

Primärvården som arena för praktiknära innovation och lärande

***– en studie om levande labb och
medarbetardriven innovation***

Sarah Samuelson

Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa

Institutionen för medicin

Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Gothenburg 2026

Illustration omslag: ”Från rot till krona – där idéer möts och växer” av
Moira Last

© Sarah Samuelson 2026
sarah.samuelson@vgregion.se

ISBN 978-91-8115-807-6 (TRYCK)
ISBN 978-91-8115-808-3 (PDF)

Printed in Borås, Sweden 2026
Printed by Stema Specialtryck AB



”Innovation föds i mötet och växer i samverkan”

– en reflektion under arbetet med avhandlingen

Primärvården som arena för praktiknära innovation och lärande

***– en studie om levande labb och
medarbetardriven innovation***

Sarah Samuelson

Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa
Institutionen för medicin
Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

ABSTRACT

Aim: The aim of this thesis was to examine the prevalence of and conditions for innovation in primary care from a managerial perspective and to explore how collaborative and participatory approaches and structures, such as living labs and employee-driven innovation, can promote learning and innovation in a primary care context.

Method: The thesis comprises four studies. Study I is a cross-sectional study drawing on a national survey of primary care centre managers. Study II is a qualitative study with elements of action research, based on design meetings, dyadic interviews and documents. Study III is a qualitative study using focus group interviews, and Study IV is a process evaluation. Quantitative data were analysed using descriptive statistics (I), while qualitative data were analysed using systematic text condensation (I and IV) and inductive qualitative content analysis (II and III).

Result: The thesis highlights the value of collaborative and participatory approaches in promoting learning, adaptability and collaboration in innovation processes. The findings indicate that innovation in Swedish primary care is widespread and predominantly internally oriented, with limited external collaboration. Engagement in employee-driven innovation fosters collective agency, enabling employees to enact change together. Furthermore, the implementation of a clinically integrated living lab in primary care emerges as a dynamic process, requiring continuous adaptation to various demands.

Conclusion: The findings suggest that conditions for innovation in primary care are shaped by the interplay between organisational structures and local practices, while revealing a gap between widespread innovation engagement and a lack of supporting structures for practice-based innovation and external collaboration. The DUFO model (*Dynamic Development and Renewal in Organisations*) is proposed as a conceptual model illustrating how organisational capacity for adaptation and development emerges from everyday practice through the interplay between formal, practice-based innovation spaces and collective agency.

Keywords: Innovation, Employee-driven innovation, Living lab, Implementation, Organisational learning, Socio-cultural perspective, Complexity theory, Complex adaptive system, Process evaluation, Content analysis, Systematic text condensation, Primary care, Sweden

ISBN 978-91-8115-807-6 (PRINT)

ISBN 978-91-8115-808-3 (PDF)

SAMMANFATTNING PÅ SVENSKA

Primärvården utgör navet i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och ansvarar för befolkningens grundläggande vårdbehov samt samordning av vårdinsatser. Samtidigt står primärvården inför betydande utmaningar kopplade till demografiska förändringar, ökade vårdbehov, större kostnader och begränsade personalresurser. För att möta framtida krav behövs strukturer och organisatoriska förutsättningar som främjar nytänkande, lärande och innovation i primärvården.

Syftet med denna avhandling var att undersöka förekomst av och förutsättningar för innovation i primärvården, sett från ett ledningsperspektiv. Vidare belyser avhandlingen hur samverkande och deltagarorienterade arbetssätt och strukturer, såsom levande labb och medarbetardriven innovation, kan bidra till lärande och innovation i primärvården.

Avhandlingens sammanvägda resultat bygger på fyra delstudier: en nationell enkätstudie (I), två kvalitativa studier där den ena baserades på data från designmöten, intervjuer och dokument (II), och den andra på fokusgruppintervjuer (III) samt en processutvärdering (IV). Det övergripande resultatet visar att innovation i svensk primärvård är utbredd och främst sker inom eller mellan vårdenheter, med begränsad samverkan med aktörer utanför hälso- och sjukvårdssektorn. Samtidigt påverkas möjligheterna till innovation av ledarskap och organisatoriska förutsättningar, som både kan skapa och begränsa möjligheter för innovationsarbete. När medarbetare engagerar sig i gemensamma innovationsaktiviteter skapas kollektiv handlingskraft som gör det möjligt att påverka och skapa förändring tillsammans. Att bygga upp en testmiljö (levande labb) på en vårdcentral, där personal, patienter och andra aktörer tillsammans utvecklar nya lösningar, är en process som ständigt behöver anpassas till förändringar både inom vårdcentralen och i omvärlden. Avhandlingens samlade resultat illustreras i DUFO-modellen (*Dynamisk Utveckling och Förnyelse i Organisationer*), som visar hur organisationer kan utvecklas och lära i vardagen. Det sker när miljöer där nya idéer kan prövas möter människors vilja och förmåga att tillsammans skapa förändring.

DELSTUDIER

Denna avhandling baseras på följande delstudier, vilka i texten refereras till med romerska siffror.

- I. Samuelson, S., Petersson, E-L., Björkelund, C., Praetorius Björk, M., Hange, D., Östman, M., Persson Kylén, S., & Svenningsson, I. Exploring innovation landscapes: a national cross-sectional study of Swedish primary care from the viewpoint of primary care managers. Accepted for publication in *BMC Health Services Research*, 28 May 2026.
- II. Samuelson, S., Svensson, A., Svenningsson, I., & Pennbrant, S. (2023). Learning in living lab collaboration in primary care – a qualitative study. *Journal of Workplace Learning*, 35(9), 218-234.
- III. Samuelson, S., Pennbrant, S., Svensson, A., & Svenningsson, I. (2024). Standing together at the helm – how employees experience employee-driven innovation in primary care. *BMC Health Services Research*, 24(1), 655.
- IV. Samuelson, S., Petersson, E-L., Hange, D., Björkelund, C., Persson Kylén, S., Östman, M., & Svenningsson, I. Building the bridge as you cross it – a process evaluation of the implementation of a clinically integrated living lab in Swedish public primary care. Submitted.

INNEHÅLL

Förkortningar	xii
Definitioner	xiii
Introduktion.....	1
Bakgrund.....	2
Primärvård.....	2
Den svenska primärvårdens omställning	2
Primärvården som arena för innovation.....	4
Innovation	6
Dimensioner av innovation.....	7
Former av innovation	8
Innovationsprocessen	9
Praktiknära innovation och lärande	10
Strukturer och ansatser för praktiknära innovation.....	11
Levande labb	11
Medarbetardriven innovation	13
Problemformulering	19
Syfte	20
Delsyften	20
Teoretiska utgångspunkter	21
Sociokulturellt perspektiv.....	21
Komplexitetsteori	22
Material och metoder	24
Vetenskapsteoretisk positionering.....	24
Ontologi, epistemologi och metodologi.....	25
Insiderforskning och reflexivitet	26
Forskarens bakgrund	27
Studiedesign	29
Studie I.....	30

Datainsamling	30
Analys	31
Studie II.....	32
Deltagare	33
Designprocessen.....	33
Datainsamling	34
Analys	35
Studie III	36
Struktur för medarbetardriven innovation	37
Deltagare	38
Datainsamling	38
Analys	38
Studie IV	39
Kliniskt integrerat levande labb.....	40
Datainsamling	41
Analys	42
Resultat	43
Studie I.....	43
Studie II.....	44
Studie III	46
Studie IV	47
Etiska överväganden	49
Diskussion.....	52
Resultatdiskussion.....	52
Praktiknära arenor för innovation och lärande i primärvården	52
Levande labb som arena för medarbetardriven innovation	54
Att leda innovation i en resursbegränsad och dynamisk primärvård.....	55
Den dynamiska primärvårdsorganisationen.....	57
Praktiska implikationer	60
Metoddiskussion	62

Att forska som insider: metodologiska aspekter 62

Studie I 65

Studie II-IV 67

Slutsats 69

Framtida perspektiv..... 71

Användning av generativ AI 73

Omnämmanden 74

Referenser 77

Bilagor 101

FÖRKORTNINGAR

AI	Artificiell intelligens
APT	Arbetsplatsträff
BPSD	Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens
CAS	Complex Adaptive System
FoUII	Forskning, utbildning, utveckling och innovation
MRC	Medical Research Council
RCT	Randomized Controlled Trial
SCB	Statistiska centralbyrån
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
VGR	Västra Götalandsregionen

DEFINITIONER

Arbetsintegrerat lärande (AIL)	Ett tvärvetenskapligt forskningsområde som studerar relationen mellan arbetsliv och lärande. Begreppet omfattar olika former av arbete samt lärande som avser förändrings- och socialisationsprocesser kopplade till kunskap och kompetens (Högskolan Väst, 2024).
Digitalisering	Användning av digital teknik för att utveckla och förändra verksamheter, tjänster och arbetssätt (Nationalencyklopedin, u.å.a).
E-hälsa	Användning av digitala verktyg och digitalt informationsutbyte i syfte att främja och upprätthålla hälsa (Kunskapsguiden, 2022).
God och nära vård	Statlig offentlig utredning (SOU 2019:29) om omställning till en mer tillgänglig, sammanhållen och personcentrerad vård, med stärkt primärvård och vård närmare patienten.
Informatik	Ett vetenskapligt fält som studerar användning, utformning och tillämpning av informationsteknik för att uppnå önskade mål på ett ändamålsenligt sätt (Nationalencyklopedin, u.å.b).
Kollektiv agens	En grupps gemensamma förmåga att nå mål, baserad på delad tilltro till den kollektiva förmågan och samordnat handlande (Bandura, 2000).
5S	En leanmetod för att organisera arbetsplatsen genom sortering, systematisering, städning, standardisering och hållbara arbetsvanor i syfte att minska

slöseri och stödjade kontinuerliga förbättringar
(Hirano, 1995).

Vinnova

Sveriges innovationsmyndighet

INTRODUKTION

Efter 20 år som sjuksköterska fick jag bli en del av en process som kom att förändra min syn på min egen och mina kollegors roll och uppdrag inom hälso- och sjukvården – en erfarenhet som också blev startpunkten för det arbete som så småningom resulterade i denna avhandling.

Under hösten 2015 började jag arbeta på en vårdcentral som vid den tidpunkten var under stor press, med hög personalomsättning, tung arbetsbelastning och en ansträngd arbetsmiljö. En kollega beskrev mycket målande situationen som ett ”sjunkande skepp”. För mig var detta i sig ingen ny erfarenhet, utan snarare ett uttryck för de arbetsförhållanden som ofta präglar hälso- och sjukvården.

Det som däremot var nytt, och för mig omvälvande, var hur vi valde att förstå och hantera situationen. I stället för att försöka arbeta fortare började vi, under vårdcentralchefens ledning, gemensamt utforska de problem vi stod inför – genom att formulera dem tillsammans, pröva olika perspektiv och ompröva invanda arbetssätt. För första gången fick jag uppleva den gemensamma innovationskraft som finns hos hälso- och sjukvårdens medarbetare, och se vad den kan åstadkomma när den samordnas och ges utrymme.

I stället för att skeppet sjönk började vi sakta vända skutan. Erfarenheten fick mig att inse att hälso- och sjukvårdens medarbetare i praktiken har två uppdrag – att ge vård och att utveckla vården. Den väckte också frågor om hur denna innovationskraft kan tas till vara genom arbetssätt och strukturer som främjar deltagande, samverkan och gemensamt lärande i den kliniska vardagen. Dessa frågor väckte nyfikenhet och engagemang, vilket lade grunden för det fortsatta arbetet och denna avhandling.

BAKGRUND

I Sverige är ansvaret för hälso- och sjukvårdens organisering och finansiering fördelat mellan 21 regioner och 290 kommuner. Regionerna ansvarar bland annat för vårdcentraler och sjukhusvård, medan kommunerna ansvarar för vård och omsorg av äldre samt personer med funktionsnedsättning (Glenngård, 2022).

PRIMÄRVÅRD

Primärvården utgör navet i hälso- och sjukvården, såväl i Sverige som internationellt (SOU 2019:29; Starfield, 2012). En välfungerande primärvård lyfts ofta fram som en förutsättning för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (OECD, 2020) och har kopplats till förbättrad folkhälsa oavsett socioekonomisk status (Starfield et al., 2005).

Som första vårdnivå i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har primärvården ett brett och komplext uppdrag att tillgodose befolkningens grundläggande behov av vård (SOU 2019:29). Detta innefattar såväl behandling och omvårdnad vid vanliga vårdbehov som förebyggande och rehabiliterande insatser samt ett ansvar för tillgänglighet och kontinuitet. Därutöver har primärvården en central funktion i att samordna patienters vårdinsatser (SFS 2017:30).

Ansvaret för primärvården delas mellan kommuner och regioner. Den regionala primärvården omfattar flera verksamheter, där vårdcentraler som organiseras genom vårdvalssystem utgör en central del. Den kommunala primärvården har ett motsvarande uppdrag men är huvudsakligen avgränsad till personer med kommunala omsorgsinsatser, medan läkarinsatser tillhandahålls av regionerna (Sveriges Kommuner och Regioner, 2024). I denna avhandling avgränsas primärvårdsbegreppet till att avse vårdcentraler.

DEN SVENSKA PRIMÄRVÅRDENS OMSTÄLLNING

Primärvården i Sverige har under de senaste decennierna genomgått betydande omstruktureringar. Från att huvudsakligen ha bedrivits i offentlig regi har den

sedan 2007 präglats av ökad valfrihet och konkurrens. Detta har inte minst skett genom vårdvalsreformen 2010, som möjliggjorde fri etablering för vårdgivare som uppfyller regionernas krav samt patienters fria val av vårdgivare (Anell, 2011; Glenngård, 2022). Sådana reformer syftar till att genom marknadsmekanismer förbättra kvalitet, effektivitet och patientfokus (Le Grand, 2009). Idag finns det ungefär 1 200 vårdcentraler i Sverige (Glenngård, 2022), varav cirka 46 % är privat ägda och resterande offentliga (Ludvigsson et al., 2025). Den statliga utredningen *God och nära vård* (SOU 2019:29), som grundade sig på Stiernstedts slutbetänkande *Effektiv vård* (SOU 2016:2), initierade en långsiktig omställning av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. I denna omställning stärks primärvårdens roll som nav i vården, samtidigt som fokus förskjuts från sjukhusbaserad till mer nära och personcentrerad vård. Omställningen sätter fokus på ökad tillgänglighet, kontinuitet, jämlikhet och samordning, där primärvården utgör första linjens vård och har ett tydligt ansvar för att samordna patienters vårdinsatser över vårdnivåer (SOU 2019:29).

Trots att primärvården endast står för en femtedel av hälso- och sjukvårdens kostnader, svarar den för en betydande del av vårdproduktionen (Sveriges Kommuner och Regioner, 2024). Omkring 80 % av Sveriges befolkning besöker en vårdcentral minst en gång per år, och över 10 % gör fler än sex besök (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020). Under 2023 ägde 61 % av de fysiska vårdbesöken inom den regionala hälso- och sjukvården rum i primärvården, vilket motsvarar över 40 miljoner besök. Därutöver registrerades drygt 18 miljoner distanskontakter (Sveriges Kommuner och Regioner, 2024). De redan höga kraven på effektivitet och kostnadskontroll inom vården förväntas öka ytterligare och kan ses som en del av en bredare strukturell utveckling, driven av demografiska förändringar och förändrade politiska, ekonomiska och teknologiska villkor (Ekman & Ellegård, 2023).

Det råder en bred enighet om att hälsoinnovationer och nya digitala teknologier har potential att hantera en del av de utmaningar som dagens och framtidens hälso- och sjukvård står inför (Ekman & Ellegård, 2023), inte minst inom primärvården (Islam, 2021). Hälsoinnovationer förväntas driva snabba och genomgripande förändringar i hälso- och sjukvården, bland annat genom att stärka det förebyggande arbetet och den individanpassade vården, utveckla teknologistödda vårdmodeller samt möjliggöra mer integrerade och flexibla

former för samverkan och för hur vård ges (Islam, 2021). I linje med detta har Sverige ett uttalat mål och en nationell strategi som syftar till att tillvarata digitaliseringens och e-hälsans möjligheter för att stärka välfärden samt främja en god och jämlik hälsa (Regeringskansliet, 2016). Parallellt med de strukturella och organisatoriska förändringarna pågår därför en omfattande digital utveckling inom den svenska primärvården (Fernemark et al., 2020; Sveriges Kommuner och Regioner, 2024). Digitaliseringen drivs av innovation och nytänkande och medför ett behov av nya arbetssätt och organisatoriska processer i takt med att ny teknik implementeras i primärvården. Samtidigt är det viktigt att innovationer och teknisk utveckling stödjer primärvårdens kärnvärden, såsom tillgänglighet, kontinuitet och personcentrerad vård, för att vara meningsfulla (Starfield, 2012).

PRIMÄRVÅRDEN SOM ARENA FÖR INNOVATION

Dagens hälso- och sjukvård i Sverige är till stor del ett resultat av de senaste 50-60 årens sjukhuscentrerade innovationskultur, där framför allt de större universitetssjukhusen fyllde rollen som effektiva innovationssystem för utveckling av nya och banbrytande medicintekniska lösningar. Innovation drevs i stor utsträckning av forskande läkare, som med hjälp av sjukhusens tekniska resurser utvecklade prototyper som testades och senare, i samverkan med näringslivet, industrialiserades (Hedefjäll & Strand Backman, 2019). Primärvården hade då en mer förvaltande roll, med fokus på basal vård och kontinuitet, snarare än att vara innovationsdrivande.

Vårdvalsreformen under det tidiga 2000-talet utgjorde en viktig brytpunkt för primärvården, som därigenom exponerades för konkurrens och marknadskrafter. Delar av primärvården kom därmed att verka inom en mer entreprenöriell logik (Furmark & Molin, 2023), med ett ökat fokus på effektivitet, tillgänglighet och nya arbetssätt. Samtidigt ökade komplexiteten och fragmenteringen i primärvården i takt med en växande mångfald av aktörer och driftsformer. I och med primärvårdsreformen *God och nära vård* (SOU 2019:29) har det politiska fokuset successivt förskjutits från sjukhusvård till primärvården som hälso- och sjukvårdssystemets centrala organisatör. Denna utveckling pekar mot att primärvården blir en allt viktigare arena för innovation och utveckling. Även om innovation inte explicit lyfts fram i utredningen kan den förstås som en implicit konsekvens av omställningen och

som en central förutsättning för utvecklingen av nya sätt att organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvård. Exempelvis betonas behovet av kunskapsproduktion och klinisk forskning nära patienten i primärvården, vilket är centralt för utvecklingen av nya tjänster, arbetssätt och vårdmodeller (SOU 2019:29).

Trots Sveriges generellt starka innovationskapacitet förefaller hälso- och sjukvården ha svårt att omsätta denna i praktiken (Sveriges riksdag, 2024). Sedan 1990-talet har exempelvis hälso- och sjukvården blivit alltmer reglerad, bland annat genom lagen om offentlig upphandling, krav på systematisk utvärdering av nya medicinska metoder och teknologier samt en förstärkt ekonomisk styrning. Detta har förändrat villkoren för innovation och evidensskapande samverkan mellan vård och näringsliv (Hedefjäll & Strand Backman, 2019) och ställer krav på nya sätt att organisera innovation och samverkan. Utöver strukturella barriärer, såsom lagstiftning och styrning, finns även organisatoriska barriärer (bristande samordning, otydliga processer och ineffektiva infrastrukturer) och professionella barriärer (relaterade till kunskap, incitament, attityder och ledarskap) (Socialstyrelsen, 2017, 2019). Haring et al. (2022) menar att innovationshinder kan förstås som uttryck för strukturella spänningar inom hälso- och sjukvårdssystemet, där olika aktörers krav, värderingar och arbetslogiker interagerar med komplexa styr- och regelverk. Detta bidrar till att konflikter uppstår och att innovation försvåras. Sammantaget indikerar detta att hinder för innovation i hälso- och sjukvårdskontexten i stor utsträckning är systemiskt genererade och sprungna ur systemets inneboende komplexitet. Ett systemorienterat angreppssätt kan därmed skapa bättre förutsättningar för innovation och hantering av komplexa samhällsproblem (SOU 2013:40).

Betydelsen av forskning inom primärvården samt behovet av fortsatt kunskapsutveckling är tydliga (SOU 2019:29). Inom den samtida forskningen om innovation i primärvården utgör implementeringen av digitala teknologier, såsom telemedicin, mobilappar och distansmonitorering, en framträdande trend (Frennert et al., 2024; Piera-Jiménez et al., 2024). Särskilt i glesbygdsområden syftar dessa teknologier till att förbättra tillgången till vård samt minska kostnader och resbehov (MacAskill et al., 2026). Även artificiell intelligens (AI) är ett växande forskningsområde med tillämpningar främst inom kliniskt beslutsstöd, diagnostik och riskprediktion (Iannone et al., 2025).

Samtidigt betonar forskningen att införandet av dessa teknologier är förknippat med organisatoriska och etiska utmaningar, vilket kräver en medveten och kontextanpassad implementering (Allen et al., 2026). Innovation i primärvård omfattar dock inte enbart tekniska lösningar. Flera studier lyfter även betydelsen av process- och organisatoriska innovationer, såsom förändrade arbetssätt (Avby et al., 2019), multidisciplinära team (Bates et al., 2025), integrerade vårdmodeller (Mezzalana et al., 2024) samt organisatoriska förutsättningar för innovation (Avby et al., 2019). Sammantaget visar forskning att framgångsrik innovation i primärvården förutsätter en integrerad ansats där teknologiska lösningar kombineras med organisatoriska förutsättningar såsom exempelvis kultur, ledarskap, användarinvolvering, samskapande och anpassning till den lokala vårdkontexten (Kosiol et al., 2024; Levander et al., 2023).

INNOVATION

Innovationslitteraturen utgör ett omfattande och tvärvetenskapligt forskningsfält i kontinuerlig utveckling (Fagerberg & Verspagen, 2009). Begreppet innovation har breddats över tid och saknar en klar och entydig definition (Farchi & Salge, 2017), vilket gör det särskilt viktigt att tydliggöra hur det förstås i denna avhandling.

West och Farris (1990) definition av innovation på arbetsplatsen är en av de mest använda inom forskningsfältet (Anderson et al., 2004). De definierar innovation som *”den avsiktliga introduktionen och tillämpningen av idéer, processer, produkter eller procedurer inom en roll, grupp eller organisation som är nya för den aktuella enheten, och som syftar till att skapa betydande nytta för individen, gruppen, organisationen eller samhället i stort”* (West & Farr, 1990, s. 9). Innovation beskrivs här som en *medveten* process där idéer utvecklas, implementeras och omsätts i praktisk nytta. Samtidigt präglas innovationsprocesser i arbetet ofta av andra logiker: de är pågående, framväxande, spontana och informella, och inte nödvändigtvis planerade eller en del av organisationens uttalade agenda (Fuglsang, 2010; Høyrup, 2012). Snarare än att ställa dessa perspektiv mot varandra, förstås innovation i denna avhandling som ett spektrum av processer som sträcker sig från formellt planerade och medvetet styrda initiativ till informella och framväxande praktiker. Detta innebär att även oplanerade och spontana inslag i det dagliga

arbetet inkluderas i förståelsen av innovation, i den mån de tillämpas och skapar värde i praktiken.

En innovation förutsätter också en grad av nyhet i det sammanhang där den introduceras och implementeras. I denna avhandling förstås nyhet i termer av relativ snarare än absolut nyhet (West, 2002), vilket innebär att det avgörande är om något är nytt för den aktuella enheten, inte om det är nytt i en vidare mening. Detta synsätt utgår från att innovation sällan innebär att något skapas från grunden, utan snarare att befintliga idéer och arbetssätt kombineras, anpassas och vidareutvecklas i relation till specifika organisatoriska förutsättningar (Lam, 2010). Vad som räknas som nytt blir därmed kontextberoende och knutet till hur det uppfattas och ges mening i den aktuella praktiken (Tidd et al., 2020).

