för rationaliseringar inom sjukvården. När patienten blir ”värdeskapande” i bemärkelsen ”övertar arbetsuppgifter från sjukvården blir en konsekvens att sjukvården vinner tid och skaffar sig potential för rationalisering av verksamheten” (Nordgren, 2003, s. 171). I samråd med forskargruppen önskade sjukvårdsorganisationen därför gå vidare och införa sjukhusbaserad hemvård på två olika enheter.

Installering och initial implementering

Exemplet ovan synliggör ett händelseförlopp där forskningen först identifierar vilka tillgänglighetsproblem som finns i vården, för att därefter utveckla och pröva en alternativ modell för tillgänglig vård och slutligen implementera denna vårdmodell. Implementering kan därmed sägas vara den process som ligger mellan forskning och professionell praxis och förbinder dessa två sfärer. Implementering står med ena foten i forskningen, teorierna och de evidensprövande praktikerna och den andra foten i hälso- och sjukvårdens dagliga verksamhet (MRC 2008). Processen att överföra en evidensbaserad vårdmodell till praktisk handling, till en faktisk vårdmetod, kan därför förstås som en översättningsprocess inom ramen för hälso- och sjukvårdens organisationsform. Det är i en specifik organisatorisk kontext, eller kultur om man så vill, som de praktiska handlingarna ska förändras (Bate, 1994; Rycroft-Malone et al., 2002).

För att synliggöra hur den här översättningen går till kan implementeringsprocessen på en teoretisk nivå delas in i olika steg som börjar i det förberedande planeringsarbetet och avslutas när modellen omsatts i en hållbar praxis. I det här avsnittet kommer vi att utgå från den uppdelning av implementeringsprocessen som presenteras i forskningsöversikten *Implementation Research: A Synthesis of the Literature* (Fixsen et al., 2005) för att beskriva implementeringen av sjukhusbaserad hemvård för familjer vars barn diagnostiserats med diabetes. Som framgått ovan kan implementeringen av en ny vårdmetod i en sjukvårdsorganisation föregås av utformandet av en evidensbaserade vårdmodell. För att synliggöra det många gånger mycket omfattande arbete som ligger till grund för vårdens organisationsförändringar vill vi därför kort beskriva denna vetenskapliga process lite mer ingående.

All form av implementering föregås av att organisationen utforskar vad det är som behöver förändras. När det gäller den sjukhusbaserade hemvården bestod utforskandet av flera mångåriga forsk-

ningsprojekt som genomfördes i direkt samråd med hälso- och sjukvården (Wennick, 2007). Genom dessa forskningsprojekt kunde forskargruppen identifiera vilka vårdrelaterade problem som familjer med barn eller ungdomar som blivit diagnostiserade för diabetes upplevde att de hade i sin vardag. Med utgångspunkt i dessa upplevda problem utformades en teoretisk modell för sjukhusbaserad hemvård (HBHC) och i en randomiserad kontrollerad studie prövades modellen för att undersöka dess fördelar och eventuella nackdelar (Tiberg, 2012). Detta *förberedande* arbete var en process som i det här fallet fortskred under en tioårsperiod, men den utforskande fasen kan också gå fortare om vårdorganisationen väljer att implementera en vårdmodell som redan tidigare utvecklats och prövats (Fixsen et al., 2005).

När det förberedande arbetet är gjort är implementeringens första steg att modellen installeras, för att återknyta till Fixen och hans kollegers terminologi (Fixsen et al., 2005; se också Weiner, 2009). Det här steget utgörs av en fas som syftar till att skapa möjligheter för genomförandet av implementeringen i form av beslutsfattande, motivering och resurstilldelning. Hur lång och omfattande installeringsfasen är har till exempel att göra med varifrån initiativet till förändringen kommer, hur genomgripande den är och vilka resurser som finns för att genomföra den. Vid implementeringen av sjukhusbaserad hemvård underlättades installeringen, som beskrivits ovan, av att modellen utformats och testats på en av de vårdavdelningar där förändringen skulle genomföras. I andra situationer kan installeringen kräva att modellen först anpassas till den specifika vårdverkligheten, vilket förlänger installeringsfasen. Mer konkret innebar implementeringens första steg i vårt exempel dels att det ansöktes om medel för att anställa en person som var ansvarig för att förändringsarbetet genomfördes, en så kallad facilitator, dels förhandlingar med de aktuella vårdavdelningarna om vad som var ett konstruktivt förlopp och en genomförbar tidsplan för detta. Installeringen underlättades av att medicinskt ansvariga på

respektive avdelning var positivt inställda till den förändring de ålagts att möjliggöra, samt av att facilitatorn var den person som genomfört studien och som dessutom tidigare arbetat på en av avdelningarna. I situationer där en implementeringsprocess initieras från politiskt-organisatoriskt håll, såsom av en sjukhusledning, kan förhandlingsarbetet vid installeringen innebära större utmaningar.