DIMENSIONER AV INNOVATION

Innovationer beskrivs ofta utifrån dimensionerna förändringgrad och skalbarhet. Den första dimensionen avser omfattningen av den förändring som innovationen innebär, den andra i vilken utsträckning innovationen kan spridas och tillämpas i andra sammanhang (Cederberg et al., 2017). Utifrån graden av förändring kan innovationer anta olika karaktär, där *radikala* innovationer innebär mer genomgripande förändringar inom ett visst område, medan *inkrementella* kännetecknas av små, stegvisa förbättringar av befintliga praktiker (Tidd et al., 2020). Skalbarhet samvarierar ofta med innovationens förändringsgrad, där en högre grad av skalbarhet vanligen förknippas med mer genomgripande innovationer (Cederberg et al., 2017).

Många innovationer inom hälso- och sjukvården är inkrementella (Flessa & Huebner, 2021). Samtidigt är gränsen mellan inkrementell innovation och kontinuerligt förbättringsarbete ofta svår att dra, eftersom båda består av successiva förbättringar över tid (Socialstyrelsen, 2024). Skalbarhet utgör dock en möjlig distinktion, där inkrementella innovationer introducerar något nytt som har potential att spridas bortom den lokala kontexten (Cederberg et al., 2017). Samtidigt problematiseras denna uppdelning av Bessant och Caffyn (1997, s. 10) som snarare beskriver kontinuerlig förbättring som ”*en organisationsövergripande process av fokuserad och långsiktig inkrementell innovation*”. Ur detta perspektiv framträder inkrementella innovationer som

resultat av kontinuerligt förbättringsarbete, där små förbättringar över tid ackumuleras (Bessant & Caffyn, 1997) och sammantaget kan få betydande organisatoriska konsekvenser (Høyrup, 2012). Enligt Kenny och Reedy (2006) kännetecknas en innovativ kultur av att kontinuerligt förbättringsarbete utgör en norm i hela organisationen. Organisationer som präglas av en förbättringskultur tenderar även att uppvisa högre grad av medarbetarengagemang och öppenhet i idéutbyte, vilket skapar förutsättningar för innovation (Lizarelli et al., 2022).

FORMER AV INNOVATION

Socialstyrelsen (2019) skiljer mellan fem former av innovationer inom hälso- och sjukvården: produktinnovation, tjänsteinnovation, processinnovation, organisatorisk innovation och systeminnovation. Produkt- och tjänsteinnovationer avser utveckling av nya produkter respektive tjänster, medan processinnovationer rör förändrade arbetssätt. Organisatoriska innovationer handlar om nya sätt att strukturera vård och omsorg, och systeminnovationer innebär mer genomgripande förändringar som påverkar hur hälso- och sjukvårdssystemet fungerar på ett mer övergripande sätt, exempelvis genom förändrad lagstiftning.

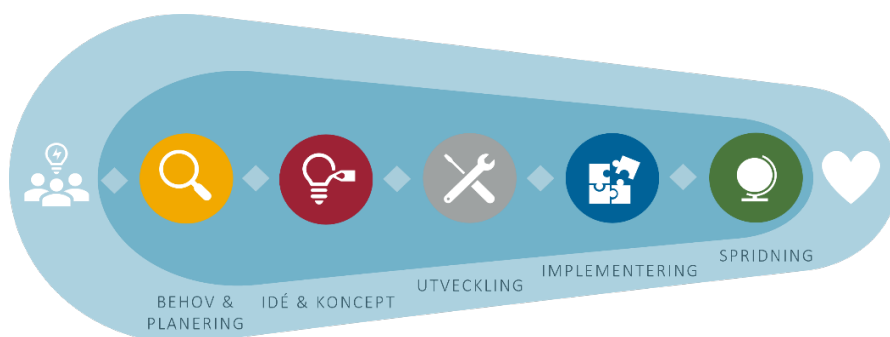
I praktiken är det dock ofta svårt att dra skarpa gränser mellan innovationstyperna, eftersom de är nära sammanlänkade och ömsesidigt beroende. Detta kan exempelvis illustreras av digitala plattformar (produkt), som möjliggör digitala vårdtjänster (tjänst), vilket påverkar arbetssätt i kliniken (process) och organisering av vården (organisatorisk innovation), samt i förlängningen har gett upphov till förändringar i regelverk för digital vård (systeminnovation). Detta belyser hur innovationer inom hälso- och sjukvården ofta är systemiskt sammanflätade snarare än isolerade fenomen och därför bäst förstås utifrån ett systemperspektiv (SOU 2013:40).

I en studie gjord inom svensk primärvård identifierade Avby (2019) främst tjänste-, process- och organisatoriska innovationer. Tjänsteinnovationerna omfattade bland annat e-hälsotjänster, förändrade öppettider och multiprofessionella team för patienter med komplexa behov. Processinnovationerna bestod av nya arbetssätt, såsom triagering till andra vårdprofessioner och inrättandet av en särskild sårsmottagning. De

organisatoriska innovationerna rörde nya enheter och funktioner, exempelvis drop-in-mottagningar, integrerade medicinska mottagningar och vårdcentraler samt utbildningsverksamhet. Även om denna avhandling berör samtliga innovationstyper som identifieras av Socialstyrelsen (2019), med undantag för systemiska innovationer, ligger fokus främst på process- och organisatoriska innovationer.

INNOVATIONSPROCESSEN

Innovationslitteraturen beskriver vanligtvis innovationsprocessen som en serie organiserade aktiviteter eller faser som syftar till att utveckla och implementera nya idéer, produkter eller arbetssätt (Garud et al., 2013; OECD & Eurostat, 2018). Även om faserna kan skilja sig åt mellan olika modeller, fungerar de som logikmodeller som på ett förenklat och linjärt sätt illustrerar hur en innovation tar form (OECD & Eurostat, 2018). Trots att verkligheten är betydligt mer dynamisk och komplex än vad dessa modeller antyder (Garud et al., 2013), kan de vara värdefulla verktyg för att planera, genomföra och implementera innovation i praktiskt innovationsarbete. I denna avhandling illustreras innovationsprocessen med utgångspunkt i Västra Götalandsregionens (VGR) modell (Västra Götalandsregionen, 2025), eftersom den i stor utsträckning har legat till grund för innovationsprojekten i det levande labbet (figur 1).



Figur 1. Översikt av Västra Götalandsregionens innovationsprocess.
Illustration: Innovationsplattformen. Återgiven med tillstånd.

VGR:s innovationsprocess består av fem faser. I den första fasen, *behov och planering*, kartläggs det problem och de behov som innovationen ska adressera. I den andra fasen, *idé och koncept*, genereras, testas och utvärderas potentiella lösningar för att se vilket koncept som bäst svarar mot de identifierade behoven. Den tredje fasen, *utveckling*, inriktas på att utveckla och validera den valda lösningen samt planera för implementering, utvärdering och långsiktig förvaltning. I den fjärde fasen, *implementering*, införs lösningen i hela eller delar av den ordinarie verksamheten. I den femte och sista fasen, *spredning*, utvärderas och vid behov anpassas lösningen för att möjliggöra bredare användning (Västra Götalandsregionen, 2025).

PRAKTIKNÄRA INNOVATION OCH LÄRANDE

Innovation och lärande är nära sammankopplade och framställs ofta som ömsesidigt beroende processer som utvecklas parallellt (Lemmetty & Billett, 2023). I arbetslivet uppstår innovation vanligen genom lärande i arbetspraktiken, där medarbetare utvecklar nya arbetssätt och rutiner i sitt dagliga arbete (Høyrup, 2010). Ellström (2010) beskriver hur lärande och innovation kan förstås genom samspelet mellan adaptiva och innovativa lärprocesser. Adaptivt lärande utgår från en explicit arbetsprocess, där individen lär sig genom att anpassa sina handlingar till etablerade regler och arbetsmetoder. Innovativt lärande är däremot kopplat till den implicita arbetsprocessen och innebär att individer reflekterar, omtolkar och utvecklar nya lösningar när etablerade arbetssätt inte räcker till (Ellström, 2010). I praktiken finns ofta en viss diskrepans mellan formellt fastställda arbetsprocesser och deras faktiska utförande (Meyer & Rowan, 1977), och Ellström (2010) menar att det är just i spänningsfältet mellan dessa dimensioner som potentialen för praktikbaserad innovation uppstår.

Lemmetty och Billett (2023) knyter an till Ellströms (2010) resonemang och menar att medarbetardriven innovation inbegriper både adaptiva och innovativa lärprocesser. Kunskap om befintliga innovationer (adaptivt lärande) kan fungera som en grund för att utveckla något nytt (innovativt lärande) och därigenom bidra till utvecklingen av nya innovationer. Detta överensstämmer med Lams (2005, s. 14) definition av innovation som en ”*process av lärande och kunskapsskapande genom vilken nya problem definieras och ny kunskap utvecklas för att lösa dem*”. I likhet med lärande kan innovation betraktas som

en kollektiv process som utvecklas genom social interaktion (Lam, 2005; Sundbo, 2003) inom specifika kulturhistoriska och sociala sammanhang (Lemmetty & Billett, 2023). Innovation, liksom lärande, kan därmed förstås inom ramen för ett sociokulturellt perspektiv, vilket beskrivs närmare i avsnittet om teoretiska utgångspunkter.

STRUKTURER OCH ANSATSER FÖR PRAKTIKNÄRA INNOVATION

LEVANDE LABB

I takt med att behovet av mer öppna och förankrade strukturer för innovation i hälso- och sjukvården uppmärksammas alltmer (Lindgård, 2025), framträder olika former av testmiljöer som en möjlig ansats för att möta dessa behov. Litteraturen beskriver flera typer av innovations- och testmiljöer, där testbäddar (Jabin et al., 2022) och levande labb (Kim et al., 2020) framstår som särskilt framträdande inom hälso- och sjukvårdssektorn. Medan testbäddar erbjuder kontrollerade laboratoriemiljöer för utveckling och utvärdering av innovationer, möjliggör levande labb testning och utveckling i verkliga användarmiljöer (Ballon et al, 2005). Vinnova (2018) gör dock inte samma distinktion utan kategoriserar testbäddar i svensk kontext utifrån laboratoriemiljö, simulerad miljö eller verklig miljö. Den testmiljö som studeras i denna avhandling ligger närmast det som i den internationella litteraturen benämns levande labb, men kan enligt Vinnovas kategorisering även beskrivas som en testbädd i verklig miljö.

Levande labb kan beskrivas som miljöer där utveckling, testning och validering av nya lösningar sker i nära samverkan mellan flera aktörer och i verkliga användningskontexter (Westerlund & Leminen, 2011). De kan fungera både som en samverkansarena för innovation och som en innovationsstrategi (Bergvall-Kåreborn & Ståhlbröst, 2009). I denna avhandling framträder begreppet i båda dessa betydelser [II, IV].

Just samverkan är ett framträdande drag, och levande labb conceptualiseras därför ofta som öppna innovationsnätverk där flera aktörer gemensamt skapar värde (Leminen et al., 2012). Samverkansperspektivet vilar på Chesbroughs

(2003) begrepp om öppen innovation, där intern forskning och utveckling kombineras med extern kunskap. I levande labb tar detta form genom samverkan mellan aktörer från akademi, näringsliv, offentlig sektor och civilsamhälle (Westerlund & Leminen, 2011), vilket möjliggör integration av olika perspektiv och kompetenser i innovationsprocessen. Inom hälso- och sjukvården är sådana samskapande strategier centrala för utvecklingen av mer holistiska vårdinnovationer (Larisch et al., 2016).

Levande labb kännetecknas av att utveckling, test och validering sker i verkliga användarmiljöer (Bergvall-Kåreborn et al., 2009), vilket möjliggör att innovationer formas och anpassas till den kontext i vilken de förväntas fungera och skapa värde (Almirall et al., 2012). Samtidigt sätter det användarnas roll i innovationsprocessen i fokus, och positionerar levande labb som en deltagarorienterad innovationsansats där användare ses som aktiva och kompetenta partners (Bergvall-Kåreborn et al., 2009; Dell'Era & Landoni, 2014). I hälso- och sjukvårdskontexter utgörs användarna främst av patienter, anhöriga och vårdpersonal, men även av medborgare. Användarinvolvering i innovationsprocesser kan ta sig olika uttryck och variera i graden av aktivitet, delaktighet och kreativt inflytande (Leminen et al., 2014). Det är dock inte främst omfattningen av deltagande som är avgörande, utan snarare vilket inflytande användare ges i beslutsprocesser samt kvaliteten i interaktionen mellan deltagande parter (Bergvall-Kåreborn et al., 2010). Metoder för användarinvolvering behöver därför kontinuerligt reflekteras över, utvärderas och utvecklas i dialog med användarnas erfarenheter. Sammantaget belyser detta användarinvolveringens dynamiska och iterativa karaktär i levande labbmiljöer (Huang et al., 2024).

LEVANDE LABB INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Levande labb är fortfarande relativt ovanliga inom hälso- och sjukvården (Archibald et al., 2021), men har på senare tid fått ökad uppmärksamhet i innovationsforskningen inom vårdsektorn (Kim et al., 2020; Zipfel et al., 2022), inte minst inom primärvården (Russo-Spena et al., 2025). En litteraturöversikt av Russo-Spena et al. (2025) visar att levande labb inom primärvården särskilt fokuserar på hantering av kroniska sjukdomar, såsom hjärt-kärlsjukdomar och diabetes (Benvenuto et al., 2017; Kanstrup, 2014), men även insatser inriktade på prevention (Dietrich et al., 2021) och psykisk

hälsa (Palmer et al., 2023).

Genom sin deltagarorienterade och samskapande ansats beskrivs levande labb som särskilt lämpade för att hantera komplexa samhällsproblem, så kallade *wicked problems* (European Network of Living Labs, u.å.). Sådana problem är vanligt förekommande inom hälso- och sjukvården (Petrie & Peters, 2020) och kännetecknas av att de är svåra att definiera, saknar tydliga lösningar samt involverar många aktörer med skilda perspektiv och intressen (Rittel & Webber, 1973). I detta sammanhang kan samverkan bidra till att reducera innovationsrisker, exempelvis genom att minska risken för att utvecklade lösningar inte motsvarar användarnas behov, att investeringar görs utan efterfrågan eller att offentliga aktörer ställs inför lösningar som är kostsamma eller svåra att skala upp (Agogué et al., 2013). Levande labb-metoden är särskilt relevant vid utveckling av innovationer riktade till äldre (Kim et al., 2020) samt när ny teknik behöver anpassas till specifika användargrupper eller användningskontexter (Almirall et al., 2012).

Samtidigt finns flera utmaningar med levande labb i hälso- och sjukvården. Forskning visar bland annat på begränsad delaktighet och engagemang bland medverkande aktörer, utmaningar i att involvera patienter i projekten, tekniska problem samt organisatoriska utmaningar kopplade till integrationen av ny teknik i befintliga system och arbetsprocesser. Därtill kan otydliga roller och förväntningar bland samverkande aktörer bidra till konflikter och missförstånd (Andersen et al., 2018; Kanstrup, 2017; Swinkels et al., 2018). Levande labb-metoden kan dessutom aktualisera etiska frågor (Sainz, 2012).

MEDARBETARDRIVEN INNOVATION

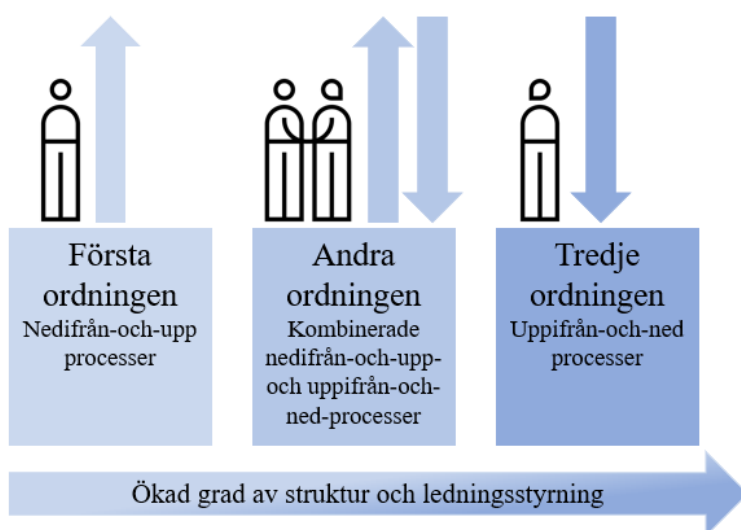
Medarbetare har genom alla tider bidragit till utvecklings- och förbättringsarbete på arbetsplatsen. Trots detta har innovation traditionellt betraktats som en ledningsdriven och expertbaserad aktivitet, skild från den dagliga praktiken (Høyrup, 2010). Under de senaste decennierna har forskningen i ökande grad uppmärksammat medarbetares bidrag till innovationsprocesser, där deras initiativförmåga och erfarenhets- och kontextbaserade kunskap utgör en central grund för innovation och lärande inom organisationer (Sundbo, 2003; Høyrup, 2012).

Medarbetardriven innovation avser processer där nya idéer uppstår, utvecklas och implementeras av medarbetare i och genom det dagliga arbetet. Høyrup (2012, s. 8) definierar detta som *”generering och implementering av nya idéer, produkter och processer – inklusive det vardagliga omskapandet av arbetsuppgifter och organisatoriska praktiker – som har sitt ursprung i interaktioner mellan medarbetare som inte är formellt utsedda för denna uppgift”*. Innovation framställs här inte som en isolerad händelse, utan som en kontinuerlig praktik, inbäddad i arbetslivets sociala och kontextuella sammanhang (Ellström, 2010). På liknande sätt beskrivs medarbetardriven innovation inom hälso- och sjukvård som *”en deltagarbaserad och lärandeorienterad innovationsprocess som leder till innovationsresultat utvecklade av klinisk och icke klinisk frontlinjepersonal samt chefer”* (Cadeddu et al., 2023, s. 8). I en vårdkontext kan den medarbetardrivna innovationsprocessen dessutom involvera flera aktörer längs patientens vårdförlopp (Cadeddu et al., 2023), vilket understryker dess tvärprofessionella karaktär.

Medarbetardriven innovation är inte knuten till någon specifik innovationstyp och kan vara såväl radikal som inkrementell (Høyrup, 2010). Vissa forskare riktar dock främst uppmärksamheten mot mer genomgripande och strategiskt betydelsefulla innovationer (Kesting & Uhløi, 2010). I offentlig sektor och hälso- och sjukvård framträder emellertid den inkrementella innovationsdimensionen tydligt (Flessa & Huebner, 2021; Fuglsang, 2010), vilket även kännetecknar denna avhandling. Detta utesluter emellertid inte att inkrementella, medarbetarinitierade innovationsprocesser över tid kan få mer genomgripande konsekvenser (Essén & Lindblad, 2013; Wihlman et al., 2014).

Begreppet medarbetardriven innovation kan förstås som ett övergripande ramverk där medarbetarnas deltagande i innovationsprocessen kan anta olika former (Høyrup, 2012; Teglberg-Lefèvre, 2010). Høyrup (2012) identifierar tre olika ordningar av medarbetardriven innovation (figur 2), där den första ordningen kännetecknas av subtila förändringsprocesser inbäddade i det dagliga arbetet. Processerna är renodlat nedifrån-och-upp, där medarbetare självständigt initierar, utvecklar och genomför idéer utan inblandning från ledningen. I den andra ordningen kombineras nedifrån-och-upp- och uppifrån-och-ned-processer, exempelvis genom att innovationsprocessen initieras av medarbetare men organiseras och formaliseras av ledningen. Den

tredje ordningen präglas huvudsakligen av uppifrån-och-ned-processer där ledningen initierar och strukturerar innovationsaktiviteter i vilka medarbetare ges möjlighet att delta. Denna form är mest framträdande inom hälso- och sjukvårdsforskning (Cadeddu et al., 2023). I dessa processer agerar vårdpersonalen utifrån ledningens förväntningar och krav snarare än från egna identifierade behov eller problem i verksamheten (Cadeddu et al., 2023). Detta kan exempelvis ta sig uttryck i implementering av innovationer som initieras genom strategiska ledningsbeslut (Maack et al., 2024). Denna avhandling fokuserar framför allt på medarbetardriven innovation av andra ordningen (studie III och IV), men även den tredje ordningen berörs (IV).



Figur 2. Tre ordningar av medarbetardriven innovation: nedifrån-och-upp, kombinerad, uppifrån-och-ned. Egen figur baserad på Høyrup (2012).

FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR MEDARBETARDRIVEN INNOVATION

Medarbetardriven innovation formas i samspelet mellan arbetsplatsens sociala villkor och medarbetares eget engagemang (Billett, 2012; Lidman et al., 2023). Det handlar alltså inte bara om vilka möjligheter som finns att delta i innovationsaktiviteter, utan också om i vilken utsträckning medarbetare faktiskt väljer att använda dem. En arbetsplats kan erbjuda stort handlingsutrymme, men innovation uppstår först när någon tar initiativ, prövar idéer och driver dem vidare. För att medarbetardriven innovation ska realiseras

krävs därför inte enbart organisatoriska strukturer som stödjer delaktighet, utan även medarbetares engagemang (Billett, 2012).

Förmågan till lärande och innovation samt uthållighet i innovationsprocesser påverkas av individers subjektiva läranderesurser. Sådana resurser kan exempelvis vara tidigare erfarenheter, kunskap och förståelse för arbetsuppgiften samt självförtroende och yrkesidentitet (Ellström, 2001). I praktiken varierar därför viljan till förändring och innovation samt uthållighet i innovationsprocesser mellan individer. Rädsla för förändring, misslyckande eller ökad arbetsbelastning kan spela in, liksom personliga erfarenheter, livsfas och privat situation (Bank & Raza, 2014; Lidman et al., 2023).

Ledarskapet formar i hög grad arbetsplatsens sociala villkor och handlingsutrymme för innovation och utveckling (Andersson et al., 2023). När ledarskapet präglas av öppen kommunikation, tillit och delaktighet skapas psykologisk trygghet, där medarbetare kan dela idéer och pröva nya arbetssätt utan rädsla för negativa konsekvenser (Berglund et al., 2024; Carmeli et al., 2010). Ett sådant ledarskap innebär också att ansvar delegeras, vilket ger medarbetare autonomi och handlingsutrymme att initiera och driva innovation (Aasen et al., 2012; Kesting & Ulhøi, 2010). Samtidigt visar forskning att ett effektivt ledarskap förenar relations- och uppgiftsfokus, där det senare innefattar att organisera, planera och följa upp arbetet (Amabile et al., 2004) samt att säkerställa tillgång till tid och resurser och ge återkoppling på resultat (Ullrich et al., 2023).

Organisatoriska strukturer, processer och verktyg kan stödja medarbetardriven innovation (Amundsen et al., 2014). Om medarbetares idéer flödar fritt, utan samordning, kan innovationsprocesserna bli svåra för ledningen att överblicka och styra (Høyup, 2012; Kesting & Ulhøi, 2010). Brist på stödjande strukturer ökar dessutom risken att värdefulla initiativ förbises eller inte vidareutvecklas (Amundsen et al., 2014; Kesting & Ulhøi, 2010). Å andra sidan kan en alltför hög grad av struktur och kontroll hämma medarbetares kreativitet och innovationsvilja (Teglborg-Lefèvre, 2010). Organisatoriska strukturer och arbetsmiljöfaktorer behöver därför balanseras och samverka med medarbetares kreativitet och inre motivation att driva innovation (Amabile & Pratt, 2016; Jiang et al., 2023). På ett liknande sätt visar Aasen et al. (2012) att ett välfungerande samspel mellan 1) ändamålsenliga strukturer och verktyg, 2)

ledningens och medarbetarnas praktiker samt 3) organisationskultur stärker organisationers innovationskapacitet.

LEAN SOM EN GRUND FÖR MEDARBETARDRIVEN INNOVATION

Medan det medarbetardrivna förhållningssättet till innovation har sina rötter i lärandeteorier, såsom Ellströms (2010) modell om adaptivt och innovativt lärande eller lärande på arbetsplatsen (Lemmetty & Billett, 2023; Høyrup, 2010), bygger leanfilosofin på principer för produktionsstyrning utvecklade inom bilindustrin (Womack et al., 2007). Filosofin har därefter spridits och anpassats till en rad olika branscher, inklusive hälso- och sjukvården (Cohen, 2018). Grundtanken inom Lean är att skapa största möjliga värde för kunden (i vårdens kontext patienten) genom att eliminera slöseri och optimera flöden (Joosten et al., 2009; Womack & Jones, 2003). Slöseri avser aktiviteter som tar resurser utan att skapa värde för kunden, exempelvis väntetider, dubbelarbete eller överproduktion (Womack & Jones, 2003). Kontinuerliga förbättringar, ofta benämnd Kaizen ("förändring till det bättre"), är en grundläggande princip inom Lean. Den innebär att organisationen fortlöpande arbetar med små, stegvisa förändringar i syfte att förbättra kvalitet och effektivitet (Brunet & New, 2003). Filosofin bygger på delaktighet, där medarbetarnas kompetens och engagemang tas till vara, vilket stärker både arbetslivskvalitet och psykologiskt välbefinnande (Brunet & New, 2003). Leankonceptet omfattar även en verktygslåda av metoder och tekniker som syftar till att stärka individers möjligheter till delaktighet och handlingsutrymme (Fagerlind Ståhl et al., 2015). Inom hälso- och sjukvården används olika typer av leanverktyg, exempelvis visuella uppföljnings- eller uppgiftstavlor, standardiserat arbete (t.ex. 5S) och värdeflödeskartläggning (Antonsen & Bye, 2020; Lindskog et al., 2017).

Leanverktyg kan ur ett sociokulturellt perspektiv ses som kulturella verktyg, som medierar och möjliggör interaktion, lärande och utveckling (Vygotsky, 1978). När lämpliga verktyg integreras i det dagliga arbetet kan de stödja medarbetardrivna innovation genom intern och extern samverkan kring idéer (Amundsen et al., 2014). Leantavlor (uppgiftstavlor) kan exempelvis främja lärande, utveckling och kontinuerligt förbättringsarbete genom att skapa struktur för planering, genomförande och implementering av projekt (Antonsen & Bye, 2020), och leanpraktiker har kopplats till stärkt

innovationsförmåga (Aoun et al., 2018). Andra empiriska studier visar dock varierande effekter där vissa verktyg, såsom värdeflödeskartläggning och 5S, kan främja innovation, medan andra har begränsad eller negativ inverkan (Lindskog et al., 2017). Detta stärker argumentet för vikten av ändamålsenliga verktyg (Amundsen et al., 2014) och problematiserar ett "one size fits all"-perspektiv. Forskare varnar även för ett överdrivet fokus på leanverktyg och förespråkar i stället ett integrerat angreppssätt som omfattar både sociotekniska och operativa dimensioner, där såväl medarbetarnas roll som de använda verktygen betonas (Halling & Wijk, 2013; Joosten et al., 2009).

Lean i hälso- och sjukvård har i vissa fall kopplats till ökad arbetsintensitet (Hung et al., 2018; Mahmoud et al., 2021). Eftersom hög arbetsbelastning och stress hämmar medarbetares innovationsengagemang (Aslani & Naaranoja, 2015) är det rimligt att anta att arbetsintensifiering har en liknande effekt. En studie i svensk hälso- och sjukvård visar att Lean endast främjar innovationsengagemang och ökar arbetstillfredsställelse i stödjande organisatoriska kontexter med balans mellan resurser och krav (Lindskog et al., 2016). Sammantaget pekar detta på att Lean behöver implementeras i en gynnsam och stödjande miljö för att vara långsiktigt hållbart (Lindskog et al., 2016; Ulhassan et al., 2014).

PROBLEMFORMULERING

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet genomgår omfattande förändringar. I takt med demografiska skiften, en ökad patientgrupp med kroniska och komplexa hälsotillstånd samt utmaningar i kompetensförsörjningen omformas förutsättningarna för primärvården och ställer krav på nya och mer effektiva sätt att organisera och tillhandahålla vård (OECD, 2020). Primärvården positioneras därmed som en central arena för innovation och lärande.

Samtidigt som digitala och teknologiska innovationer ofta lyfts fram som lösningar på både dagens och framtidens komplexa vårdutmaningar (Pennestri & Banfi, 2023), visar forskning att extern samverkan och användarinvolvering är avgörande för att nya lösningar ska användas och skapa värde i praktiken (Larisch et al., 2016; Lieneck et al., 2024). Forskning visar också att innovation i hälso- och sjukvården blir mer hållbar och framgångsrik när den bygger på en kombination av interna resurser, såsom medarbetares tysta kunskap, färdigheter och kompetenser, och samverkan med externa aktörer (Sehgal & Gupta, 2020). I detta sammanhang har praktikinära och deltagarorienterade innovationsansatser, såsom medarbetardriven innovation och levande labb, föreslagits som sätt att möjliggöra samskapande processer och lärande i utvecklingen av vården (Garmann-Johnsen et al., 2020; Zipfel et al., 2022).

Trots detta saknas i stor utsträckning klinikinära innovationsstrukturer och systematiska arbetssätt som stödjer användarinvolvering och samverkan i utveckling, testning och utvärdering av nya lösningar i hälso- och sjukvårdens kliniska kontext (Lindgård, 2025). Detta synliggör ett kunskapsgap kring hur samverkande och deltagarorienterade arbetssätt kan utvecklas och integreras i klinikinära innovationsstrukturer i primärvården, samt vilken betydelse dessa har för lärande och praktikinära innovation.

SYFTE

Avhandlingens övergripande syfte är att undersöka förekomst av och förutsättningar för innovation i primärvården, sett från ett ledningsperspektiv. Vidare är syftet att utforska hur samverkande och deltagarorienterade arbetssätt och strukturer, såsom levande labb och medarbetardriven innovation, kan främja lärande och innovation i en primärvårdskontext.

DELSYFTEN

Studie I

Att utforska innovationsaktiviteter och deras kontextuella förutsättningar i svensk primärvård, så som de uppfattas av vårdcentralchefer.

Studie II

Att utforska hur lärande utvecklas när entreprenörer, hälso- och sjukvårdspersonal och äldre personer samarbetar i ett levande labb inom primärvården.

Studie III

Att utforska medarbetares erfarenheter av medarbetardriven innovation i en primärvårdskontext.

Studie IV

Att utvärdera implementeringsprocessen av ett kliniskt integrerat levande labb vid en svensk vårdcentral, där medarbetardriven innovation används för att möta vårdbehov.

TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Denna avhandling vilar på ett sociokulturellt perspektiv på lärande och utveckling (Vygotsky, 1978; Lemmetty & Billett, 2023). Med detta perspektiv som analytisk lins förstås kunskap, lärande och innovation som situerade och framväxande fenomen som formas i samspel mellan aktörer, kulturella verktyg och organisatoriska strukturer inom primärvårdens praktik.

Medan det sociokulturella perspektivet riktar fokus mot dessa fenomen på en lokal och interaktionell nivå, möjliggör komplexitetsteori en analys av hur innovation och lärande samtidigt ingår i och formas av större system av sammanlänkade relationer. Perspektivet bidrar till förståelse av hur lärande, innovation och anpassning växer fram genom dynamiska samspel och återkopplingsprocesser inom och mellan olika delar av systemet.

SOCIOKULTURELLT PERSPEKTIV

Det sociokulturella perspektivet utgår från att lärande och utveckling är situerade i sociala och kulturella praktiker, snarare än interna och isolerade processer hos individen. De formas i samspel med andra människor och den sociala kontexten (Vygotsky, 1978), vilket innebär att dessa processer är förankrade i specifika sammanhang och utvecklas genom deltagande i sociala praktiker (Säljö, 2011; Lave & Wenger, 2005).

Avhandlingen tar sin utgångspunkt i att medarbetardriven innovation och lärande på arbetsplatsen är nära sammanlänkade. I innovationsprocesser sker lärande både inom individen och i samspel med andra, som en ömsesidig process av anpassning och nyskapande (Lemmetty & Billett, 2023). Lärande sker på så sätt genom en gradvis internalisering, där kunskap och färdigheter som först utvecklas i socialt samspel successivt blir en del av individens egna tänkande och handlande (Vygotsky, 1978). Med utgångspunkt i Vygotskys (1978) teori om den proximala utvecklingszonen kan samverkan över professionsgränser förstås som en mekanism för lärande, där olika kompetenser bidrar till att skapa kunskap och lösningar som är svåra att utveckla på egen hand. Genom aktörernas kompletterande kompetenser skapas förutsättningar för ömsesidigt lärande (Carlson & Stenberg, 2020).

Perspektivet riktar därmed uppmärksamheten mot praktik som analysnivå, där lärande, utveckling och innovation framträder som processer inbäddade i vardagliga arbetsrutiner, normer samt materiella och organisatoriska villkor (Lemmetty & Billett, 2023).

Vidare förstås lärande och utveckling som processer medierade genom kulturella redskap, såsom språk, symbolsystem och olika former av teknologi. Dessa redskap formar handlingar, kommunikation och meningsskapande i praktiken (Wertsch, 1998; John-Steiner & Mahn, 1996). I studie III framstår exempelvis leantavlan som både ett organisatoriskt stöd och ett visuellt verktyg genom vilket innovationsprocesser medieras och kunskap utvecklas och omformas i det dagliga arbetet.

KOMPLEXITETSTEORI

Organisationer, såsom primärvården, kan förstås som öppna system som formas genom kontinuerlig interaktion med sin omgivning (Katz & Kahn, 1970). De består av ömsesidigt beroende delar, där förändringar i en del påverkar helheten (Ackoff, 1971). Inom primärvården kännetecknas dessa relationer av dynamik, återkoppling och kontinuerlig anpassning, vilket motiverar att primärvården i denna avhandling förstås som ett komplext adaptivt system (Complex Adaptive System, CAS) (Plsek & Greenhalgh, 2001). Ett sådant perspektiv utmanar linjära och instrumentella antaganden om förändring och utveckling, och får konsekvenser för hur innovation och utveckling kan förstås och studeras i primärvårdens kontext.

Utifrån detta perspektiv formas innovation inom ramen för systemets dynamik, i det löpande arbetet och i mötet mellan professionella erfarenheter, lokala behov och organisatoriska ramar (Ellström, 2010; Billett et al., 2021). I detta sammanhang framstår inte organisatoriska spänningar, kontextuella faktorer eller så kallade "störfaktorer" som externa hinder, utan som centrala element i de processer genom vilka innovationer utvecklas, anpassas och tar form (Greenhalgh et al., 2004; Khan et al., 2018). Innovationers effekter uppfattas därmed inte som direkta eller förutsägbara, utan uppstår snarare som emergenta fenomen i samspelet mellan innovationen och systemets befintliga relationer, normer och arbetspraktiker. Spridning och implementering av innovationer blir därmed mindre en fråga om överföring av färdiga lösningar

och mer en fråga om hur lösningar översätts, anpassas och omformas i lokala praktiker (Colldén et al., 2018; Røvik, 2008).

Mot denna bakgrund kan utvecklingen och införandet av ett kliniskt integrerat levande labb i primärvården förstås som en komplex intervention (här innovationsstrategi) som verkar inom systemets pågående dynamik, snarare än som ett tydligt avgränsat koncept eller en metod (Skivington et al., 2021). Samtidigt kan ett levande labb även förstås som en arena där primärvårdens komplexitet både synliggörs och kommer till uttryck genom att skapa utrymme för gemensamt utforskande, testning och reflektion i det dagliga arbetet (Nyström et al., 2014). Snarare än att på förhand fastställa vilka effekter ett levande labb ska leda till, sätts i stället fokus på att utforska hur lärande, samarbete och innovation utvecklas över tid.

Även om komplexitetsteorin lyfts fram som ett lovande perspektiv inom hälso- och sjukvårdsforskning, är det värt att notera att den även har mött kritik. Bland annat finns en stor variation och viss begreppsförvirring kring hur komplexitetsteorin definieras och används (Carroll et al., 2023; Thompson et al., 2016). Vidare menar kritiker att tillämpningen inom hälso- och sjukvårdsforskning riskerar att bli ytlig och missvisande, där centrala begrepp används mer som metaforer än som analytiska verktyg (Paley, 2007; Reid, 2002).

I denna avhandling används komplexitetsteorin som ett analytiskt raster snarare än som en sammanhållen och fullt utvecklad teori. Fokus riktas mot interaktion, återkoppling, anpassning och emergens, snarare än mot linjära orsak–verkan-samband, i syfte att förstå hur innovation, lärande och kollektiv handlingsförmåga utvecklas och samspelar i primärvårdens praktik.

MATERIAL OCH METODER

Avhandlingen består av en sammanställning av fyra delstudier (tabell 1). Studierna genomfördes på nationell [I], regional [IV] och lokal nivå [II–IV]. De omfattar både kvalitativa och mixade forskningsansatser (tabell 1).

Studie	I	II	III	IV
Design	Mixad metod Deskriptiv Tvärsnittsstudie	Kvalitativ Explorativ Aktionsforskning	Kvalitativ Explorativ	Kvalitativ Explorativ Processutvärdering
Data	Enkät	Dyadisk intervju Inspelade designmöten E-post	Fokusgrupp	Fokusgrupp Dyadisk intervju Dokument
Deltagare	Vårdcentralchefer (n=392)	Entreprenörer Vårdpersonal Seniorer (n=6)	Läkare Sjuksköterskor Undersköterska Medicinska sekreterare Psykoterapeut (n=16)	Vårdcentralspersonal Områdeschef Vårdcentralchef Teamledare Forskningssamordnare Chefer/ledare inom innovation och FoUUI Stödfunktioner för innovation Seniorer Entreprenörer (n=48)
Analys	Deskriptiv statistik Systematisk textkondensering	Induktiv innehållsanalys	Induktiv innehållsanalys	Systematisk textkondensering

Tabell 1. Översikt över delstudiernas design, datainsamling, deltagare och analys.

VETENSKAPSTEORETISK POSITIONERING

För att möjliggöra en kritisk bedömning av forskningens genomförande och resultat redogörs här för de vetenskapsteoretiska utgångspunkter som ligger till grund för hur denna avhandling närmar sig det empiriska fältet samt hur de studerade fenomenen förstås (Crabtree & Miller, 2022). I detta ingår även en reflektion över forskarens position i forskningsprocessen, eftersom en sådan kontextualisering bidrar till att tydliggöra villkoren för kunskapsproduktionen (Jafar, 2018).

ONTOLOGI, EPISTEMOLOGI OCH METODOLOGI

Ontologi, eller läran om varandet, rör frågor om hur verkligheten kan förstås (Lincoln & Guba, 1985). Inom forskningsfältet praktisknära innovation och lärande i primärvårdens kontext aktualiseras dessa frågor i relation till hur innovation och lärande tar form och får betydelse i vardaglig praktik. I denna avhandling förstås dessa fenomen som två nära sammanflätade och ömsesidigt beroende processer (Lemmetty & Billett, 2023), där kunskapssökande både omformulerar problem och bidrar till utvecklingen av ny kunskap för att hantera dem (Lam, 2005). Detta innebär att även om innovation ofta tar sig uttryck i konkreta artefakter, processer eller organisatoriska strukturer, formas dessa och ges mening i sociala praktiker genom interaktion, mediering och tolkning (Lemmetty & Billett, 2023). Avhandlingen vilar därmed på ett socialkonstruktionistiskt synsätt (Berger & Luckmann, 2011), där innovation inte betraktas som något givet på förhand, utan som något som tillsammans med lärande växer fram i sociala praktiker. Samtidigt uppstår innovation ofta ur medarbetares försök att hantera praktiska problem i det dagliga arbetet (Høyrup, 2012). Detta ligger nära ett pragmatiskt perspektiv på lärande och utveckling, där ny kunskap och nya handlingssätt växer fram genom människors undersökande och handlande i konkreta situationer (Dewey, 1938). Ur detta perspektiv tillskrivs innovationer inget inneboende värde, utan deras betydelse bedöms utifrån de konsekvenser de får i praktiken och hur de bidrar till att hantera konkreta problem i verksamheten.

Avhandlingens ontologiska utgångspunkt är även vägledande för hur epistemologiska frågor om kunskap, dess natur och giltighet formuleras och hanteras (Lincoln & Guba, 1985). I detta avhandlingsarbete förstås människan som en reflekterande och meningsskapande aktör som aktivt tolkar och orienterar sig i sin omvärld. Kunskap betraktas som något som utvecklas i interaktion mellan aktörer samt i relation till kontext och praktik, snarare än som något som existerar oberoende av de praktiker genom vilka det blir till. Epistemologiskt ansluter sig avhandlingen därmed till en socialkonstruktionistisk kunskapssyn, där kunskap förstås som socialt, kulturellt och historiskt situerad och därför föränderlig (Berger & Luckmann, 2011; Burr, 2025). Vidare kompletteras denna kunskapssyn med ett pragmatiskt perspektiv, som betonar kunskapens praktiska relevans. Ur detta perspektiv provas kunskaps värde och giltighet genom dess konsekvenser i

handling och dess förmåga att bidra till förståelse och hantering av konkreta situationer (Dewey, 1938).

Metodologiskt positionerar sig därmed avhandlingen inom den kvalitativa forskningens hägn. Forskningsansatsen grundar sig på en hermeneutisk och dialektisk metodologi där fokus ligger på tolkning och dialog i syfte att skapa förståelse av mening (Guba & Lincoln, 1994). De kvalitativa metoder som har använts i avhandlingens delstudier har sin grund i hermeneutisk fenomenologi som syftar till att tolka och förstå mening i individers levda erfarenheter (Laverty, 2003). Till skillnad från en ren fenomenologisk ansats erkänner hermeneutisk fenomenologi forskarens förförståelse som en integrerad del av kunskapsproduktionen (Laverty, 2003). Forskningsprocessen kan därmed förstås som en ömsesidig kunskapskonstruktion mellan forskare och deltagare, där tolkningar och meningsskapande formas i relation till den sociala kontexten (Finlay, 2002). I motsats till en positivistisk kunskapssyn, där objektivitet eftersträvas genom att minimera forskarens påverkan, betraktas inte denna subjektivitet som ett problem att eliminera (Jafar, 2018). Den förutsätter dock en kontinuerlig självreflexiv praktik, där forskarens position och erfarenheter synliggörs och kritiskt granskas (Finlay, 2002; Laverty, 2003). Mot denna bakgrund blir trovärdighet, överförbarhet, tillförlitlighet och bekräftelsebarhet centrala kriterier för att bedöma forskningens kvalitet (Lincoln & Guba, 1986).

INSIDERFORSKNING OCH REFLEXIVITET

I merparten av studierna i denna avhandling (II, III och IV) har jag haft rollen som insiderforskare. Med insiderforskning avses studier där forskaren undersöker grupper eller sammanhang som forskaren själv är en del av (Kanuha, 2000). Tidigare har insider- och outsiderpositioner beskrivits som tydliga motpoler, där insiders tillhör specifika grupper eller sociala positioner och outsiders står utanför. Detta ansågs medföra olika tillgång till kunskap och skilda analytiska perspektiv (Merton, 1972). Denna dikotoma förståelse har emellertid gradvis ersatts av mer komplexa och nyanserade sätt att betrakta forskarens position i relation till sitt studieobjekt.

I senare metodologiska diskussioner betraktas forskarens position som rörlig och flerdimensionell snarare än som en entydig insider- eller outsiderposition

(Mercer, 2007). Det är exempelvis möjligt att vara insider i en professionell kontext men samtidigt outsider i ett kulturellt avseende, och forskarens egen förståelse av sin position sammanfaller inte nödvändigtvis med deltagarnas (Yip, 2024). På ett liknande sätt kan jag betraktas som insider, i och med att jag arbetar på samma vårdcentral som flera av studiedeltagarna. Samtidigt kan jag ur ett professionellt perspektiv betraktas som outsider i relation till läkare, medicinska sekreterare och undersköterskor. Jag kan även uppfattas som outsider av vissa sjuksköterskor, eftersom mina arbetsuppgifter och arbetssituation i stor utsträckning skiljer sig från deras. I praktiken innebär detta att forskarens position förändras och omförhandlas under forskningsprocessens gång. Därmed kan insider- och outsiderpositioner förstås som ett kontinuum, där positionen är relationell, situationsbunden och föränderlig över tid och mellan olika forskningsmoment (Mercer, 2007).

Studiens kvalitativa ansats och min närhet till studieobjektet aktualiserar frågor om reflexivitet i forskningsprocessen. I denna avhandling förstås reflexivitet som en kontinuerlig och kritisk granskning av hur min egen position, erfarenhet och kontext påverkar forskningsprocessens olika delar (Finlay, 2002). Genom forskningsprocessen har jag praktiserat reflektivt skrivande (Olmos-Vega et al., 2023), framför allt inför och efter datainsamling, med särskilt fokus på metodologiska överväganden, maktförhållanden och etiska aspekter. Samtidigt begränsas denna typ av reflektiv praktik av svårigheten att upptäcka egna blinda fläckar – ”*Hur kan man se det man inte ser?*” (Olmos-Vega et al., 2023, s. 245). Därför lyfts gemensam reflektion med andra forskare ofta fram som en kompletterande strategi, exempelvis genom diskussioner i forskarteamet (Olmos-Vega et al., 2023; Barry et al., 1999). I mitt forskningsarbete har kritiska dialoger med handledare och medforskare därför varit den mest framträdande formen för reflexiv praktik. Denna reflektiva process, liksom de metodologiska utmaningar som uppstått, behandlas mer ingående i metoddiskussionen.

FORSKARENS BAKGRUND

Som en del av den reflexiva ansatsen är det relevant att synliggöra min egen bakgrund i relation till studiens genomförande. Till att börja med är det tydligt att studierna genomfördes i en för mig välkänd kontext, med deltagare som i huvudsak delade samma kulturella bakgrund som jag. Som insiderforskare har

jag både följt och varit en del av verksamheten och innovationsarbetet över tid, genom perioder av både framgång och motgång. Det innebär att jag i stor utsträckning delar erfarenheter med de personer som intervjuats, utan att våra upplevelser nödvändigtvis är desamma. Under doktorandtiden arbetade jag halvtid kliniskt, vilket gav mig en viss distans till den ofta pressade arbetsvardagen på vårdcentralen. Detta kan ha gjort att kollegor periodvis uppfattade mig som delvis ”bortkopplad” från den kliniska verkligheten och att mitt engagemang för innovation kunde upplevas som både stödjande och utmanande.