Nästa steg i processen är den så kallade *initiala implementeringen*, vilket helt enkelt innebär att implementeringen startar (Fixsen et al. 2005). Under den här fasen handlar det framför allt om att berörda personer introduceras till de nya metoder och arbetssätt som modellen förutsätter. Den här fasen innebär så till vida framförallt en läroprocess där ett nytt synsätt på hur vård ska ges och vårdmötet ska ta form presenteras, men också förhandlas. För att en hållbar förändring ska komma till stånd är det viktigt att det under den här fasen skapas en förståelse för hur och varför förändringen ska genomföras, liksom en vilja till förändring (Weiner, 2009). Av den här anledningen är det centralt att det ges tid till fördjupade diskussioner mellan berörda personalkategorier och facilitatorn, liksom att facilitatorn är öppen för och känner in vilka förgivettaganden som den evidensbaserade modellen eventuellt sätter på spel. Det här är inte minst viktig om modellen utmanar arbetssätt som ligger till grund för personalens yrkesidentitet (Nilsson et al., kommande 2017).

Vid implementeringen av sjukhusbaserad hemvård innebar den här fasen att det återkommande hölls möten med personal från de båda berörda vårdavdelningarna och facilitatorn, möten som både innehöll information och diskussion. Syftet var både att fortbilda personalen om vad den nya modellen skulle innebära omsatt till en konkret vårdmetod, och att tillsammans med personalen förhandla fram ett konstruktivt tillvägagångssätt för genomförandet av förändringen. Under dessa möten blev det tydligt hur inte minst personalbrist upplevdes som ett hinder för implementeringen, men även vissa av modellens grundlägg-

gande beståndsdelar, så som den tidigarelagda hemgången för familjerna uppfattades till en början som problematisk av personalen. Här blev det viktigt att facilitatorn successivt förändrade sitt sätt att kommunicera med personalen så att de tvetydigheter och motsättningar de upplevde kunde överbryggas och personalen istället blev kunskapsmässigt och känslomässigt redo till den förändring som väntade. Det senare har lyfts fram i implementeringsforskningen genom begreppet *readiness for change* (Weiner, 2009).

Från vårdmodell till vårdmetod

Först när den initiala implementeringen är genomförd så till vida att personalen känner sig kunskapsmässigt och känslomässigt redo är det dags att påbörja det verkliga förändringsarbetet, vad som har benämnts den *fullständiga implementeringen* (Fixsen et al., 2005). Det är under den här fasen som personalen successivt ska förändra sin dagliga praxis och börja tillämpa den vårdmetod som den evidensbaserade modellen föreskriver. I implementeringen av sjukhusbaserad hemvård involverade den här förändringen en process av medvetandegörande där personalen för att kunna tillämpa den nya metoden först behövde komma till insikt om hur de agerat tidigare. Detta innebär att implementeringsprocessen var komplex och långsiktig. Under den här fasen är det särskilt viktigt att facilitatorn finns med som stöd. I vårt fall innebar detta att facilitatorn under ett års tid regelbundet besökte de båda vårdavdelningarna för att påminna om de aktiva beståndsdelarna i den nya metoden, uppmuntrade till förändring och diskuterade svårigheter och utmaningar med vårdformen. I viss utsträckning innebar den här fasen även en modifiering av modellen för att få den att bättre passa den verklighet som personalen mötte, såsom begränsade resurser.