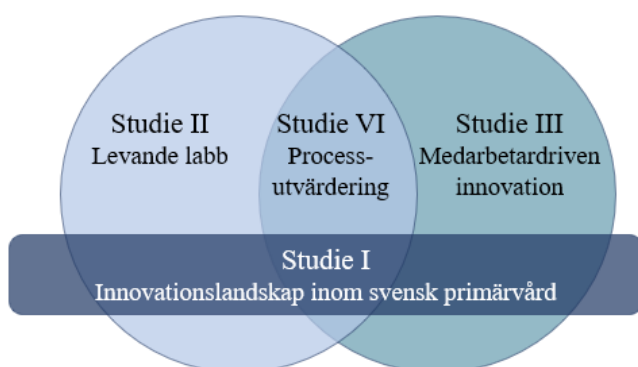
Precis som mina kollegor hade jag till att börja med ingen erfarenhet eller formell kunskap om innovationsarbete i hälso- och sjukvården, utan min förståelse har successivt formats av praktisk erfarenhet och mina akademiska studier. Min breda professionella erfarenhet från bland annat äldreomsorg, slutenvård, akutsjukvård, hemsjukvård och primärvård har gett mig en god förståelse för hälso- och sjukvårdens strukturer, arbetssätt och organisatoriska förutsättningar. De senaste tio åren inom primärvården har dessutom gett mig insikt i hur vårdcentraler fungerar i praktiken och hur det lokala arbetet organiseras. Jag har däremot haft begränsad inblick både i det regionala strategiska FoUUI-arbetet (Forskning, Utbildning, Utveckling, och Innovation) inom primär och nära vård samt i akademien, även om min kunskap successivt har fördjupats genom forskningen och engagemanget i det levande labbet.

Med rötterna i vårdvetenskap kommer jag från en tvärvetenskaplig forskningstradition som genom teorier och mångsidiga metoder strävar efter att förstå, förklara och utveckla vård och omsorg. Fältet präglas av ett holistiskt perspektiv där människors upplevelser, relationer och sammanhang ses som centrala för att förstå vårdens komplexitet (Allen, 2014). Även om kvantitativa metoder har en tydlig plats inom vårdvetenskapen, har jag främst rört mig inom den tolkande epistemologin. Min vetenskapsteoretiska bakgrund har sannolikt påverkat mitt sätt att närma mig mitt forskningsområde, då det har upplevts naturligt att använda kvalitativa och mixade metoder för att utforska fenomen som inte låter sig fångas enbart genom mätbara variabler. Dessa ansatser blir särskilt relevanta i studier av innovation och lärande i vården, där processer, relationer och organisatorisk dynamik ofta är centrala.

Slutligen hade jag, genom min om än begränsade erfarenhet av vetenskapligt arbete i form av publikation av magisteruppsats och presentation av forskningsresultat, en grundläggande förståelse för den vetenskapliga processen när jag påbörjade doktorandstudierna. Även om min akademiska resa som doktorand till synes har varit krokig, med flera förändringar i disciplinär hemvist (från informatik till arbetsintegrerat lärande (AIL) och slutligen allmänmedicin), har den samtidigt bidragit till värdefulla insikter och perspektiv inom områden som jag annars sannolikt inte hade fördjupat mig i. Studierna inom ämnesområdena informatik och AIL har både breddat och fördjupat min förståelse av innovation som ett komplext fenomen i hälso- och sjukvårdens kontext.

STUDIEDESIGN

Denna sammanläggningsavhandling består av fyra delarbeten. Studie I är en kvantitativ enkätstudie med ett kvalitativt inslag i form av en fritextfråga. Studien ger insyn i innovationslandskapet inom svensk primärvård och utgör på så sätt kontexten för studierna II–IV. Studie II och III är kvalitativa studier som utforskar två praktknära innovationsansatser som bygger på samverkande och deltagarorienterade arbetssätt och strukturer, i form av levande labb [II] och medarbetardriven innovation [III]. I studie IV möts de båda innovationsansatserna i en processutvärdering av implementeringen av ett kliniskt integrerat levande labb, grundat på medarbetarnas aktiva deltagande i innovationsprocessen (figur 3).



Figur 3. Översikt över studiernas inbördes relationer och deras bidrag till avhandlingens övergripande helhet.

STUDIE I

Studie I är en tvärsnittsstudie baserad på en nationell enkät riktad till vårdcentralchefer inom svensk primärvård. Studien hade huvudsakligen en kvantitativ ansats med en inbäddad kvalitativ komponent i form av en fritextfråga, där den kvalitativa delen fungerade som ett komplement till den kvantitativa (Creswell & Plano Clark, 2018).

DATAINSAMLING

För datainsamling användes en modifierad version av Statistiska centralbyråns (SCB) enkät *Innovation inom hälso- och sjukvård*. Originalversionen har tidigare använts i en nationell undersökning inom slutenvård och primärvård, och ligger till grund för rapporten *Innovationer i sjukvården 2012–2013* (Statistiska centralbyrån, 2015). Statistiker vid SCB gav tillstånd att använda frågor från enkäten under förutsättning att ett eget frågeformulär utformades (E. Stendahl, personlig kommunikation, 2023, 23 augusti). Vi fick endast tillgång till den version av enkäten som använts inom slutenvården, vilket krävde vissa språkliga anpassningar, exempelvis att ordet sjukhus ersattes med primärvård eller vårdcentral. Vissa begrepp och formuleringar i instruktionerna modifierades delvis i linje med de uppdateringar som gjorts i SCB:s enkätundersökning om innovation inom offentlig sektor (Statistiska centralbyrån, 2022). Bilaga I visar exempel på ändringar som gjordes.

Enkäten bestod av totalt 30 frågor och inkluderade, utöver bakgrundsfrågor, frågor om typ av innovation, effekter av innovation, stöd för innovation, drivkrafter och strategier, innovationskultur och organisation, vårdcentralens mest betydelsefulla innovation samt medarbetares förutsättningar för delaktighet i innovationsarbete. Bakgrundsfrågorna omfattade respondentens ledande position, tid i rollen, grundprofession, förekomst av disputerad chef eller medarbetare, vårdcentralens ägandeform och geografiska läge samt antal listade patienter och anställda. Frågorna var huvudsakligen utformade som slutna flervalfrågor (exempelvis ja/nej/vet inte eller i hög grad/i viss grad/inte alls/vet inte), men ett par öppna frågor ingick också. Vissa slutna frågor innehöll även möjlighet att lämna ett skriftligt svar om de givna alternativen inte passade.

Datainsamlingen pågick från januari till maj 2024 och inleddes med att samla in e-postadresser till personer med chefsansvar vid samtliga offentliga och privata vårdcentraler i Sverige. Efter att vi kontaktat samtliga regioner och större privata vårdföretag ($n=8$) fick vi tillgång till några listor med kontaktuppgifter till ansvariga vårdcentralchefer. Övriga kontaktuppgifter inhämtades via respektive vårdcentrals webbplats på 1177.se, och kompletterades vid behov med sökningar på LinkedIn eller Google. Av 1 028 möjliga deltagare besvarade 392 enkäten helt eller delvis, varav 261 enkäter var fullständigt besvarade. Detta motsvarar en total svarsfrekvens på 38 % och en svarsfrekvens på 25 % för fullständigt besvarade enkäter. Majoriteten av vårdcentralcheferna hade sin professionella bakgrund inom hälso- och sjukvården och hade haft sin nuvarande chefsposition i 2–5 år. De flesta vårdcentraler var belägna i stadsmiljö och drygt hälften var offentligt ägda.

Enkät och informationsbrev med inbjudan till deltagande skickades digitalt via enkätplattformen esMaker. Deltagare som inte påbörjat eller slutfört enkäten fick påminnelser efter en, två och fyra veckor, vilket innebar totalt fyra utskick. För att analysera det interna bortfallet tillfrågades respondenterna i den sista påminnelsen om orsaker till uteblivet deltagande. Totalt inkom 59 svar och den största anledningen var tidsbrist och prioriteringar.

ANALYS

Analysen inleddes med att helt eller delvis ifyllda enkäter kodades och överfördes till statistikprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 28.0.1.1. Den kvantitativa analysen omfattade deskriptiv statistik och chi-två-test användes för att undersöka samband mellan förekomst av innovation (produkt-, process- eller organisatorisk) och vårdcentralens storlek, geografiska läge, ägandeform samt om chef eller medarbetare var disputerade. När antagandena för chi-två-test inte var uppfyllda användes Fishers exakta test. Statistisk signifikans fastställdes initialt till $\alpha = 0,05$. För att ta hänsyn till multipla jämförelser justerades signifikansnivån därefter till $\alpha = 0,000357$ med Bonferroni-korrektion.

Totalt 216 vårdcentralchefer besvarade fritextfrågan om hur de som chefer skapar förutsättningar för sina medarbetare att delta i innovation och utveckling på arbetsplatsen. Svaren analyserades kvalitativt med systematisk

textkondensering enligt Malterud (2012). Analysen följde en systematisk, iterativ och flexibel process i fyra steg:

1. All data genomlästes upprepade gånger för att skapa en helhetsförståelse och identifiera preliminära teman.
2. Meningsbärande enheter identifierades utifrån studiens syfte och grupperades i koder och subkoder.
3. Subkoderna kondenserades till sammanfattande beskrivningar med bevarad kärnmening.
4. Kondensaten inom varje kodgrupp genererade beskrivningar som återspeglade centrala teman i materialet.

Försteförfattaren (SS) ansvarade för analysen, som genomfördes och kvalitetssäkrades i dialog med handledarna IS och E-LP.

STUDIE II

Studie II var en kvalitativ, explorativ studie med inslag av aktionsforskning. Aktionsforskning erbjuder en metodologisk ram för samverkansforskning genom att förena praktisk förändring med produktion av vetenskaplig kunskap (Herr & Anderson, 2015). Detta dubbla syfte – att både förbättra praktiken och bidra till teoribildning – gör metoden värdefull för såväl deltagare som forskare. Aktionsforskningsansatsen i denna studie tog sin utgångspunkt i ett behov från praktiken, nämligen bristen på praktisk miljöer för samverkan kring innovation och gemensamt lärande inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2017, 2019; Lindgård, 2025). Studien utforskade levande labb-konceptet som en möjlig sådan miljö i en primärvårdskontext och syftade till att ge insikter i hur lärande sker när flera aktörer samverkar kring innovation och utveckling. Aktionsforskning och levande labb-metodik kan förstärka varandra (Logghe & Schuurman, 2017). I denna studie användes därför en aktionsforskningsansats för att utvärdera och vidareutveckla strukturer och arbetsprocesser för samverkan och lärande i det levande labbet. Praktiska implikationer av denna studie diskuteras vidare i resultatdiskussionen.

Studien baserades på ett levande labb-projekt som syftade till att skapa en film om fallprevention där entreprenörer, vårdpersonal och seniorer samarbetade i

designprocessen. Entreprenörerna hade tidigare utvecklat informationsfilmer för specifika patientgrupper inom slutenvården, men ville nu bredda verksamheten till primärvården. Det levande labbet användes som ett sätt att få kunskap om denna kontext samt att ta del av användarnas erfarenheter och kunskap i designprocessen.

DELTAGARE

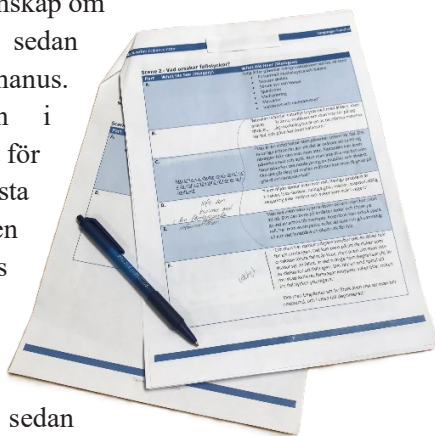
Designteamet rekryterades genom ett strategiskt urval (Clark et al., 2021) och bestod av sju personer som deltog i design och produktion av fallpreventionsfilmen. Samtliga samtyckte även till att delta i studien. Utöver två entreprenörer deltog en sjuksköterska och en arbetsterapeut med erfarenhet av arbete med äldre inom primärvård och kommunal hälso- och sjukvård samt två seniorer med erfarenhet av fallolyckor, antingen personligen eller som anhörig. Inom ramen för studiens aktionsforskningsdesign deltog jag i designteamet både som distriktssköterska och lokal projektledare för det levande labbet. Därutöver deltog jag i datainsamling och analys i rollen som forskare.

Seniorerna ingick inte i designteamet från början. En anledning var att entreprenörerna föredrog ett begränsat antal deltagare, eftersom de tidigare hade erfarenhet av att alltför många personer med olika åsikter kunde förlänga designprocessen utan att nödvändigtvis förbättra slutresultatet. Efter det första designmötet blev det dock uppenbart att målgruppens perspektiv saknades. Två seniorer tillfrågades därför och inkluderades i den fortsatta designprocessen fram till färdigställandet av filmen.

DESIGNPROCESSEN

Designprocessen utgick från ett koncept som entreprenörerna tidigare arbetat med och omfattade två steg: att först fastställa filmens innehåll och därefter dess formgivning. Inom ramen för det levande labbet tillkom även ett tredje steg, där filmen testades i verklig miljö. Processen präglades av samskapande och iterativa cykler, vilket beskrivs närmare nedan.

Designprocessen inleddes med att entreprenörerna gjorde efterforskningar och tog del av aktuella riktlinjer och befintlig kunskap om fallolyckor och prevention, vilket de sedan sammanställde i ett första utkast till filmmanus. Utkastet skickades till vårdpersonalen i designteamet några veckor före designmötet för genomläsning och reflektion. Det första designmötet genomfördes på vårdcentralen och ägnades åt att diskutera manusets struktur och textinnehåll. Därefter reviderade entreprenörerna manuset utifrån den återkoppling som framkom under mötet. Det uppdaterade manuset skickades sedan tillbaka till vårdpersonalen för skriftlig återkoppling och godkännande.



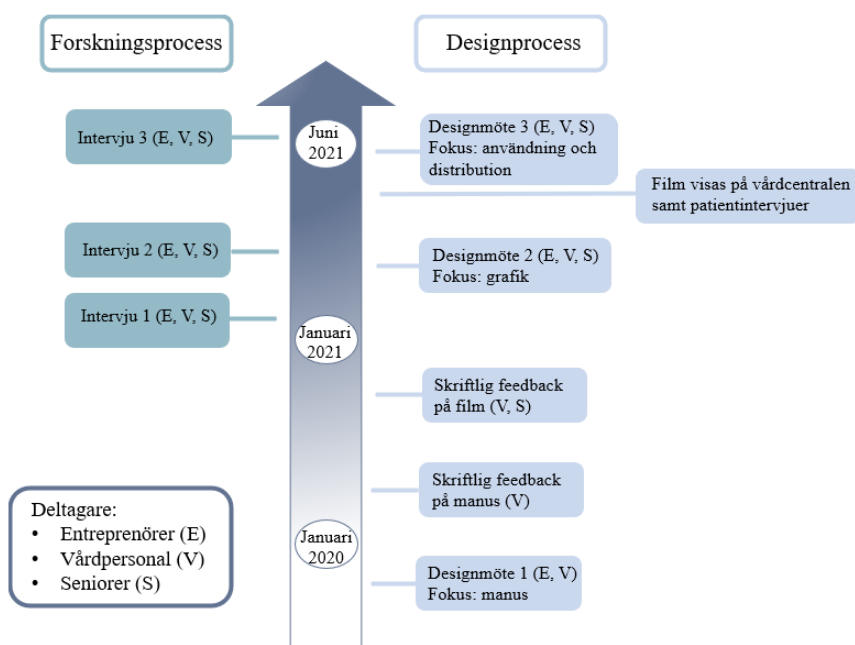
Utkast till filmmanus.
Foto: Författaren

I nästa steg tog entreprenörerna fram ett första filmutkast som skickades till vårdpersonal och seniorer, vilka gav skriftlig feedback som användes för ett andra filmutkast. Detta skickades ut några veckor före det andra designmötet, vilket ägnades åt filmens grafiska design med särskilt fokus på bilder, animationer, färger och tempo. Med anledning av covid-19 pandemin genomfördes både det andra och det tredje designmötet digitalt. Som ett sista steg färdigställdes en testversion av filmen baserat på den feedback som framkom vid det andra designmötet. Testversionen visades i väntrummet på vårdcentralen, där trettio personer under två dagar tillfrågades om de hade sett filmen och, i så fall, vad de tyckte om den. Resultatet från testningen låg till grund för diskussionerna i det tredje designmötet, som fokuserade på användning och distribution.

DATAINSAMLING

Datainsamlingen löpte parallellt med designprocessen och pågick från hösten 2019 till sommaren 2021 (figur 4). Data bestod av ljudinspelningar från tre designmöten, dyadiska intervjuer genomförda vid tre intervjutillfällen med entreprenörer ($n = 2$), vårdpersonal ($n = 2$) och seniorer ($n = 2$), samt e-postkonversationer innehållande feedback på filmmaterial (manus eller filmutkast) och kommunikation kring samverkan och planering. Dyadiska

intervjuer, som innebär att två deltagare intervjuas tillsammans och ges möjlighet att interagera (Morgan et al., 2013), genomfördes efter varje designmöte. Den första intervjun försköts dock för att möjliggöra inkludering och involvering av seniörerna. Alla intervjuer utom den första med entreprenörerna genomfördes digitalt. Tre intervjuguider, anpassade till respektive grupp (entreprenörer, vårdpersonal och seniörer), användes. Samtliga berörde dock samma teman: samarbete och lärande. Guiderna utvecklades iterativt inför varje intervjutillfälle, där frågor lades till eller togs bort för att anpassas till designprocessens progression. För att se exempel på intervjufrågor, se bilaga II.



Figur 4. Dattainsamling och designprocess. Bearbetad från Samuelson et al. (2023), licensierad under CC BY 4.0.

ANALYS

Data analyserades med kvalitativ, induktiv innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Analysen fokuserade huvudsakligen på det manifesta innehållet, men innefattade även tolkningar på en mer latent och abstraherad nivå (Graneheim et al., 2017). Analysen genomfördes enligt följande:

1. Designmöten och intervjuer transkriberades ordagrant. Därefter lästes allt material flera gånger för att skapa en helhetsförståelse av innehållet. Eftersom datamaterialet var omfattande strukturerades det i olika analytiska enheter (intervjuer, designmöten och e-postkonversationer), vilka initialt analyserades var för sig och därefter integrerades i en sammanhållen analys.
2. Utifrån studiens syfte identifierades meningsbärande enheter som kondenserades utan att deras innebörd gick förlorad.
3. De kondenserade meningsbärande enheterna kodades, det vill säga gavs etiketter som beskriver innehållet på en mer abstrakt nivå.
4. Koderna jämfördes, sorterades och grupperades till underkategorier. Underkategorier med liknande innehåll sammanfördes till kategorier.
5. I det sista analyssteget abstraherades kategorierna till ett övergripande tema som återspeglar materialets latent innehåll på en mer abstrakt analysnivå.

Huvuddelen av analysarbetet genomfördes av försteförfattaren (SS) i nära samarbete med övriga forskare i handledningsteamet. Analysen präglades av kontinuerliga diskussioner och gemensam granskning av koder, kategorier och tolkningar i syfte att säkerställa studiens trovärdighet och kvalitet (Graneheim & Lundman, 2004).

STUDIE III

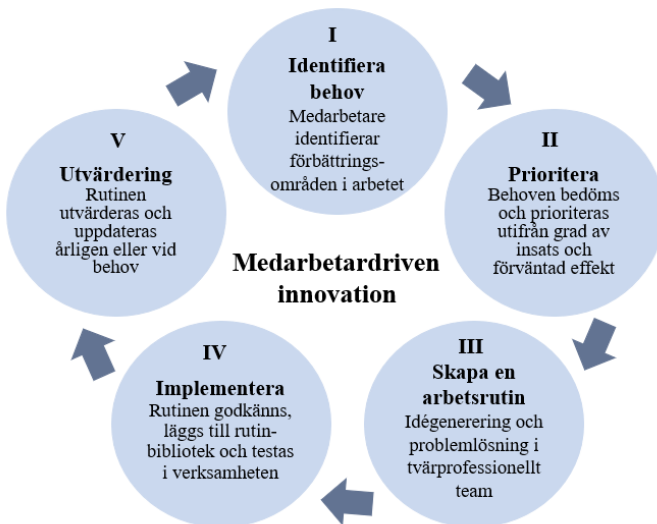
Studie III var en kvalitativ, explorativ studie med insiderperspektiv som syftade till att utforska medarbetares upplevelser av andra ordningens medarbetardriven innovation (Høyrup, 2012) inom primärvården. Vårdcentralen som ingick i studien hade lång erfarenhet av strukturerat medarbetardrivet innovationsarbete med utgångspunkt i leanfilosofin. Varje vecka avsattes en timme för gemensamt innovationsarbete i tvärprofessionella arbetsgrupper.

STRUKTUR FÖR MEDARBETARDRIVEN INNOVATION

Den medarbetardrivna innovationsprocessen omfattade fem steg, vilka illustreras i figur 5. Processen inleddes med att medarbetarna identifierade behov (I) genom att skriva ner arbetsrelaterade problem, förbättringsförslag och idéer på post-it-lappar som sattes upp på leantavlan. Därefter värderades och prioriterades förslagen (II) utifrån förväntad effekt i relation till arbetsinsats. Nästa steg innebar att en tvärprofessionell arbetsgrupp tillsattes för att utveckla en arbetsrutin (III) för att åtgärda problemet eller genomföra idén. Den nya rutinen presenterades sedan på arbetsplatsträff (APT), implementerades och lades till det digitala rutinbiblioteket (IV). Slutligen utvärderades och uppdaterades rutinen årligen eller vid behov (V).



Överst: lappar med förbättringsförslag.
Nederst: leantavla.
Foto: Närhälsans kommunikationsavdelning.
Används med tillstånd.



Figur 5. Översikt över den medarbetardrivna innovationsprocessen. Bearbetad från Samuelson et al. (2024), licensierad under CC BY 4.0.

DELTAGARE

Valet av vårdcentral och deltagare baserades på ett strategiskt urval (Clark et al., 2021). Samtliga medarbetare som deltagit i medarbetardrivna innovationsaktiviteter tillfrågades om att vara med i studien, men personer med chefs- eller ledarpositioner exkluderades. Totalt tillfrågades 18 personer, och samtliga tackade ja till att delta. Deltagarna fördelades på tre tvärprofessionella fokusgrupper (n = 6, 7 och 5). I den tredje gruppen var två deltagare frånvarande vid intervjutillfället (en vaktmästare och en medicinsk sekreterare), vilket reducerade antalet till tre. Följande professioner var representerade: sjuksköterska/distriktssköterska (n = 7), medicinsk sekreterare (n = 3), ST-läkare (n = 3), distriktsläkare (n = 1), undersköterska (n = 1) och psykoterapeut (n = 1).

DATAINSAMLING

Data samlades in genom fokusgruppintervjuer som genomfördes i maj 2021. Fokusgrupperna hölls på arbetstid i ett konferensrum som ligger i anslutning till vårdcentralen. Fokusgrupperna leddes av försteförfattaren (SS) och en av forskarna i handledarteamet (IS), där den ena fungerade som moderator och den andra som observatör. Observatören förde anteckningar och ställde kompletterande frågor vid behov (Morgan, 1997). Fokusgruppsdiskussionerna utgick från en intervjuguide med öppna frågor (bilaga III).

ANALYS

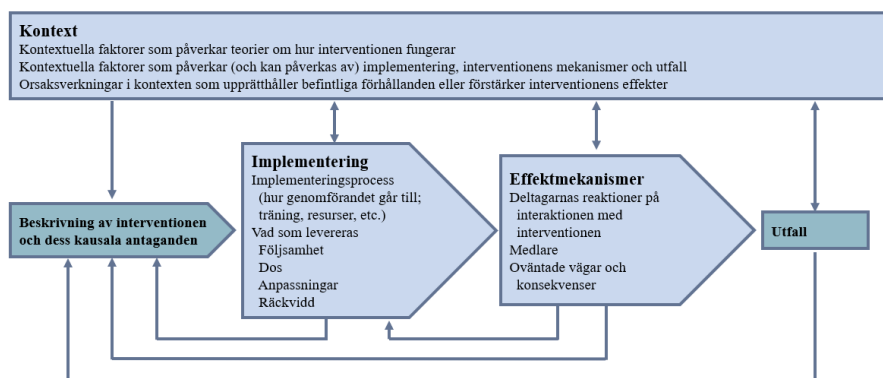
Data analyserades med kvalitativ induktiv innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen fokuserade främst på det manifesta innehållet, med inslag av latent tolkning på en högre abstraktionsnivå (Graneheim et al., 2017), och genomfördes enligt samma tillvägagångssätt som i studie II. Kortfattat innebär detta att intervjuerna transkriberades ordagrant och lästes igenom upprepade gånger för att skapa en helhetsförståelse. Meningsbärande enheter identifierades, kondenserades och kodades. Koderna jämfördes utifrån likheter och skillnader och sorterades i subkategorier, som därefter abstraherades till kategorier. Slutligen abstraherades kategorierna till ett övergripande tema. Huvuddelen av analysen genomfördes av förste- och sisteförfattaren (SS och

IS), varefter tolkningarna diskuterades med övriga i forskargruppen för att uppnå konsensus (Graneheim & Lundman, 2004).

STUDIE IV

I studie IV genomfördes en processutvärdering av implementeringen av ett kliniskt integrerat levande labb i primärvården. Såvitt känt är detta det första levande labbet av sitt slag inom svensk primärvård. Studiens resultat förväntas bidra med insikter inför att konceptet ska implementeras vid fler vårdcentraler.

Processutvärderingen genomfördes enligt Medical Research Councils (MRC) ramverk (figur 6), som betonar kontext, implementering och effektmekanismer samt hur dessa samverkar (Moore et al., 2015). Detta ramverk valdes för att det är väl anpassad för processutvärderingar av komplexa interventioner inom hälso- och sjukvården (Moore et al., 2015). Interventioners komplexitet avgörs av antalet komponenter, deras inbördes och kontextuella interaktioner samt mängden faktorer som kan påverka resultaten (Skivington et al., 2021; Moore et al., 2015). Implementeringen av ett levande labb i primärvård är ett exempel på en komplex intervention som engagerar många olika aktörer och påverkar flera systemnivåer. Verksamheten är mångfacetterad och behöver både följa strukturerade processer och samtidigt anpassas till varierande förutsättningar och intressenter. Även om levande labb kan fungera som arena för test och utveckling av andra interventioner (se studie II), betraktas det i denna studie som en intervention i sig, det vill säga en ny struktur, metod eller strategi för samverkan kring utveckling, innovation och lärande i primärvården.

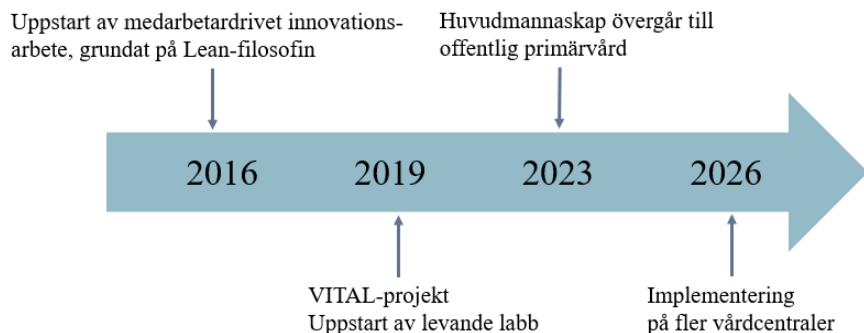


Figur 6. Schematisk bild över processutvärderingens nyckelfunktioner och

deras samband. De blå rutorna utgör de centrala delarna i processutvärderingen. Översatt och återgiven från Moore et al. (2015), licensierad under CC BY 4.0.

KLINISKT INTEGRERAT LEVANDE LABB

Redan 2017 formulerades de första idéerna om en kliniskt integrerad testmiljö för samverkan mellan primärvård, näringsliv och akademi i utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvårdstjänster. Initiativet växte fram genom samverkan mellan primärvårdens lokala FoU-enhet och den aktuella vårdcentralen. Det baserades på behovet av en praktisk struktur som möjliggjorde för vårdpersonal och patienter att bidra med erfarenheter och kunskap till utvecklingen av produkter och tjänster anpassade till vårdens behov. Arbetet med det levande labbet kunde inledas 2019 med hjälp av finansiering från det treåriga EU-projektet VITAL. Efter projektperioden övertog regionens offentliga primärvård huvudmannaskapet och avsatte strategiska medel under ytterligare tre år. Under 2026 implementeras konceptet på ytterligare fyra vårdcentraler (figur 7).



Figur 7. Tidslinje över det levande labbets utveckling. Bearbetad från Samuelson et al. (2024), licensierad under CC BY 4.0.

Det levande labbet är kliniskt integrerat på en vårdcentral, där vårdpersonalen får avsatt tid för att delta i projekt parallellt med sina ordinarie arbetsuppgifter. Projekt kan initieras från flera håll: externa aktörer inom näringslivet, interna aktörer inom regionen eller den offentliga primärvårdsorganisationen samt av medarbetarna själva utifrån behov som identifieras i den kliniska vardagen.

Verksamheten bygger på en tydlig organisatorisk struktur och väldefinierade arbetsprocesser, vilka beskrivs närmare i studien.

DATAINSAMLING

Studien grundar sig på olika typer av kvalitativa data som samlats in mellan 2019 och 2025. Efter att nytt samtycke inhämtats genomfördes en reanalys av dyadiska intervjuer och fokusgruppintervjuer från studie II och III. Datamaterialet inkluderade även dokument såsom mötesanteckningar, projektrapporter, protokoll och fältanteckningar.

För att komplettera redan insamlad data genomfördes två dyadiska intervjuer i november 2023. Den ena bestod av två sjuksköterskor som deltagit i flera levande labb-projekt och även ingått i den lokala arbetsgruppen. Den andra intervjun genomfördes med två personer i ledande befattningar på vårdcentralen. Intervjuerna genomfördes under arbetstid på vårdcentralen av förste- och sisteförfattaren (SS och IS).

Under hösten 2024 genomfördes även fem fokusgrupper (tabell 2). För att få en så heltäckande bild som möjligt av implementeringen inkluderades personer från olika organisatoriska nivåer och funktioner som på olika sätt bidragit i processen. Urvalet var därmed strategiskt (Clark et al., 2021) och syftade till att fånga mångfalden av erfarenheter och perspektiv. På verksamhetsnivå tillfrågades all vårdpersonal som deltagit i något levande labb-projekt ($n = 10$). På enhets- eller områdesnivå tillfrågades tre primärvårdschefer samt en forskningssamordnare. På övergripande ledningsnivå tillfrågades fem chefer med ansvar för forskning, utveckling, innovation eller primärvård inom regionen. Därutöver tillfrågades fem personer med regionala stödfunktioner inom innovation, forskning, upphandling och IT. Samtliga tackade ja till att delta, med undantag för en chef på övergripande ledningsnivå som inte gav besked. En person inom innovationsstöd som hade tackat ja till deltagande fick dock förhinder vid intervjutillfället. Samtliga fokusgruppintervjuer genomfördes under arbetstid och leddes av två forskare, varav en fungerade som moderator och den andra som observatör (Morgan, 1997). Fokusgrupperna med vårdpersonalen hölls i ett konferensrum vid vårdcentralen, medan övriga genomfördes digitalt.

Fokusgrupp	Antal	Yrkesroll/funktion
Vårdpersonal	5	1 ST-läkare, 1 sjuksköterska, 1 undersköterska, 1 medicinsk sekreterare och 1 psykoterapeut
Vårdpersonal	5	1 ST-läkare, 2 distriktssköterskor, 1 undersköterska och 1 medicinsk sekreterare
Chefer på enhets- eller områdesnivå samt forskningssamordnare	4	1 enhetschef, 1 teamledare, 1 områdeschef och 1 forskningssamordnare
Chefer med övergripande ledningsansvar inom regionen	4	2 FoU-chefer, 1 chef inom innovation och 1 utvecklingschef
Stödfunktioner	4	1 IT/digitalisering, 1 klinisk forskning, 1 inköp/upphandling och 1 innovation

Tabell 2. Översikt av deltagare i fem fokusgrupper genomförda 2024.

Totalt deltog 48 personer i fokusgrupps- eller dyadiska intervjuer, varav 13 personer intervjuades mer än en gång.

ANALYS

Allt datamaterial analyserades med hjälp av Malteruds (2012) systematiska textkondensering. Analysen inleddes med att de inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant. Förste- och andreförfattaren (SS och E-LP) läste därefter igenom materialet flera gånger för att skapa ett helhetsintryck och identifiera preliminära teman. I nästa steg identifierade de två författarna var för sig meningsbärande enheter som sedan sorterades i koder och subkoder av SS. Innehållet i kodgrupperna kondenserades och syntetiserades till övergripande beskrivningar av materialets centrala innehåll.

SS hade huvudansvar för analysen, som genomfördes iterativt i nära samarbete med E-LP och sisteförfattaren (IS). Analysprocessen präglades av återkommande diskussioner och gemensam granskning av koder, subkoder och tolkningar för att stärka studiens trovärdighet och reflexivitet (Graneheim & Lundman, 2004; Malterud, 2001).

RESULTAT

STUDIE I

Resultatet baseras på en tvåårig retrospektiv tidsram (2022–2023) för att inkludera innovationsaktiviteter som kräver tid för implementering och utvärdering. Omkring 80 % av vårdcentralcheferna rapporterade att någon form av innovation (produkt-, process- eller organisatorisk) hade introducerats i verksamheten under denna tidsperiod. Hälso- och sjukvårdspersonalens önskemål var den vanligaste drivkraften bakom innovationsinitiativ, och idéerna hämtades oftast från den egna verksamheten, framför allt från vårdcentralens ledning (82 %) men även från sjuksköterskor (66 %) och läkare (65 %). Endast en liten del av idéerna rapporterades komma från externa aktörer, såsom akademien och privata företag (6–8 %), medan patienter och anhöriga, regionala politiker samt andra vårdcentraler bidrog i något större utsträckning (ungefär 20–30 %).

Innovationssamarbete skedde främst inom den egna vårdcentralen, mellan personalgrupper (86 %) eller enheter (62 %), och i mindre utsträckning även mellan vårdcentraler och andra vårdorganisationer (48 %). Samarbete med patientorganisationer eller externa aktörer förekom dock i begränsad utsträckning (6–12%).

Ungefär hälften av vårdcentralcheferna uppgav att innovationsarbetet hade tydligt formulerade mål, medan det var något mindre vanligt att det fanns system för att utveckla och utvärdera medarbetares idéer (38 %). Förändringsbenägen personal framstod som den viktigaste förutsättningen för att underlätta innovation (66 %). Samtidigt rapporterade 61 % av vårdcentralcheferna brist på resurser, i form av tid, ekonomi och kompetens, för att driva innovationsarbete, vilket även bekräftades i den kvalitativa analysen.

Den kvalitativa analysen av den öppna frågan om hur vårdcentralchefer främjar medarbetares deltagande i innovation och utveckling resulterade i tre koder: *ledarskap och kultur*, *samarbete och lärande* samt *struktur och processer*.

Ledarskapet präglades av en vilja att bygga förtroende och tillit samt att ge handlingsutrymme genom att delegera ansvar och inflytande. Att följa upp mål och resultat ansågs även vara viktigt. Vårdcentralcheferna betonade vikten av en trygg och stödjande miljö där det var tillåtet att prova nytt och att misslyckas. Det framkom även att vårdcentralcheferna såg det som viktigt att personalen fick egen insikt om behovet av innovation och utveckling. När implementerade innovationer inte gav förväntad effekt eller till och med oönskade effekter, såsom ökad arbetsbelastning, ansåg de att det var viktigt att våga ta ett steg tillbaka och ompröva.

Flera vårdcentralchefer betonade att innovation bygger på teamarbete där all personal involveras, vilket även framkom i de öppna svaren i den kvantitativa delen. För att främja samarbete och lärande skapades möjligheter till utbildning, tvärprofessionellt arbete samt formella och informella forum för reflektion och dialog inom och utanför organisationen.

Vissa vårdcentralchefer beskrev tydliga strukturer och processer för innovationsarbetet, medan andra uppfattades ha en mer generellt stödjande hållning och gav resurser vid behov. Många lyfte även fram vikten av att avsätta tid i schemat och tillfälligt minska arbetsuppgifter för medarbetare som deltar i innovationsarbete. Hög arbetsbelastning, starkt fokus på vårdproduktion och bristande resurser beskrevs som hinder för medarbetarengagemang i innovation.

STUDIE II

Resultatet från studie II sammanfattas i ett övergripande tema, tre kategorier och åtta subkategorier som belyser hur lärande utvecklas när entreprenörer, vårdpersonal och seniorer samarbetar i en levande labb-kontext i primärvården. De tre kategorier som framkom var *Förutsättningar för lärande*, *Strategier för att uppnå lärande* och *Att lära av och med varandra*. Dessa kategorier sammanfördes i ett övergripande tema, *Att dela varandras världar i en arrangerad plats för lärande*, vilket utgör en latent och abstrakt tolkning av den underliggande meningen i materialet (Graneheim & Lundman, 2004) (figur 8).



Figur 8. Översikt av resultat från studie II: övergripande tema, kategorier och underkategorier. Bearbetad och återgiven efter Samuelson et al., 2023, licensierad under CC BY 4.0.

Studien visade att lärande i en levande labb-miljö inom primärvård utvecklades genom social interaktion och samskapande processer mellan flera aktörer. Även om samtliga aktörers delaktighet och bidrag var viktiga framstod seniorernas erfarenheter av att leva med fallrisk i vardagen som särskilt värdefulla. Ömsesidig respekt och tillit till varandras expertis bidrog till en god lärmiljö, och entreprenörernas beröm och återkoppling bidrog till att övriga aktörer kände sig trygga att dela sina perspektiv. Det krävdes även tid, plats och mandat för att kunna mötas, och trots att dessa förutsättningar fanns upplevde vårdpersonalen ett moraliskt dilemma i att prioritera projektet framför pressande behov i kliniken.

En viktig strategi för att främja lärande var att samarbetet präglades av en tydlig struktur. För vårdpersonalen var det avgörande att förstå arbetsprocessen för att kunna ge relevant återkoppling, medan seniorerna betonade vikten av att någon ledde designmötena och aktivt bjöd in dem till diskussionerna. Entreprenörerna använde sin tidigare erfarenhet av samarbete med sjukhus, men processerna behövde anpassas till primärvårdens kontext. En annan strategi var att testa filmen i dess verkliga kontext, i väntrummet på vårdcentralen. Testet gav oväntade insikter om utmaningar med filmens distribution, vilket ledde till diskussioner om bättre och effektivare lösningar.

Lärande uppstod när aktörerna delade kunskap och erfarenheter. Vårdpersonalen delade professionsrelaterad kunskap och erfarenhet medan seniorerna delade erfarenheter från hur det är att åldras och leva med ökad

fallrisk. I diskussionen och den gemensamma reflektionen identifierades både utmaningar och möjliga lösningar. Ibland krävdes förhandlingar och kompromisser för att nå en lösning som alla parter kunde acceptera. Det övergripande temat *Att dela varandras världar i en arrangerad plats för lärande* illustrerar hur lärande utvecklas genom utbyte av kunskap, erfarenheter och perspektiv inom vissa givna ramar och förutsättningar.

STUDIE III

I studie III sammanfattades resultaten i ett övergripande tema, tre kategorier och nio subkategorier som belyser personalens upplevelser av medarbetardriven innovation på en svensk vårdcentral. Kategorierna utgjordes av *Motivationsfaktorer för medarbetardriven innovation*, *Utmaningar med medarbetardriven innovation* och *Fördelar med medarbetardriven innovation*. Det övergripande temat, som speglar analysens latenta och abstrakta dimension, var *Att stå tillsammans vid rodret* (Graneheim & Lundman, 2004) (figur 9).

Övergripande tema	Att stå tillsammans vid rodret		
Kategorier	Motivationsfaktorer för medarbetardriven innovation	Utmaningar med medarbetardriven innovation	Fördelar med medarbetardriven innovation
Underkategorier	Att se behovet av förändring	Tar tid att förstå och se nytta med medarbetardriven innovation	Förbättrar lagandan och minskar hierarki
	Ger möjlighet att påverka den egna arbetsplatsen	Att hålla ut i en krävande och uppgiftsstyrd praktik	Känna sig förberedd för det oväntade
	Förbättrar vården lokalt	Bristande externt stöd för att driva och implementera innovativa idéer	Ger utrymme för lärande

Figur 9. Översikt av resultat från studie III: övergripande tema, kategorier och underkategorier. Bearbetad och återgiven efter Samuelson et al., 2024, licensierad under CC BY 4.0.

I resultatet framkom flera faktorer som motiverade innovationsarbetet. Personalens drivkraft grundades främst i en tydlig upplevelse av behovet av förändring, dels för att förbättra arbetet på den egna vårdcentralen, dels för att kunna anpassa sig till nya krav och förändringar i samhället. Det var också motiverande att tillsammans kunna lösa vardagsnära problem och därigenom

påverka hur det lokala arbetet organiserades och genomfördes. Detta upplevdes förbättra den vård som gavs och samtidigt spara tid.

Det fanns dock utmaningar i det medarbetardrivna innovationsarbetet. För nyanställda tog det tid att sätta sig in i arbetssättet och att uppfatta de små, stegvisa förbättringar som ackumulerats över tid. I perioder när arbetsbelastningen i den kliniska vardagen var hög, var det svårt att prioritera och upprätthålla motivationen för innovationsarbetet. Personalen saknade även stöd från externa supportfunktioner, såsom IT, vilket gjorde det svårt att driva igenom vissa förbättringsidéer.

Fördelarna med medarbetardriven innovation var att det tvärprofessionella teamarbetet bidrog till att bryta ner hierarkiska strukturer och främjade ömsesidig respekt och förståelse mellan professionsgrupperna. Personalen utvecklade ett kreativt och lösningsorienterat förhållningssätt, vilket stärkte deras kollektiva självförtroende att tillsammans kunna hantera oväntade arbetsrelaterade utmaningar. Den veckovisa innovationstimmen blev också ett forum för kollegialt lärande och erfarenhetsutbyte. Det övergripande temat *Att stå tillsammans vid rodret* speglar medarbetarnas kollektiva handlingskraft att tillsammans driva förändring.

STUDIE IV

Studiens resultat presenteras utifrån kontext, implementering och effektmekanismer i enlighet med MRC:s riktlinjer (tabell 3).

Kontexten präglades av primärvårdens uppgiftstäta miljö, där fokus låg på vårdproduktion och aktiviteter som genererar ersättning, samtidigt som det fanns innovationsstödjande strukturer inom regionen. Det levande labbet utvecklades vid en vårdcentral med en innovationsfrämjande kultur, där personalen genom sitt engagemang i medarbetardriven innovation hade utvecklat ett kreativt och lösningsorienterat förhållningssätt.

Eftersom det levande labbet var ett gräsrotsinitiativ kom implementeringen att sträcka sig över en längre tid och anpassades fortlöpande till förändringar i både interna och externa förutsättningar. Implementeringsprocessen omfattade

att skapa strukturerade arbetsprocesser, fördjupa den lokala och organisatoriska förankringen samt säkerställa nödvändig finansiering.

Implementeringen formades av en kombination av mekanismer som både underlättade och hindrade processen. Exempelvis underlättades implementeringen av att det fanns en bred samsyn kring behovet av levande labb i primärvården, och att det sågs som en möjlighet för primärvården att kunna driva sin egen utveckling. Tillgången till innovationsstödjande resurser inom områden som IT, upphandling och juridik var betydelsefull. Projektledarens nätverkande roll framstod som särskilt viktig för att driva processer och säkerställa att projekten följde gällande regulatoriska krav. Att det levande labbet hade både klinisk och högre organisatorisk förankring var betydelsefullt, liksom förekomsten av ett motståndskraftigt och innovationsfrämjande ledarskap i den kliniska kontexten. Den kliniska integreringen stärkte det levande labbets anpassningsförmåga till interna och externa förändringar, men innebar samtidigt en ökad sårbarhet. Det levande labbets hållbarhet var beroende av medarbetarnas engagemang och delaktighet, något som behövde stödjas och underhållas över tid. Det levande labbet möjliggjorde även fördjupat samarbete, ökad kompetens och stärkt kunskapsdelning inom innovationsområdet i regionen.

Implementeringen försvårades av att det saknades en stabil och långsiktig finansiering. Att primärvården generellt är resursbegränsad påverkade inte enbart finansieringen, utan tog sig också uttryck i tidspress på samtliga organisatoriska nivåer. En annan försvårande faktor var att det levande labbet var en relativt okänd företeelse inom primärvården, vilket gjorde det svårt för utomstående och potentiella samarbetspartners att förstå dess syfte och funktion. Det var även svårt att sprida den kunskap som genererades i de olika projekten, eftersom det saknades upparbetade kommunikationsvägar. Andra försvårande faktorer var att mycket tid och resurser behövde läggas på att tolka komplexa regelverk för offentlig-privata innovationspartnerskap, samt att skilda uppfattningar om behov mellan olika organisatoriska nivåer påverkade personalens engagemang i vissa levande labb-projekt. Det levande labbet framstod dock som en potentiell arena för att hantera sådana behovskonflikter, vilka beskrevs som en återkommande utmaning inom hälso- och sjukvården.

Kontext	Hög arbetsbelastning i primärvården och stort fokus på vårdproduktion och aktiviteter som genererar ersättning Innovation främjas och prioriteras inom regionen Fördelaktigt innovationsklimat på vårdcentralen
Implementering	Utveckling över tid med hög anpassningsförmåga Förankring över organisatoriska nivåer med fokus på vårdpersonalens delaktighet Strukturerade arbetsprocesser Finansiering
Effektmekanismer	<i>Underlättande faktorer:</i> Behov av levande labb i primärvården Innovationsstödjande funktioner och strukturer Klinisk förankring, understödd av strategiskt ledarskap Resilient och tillitsbaserat ledarskap Främjande av medarbetarengagemang i innovation Förstärkt samverkan, kompetens och kunskapsdelning i innovationsarbete <i>Hindrande faktorer:</i> Avsaknad av hållbar finansieringsmodell och långsiktig strategi Resursbegränsad primärvård Hinder för spridning och kunskapsöverföring Komplexa och otydliga regulatoriska aspekter Skilda behov på olika organisatoriska nivåer

Tabell 3. Centrala faktorer i processutvärderingen, grupperade efter kontext, implementering och effektmekanismer.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Samtliga studier genomfördes i enlighet med Helsingforsdeklarationens etiska riktlinjer (World Medical Association, 2024). Inget datamaterial omfattade känsliga personuppgifter, såsom etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, facklig tillhörighet, hälsa, sexualliv eller sexuell läggning, samt genetiska eller biometriska uppgifter (Integritetsskyddsmyndigheten, 2026).

Studie II och III omfattades av Etikprövningsmyndighetens godkännande av VITAL-projektet (Dnr 2020-00099). Studie I och IV omfattades av godkännande för studier inom det levande labbet (Dnr 2022-04566-01). I ändringsansökan för studie I (Dnr 2023-06644-02) godkändes inkludering av fler vårdcentraler, och i ändringsansökan för studie IV (Dnr 2024-02592-02) godkändes insamling av ny data, reanalys av tidigare insamlad data samt tillägg av forskningspersoner. Informerat samtycke inhämtades från samtliga deltagare före datainsamling. De fick muntlig och skriftlig information om

studiens bakgrund, syfte, konfidentialitet, potentiella nytta och risker samt om deltagandets frivillighet och rätten att när som helst avbryta sitt deltagande utan att uppge orsak.