När metoden på detta sätt anpassats till den konkreta verksamhe-

ten och personalen förlikat sig med det nya arbetssättet går det att tala om att modellen *kommit på plats*. Personalen vet hur de ska agera i vårdmötet och har förstått varför. Först när det går att tala om en hållbar förändring kan implementeringen emellertid betraktas som helt genomförd. De sista stegen tar vanligen lång tid och vid en mycket komplex implementering kan det vara svårt att bedöma huruvida en hållbar förändring verkligen uppnåtts (Nilsen & Roback, 2011). I fallet med sjukhusbaserad hemvård är det svårt att identifiera vilka handlingar och praktiker som är resultatet av den implementerade vårdmodellen och vilka som är ett bemötande som personen i fråga skulle ha tillämpat oberoende av denna modell. Av den här anledningen brukar det inom implementeringsforskningen talas om processernas ”stökighet” (Nilsen, 2011), nämligen svårigheten att på en micronivå följa vad som faktiskt sker under implementeringen till följd av vårdverklighetens komplexitet. Det krävs med andra ord ett brett perspektiv både för att förstå själva implementeringen och för att genomföra den. Vi ska avsluta det här kapitlet med ett exempel som synliggör denna komplexa problematik och som berör svårigheterna med att förändra vårdmötet så att det blir mer tillgängligt. I exemplet kan implementeringen sägas befinna sig i den fjärde fasen och den nya vårdmetoden har ännu inte riktigt satt sig.

Den ”stökiga” vårdverkligheten

I det här avsnittet ska vi följa en dietists möte med en familj vars femåriga son diagnostiserats med diabetes efter att ha lagts in akut på sjukhuset några dagar tidigare. Sedan dess har föräldrarna påbörjat processen att förlika sig med den nya situationen och lära sig att ta hand om sonens diabetes på bästa sätt. I mötet med dietisten ska de få lära sig hur de i vardagen ska tänka kring sonens mat. Dietisten ger i viss mån uttryck för att ha anammat det perspektiv på hur vårdmö-

tet bör läggas upp som den nya vårdmodellen föreskriver genom att i samtalet med föräldrarna uppmuntra dem till ett mer aktivt ansvarstagande för läroprocessen. Samtidigt framträder i det samtal som vi ska återge nedan en "stökighet" som visar på den komplexitet som ett vårdmöte ofrånkomligen innebär när olika aktörer ska enas om en gemensam handlingsplan för omsorgen av barnet.

Ett verklighetsbaserat exempel

Familjen bestående av en mamma, en pappa och den 5-åriga sonen möter dietisten i vårdavdelningens lunchrum för att äta en gemensam lunch. Mötet är tänkt att öppna för praktisk kunskapsinhämtning via den konkreta situation som ätandet innebär. Denna dag serveras fisk och potatis med remouladsås. Detta föranleder pappan i familjen att berätta att han brukar göra sin egen remouladsås, men att han då använder yoghurt i stället för majonäs för att minska på fettinnehållet. Genom pappans berättelse får dietisten en inblick i familjens matvanor som hon kan ha som utgångspunkt vid diskussionen om hur familjens måltider behöver förändras till följd av pojkens sjukdom. Hon bemöter pappan genom att påpeka att för diabetesens skull är inte en lägre fetthalt nödvändig. Men samtidigt innebär samtalet en möjlighet för föräldrarna att lyfta fram de vanor som de tänker är bra för barnet och som de gärna vill behålla.

Att pappan nämner användandet av yoghurt gör det möjligt för dietisten att tillsammans med föräldrarna gå till vårdavdelningens kylskåp. Hon öppnar dörren till kylskåpet och påbörjar en redogörelse för vilka olika, huvudsakligen ekologiska yoghurtssorter som finns och hur föräldrarna ska tänka kring fetthalten i barnets måltider. För mamman är det emellertid inte informationen om olika yoghurtssorters fetthalt som blir mest relevant, utan det faktum att urvalet är ekologiskt. Familjen brukar inte ha råd att köpa ekologiskt, påpekar hon för dietisten. Det som i samtalet börjar med en konkret berättelse om

hur pappan tillagar remouladsås, utvecklar sig i det här exemplet till en komplex diskussion som spänner över allt från olika förhållningsätt till produkters fetthalt till familjens hushållsekonomi. Sjukvårdens ekologiska sortiment av yoghurt blir något som skapar en "stökighet" i dietistens intention att på ett pedagogisk sätt bibringa familjen råd om de nya matvanor som krävs till följd av sonens diabetes. Frågan påverkar inte nödvändigtvis omsorgen av pojken, men blir ändå en viktig dimension i vårdmötet för de olika aktörerna att förhålla sig till.

Lite senare övergår samtalet till att handla om potatis och dess kolhydratinnehåll. I synnerhet behandlas skillnaden mellan kokt potatis och potatismos, detta eftersom kunskap om kolhydratinnehållet i olika livsmedel är avgörande för möjligheten att beräkna rätt dos insulin. Dietisten informerar föräldrarna om att potatismos innebär att barnet får i sig fler potatisar, ibland dubbelt så många och följatligen dubbelt så mycket kolhydrater, som om det hade serverats kokt potatis. Trots att samtalet präglas av information så har dietisten en öppen attityd som möjliggör för föräldrarna att reflektera över det som sägs och ställa följdfrågor. Ett exempel på detta är när pappan undrar om det, på ett liknande sätt som vid potatismos, blir mer kolhydrater om man lägger upp en potatis på tallriken och mosar den? Det som vid första anblicken kan tyckas vara en "dum" fråga synliggör i det här fallet hur svårt det kan vara att tänka logiskt i en situation när ens barn drabbats av en kronisk sjukdom som kräver långtgående förändringar av hela familjens matvanor och livsstil. Här blir möjligheten till ett samtal där dietistens professionella information, genom föräldrarnas reflektion och följdfrågor, omvandlas till en vardagsbaserad kunskap central för främjandet av tillgänglighet. Genom "dumma" frågor blir det möjligt för dietisten att tillsammans med föräldrarna gemensamt utveckla ett resonemang kring livsmedel, matvanor och insulin-nivåer som leder till hållbar kunskap.

Implementeringens praktik

På detta sätt handlar vårdmötet inte bara om att ge föräldrarna information utan om att möjliggöra för dem att, genom egna berättelser om livsmedel och måltider, reflektera kring vad som kunde vara nya måltidsvanor som på bästa sätt underlättar för omsorgen om sonen och hans diabetes. Det är genom just detta *görande* som de kan lära sig att på bästa sätt ta hand om sin son.

Den dietist som kommer till tals i det här exemplet är en av de professionella som regelbundet deltagit i de möten och utbildningstillfällena som facilitatorn ordnat under implementeringens initiala fas. Hon har då kunnat ta aktiv del i förhandlandet av vårdmodellens för- och nackdelar och om förändringens praktiska genomförande. I den fas som implementeringen befinner sig i när vårdmötet ovan utspelar sig kan hon och övriga i personalgruppen sägas genomgå en successiv medvetandegörande process där det handlar om att förstå det egna vardagliga handlingsmönstret under ett vårdmöte för att sedan aktivt kunna förändra detta. I det beskrivna vårdmötet är dietisten delaktig i att göra den hälsoservice som erbjuds tillgänglig för föräldrarna på ett sätt som den nya vårdmodellen föreskriver. Tillgängligheten handlar i exemplet om hur dietisten, istället för att själv vara den som styr samtalet genom att undervisa föräldrarna om vad de borde äta, uppvisar ett genuint intresse för familjens kosthållning och väljer att låta informationen utgå från de teman som föräldrarna själva tar upp. I exemplet framgår även att hon ger föräldrarna utrymme till att tänka fel och till att själva komma fram till vad som är rätt – för dem.

Dietisten uppvisar alltså en förmåga att bemöta familjen med den vårdmetod som implementeringen syftar till att bibringa. Den implementerade modellen förefaller alltså ha "satt sig" och blivit en del i dietistens vardagliga vårdpraxis. Men samtidigt finns en "stökighet" i detta vårdmöte, liksom i andra vårdmöten som vi observerat, som gör det svårt att bedöma vad som är en metod som följer av den im-

plementerade modellen och vad som är en slump eller ett exempel på dietistens tidigare handlingsmönster. Detta väcker frågor om hur vi ska kunna avgöra när implementeringen ska betraktas som lyckad och hållbar. Ett sätt att förhålla sig till den här otydligheten är att välja att inte fokusera på om dietisten har förändrat sina tidigare vanor eller inte, utan enbart undersöka om denna följer den nya vårdmetoden eller inte.