Insiderpositionen medförde särskilda etiska överväganden. Institutionell anonymitet är problematisk i insiderforskning, eftersom forskarens identitet kan fungera som en indirekt identifierare av den organisation där studien genomförts, även utan explicit angivelse (Floyd & Arthur, 2012). I kombination med det levande labbets unika karaktär och kliniska integrering blir forskningen starkt kontextbunden, vilket kan äventyra deltagarnas konfidentialitet. Även om forskningsområdet inte är av känslig natur är skyddet av deltagarnas konfidentialitet centralt (Vetenskapsrådet, 2024), särskilt vid datainsamling genom personliga möten (McDermid et al., 2014).

Detta hanterades genom att dessa förutsättningar tydliggjordes innan informerat samtycke inhämtades, och inget tydde på att detta påverkade deltagarnas beslut att medverka. För att minska risken att enskilda deltagare skulle kunna identifieras genom sina beskrivningar valdes dyadiska intervjuer och fokusgruppintervjuer framför individuella djupintervjuer. I resultatredovisningen tilldelades citat neutrala pseudonymer (till exempel "vårdpersonal 1", "entreprenör 2" och "fokusgrupp 3") i stället för specifika yrkestitlar. I analysen i studie IV framkom ledarskapets betydelse, och eftersom vårdcentralchefen har en särskilt identifierbar roll fick hen läsa igenom och godkänna den delen av resultatet innan manuskriptet skickades in för publicering.

Frivillighetsaspekten är central att beakta vid insiderforskning. Det finns alltid en risk att kollegor samtycker till deltagande utifrån lojalitet, trots att de egentligen inte vill medverka (McConnell-Henry et al., 2010). Genom att ge gott om betänketid, tydlig information och betona frivilligheten i deltagandet skapades förutsättningar för informerade och välgrundade beslut om deltagande. Studieuppläggen (III, IV) presenterades först vid ett APT, följt av e-postutskick med skriftlig information om studien, samtyckesblankett samt förfrågan om deltagande. Om svar inte erhöles inom ett par veckor följdes förfrågan upp genom direkt kontakt med berörd person. I de fall intervjuer genomfördes av en forskare med kollegial relation till deltagarna informerades dessa i förväg och erbjöds alternativa intervjuare. Samtliga valde dock att

behålla det ursprungliga arrangemanget. Under forskningsperioden genomfördes intervjuer med kollegor vid flera tillfällen, och samtliga tillfrågade valde att delta. Återkoppling efter intervjuerna indikerar att deltagandet i upplevdes som meningsfullt och berikande.

DISKUSSION

RESULTATDISKUSSION

Det övergripande syftet med denna avhandling var att undersöka förekomst och förutsättningar för innovation i primärvården, sett från ett ledningsperspektiv [I]. Vidare var syftet att utforska hur samverkande och deltagarorienterade arbetssätt och strukturer, såsom levande labb [II, IV] och medarbetardriven innovation [III, IV], kan främja lärande och innovation i en primärvårdskontext. Nedan diskuteras avhandlingens huvudresultat, baserat på de fyra delstudierna. Studiernas [II–IV] samlade resultat konceptualiseras även i DUFO-modellen – Dynamisk Utveckling och Förnyelse i Organisationer (*Dynamic Development and Renewal in Organizations*) – som belyser samspelet mellan formellt organiserat utrymme för innovation och lärande, framväxten av kollektiv agens samt organisationens förmåga till anpassning, lärande och utveckling.

PRAKTIKNÄRA ARENOR FÖR INNOVATION OCH LÄRANDE I PRIMÄRVÅRDEN

Resultaten från studie I visar att innovationsarbete är utbrett inom svensk primärvård och engagerar verksamheterna. Samtidigt tycks det ofta saknas organisatoriska strukturer för att systematiskt utveckla medarbetares innovativa idéer samt utvärdera och införa nya läkemedel och behandlingar i klinisk praxis. Vissa vårdcentralchefer beskriver välstrukturerade och samverkansbaserade processer, medan andra verkar arbeta mer ad hoc, där tid och resurser avsätts vid behov. Vidare uppger ungefär hälften av cheferna att det finns uttalade mål för innovationsarbetet samt särskilt utsedda funktioner som ansvarar för att driva arbetet genom hela innovationsprocessen. Den sammantagna bilden tyder därmed på att innovation i stor utsträckning drivs fram *trots* snarare än *genom* organisationen. Detta överensstämmer med tidigare beskrivningar av den svenska hälso- och sjukvårdens innovationssystem som fragmenterat, utan tydligt helhetsansvar och med bristande strukturer i innovationsprocessen (Larisch et al., 2016; Socialstyrelsen, 2017, 2019).

Studie I visar även att samverkan kring innovation huvudsakligen sker internt, inom och till viss del mellan vårdenheter, medan utbytet med aktörer utanför hälso- och sjukvården är mycket begränsat. Interna aktörer lyfts också fram som de mest betydelsefulla i samarbetet, särskilt den egna personalen. Denna bild överensstämmer med resultat från en liknande undersökning som genomfördes 2013–2014 av Statistiska centralbyrån (2015). Sammantaget pekar detta mot en sluten innovationslogik, med begränsat inflöde av externa idéer, kunskap och resurser samt en svag koppling till bredare innovationssystem, såsom akademi och näringsliv. Det visar även att den svenska primärvården har en relativt låg absorptiv kapacitet, det vill säga, förmåga att värdera, assimilera och tillämpa ny kunskap (Cohen & Levinthal, 1990). Detta kan betraktas som problematiskt eftersom hälso- och sjukvårdens fortsatta utveckling i stor utsträckning är beroende av samverkan och kunskapsöverföring från snabbväxande sektorer såsom medicinteknik, spelindustri, finans och telekommunikation (Larisch et al., 2016). Organisationer som har en stark förmåga att lära, hantera och använda ny kunskap är dessutom bättre rustade att anpassa sig till förändringar och ta till sig innovationer (Greenhalgh et al., 2004). Mot denna bakgrund är det intressant att studie IV visar på en efterfrågan på praktisknära innovationsarenor som kan främja extern samverkan för innovation och lärande samt stärka primärvårdens kapacitet att driva och styra sin egen utveckling. Även om fördelarna med mer öppna och samverkande innovationslogiker inom hälso- och sjukvården är väl belagda (Pikkarainen et al., 2020), visar tidigare forskning att fruktbara innovationssamarbeten med externa aktörer kan vara svåra att etablera (Day-Duro et al., 2020; Larisch et al., 2016; Swinkels et al., 2018).

Utvecklingen av hållbara och praktisknära innovationsstrukturer är därför en aktuell fråga och kan ses som en logisk konsekvens av den pågående transformeringen och digitaliseringen av hälso- och sjukvården. När regeringens rådgivande grupp för Life Science möttes i oktober 2025 för att diskutera en snabbare väg för innovation till hälso- och sjukvården konstaterades bland annat att långsiktiga strukturer för att säkerställa kontinuitet i innovationsarbete saknas. Testmiljöer lyftes fram som en av flera viktiga komponenter i detta arbete (Regeringen, 2025). Även det nationella Siish projektet (2022–2025), som syftade till att förkorta tiden från idé till implementering, lyfter behovet av effektiva strukturer och processer för att

utveckla och implementera innovation i svensk hälso- och sjukvård. Projektet, som drevs av universitetssjukhusregioner i samverkan med regionala innovationsstödsystem och finansierades av Vinnova, identifierade bland annat (1) *förankrade innovationsstrategier och processer inom hälso- och sjukvården* och (2) *effektiva samverkansvägar mellan vård, näringsliv och forskning* som två av sex prioriterade områden (Lindgård, 2025, s. 6). I detta sammanhang utgör strukturerat medarbetardrivet innovationsarbete baserat på leanfilosofin [III] samt ett kliniskt integrerat levande labb [II] två konkreta exempel på praktisk samverkansbaserade arbetssätt och innovationsstrukturer som adresserar dessa områden genom att bidra till såväl förankrade innovationsprocesser som effektiva samverkansvägar.

LEVANDE LABB SOM ARENA FÖR MEDARBETARDRIVEN INNOVATION

Det levande labbet utvecklades över tid och kom successivt att fungera som en arena inte bara för externa idéer och internt strategiskt initierade, top-down-styrda innovationsprocesser, utan även för medarbetardrivna innovationsinitiativ [IV]. Denna utveckling illustrerar hur levande labb-praktiker och medarbetardriven innovation kan integreras och samverka.

Synergierna mellan medarbetardriven innovation och levande labb framträder särskilt tydligt i studie IV. Genom att vårdcentralen under en längre tid bedrivit ett strukturerat arbete med medarbetardriven innovation utvecklades en stark innovationskultur på arbetsplatsen, samtidigt som personalens innovationsförmågor successivt stärktes [III]. Denna samlade interna innovationskapacitet skapade förutsättningar för att etablera ett kliniskt integrerat levande labb, där vårdpersonalens aktiva delaktighet var central i innovationsprocessen [IV]. Detta bekräftar tidigare forskning som visar att välfungerande interna innovationssystem är en förutsättning för att engagera externa aktörer på ett effektivt och meningsfullt sätt (Parjanen et al., 2021) samt absorbera och nyttiggöra extern kunskap inom ramen för öppna innovationsprocesser (Cohen & Levinthal, 1990; Vanhaverbeke et al., 2008).

Studie III visar att delaktighet i innovationsarbete kan stärka vårdpersonalens kreativitet och problemlösningsförmåga i det dagliga arbetet, vilket även framkommer i Vega et al. (2024). Det kan även öka intresset och

engagemanget för innovation bland personalen och minska motstånd mot förändringar (Amundsen et al., 2014). Det var dock först när det levande labbets lokala arbetsgrupp, som ursprungligen bestod av ett fåtal representanter från olika vårdprofessioner, breddades till att omfatta hela personalgruppen som medarbetardrivna levande labb-projekt började initieras. Dessa arbetsgruppsmöten blev därmed en arena där personalen fick handlingsutrymme att gemensamt reflektera, utbyta idéer samt initiera och få stöd att driva innovationsprojekt baserade på vårdbehov identifierade i praktiken [IV]. Exempelvis initierades ett medarbetardrivet projekt efter att vårdpersonal uppmärksammat att det saknades strukturerade arbetssätt för att bedöma och följa upp beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) hos personer med demenssjukdom i ordinärt boende inom regional primärvård. Syftet var att utveckla ett strukturerat arbetssätt för regional primärvård, med målet att förbättra livskvaliteten för patient och anhöriga samt främja en mer sammanhållen vård mellan regional och kommunal primärvård. Projektet ingår idag i ett större forskningsprojekt för att förbättra vård och uppföljning för personer med demenssjukdom.

Från ett teoretiskt perspektiv visar detta att vårdpersonalens engagemang i reflektion, diskussion och kunskapsutbyte i en möjliggörande lärandemiljö (Ellström et al., 2008), här i form av ett kliniskt integrerat levande labb, utgör en central drivkraft för medarbetardriven innovation. På ett liknande sätt visar Lidman et al. (2023) att medarbetardriven innovation behöver stödjas av organisatoriska förutsättningar som erbjuder en expansiv lärandemiljö för att säkerställa kontinuitet och hållbarhet över tid. I detta avseende utgör det levande labbet en struktur som förenar en metod för systematiskt innovationsarbete med en miljö som möjliggör interaktion och lärande samt tillgång till de resurser (stöd, expertis och tid) som behövs för att initiera och driva medarbetardrivna innovationsprojekt.

ATT LEDA INNOVATION I EN RESURSBEGRÄNSAD OCH DYNAMISK PRIMÄRVÅRD

Ett återkommande tema i samtliga studier (I–IV) var att primärvården präglas av hög arbetsbelastning och höga krav på vårdproduktion, samtidigt som resurserna är begränsade. Dessa förhållanden, väl dokumenterade i tidigare forskning (Endalamaw et al., 2024; Nilsen et al., 2021), framstår i

avhandlingens studier som ett betydande hinder för praktisk innovation. I en debattartikel i Dagens Medicin (Molander et al., 2025) lyfter debattörer, bland annat företrädare för det nationella projektet Siish, behovet av resurser för innovation inom vården. De betonar att dessa resurser bör vara öronmärkta för innovationsverksamhet och inte stå i konkurrens med regionernas ordinarie budget. Behovet av avsatta resurser för innovation har även uppmärksammats i tidigare forskning (McKenzie et al., 2025; Raudla et al., 2025). Detta är av betydelse för att säkerställa att innovationsmedel inte förbrukas för att täcka verksamheters eventuella budgetunderskott.

Samtidigt framkommer ett annat viktigt perspektiv i studie I och III: att resursbrist kan utgöra ett viktigt incitament och en drivkraft för innovation, eftersom förändringsbehovet upplevs som trängande och kritiskt. I linje med detta utmanar Islam (2021) föreställningen att ökade resurser till primärvården automatiskt leder till förbättringar. Författaren menar att utgångspunkten inte bör vara *”mer finansiering för att göra samma sak om och om igen med samma resultat”* (Islam, 2021, s. 139), utan snarare ett skifte mot en organisationskultur som möjliggör effektivare arbetssätt, kvalitetsutveckling och ett mer ansvarsfullt nyttjande av befintliga resurser. Innovativa organisationer genomsyras av en kultur av kontinuerliga förbättringar (Kenny & Reedy, 2006), där innovation införlivas i vårdpersonalens tankesätt och identitet (Andersson et al., 2023; Alsaqqa, 2024).

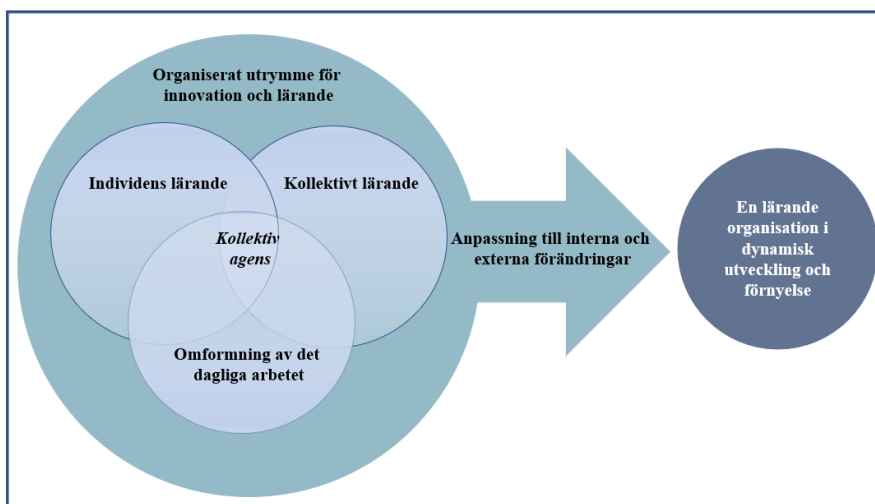
Studie I visar att vårdcentralchefer verkar för att främja medarbetares delaktighet i innovationsarbete genom att tydliggöra värdet och behovet av innovation. Denna förståelse beskrivs i studie III som en drivkraft för medarbetardriven innovation. För att delaktigheten ska vara hållbar över tid krävs dock att innovationsarbetet grundas i en gemensam plattform i form av en delad värdegrund och kollektiv förståelse [IV]. En sådan förståelse påverkar vårdpersonalens uppfattning om innovationsarbetets betydelse för organisationen (Alsaqqa, 2024). I en kultur där medarbetare känner sig delaktiga och uppmuntras att själva ta initiativ och driva förbättringar blir innovation och utveckling med tiden en naturlig och integrerad del av det dagliga arbetet (Andersson et al., 2023). För att möjliggöra detta krävs ett ledarskap som ser innovation som ett imperativ och som har kompetens, resiliens och uthållighet att driva arbetet trots skiftande förutsättningar [IV].

Detta betyder att innovation på arbetsplatsen inte sker automatiskt, utan är beroende av organisatoriska förutsättningar där förstalinjechefer har en nyckelroll i att bidra till utvecklingen av en innovationskultur och möjliggöra vårdpersonalens engagemang i innovationsarbete (Andersson et al., 2023; Avby et al., 2019; Birken et al., 2012). Utmaningar och förändringar på samhälls-, organisations- och individnivå innebär att framtidens hälso- och sjukvårdledarskap i hög grad behöver fokusera på effektivisering, personalledning och förändringsledning (Figueroa et al., 2019). Primärvården, liksom andra CAS, kännetecknas av inneboende spänningar, exempelvis mellan krav på standardisering och flexibilitet, mellan professionell autonomi och organisatorisk styrning, samt av en vardag där oförutsedda händelser och lokala prioriteringar formar arbetets organisering. Inom CAS betraktas sådana spänningar och paradoxer inte som avvikelser, utan som en integrerad del av systemets dynamik (Plsek & Greenhalgh, 2001). Detta innebär att ledarskapsrollen inom hälso- och sjukvården kontinuerligt utvecklas i takt med systemets ökande komplexitet, och att framtidens ledare, i kontrast till traditionella ledarskapsideal som betonar kontroll och ordning, behöver kunna hantera dynamik, spänningar och osäkerhet (Figueroa et al., 2019; Khan et al., 2018). Innovation och anpassningsförmåga framstår därmed som centrala kompetenser för att leda i sådana komplexa system (Spanos et al., 2024). En viktig implikation är därför att primärvården behöver, utöver särskilt avsatta medel för innovation, prioritera strategiska och långsiktiga satsningar på att stärka och kompetensutveckla chefer i innovationsledning. Detta innefattar även att utveckla chefers förmågor att leda och främja medarbetares delaktighet i praktikinära innovationsprocesser. Sådana kompetenser och ledaregenskaper bör även betraktas som meriterande vid rekrytering till chefspositioner.

DEN DYNAMISKA PRIMÄRVÅRDSORGANISATIONEN

Baserat på avhandlingens samlade resultat [II–IV] presenteras DUFO-modellen, en konceptuell modell som illustrerar relationerna mellan formellt organiserat utrymme för innovation och lärande, utvecklingen av kollektiv agens samt organisationens förmåga till anpassning, lärande och utveckling (figur 10).

Modellen vilar på empiriska resultat och utgör ett teoretiskt bidrag som anknyter till ett komplexitetsteoretiskt perspektiv. Utifrån detta perspektiv kan primärvårdens utveckling förstås som en emergent och icke-linjär process, där adaptiv kapacitet växer fram genom kontinuerligt samspel och återkoppling mellan organisatoriska strukturer, sociala relationer och praktiska lärande- och innovationsprocesser (Khan et al., 2018). Samtidigt synliggör modellen hur dessa processer tar form genom social interaktion och gemensamt meningsskapande. Ett sociokulturellt perspektiv bidrar därmed till förståelsen av de lärande- och handlingsprocesser som driver denna utveckling. Modellen beskriver således inte hur primärvården *bör bli* en lärande organisation, utan visar hur sådan kapacitet faktiskt kan växa fram ur vardaglig praktik.



Figur 10. DUFO-modellen illustrerar dynamiken mellan organiserade innovations- och lärandemiljöer, framväxten av kollektiv agens och förmågan till organisatorisk anpassning och utveckling i primärvård.

Det *organiserade utrymmet för innovation och lärande* illustrerar möjliggörande strukturer som ger mandat, tid och plats för medarbetardriven innovation i den kliniska vardagen. Exempel på sådana strukturer är veckovisa innovationstimmar med tvärprofessionellt samarbete baserat på leanfilosofin [III], samt ett kliniskt integrerat levande labb [II]. Det organiserade utrymmet skapar handlingsutrymme genom att legitimera innovationsarbete som en del av kärnuppgiften, i stället för något som sker vid sidan av kliniskt arbete. Individer och grupper behöver dock ha en subjektivt upplevd förmåga till

innovation och lärande för att kunna utnyttja det handlingsutrymme som arbetsplatsen erbjuder (Ellström, 2001, 2006, 2010). Detta kan illustreras med exempel från studie II och III, där vårdpersonalen upplever ett moraliskt dilemma över att delta i innovationsprojekt eftersom detta upplevdes stå i konflikt med deras kliniska arbetsuppgifter. Detta tyder på att en stark yrkesidentitet, i förhållande till rollen som utvecklare av vården, kan begränsa engagemanget i innovationsarbetet trots befintligt mandat och organisatoriska förutsättningar.

Inom det ovan beskrivna organiserade utrymmet sker innovation och lärande genom flera sammanvävda processer. I modellen illustreras dessa som tre överlappande cirklar: *individuellt lärande*, *kollektivt lärande* och *omformning av det dagliga arbetet*. Innovation förstås i detta sammanhang som omformning av det dagliga arbetet och utvecklas i samspel med individuellt och kollektivt lärande. Ur ett sociokulturellt perspektiv tar dessa processer form i social interaktion och gemensamt meningsskapande (Lemmetty & Billett, 2023). Individens lärande utvecklas genom deltagande i kollektiva praktiker, där nya sätt att tänka, förstå och handla gradvis internaliseras och möjliggör förändrat handlande (Vygotsky, 1978). På motsvarande sätt visar studie III hur kollektivt lärande utvecklas i en personalgrupp genom att kunskap skapas, delas, tolkas och omsätts i gemensamma handlingsmönster, vilket även överensstämmer med tidigare teoretiska perspektiv på lärande i arbetspraktiker (Billett, 2004; Lemmetty & Billett, 2023). Mot denna bakgrund omformas det dagliga arbetet i och genom individuella och kollektiva lärandeprocesser, vilket tar sig uttryck i förändrade rutiner, arbetsprocesser och praktik.

Studie III belyser hur vårdpersonal genom sitt engagemang i medarbetardriven innovation utvecklar förmågan att identifiera problem, initiera förändring och påverka organiseringen av det dagliga arbetet. Detta kan förstås som ett uttryck för *kollektivt agens*, det vill säga en gruppens gemensamma tilltro till sin förmåga att samordna och genomföra handlingar för att uppnå gemensamma mål (Bandura, 2000). I detta sammanhang bör kollektivt agens förstås som en emergent kapacitet som uppstår i skärningspunkten mellan de tre ovan beskrivna processerna (cirkarna), genom kontinuerlig interaktion och återkoppling mellan individer, grupper och organisatoriska förutsättningar. I studie III framträder denna kapacitet som en upplevd beredskap och förmåga

till gemensam handling i oväntade situationer, medan den i studie IV tar sig uttryck i att vårdpersonal initierar och driver medarbetardrivna innovationsprojekt baserade på behov som identifieras i det dagliga arbetet. Genom dessa exempel framstår kollektiv agens som en drivkraft som möjliggör både reaktiv [III] och proaktiv [IV] förändring.

Sammantaget visar detta hur kollektiv agens kan stärka den adaptiva kapaciteten genom att organisationen blir mer förändringsbenägen. Pilen från det organiserade utrymmet uttrycker således individens, gruppens och organisationens (i detta fall vårdcentralens) adaptiva kapacitet, det vill säga förmågan att genom kreativitet och nyskapande *anpassa sig till förändrade interna och externa förhållanden*. Den pekar mot cirkeln som representerar primärvården som en *dynamisk, lärande och utvecklingsorienterad organisation*, som formas och förnyas genom långsiktigt, organiserat och praktisk innovationarbete. Detta bör dock inte betraktas som ett statiskt tillstånd (Ratnapalan & Uleryk, 2014), utan som en dynamisk och adaptiv utvecklingsprocess driven av återkommande innovations- och lärandeaktiviteter samt kontinuerliga återkopplingsprocesser. Det ger en mer nyanserad och verksamhetsnära förståelse av organisatoriskt lärande och utveckling.

PRAKTISKA IMPLIKATIONER

En stor fördel med positionen som insiderforskare var möjligheten att direkt återkoppla och integrera ny kunskap från forskningen i verksamheten. I studie II framkom exempelvis behovet av tydliga och tillgängliga projektplaner för alla projekt i det levande labbet. Detta ledde till utvecklingen av en projektplansmall, inklusive checklistor, för att strukturera projekten och säkerställa regulatorisk efterlevnad. Forskningsresultaten och erfarenheterna från det levande labbet visade även på behovet av en handbok för att stödja innovationssamverkan i den komplexa och regelstyrda kontexten inom offentlig primärvård. En sådan handbok togs fram efter hand. Resultaten från studie II visade även på vikten av att avsätta tillräcklig tid för vårdpersonal, både för förberedelse och genomförande, samt att tydligt kommunicera mandatet att delta.