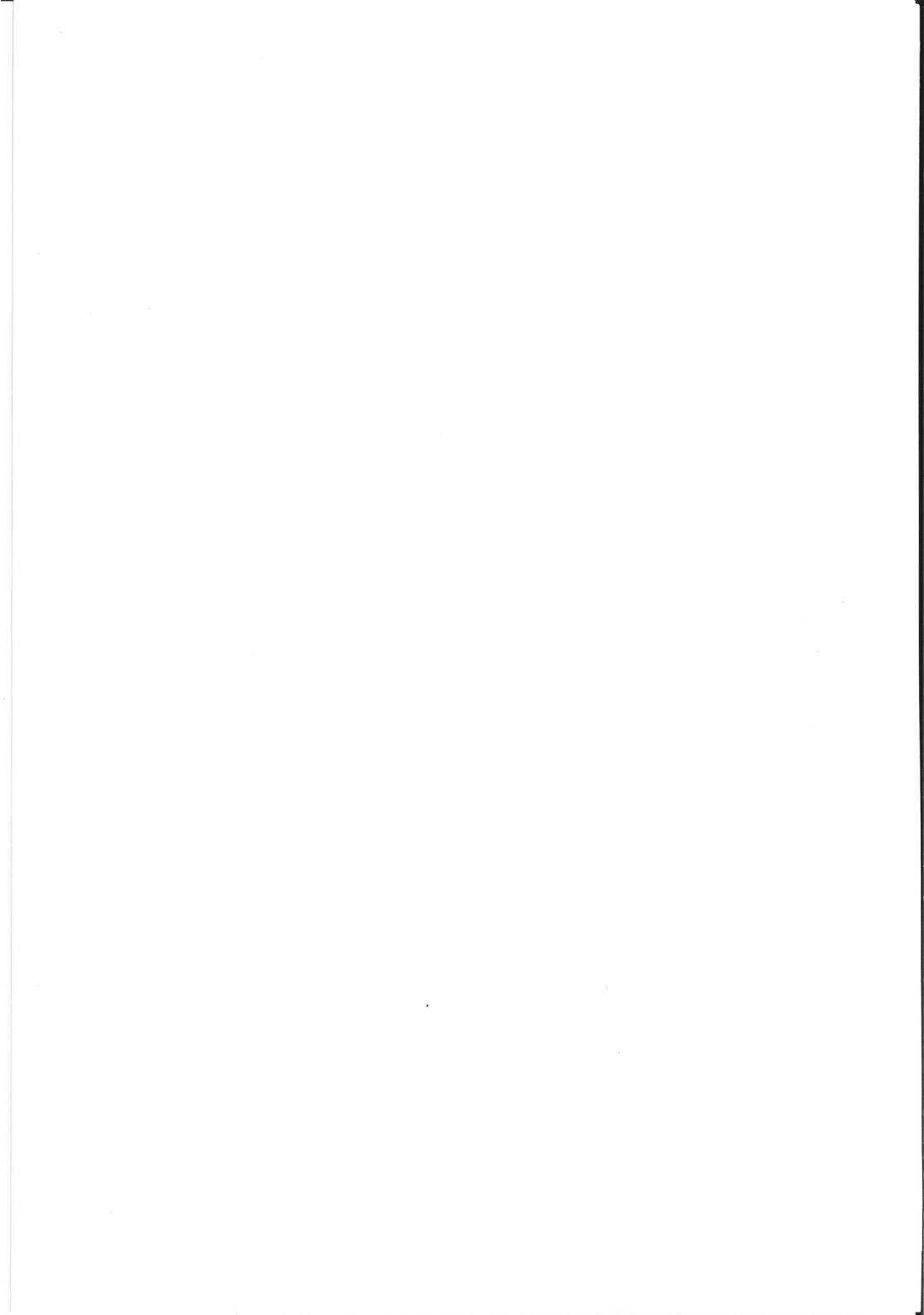
Avslutning

Genom att omorganisera den hälsoservice som ges av en vårdorganisation kan det skapas nya möjligheter för tillgänglighet. Vid förändringar av vårdens olika praktiker och metoder har implementering av evidensbaserade modeller kommit att bli allt vanligare. Implementering kan förstås både som den process med hjälp av vilken en vårdmodell översätts och realiserar i form av en ny vårdmetod, och som ett teoretiskt perspektiv som intresserar sig för hur förändring sker. Avsikten med det här kapitlet har varit att visa att en sådan förändring många gånger är både komplex och svåröverblickbar, vilket stärker argumentet för en fortsatt fördjupad kunskap om implementeringsprocesser. Här vill vi särskilt framhålla vikten av forskning som tar fasta på kontextens – eller om man så vill, organisationskulturens – betydelse för huruvida en implementeringsprocess leder till hållbar förändring eller inte.