Ett annat exempel var att flera medarbetare uttryckte att deltagandet i fokusgrupperna i studie III var värdefullt, eftersom det gav möjlighet till gemensam reflektion kring innovationsarbetet – något som annars var svårt att hinna med i det höga arbetstempot.

”Det är faktiskt roligt att för en gång skull få sitta så här i lugn och ro och prata, känner jag. Det här liksom lite lågmälda, att man får prata färdigt [...]. Det ska gå så fort. Jag är inte så snabb i min personlighet heller, och ibland så är det väldigt roligt att höra sina arbetskamrater sitta och prata och beskriva vad de känner och tycker. Det, det är en väldigt positiv känsla bara det” (Fokusgrupp 2, studie III).

En annan medarbetare beskrev fokusgruppen som en form av terapi, och en relativt nyanställd medarbetare upplevde att den gemensamma reflektionen hjälpte henne att förstå varför innovationsarbetet var viktigt och behövde prioriteras trots högt arbetstempo. Den terapeutiska effekten av kollegiala reflekterande processer under intervjusituationer har även visats i tidigare forskning (Aburn et al., 2021).

Eftersom behovet av reflektion framkom så tydligt valde verksamheten att avsätta en halvdag för samtal om innovation, där både nyanställda och erfarna medarbetare fick möjlighet att blicka tillbaka på vårdcentralens innovationsresa och gemensamt formulera en värdegrund för det fortsatta arbetet (figur 11). Detta fördjupade förståelsen av att reflektion och praktiskt innovationsarbete behöver utvecklas parallellt, eftersom de utgör två ömsesidigt beroende och integrerade delar av processen (Ellström, 2001).

Värdegrund

På XXX vårdcentral skapas lärande, utveckling och förståelse genom tvärprofessionell samverkan.

Arbetsättet förbättrar vårdkvalitén och arbetsmiljön, vilket leder till nöjdare personal, bättre förutsättningar för nöjdare patienter samt en ekonomi som tillåter utveckling.

Figur 11. En gemensamt framtagen värdegrund för innovationsarbetet på vårdcentralen.

METODDISKUSSION

Eftersom tre av fyra studier [II–IV] har genomförts helt eller delvis inom den verksamhet där jag själv är verksam, har avhandlingen ett tydligt insiderperspektiv (Kanuha, 2000). Detta avsnitt inleds därför med metodologiska reflektioner kopplade till rollen som insiderforskare, följt av en diskussion om de enskilda studiernas styrkor och svagheter.

ATT FORSKA SOM INSIDER: METODOLOGISKA ASPEKTER

Forskarens position, som insider eller outsider, innebär både styrkor och begränsningar (Mercer, 2007). Min insiderposition gav en naturlig ingång till forskningsfältet och en närhet till de organisatoriska processer och vardagspraktiker som studeras. Det möjliggjorde en fördjupad förståelse, samtidigt som det innebar utmaningar kopplade till förförståelse, rollkonflikter och frågor om lojalitet. Nedan diskuteras styrkor och begränsningar som denna position medför i forskningsprocessens olika steg.

Design och datainsamling. Ibland utgör insiderforskning den enda möjliga vägen för att studera ett specifikt område eller fenomen. Så var det i mitt fall, eftersom det i dagsläget mig veterligen inte finns några andra kliniskt integrerade levande labb inom svensk primärvård än det vid min egen arbetsplats. Jag känner inte heller till att motsvarande initiativ existerar i internationella sammanhang, även om jag inte kan uttala mig med full säkerhet. Olika former av medarbetardriven innovation förekommer sannolikt inom svensk primärvård och skulle därmed kunna ha studerats vid fler vårdcentraler. Inom handledargruppen diskuterades möjligheten att inkludera fler vårdcentraler i studie III, men Covid-19 pandemins restriktioner och den ökade arbetsbelastningen i primärvården begränsade möjligheterna att genomföra intervjuer i andra verksamheter. Å andra sidan, genom att avgränsa studien till den vårdcentral där det levande labbet utvecklades blev kopplingen mellan det medarbetardrivna innovationsarbetet och det levande labbet i studie IV tydligare än om fler vårdcentraler hade inkluderats.

En styrka med min insiderposition var att närheten till verksamheten och min kontextuella förståelse ökade den analytiska sensitiviteten, det vill säga förmågan att uppmärksamma subtila mönster och nyanser i resonemang och beteenden (Fleming, 2018). Jag observerade exempelvis hur kollegor genom sitt deltagande i det medarbetardrivna innovationsarbetet utvecklade ett kritiskt och problemlösande förhållningssätt, vilket även framkom i fokusgruppintervjuerna i studie III. Detta möjliggjorde en vidare utforskning av dessa färdigheter kopplade till levande labb-konceptet i studie IV. Samtidigt innebar min närhet till forskningskontexten en risk för selektivt fokus (Holmes, 2020) i datainsamlingen, då min förförståelse kan ha påverkat vilka frågor och teman som prioriterades i intervjuguiden. Detta kan leda till en snedvridning av datamaterialet, där vissa perspektiv framträder tydligare än andra. För att motverka detta utvecklades intervjuguiderna genom en iterativ process, där jag först tog fram ett utkast som därefter bearbetades och reviderades i flera omgångar tillsammans med handledargruppen.

En annan risk är att deltagarna antar att forskaren redan förstår deras situation, vilket kan göra att de inte utvecklar eller förklarar sina erfarenheter fullt ut (Dwyer & Buckle, 2009). Detta kan i sin tur begränsa datamaterialets djup och rikedom, eftersom nyanser kan gå förlorade. Under fokusgruppintervjuerna ombads därför deltagarna att beskriva sina erfarenheter som om jag saknade förkunskap om ämnet och vid behov ställdes kompletterande frågor för att fördjupa resonemangen. Intervjuerna genomfördes även tillsammans med en forskare med ett mer uttalat outsiderperspektiv, vilket bidrog till att perspektiv från båda ändar av kontinuumet (Mercer, 2007) integrerades i datainsamlingen.

Vid ett par tillfällen ställde fokusgruppdeltagare frågor till mig under intervjuerna. Detta är inte ovanligt inom insiderforskning (Fleming, 2018) och kan ses som ett uttryck för ett visst mått av tillit i relationen (Dwyer & Buckle, 2009). Jag uppfattade att frågorna grundade sig i en nyfikenhet kring vad jag hade för uppfattning om frågan som diskuterades. Det kan förstås som en rollkonflikt och antyder att jag, som insider och lokal projektledare för det levande labbet, stundtals uppfattades som "sakkunnig" snarare än enbart forskare. En sådan position skulle kunna påverka interaktionen i fokusgrupperna genom att deltagarna söker bekräftelse eller stöd i stället för att fritt uttrycka sina egna erfarenheter. För att hantera detta tydliggjordes min roll i den information som gavs i början av intervjuerna.

Närheten till forskningsmiljön underlättar ofta både rekrytering och tillgång till data (Unluer, 2012), vilket även var fallet här. Jag hade en förtroendefull relation till såväl kollegor som ledning på vårdcentralen, vilket gav en naturlig plattform för rekrytering. Jag fanns dessutom tillgänglig för att besvara frågor från kollegor som initialt upplevde viss osäkerhet, vilket sannolikt bidrog till att de valde att delta. En annan styrka var att min kännedom om deltagarna underlättade sammansättningen av fokusgrupperna i studierna III och IV. En genomtänkt grupp-sammansättning är viktig för att skapa ett gynnsamt samtalsklimat och stärka datamaterialets trovärdighet, eftersom den påverkar vilka perspektiv som kommer till uttryck i diskussionen (Greenwood et al., 2014). Gruppkonstellationerna togs därför fram i dialog med teamledare (schemaansvarig) som hade motsvarande kännedom om deltagarna samt med huvudhandledare, i syfte att skapa trygga och välbalanserade grupper.

Som insiderforskare har jag behövt reflektera över mina roller i relation till maktförhållanden och deras betydelse för forskningsprocessen (Aburn et al., 2021). Min roll som lokal projektledare för det levande labbet innebär ett formellt ledningsansvar gentemot mina kollegor, vilket ofrånkomligen medför en maktasymmetri i relationen. Maktförhållanden kan påverka vad deltagare väljer att uttrycka i intervjusituationer (Kvale, 2006), exempelvis genom att anpassa svar till upplevda förväntningar eller genom att vara mindre kritiska. Efter diskussion i handledningsgruppen beslutades därför att intervjuer med kollegor om det levande labbet skulle genomföras av handledarna utan min medverkan. Ett undantag var en dyadisk intervju med två sjuksköterskekollegor i studie IV, genomförd av mig och huvudhandledaren (IS) enligt deltagarnas önskemål. I studie III bedömdes det däremot som möjligt för mig att genomföra fokusgruppintervjuer med kollegor om det medarbetardrivna innovationsarbetet. I detta sammanhang hade jag ingen formell ledarposition och deltog på samma villkor som övriga kollegor. Det går dock inte att utesluta att min forskarroll och mitt engagemang i innovationsarbetet gav mig en informell ledarroll, vilket kan ha medfört en implicit maktposition i relation till deltagarna. För att minska risken för informationsbias (Fleming, 2018) betonades därför inför varje intervjutillfälle att deltagarna fritt kunde uttrycka sina åsikter, även kritiska sådana.

Dataanalys. Som insider deltog jag i såväl praktiskt innovationsarbete som formella och informella samtal om innovation och utveckling vid

vårdcentralen och bidrog därigenom till att forma diskursen. Min insyn i pågående diskussioner medförde en viss förförståelse i analysen, då liknande tankegångar återkom i intervjuerna. Att dessa återkom i olika former och forum kan ses som en form av triangulering. På liknande sätt kan min kännedom om kontexten och den lokala praktiken ha minskat risken för feltolkningar av informanternas utsagor (Fleming, 2018). Ett exempel är att analysen av kortfattade mötesanteckningar underlättades av att jag deltagit i mötena och var bekant med de resonemang som förts.

Samtidigt kan förförståelse som följer insiderperspektivet göra forskaren mer selektiv och mindre benägen att beakta alternativa tolkningar, med risk för förhastade slutsatser (Fleming, 2018). Jag har därför eftersträvat analytisk distans, inte i betydelsen neutralitet eller frånvaro av förförståelse, utan som ett medvetet och reflexivt förhållningssätt till min egen position och dess påverkan på tolkningar. Olika former av triangulering har även varit ett viktigt metodologiskt redskap för att stärka studiernas trovärdighet, exempelvis forskartriangulering [I–IV], metodtriangulering [I, II, IV] och datakällatriangulering [II, IV] (Carter, 2014). I studie III användes deltagargranskning (Clark et al., 2021), där utvalda deltagare gavs möjlighet att läsa och kommentera tolkningar av data. Resultaten presenterades även vid en APT för hela arbetsgruppen inför publikation, för gemensam reflektion och för att pröva i vilken mån deltagarna kände igen sig i resultaten. Diskussionerna bekräftade i huvudsak tolkningarna och ledde inte till några förändringar av resultaten eller de analytiska slutsatserna. För att ytterligare stärka den analytiska distansen användes textnära analysmetoder, såsom systematisk textkondensering (Malterud, 2012) och kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004).

STUDIE I

Trots omfattande litteratursökningar och kontakt med forskare inom innovationsområdet hittades ingen validerad svensk enkät som var lämplig för studiens syfte. Vi valde därför att använda SCB:s enkät *Innovation inom hälso- och sjukvård* (Statistiska centralbyrån, 2015), eftersom den tidigare har använts i svensk primärvårdskontext och delvis fångar aspekter av medarbetarinvolvering i innovationsarbete.

Enligt information från SCB (E. Stendahl, personlig kommunikation, 2023, 23 augusti) utvecklades enkäten enligt SCB:s standardiserade process för blankettframtagning. Enkäten utformades initialt av personal med ämneskunskap inom innovationsområdet och granskades därefter av mättekniker med särskild expertis inom blankettuppgbyggnad och frågekonstruktion. SCB pilottestade därefter enkäten och bedömde, utifrån både pilottestet och respondenternas kommentarer efter genomförd undersökning, att frågorna var relevanta och möjliga att besvara (Statistiska centralbyrån, 2015). För studie I modifierades den ursprungliga enkäten enligt beskrivning i metodavsnittet. Samtliga ändringar diskuterades med huvudhandledaren (IS), som har betydande erfarenhet av innovation inom primärvård, samt inom handledningsteamet. Syftet med ändringarna var att anpassa enkäten till primärvårdens kontext och förbättra läsbarheten utan att påverka frågornas innehåll eller innebörd. Ändringarna bedömdes inte vara av sådan omfattning att ett nytt pilottest behövde genomföras.

En förväntad utmaning, som också bekräftades i bortfallsanalysen, var att vårdcentralchefer hade svårt att prioritera att besvara enkäten i en redan pressad och uppgiftstät arbetsvardag. Även om svarsfrekvensen var låg, med 38 % inklusive delvis besvarade enkäter och 25 % för fullständigt besvarade enkäter, ligger den i nivå med vad som rapporterats i liknande enkätstudier inom svensk primärvård. Abellsson et al. (2021) rapporterade exempelvis en svarsfrekvens på 33 % i en enkät riktad till vårdcentralchefer med syfte att undersöka tillgången till och användningen av evidensbaserad praktik. När SCB genomförde sin undersökning 2014 var svarsfrekvensen inom primärvården dessutom 30 % (Statistiska centralbyrån, 2015). Den låga svarsfrekvensen kan dock ha metodologisk betydelse, både för studiens representativitet och för möjligheterna att generalisera resultaten.

För att förbättra svarsfrekvensen vidtogs flera åtgärder. Frågornas läsbarhet förbättrades och påminnelser skickades till respondenter som inte hade påbörjat eller slutfört enkäten. Eftersom enkäten var omfattande och en fritextfråga hade lagts till togs frågan om kommunikativa innovationer bort för att kompensera för detta. Frågan utgjorde ett eget frågeområde i den ursprungliga enkäten. Samtidigt kan borttagandet av ett frågeområde ha påverkat enkätens innehållsvaliditet, det vill säga i vilken utsträckning frågorna täcker det fenomen som avses mätas (Haynes et al., 1995). Tidigare

forskning visar dock att innovationer inom svensk primärvård främst rör tjänste-, process- och organisatoriska innovationer (Avby et al., 2019), vilket motiverade denna avgränsning. Innovation är dessutom ett brett och komplext fenomen, vilket gör det praktiskt svårt för en enkät att heltäckande fånga samtliga dimensioner av fenomenet. Borttagandet av ett frågeområde bör därför ses som en medveten avgränsning för att öka enkätens genomförbarhet. Studien gör således inte anspråk på att mäta alla aspekter av innovation inom primärvården.

Studiens huvudsakliga kvantitativa forskningsdesign kompletterades med en kvalitativ fråga som analyserades för att stödja huvudresultaten. Denna metodtriangulering (Carter, 2014) utgjorde en metodologisk styrka. Den kvalitativa datainsamlingen var inbäddad i huvuddesignen och användes för att förtydliga, ge kontext och fördjupa förståelsen av resultaten (Creswell & Plano Clark, 2018).

STUDIE II-IV

Flera metodologiska överväganden avseende trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet (Guba, 1981) har diskuterats ovan i relation till studiernas insidernperspektiv. Överförbarhet har däremot berörts i mindre utsträckning. Studierna genomfördes i ett avgränsat sammanhang, dels till följd av covid-19 pandemins restriktioner [III], dels eftersom det studerade fenomenet inte förekom i andra kontexter [II, IV], vilket kan begränsa överförbarheten. Samtidigt kännetecknas dagens hälso- och sjukvård, trots lokala variationer, av liknande vårdrelaterade utmaningar, hög komplexitet och ökade krav på digital utveckling och innovation. Detta skapar en i flera avseenden jämförbar kontext och kan därmed stärka studiernas relevans även utanför det specifika sammanhanget. Det nära och kontextspecifika angreppssättet möjliggör dessutom en fördjupad förståelse av fenomenet i dess naturliga miljö (Yin, 2012), vilket kan bidra till ökad analytisk överförbarhet.

Ytterst vilar dock bedömningen av resultatets överförbarhet i hög grad på läsaren. För att möjliggöra en sådan bedömning har vi eftersträvat transparens genom tydliga beskrivningar av kontext, deltagare och forskningsprocess samt genom rika resultatbeskrivningar (Graneheim & Lundman, 2004), samtidigt som hänsyn tagits till deltagarnas integritet.

I studierna användes huvudsakligen datainsamlingsmetoder som bygger på social interaktion, såsom fokusgruppintervjuer och dyadiska intervjuer. Även om dessa skiljer sig åt avseende antal deltagare, forskarroll och typ av data, förenas de av den interaktiva dimensionen (Morgan, 2012). Utöver de etiska överväganden som tidigare lyfts syftade metodvalen till att stimulera deltagarna att berätta om sina erfarenheter och att associera kring varandras resonemang. Därigenom gavs deltagarna möjlighet att gemensamt konstruera sina perspektiv på det studerade fenomenet (Clark et al., 2021; Morgan, 2012). Metodvalet bedöms därmed vara särskilt lämpligt för att studera hur innovation och lärande, som i hög grad är förankrade i socialt konstruerade processer, tar form i praktiken (Høyrup, 2012; Sundbo, 2003).

SLUTSATS

Primärvården befinner sig i en pågående omställning, präglad såväl av politiska reformagendor som av en tilltagande digitalisering som förändrar vårdens organisering och praktik. Denna utveckling utmanar etablerade sätt att organisera och bedriva vård, och sätter därmed fokus på primärvården som en arena för praktikhärla innovation och lärande. Resultaten i denna avhandling stödjer bilden av att förutsättningar för innovation i primärvården formas i samspelet mellan organisatoriska strukturer och lokala praktiker. Samtidigt framträder en diskrepans mellan ett utbrett innovationsengagemang och avsaknaden av stödjande strukturer och processer för praktikhärla innovation och samverkan med externa aktörer. I detta sammanhang utgör kliniskt integrerade levande labb och strukturerat medarbetardrivet innovationsarbete exempel på sådana strukturer och processer som kan bidra till att stärka primärvårdens kapacitet för lärande och utveckling. Resultaten påvisar synergier mellan dessa innovationsansatser, där medarbetardrivet innovationsarbete bidrar till utvecklingen av innovationskompetenser [III] som möjliggör och stärker kliniskt integrerade levande labb som arenor för extern samverkan [IV]. Dessa kan i sin tur fungera som forum för medarbetardrivna innovationsinitiativ och processer [IV].

Avhandlingen visar på ett tydligt behov av praktikhärla arenor för innovation och lärande i primärvården för att stärka dess förmåga att driva sin egen utveckling [III, IV]. De sammantagna resultaten från avhandlingens empiriska studier [II, III, IV] har syntetiserats i DUFO-modellen, som fångar relationerna mellan formellt organiserade utrymmen för innovation och lärande, framväxten av kollektiv agens samt organisationens kapacitet för anpassning och lärande. Modellen utgör ett teoretiskt bidrag genom att visa hur denna kapacitet kan växa fram ur primärvårdens vardagliga praktik. Detta talar för att involvering av hälso- och sjukvårdspersonal i innovationsarbete är central, inte bara för utvecklingen av framtidens vårdtjänster, utan också för att främja en mer adaptiv, dynamisk och utvecklingsorienterad organisationskultur.

Kliniskt integrerade innovationsstrukturer är till sin natur adaptiva och responsiva [IV], vilket gör dem väl lämpade för primärvårdens dynamiska kontext. Samtidigt innebär denna närhet till praktiken en sårbarhet kopplad till ogynnsamma förutsättningar för innovation [I, III, IV]. Dagens primärvård

kännetecknas av en inneboende spänning, där hög arbetsbelastning i kombination med krav på vårdproduktion och effektivt resursutnyttjande både kan begränsa och stimulera praktisk innovationsarbete [I, III]. För att dessa förutsättningar ska kunna fungera som drivkrafter krävs ett kliniskt ledarskap med resiliens och förmåga att uthålligt leda och driva innovation under press. Detta aktualiserar behovet av organisatoriska arrangemang som stödjer ett sådant ledarskap, såsom tydliga mandat, samverkansstrukturer och kontinuerlig kompetensutveckling.

FRAMTIDA PERSPEKTIV

I denna avhandling studeras ett unikt projekt där ett kliniskt integrerat levande labb utvecklas och implementeras vid en offentlig vårdcentral i Sverige. Den kunskap som genererats ligger till grund för nästa fas, där konceptet utökas till att omfatta ytterligare fyra vårdcentraler inom den offentliga primärvården. Denna breddning möjliggör utveckling, testning och utvärdering av innovativa lösningar i olika primärvårdskontexter, med variation i storlek, geografisk lokalisering, profil (fysisk/digifysisk) och patientdemografi. I förlängningen kan detta stärka såväl validitet som generaliserbarhet av projektsresultat, då utveckling och testning sker i varierande kontexter. Det kan även ge en mer nyanserad bild av innovationers möjligheter och begränsningar, och därigenom förbättra förutsättningarna för implementering och breddinförande samt minska risken för så kallat ”not-invented-here”-syndrom.

Denna utveckling kan också förstås som ett steg mot en mer nätverksbaserad organisering av innovationsarbete i primärvården. Enligt Margolis och Halfon (2009) har innovationsnätverk i primärvården potential att erbjuda strukturer och processer som möjliggör utveckling, spridning och implementering av nya arbetssätt. Vidare menar de att sådana nätverk kan katalysera och driva systemförändring genom att möjliggöra testning och samverkan kring innovativa vårdlösningar. Framtida forskning bör därför fokusera på hur innovation i primärvården kan utvecklas, testas och spridas i större och mer varierade kontexter, samt hur innovationsarbete kan samordnas över flera nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet (Margolis & Halfon, 2009). Sådan forskning kan exempelvis fokusera på hur innovationsnätverk, ur ett systemperspektiv, påverkar utveckling, anpassning och spridning av innovationer i primärvården. I detta sammanhang kan komplexitetsteori utgöra en relevant teoretisk lins genom att bidra till förståelsen av hur innovation uppstår och formas i dynamiska och ömsesidigt beroende system, där interaktioner mellan innovation, aktörer och kontextuella faktorer spelar en avgörande roll (Skivington et al., 2021). Vidare kan forskning inriktas på att undersöka kunskapsflöden, gemensamma utvecklingsprocesser samt samverkan mellan enheter och andra aktörer inom sådana nätverk.

För att primärvården ska kunna tillgodogöra sig ny teknik och digitala innovationer krävs stärkt evidens avseende effekter, nytta, risker och

kostnadseffektivitet. Samtidigt uppstår en paradox där evidens efterfrågas för införande, medan evidensgenerering förutsätter användning i klinisk praktik (Guo et al., 2020). Denna problematik förstärks av att traditionella metoder för evidensgenerering, såsom randomiserade kontrollerade studier (RCT), ofta är tids- och resurskrävande och därmed svåra att anpassa till den snabba utvecklingstakt som kännetecknar tekniska innovationer. Följden blir en obalans, där evidensgenereringen inte håller jämna steg med teknikutvecklingen (Gallagher & Zhang, 2021). Flera forskare pekar därför på behovet av mer ändamålsenliga utvärderingsmetoder (Gomis-Pastor et al., 2024; Guo et al., 2020; Hrynyschyn et al., 2022), för att möjliggöra evidens av hög kvalitet till lägre kostnad och i rätt tid (Guo et al., 2020). Även inom forskning om levande labb påtalas behovet av studier som möjliggör systematisk utvärdering och transparent rapportering av såväl processer som utfall (Müller, 2026; Paskaleva & Cooper, 2021). Framtida forskning bör därför fokusera på att använda mer pragmatiska och flexibla metoder för att utvärdera olika typer av hälsoinnovationer. Den bör även belysa hur evidensgenerering och klinisk implementering kan integreras i iterativa och ömsesidigt förstärkande processer. Det finns även behov av att vidare utforska evidensbegreppet i relation till de regulatoriska, organisatoriska och teknologiska förutsättningar som präglar digitala innovationer inom svensk hälso- och sjukvård. Detta innefattar hur evidens definieras och värderas samt vad som kan anses utgöra tillräcklig evidens i en kontext där traditionella evidensideal har visat sig svåra att tillämpa.