I kapitlet har vi beskrivit implementeringsprocessens olika faser, från det att ett initiativ till förändring tas och en modell för förändringen utformas och prövas vetenskapligt, till det att förändringen ”satt sig” bland de professionella som berörs av förändringen och den hälsoservice som erbjuds kan betraktas som mer tillgänglig. Vi har visat hur implementering kan ses som ett verktyg som möjliggör för häl-

so- och sjukvården att tillgängliggöra de vägar som finns till hälsoservice genom att ta bort trösklar som försvårar för denna tillgänglighet.

Det exempel som kapitlet tagit utgångspunkt i visar att implementering kan vara en lång process som präglas av tvetydigheter rörande vad som faktiskt är en förändring till följd av implementeringen och inte, liksom när denna förändring kan sägas vara permanent. Så har till exempel den sjukhusbaserade hemvården i vår studie många paralleller i den allmänna debatt om patienters ansvar som förs idag, såväl i medierna som i hälso- och sjukvårdens olika policydokument (Hansson, 2016). Viljan att främja ökad tillgänglighet är en liknande central diskussion i både vårdmodellen sjukhusbaserad hemvård och i den allmänna debatten. Implementeringen skulle i det här fallet kunna ses som en förstärkning av en redan rådande norm kring hur hälso- och sjukvården bör förhålla sig till tillgänglighet.



Referenser

- Alftberg, Å. & Hansson, K. (2012). Introduction: Self-care Translated into Practice. *Culture Unbound: Journal of Current Cultural Research*, 4, 415–424.
- Bate, P. (1994). *Strategies for cultural change*. Oxford: Butterworth Heineman.
- Fernler, K. (2012). Perspektiv på implementering. Vad är ”god” implementering och kan den stödjas? *LHC Report*, 8.
- Fioretos, I. (2009). *Möten med motstånd. Kultur, klass, kropp på vårdcentralen*. Doktorsavhandling. Lund: Institutionen för kulturvetenskaper, Lunds universitet.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication # 231).
- Garpenby, P. (2011). Perspektiv på implementering. I P. Nilsen (red.) *Implementering. Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Guldbrandsson, K. (2007). *Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut, 2007: 20.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629.
- Hansson, K. (2016). Eget ansvar eller egen makt? En habiliteringsparadox. I Å. Alftberg, E. Apelmo & K. Hansson (red.) *Ljud tar plats. Funktionshinderperspektiv på ljudmiljöer*. Lund: Lund Studies in Arts and Cultural Sciences 11.
- Hasson, H. (2006). Organisatoriska förändringar inom hälso- och sjukvård. I K. Hansson (red.) *Etiska utmaningar i hälso- och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Loodin, H. & Nordgren, L. (2014). Inledning. I H. Loodin & L. Nordgren (red.) *Health Management. Att leda hälsoverksamheter med service i focus*. Stockholm: Sanoma Utbildning.
- MRC. Medical Research Council, *Developing and evaluating complex interventions New guidance*. UK. 2008.
- Nilsen, P. (2011). Inledning. I P. Nilsen (red.) *Implementering. Teori och tillämpning*.

- ning inom hälso- och sjukvården. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsen, P. & Roback, K. (2011). Implementering, kunskap och lärande – en begreppsmässig plattform. I P. Nilsen (red.) *Implementering. Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, G., Hansson, K., Tibergh, I. & Hallström, I. (kommande 2017). How dislocation and professional anxiety influence readiness for change during the implementation of Hospital-based Home Care for children newly diagnosed with diabetes – an ethnographic analysis of the logic of workplace change.
- Nordgren, L. (2003). *Från patient till kund. Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutning av patientens position*. Doktorsavhandling. Lund: Lund Business Press.
- Nordgren, L. (2009). Value creation in health care services – developing service productivity. Experiences from Sweden. *International Journal of Public Sector Management*, 22(2), 114–127.
- Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A. & Estabrooks, C. (2002). Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Qual Saf Health Care*, 11, 174–180.
- Rycroft-Malone J, Seers K, Chandler J, Hawkes CA, Crichton N, Allen C, Bullock I & Strunin L. (2013). The role of evidence, context, and facilitation in an implementation trial: Implications for the development of the PARIHS framework. *Implementation Science*, 8, 1–13.
- Tibergh, I. (2012). *The initial care when a child is diagnosed with type 1 diabetes*. Doktorsavhandling. Lund: Lund University, Faculty of Medicine.
- Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4(67).
- Wennick, A. (2007). *Living with childhood diabetes. Family Experiences and Long-term effects*. Doktorsavhandling. Lund: Lund University, Faculty of Medicine.