ANVÄNDNING AV GENERATIV AI

I arbetet med denna avhandling har generativa AI-verktyg använts som stöd i skrivprocessen. Verktögen ChatGPT (OpenAI for Education/OpenAI) och Microsoft Copilot har använts för att generera idéer och resonemang samt för språkligt stöd i form av förbättring av språkflyt, redigering och förslag på formuleringar och översättningar.

AI-verktygen har inte använts för att generera självständig analys, tolka empiriskt material eller dra slutsatser. All slutlig text, analys och tolkning är författarens egen, och samtliga AI-genererade förslag har granskats och bearbetats kritiskt. Ansvaret för avhandlingens innehåll vilar helt på författaren.

OMNÄMNANDEN

Under doktorandtiden deltog jag i en disputation där ordföranden beskrev avhandlingsarbetet som att bestiga Mount Everest – en lång och krävande klättring som sällan genomförs ensam. Bergsbestigare behöver sina sherpas: erfarna, kloka och pålitliga personer som visar vägen, bär utrustning och kan bistå med extra syrgas när luften blir tunn. I detta avsnitt vill jag rikta ett varmt och innerligt tack till alla ”mina sherpas”. Tillsammans har vi nått toppen!

Jag vill börja med att tacka min huvudhandledare, *Irene Svenningsson*, som såg min potential som doktorand långt innan jag själv gjorde det. Det är tack vare dig som jag till slut tog steget, och genom åren har du uppmuntrat och stöttat mig på min stundtals krokiga doktorandresa. Jag är tacksam för våra många samtal, där vi tillsammans har vridit och vänt på frågor, provat idéer och hittat nya vägar. Jag har lärt mig så mycket! Tack för ditt engagemang och din generositet – med din tid, din kunskap och dina kloka råd – inte minst återkommande påminnelser om att ta lite ledigt ibland.

Tack *Sven Persson Kylén*, bihandledare och FoU-chef i Fyrbodalen. Tillsammans med Irene var du den som formulerade visionen om en innovationsvårdcentral och en testmiljö i primärvården. Genom hela arbetet har du varit en stor källa till inspiration och generöst bidragit med idéer och perspektiv som har fört processen framåt. Tack för ditt stöd och ditt engagemang.

Tack *Eva-Lisa Petersson*, bihandledare, för ditt engagemang och medverkan i genomförandet av intervjuer, analyser och manusgranskning. Din kritiska blick och ditt utanförperspektiv har varit ovärderliga!

Ett varmt tack till mina övriga bihandledare, *Cecilia Björkelund*, *Malin Östman* och *Dominique Hange*, som alltid har uppmuntrat mig och med trygg hand lotsat mig framåt genom konstruktiv kritik, värdefulla inspel och generöst delad expertkunskap. Tack för era bidrag i forskningsprocessens olika delar.

Tack *Ann Svensson* och *Sandra Pennbrant*, huvudhandledare respektive bihandledare under min tid som doktorand vid Högskolan Väst. Jag är oerhört tacksam för de perspektiv inom informatik och arbetsintegrerat lärande som ni

har bidragit med och som på olika sätt har berikat mitt avhandlingsarbete. Tack för ert stöd och ert engagerade handledarskap.

Tack *Markus Praetorius Björk* för att du så generöst delat med dig av dina statistikkunskaper i studie I och för ditt värdefulla bidrag i granskningen av manus.

Tack *Paul Nilsson* för omsorgsfull läsning av kappamanuset och konstruktiva kommentarer.

Tack *Charlotta Hemmendy* för det fina samarbete som vi har haft i projektet under dessa år. Du är en frisk fläkt och det är alltid lika trevligt och givande att arbeta tillsammans med dig.

Ett varmt och innerligt tack till min chef *Edgardo* och teamledare *Tina*. Ni har gett mig de förutsättningar jag har behövt för att lyckas kombinera kliniskt arbete, forskning och min roll som lokal projektledare. Jag är så glad för det stöd, förtroende och den uppskattning jag har känt under dessa år. Tack även till mina *enastående kollegor* på vårdcentralen – ingen nämnd, ingen glömd. Ni har alla, på olika sätt, bidragit till detta arbete och er vilja att dela med er av erfarenheter, upplevelser och idéer har varit ovärderlig. Ni är mina sanna hjältar!

Ett stort tack till alla härliga och kompetenta *kollegor på FoU-centrum i Vänersborg* för stöd och uppmuntran genom hela avhandlingsarbetet, men också för värdefulla synpunkter och konstruktiv återkoppling i samband med seminarier, manusarbete och granskning av kappa.

Tack till *mina vänner*, både nära och långväga – vad vore livet utan er? Jag är lyckligt lottad att ha så fina, omtänksamma, lojala och kloka människor runt omkring mig. Samtal om smått och stort, promenader och fikastunder har varit välkomna avbrott och en påminnelse om livet bortom avhandlingsarbetet.

Tack till min underbara familj som jag värdesätter så mycket! Tack *mamma Birgitta* och *pappa Rune* för alla gånger jag har fått landa hemma hos er under några dagar för att skriva, omgiven av mat, fika och fin gemenskap. Jag kommer för alltid att bära med mig dessa stunder och minnas dem med stor glädje och värme. Tack även till *min bror David* för korrekturläsning av flera

manus, till hans fru *Malin* samt till *min syster Carina* och hennes make *Daniel* för allt ert stöd. Jag är särskilt glad över den fina illustration som *min systerdotter Moira Last* har skapat för denna avhandling. Tack *Johan* och *Emma* för den glädje ni ger i vardagen.

Sedan till min allra närmaste familj – tack för vilka ni är! Tack till *vår dotter Lisa* och till bästa *Jonathan*, för att ni sprider så mycket glädje, omsorg och kärlek omkring er. Tack till *våra grabbar, Eric* och *Leandro*, för att ni gör livet rikare, roligare och mer levande. *Mats, min allra bästa vän och livskamrat* – att ha dig vid min sida under denna resa har betytt allt. Vi klarade det, och nu börjar nya äventyr. Tack för ett underbart liv!

/Sarah

REFERENSER

- Aasen, T. M., Amundsen, O., Gressgård, L. J., & Hansen, K. (2012). In search of best practices for employee-driven innovation: Experiences from Norwegian work life. I S. Høyrrup, M. Bonnafous-Boucher, C. Hasse, M. Lotz & K. Møller (Red.), *Employee-driven innovation: A new approach* (pp. 57-74). Palgrave Macmillan UK.
- Abelsson, T., Morténus, H., Karlsson, A. K., Bergman, S., & Baigi, A. (2021). Evidence-based practice in primary healthcare from the managerial point of view—A national survey. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1014. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07023-w>
- Aburn, G. E., Gott, M., & Hoare, K. (2021). Experiences of an insider researcher—Interviewing your own colleagues. *Nurse Researcher*, 33(3).
- Ackoff, R. L. (1971). Towards a system of systems concepts. *Management Science*, 17(11), 661-671.
- Agogué, M., Comtet, G., Menudet, J. F., Picard, R., & Le Masson, P. (2013). Managing innovative design within the health ecosystem: The living lab as an architect of the unknown. *Management & Avenir-Santé*, 1(1), 17-32. <https://doi.org/10.3917/mavs.001.0017>
- Allen, D. (2014). Re-conceptualising holism in the contemporary nursing mandate: From individual to organisational relationships. *Social science & medicine*, 119, 131-138. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.036>
- Allen, L. N., Lin, J., Segal, B. M., Ndlovu, K., Bilardi, D., & Pettigrew, L. M. (2026). Artificial intelligence in primary care: Frameworks, challenges, and guardrails. *The Lancet Primary Care*, 2(3). <https://doi.org/10.1016/j.lanprc.2025.100079>
- Almirall, E., Lee, M., & Wareham, J. (2012). Mapping living labs in the landscape of innovation methodologies. *Technology Innovation Management Review*, 2(9), 12-18.
- Alsaqqa, H. H. (2024). Organizational culture relation with innovation: Comment on" Employee-driven innovation in health organizations: Insights from a scoping review". *International Journal of Health Policy and Management*, 13, 8583. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.8583>

- Amabile, T. M., & Pratt, M. G. (2016). The dynamic componential model of creativity and innovation in organizations: Making progress, making meaning. *Research in organizational behavior*, 36, 157-183. <https://doi.org/10.1016/j.riob.2016.10.001>
- Amabile, T. M., Schatzel, E. A., Moneta, G. B., & Kramer, S. J. (2004). Leader behaviors and the work environment for creativity: Perceived leader support. *The Leadership Quarterly*, 15(1), 5-32. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2003.12.003>
- Amundsen, O., Aasen, T. M. B., Gressgård, L. J., & Hansen, K. (2014). Preparing organisations for employee-driven open innovation. *International Journal of Business Science & Applied Management*, 9(1), 24-35.
- Andersen, T. O., Kanstrup, A. M., & Yndigegn, S. L. (2018). Three living labs in Denmark: Challenges with co-design and implementation of health IT. I A. Byholm, L. Pape-Haugaard, K. Niss, O. Hejlesen & C. Zhou (Red.), *Proceedings from the 16th Scandinavian Conference on Health Informatics* (s. 1-6). Linköping University Electronic Press.
- Anderson, N., De Dreu, C. K., & Nijstad, B. A. (2004). The routinization of innovation research: A constructively critical review of the state-of-the-science. *Journal of Organizational Behavior*, 25(2), 147-173. <https://doi.org/10.1002/job.236>
- Andersson, T., Linnéusson, G., Holmén, M., & Kjellsdotter, A. (2023). Nurturing innovative culture in a healthcare organisation—Lessons from a Swedish case study. *Journal of Health Organization and Management*, 37(9), 17-33. <https://doi.org/10.1108/JHOM-05-2021-0181>
- Anell, A. (2011). Choice and privatisation in Swedish primary care. *Health Economics, Policy and Law*, 6(4), 549-569. <https://doi.org/10.1017/S1744133110000216>
- Antonsen, Y., & Bye, G. (2020). Line managers and employees use of lean task boards in Norwegian municipal healthcare sector: A tool for action learning? *Leadership in Health Services*, 33(4), 445-460. <https://doi.org/10.1108/LHS-04-2020-0020>
- Aoun, M., Hasnan, N., & Al-Aaraj, H. (2018). Relationship between lean practices, soft total quality management and innovation skills in Lebanese hospitals. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 24(3), 269-276. <https://doi.org/10.26719/2018.24.3.269>

- Archibald, M. M., Wittmeier, K., Gale, M., Ricci, F., Russell, K., & Woodgate, R. L. (2021). Living labs for patient engagement and knowledge exchange: An exploratory sequential mixed methods study to develop a living lab in paediatric rehabilitation. *BMJ open*, 11(5), e041530. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041530>
- Aslani, A., & Naaranoja, M. (2015). A systematic-qualitative research for diffusion of innovation in the primary healthcare centers. *Journal of Modelling in Management*, 10(1), 105-117. <https://doi.org/10.1108/JM2-04-2013-0016>
- Avby, G., Kjellström, S., & Andersson Bäck, M. (2019). Tending to innovate in Swedish primary health care: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3874-y>
- Ballon, P., Pierson, J., & Delaere, S. (2005). Test and experimentation platforms for broadband innovation: Examining European practice (SSRN Working Paper No. 1331557). SSRN. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1331557>
- Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions in Psychological Science*, 9(3), 75-78.
- Bank, J., & Raza, A. (2014). Collaborative idea management: A driver of continuous innovation. *Technology Innovation Management Review*, 4(2), 11-16. <https://doi.org/10.22215/timreview764>
- Barry, C. A., Britten, N., Barber, N., Bradley, C., & Stevenson, F. (1999). Using reflexivity to optimize teamwork in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 9(1), 26-44.
- Bates, S. M., Lin, J., Allen, L. N., Wright, M., & Kidd, M. (2025). Can multidisciplinary teams improve the quality of primary care? A scoping review. *EClinicalMedicine*, 88, 103497. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103497>
- Benvenuto, M., Viola, C., & Sambati, F. (2017). A new social and technological paradigm to assess chronic patient management process: Preliminary results. *Management*, 5(6), 525-540. <https://doi.org/10.17265/2328-2185/2017.06.005>
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2011). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. Open Road Integrated Media.
- Berglund, R. T., Bäckström, I., Johansson, P. E., & Omoredede, A. (2024). Employee-driven innovation: Exploring the significance of

- psychosocial safety climate and implications for management. *International Journal of Innovation Management*, 28(07n08), 2450034.
<https://doi.org/10.1142/S1363919624500348>
- Bergvall-Kåreborn, B., Eriksson, C. I., Ståhlbröst, A., & Svensson, J. (2009). A milieu for innovation: Defining living labs. I K. R. E. Huizingh, S. Conn, M. Torkkeli & I. Bitran (Red.), *Proceedings of the 2nd ISPIM Innovation Symposium: Simulating recovery – the role of innovation management* (s. 1–12).
- Bergvall-Kåreborn, B., Howcroft, D., Ståhlbröst, A., & Wikman, A. M. (2010). Participation in living lab: Designing systems with users. I *IFIP Working Conference on Human Benefit through the Diffusion of Information Systems Design Science Research* (s. 317–326). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-12113-5_19
- Bergvall-Kåreborn, B., & Ståhlbröst, A. (2009). Living Lab: An open and citizen-centric approach for innovation. *International Journal of Innovation and Regional Development*, 1(4), 356-370.
<https://doi.org/10.1504/IJIRD.2009.022727>
- Bessant, J., & Caffyn, S. (1997). High-involvement innovation through continuous improvement. *International Journal of Technology Management*, 14(1), 7-28. <https://doi.org/10.1504/IJTM.1997.001705>
- Billett, S. (2004). Workplace participatory practices: Conceptualising workplaces as learning environments. *Journal of Workplace Learning*, 16(6), 312-324. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1108/13665620410550295>
- Billett, S. (2012). Explaining innovation at work: A socio-personal account. I S. Høyrup, M. Bonnafoos-Boucher, C. Hasse, M. Lotz & K. Møller (Red.), *Employee-driven innovation: A new approach* (s. 92-107). Palgrave Macmillan UK.
- Billett, S., Yang, S., Chia, A., Tai, J. F., Lee, M., & Alhadad, S. (2021). Remaking and transforming cultural practices: Exploring the co-occurrence of work, learning, innovation. I K. Collin, V. Glaveanu, S. Lemmetty & P. Forsman (Red.), *Creativity and learning: Contexts, processes and support* (pp. 219-244). Cham: Springer International Publishing.
- Birken, S. A., Lee, S. Y. D., & Weiner, B. J. (2012). Uncovering middle managers' role in healthcare innovation

- implementation. *Implementation Science*, 7(1), 28.
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-28>
- Brunet, P. A., & New, S. (2003). Kaizen in Japan: an empirical study. *International Journal of Operations & Production Management*, 23(12), 1426-1446.
<https://doi.org/10.1108/01443570310506704>
- Burr, V. (2025). *Social constructionism* (4:e uppl.). Routledge.
- Cadeddu, S. B., Dare, L. O., & Denis, J. L. (2023). Employee-driven innovation in health organizations: insights from a scoping review. *International Journal of Health Policy and Management*, 12, 6734. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2023.6734>
- Carlson, E., & Stenberg, M. (2020). Peer learning—making use of sociocultural theory. *Nurse Education in Practice*, 46, 102819.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102819>
- Carmeli, A., Reiter-Palmon, R., & Ziv, E. (2010). Inclusive leadership and employee involvement in creative tasks in the workplace: The mediating role of psychological safety. *Creativity Research Journal*, 22(3), 250-260.
<https://doi.org/10.1080/10400419.2010.504654>
- Carroll, Á., Collins, C., McKenzie, J., Stokes, D., & Darley, A. (2023). Application of complexity theory in health and social care research: A scoping review. *BMJ Open*, 13(3), e069180.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069180>
- Carter, N. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *Oncology Nursing Forum*, 41(5), 545-547. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.545-547>
- Cederberg, K., Lindblom, L., & Östlund, A. (2017). *Testbäddar inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg (VR 2017:02)*. Vinnova.
- Chesbrough, H. W. (2003). The era of open innovation. *MIT Sloan Management Review*, 44(3), 35–41.
- Clark, T., Foster, L., Sloan, L., & Bryman, A. (2021). *Bryman's social research methods* (6:e uppl.). Oxford University Press.
- Cohen, R. I. (2018). Lean methodology in health care. *Chest*, 154(6), 1448-1454. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.06.005>
- Cohen, W. M., & Levinthal, D. A. (1990). Absorptive capacity: A new perspective on learning and innovation. *Administrative Science Quarterly*, 35(1), 128-152.

- Colldén, C., & Hellström, A. (2018). Value-based healthcare translated: A complementary view of implementation. *BMC Health Services Research*, 18(1), 681. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3488-9>
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (2022). *Doing Qualitative Research*. Sage.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage.
- Day-Duro, E., Lubitsh, G., & Smith, G. (2020). Understanding and investing in healthcare innovation and collaboration. *Journal of Health Organization and Management*, 34(4), 469-487. <https://doi.org/10.1108/JHOM-07-2019-0206>
- Dell'Era, C., & Landoni, P. (2014). Living Lab: A methodology between user-centred design and participatory design. *Creativity and Innovation Management*, 23(2), 137-154. <https://doi.org/10.1111/caim.12061>
- Dewey, J. (1938). *Logic: The theory of inquiry*. Holt, Rinehart and Winston.
- Dietrich, T., Guldager, J. D., Lyk, P., Vallentin-Holbech, L., Rundle-Thiele, S., Majgaard, G., & Stock, C. (2021). Co-creating virtual reality interventions for alcohol prevention: Living lab vs. co-design. *Frontiers in Public Health*, 9, 634102. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.634102>
- Dwyer, S. C., & Buckle, J. L. (2009). The space between: On being an insider-outsider in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(1), 54-63. <https://doi.org/10.1177/160940690900800105>
- Ekman, B., & Ellegård, L. M. (2023). *Digitaliseringen av svensk vård och omsorg*. SNS Förlag. <https://cms-production.sns.se/app/uploads/2023/05/digitaliseringen-av-svensk-vard-och-omsorg.pdf>
- Ellström, P. E. (2001). Integrating learning and work: Problems and prospects. *Human Resource Development Quarterly*, 12(4), 421-435. <https://doi.org/10.1002/hrdq.1006>
- Ellström, P. E. (2006). Two logics of learning. I E. Antonacopoulou, P. Jarvis, V. Andersen, B. Elkjær, & S. Høyrup (Red), *Learning, working and living: Mapping the terrain of working life learning* (s. 33-49). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/9780230522350_3

- Ellström, P. E. (2010). Practice-based innovation: a learning perspective. *Journal of Workplace Learning*, 22(1-2), 27-40.
<https://doi.org/10.1108/13665621011012834>
- Ellström, E., Ekholm, B., & Ellström, P. E. (2008). Two types of learning environment: Enabling and constraining a study of care work. *Journal of Workplace Learning*, 20(2), 84-97.
<https://doi.org/10.1108/13665620810852250>
- Endalamaw, A., Khatri, R. B., Erku, D., Zewdie, A., Wolka, E., Nigatu, F., & Assefa, Y. (2024). Barriers and strategies for primary health care workforce development: Synthesis of evidence. *BMC Primary Care*, 25(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02336-1>
- Essén, A., & Lindblad, S. (2013). Innovation as emergence in healthcare: Unpacking change from within. *Social Science & Medicine*, 93, 203-211. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.035>
- European Network of Living Labs. (u.å.). *Living labs*. Hämtad från 2026-04-20 från <https://enoll.org/living-labs/>
- Fagerberg, J., & Verspagen, B. (2009). Innovation studies—The emerging structure of a new scientific field. *Research Policy*, 38(2), 218-233.
<https://doi.org/10.1016/j.respol.2008.12.006>
- Fagerlind Ståhl, A.-C., Gustavsson, M., Karlsson, N., Johansson, G., & Ekberg, K. (2015). Lean production tools and decision latitude enable conditions for innovative learning in organizations: A multilevel analysis. *Applied Ergonomics*, 47, 285–291.
<https://doi.org/10.1016/j.apergo.2014.10.013>
- Farchi, T., & Salge, T. O. (2017). Shaping innovation in health care: A content analysis of innovation policies in the English NHS, 1948–2015. *Social Science & Medicine*, 192, 143-151.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.038>
- Fernemark, H., Skagerström, J., Seing, I., Ericsson, C., & Nilsen, P. (2020). Digital consultations in Swedish primary health care: a qualitative study of physicians’ job control, demand and support. *BMC Family Practice*, 21(1), 241. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01321-8>
- Figuerola, C. A., Harrison, R., Chauhan, A., & Meyer, L. (2019). Priorities and challenges for health leadership and workforce management globally: A rapid review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 239.
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4080-7>

- Finlay, L. (2002). "Outing" the researcher: The provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative Health Research*, 12(4), 531-545. <https://doi.org/10.1177/104973202129120052>
- Fleming, J. (2018). Recognizing and resolving the challenges of being an insider researcher in work-integrated learning. *International Journal of Work-Integrated Learning*, 19(3), 311-320.
- Flessa, S., & Huebner, C. (2021). Innovations in health care - A conceptual framework. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10026. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910026>
- Floyd, A., & Arthur, L. (2012). Researching from within: External and internal ethical engagement. *International Journal of Research & Method in Education*, 35(2), 171-180. <https://doi.org/10.1080/1743727X.2012.670481>
- Frennert, S., Rydenfält, C., Muhic, M., & Erlingsdóttir, G. (2024). Unveiling the heterogeneous utilisation of the same digital patient management platform: Case studies in primary healthcare in Sweden. *BMC Health Services Research*, 24(1), 831. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11287-3>
- Fuglsang, L. (2010). Bricolage and invisible innovation in public service innovation. *Journal of Innovation Economics & Management*, 5(1), 67-87. <https://doi.org/10.3917/jie.005.0067>
- Furmark, L., & Molin, R. (2023). *Reformer för en tillgänglig, effektiv och innovativ hälso- och sjukvård*. Svenskt Näringsliv. https://www.svensktnaringsliv.se/bilder_och_dokument/rapporter/qiji_ek_rapport_halso_och_sjukvard_webbpdf_1204885.html/Rapport_Halso_och_sjukvard_webb.pdf
- Gallagher, R., & Zhang, J. (2021). Evaluating mobile health technologies: does the traditional randomized controlled trial serve our needs? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20, 623-625. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab053>
- Garmann-Johnsen, N. F., Helmersen, M., & Eikebrokk, T. R. (2020). Employee-driven digitalization in healthcare: codesigning services that deliver. *Health Policy and Technology*, 9(2), 247-254. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.03.001>

- Garud, R., Tuertscher, P., & Van de Ven, A. H. (2013). Perspectives on innovation processes. *Academy of Management Annals*, 7(1), 775-819. <https://doi.org/10.1080/19416520.2013.791066>
- Glenngård, A. H. (2022). Sweden's public/private sector mix in the financing and delivery of healthcare services: How it relates to health equity and the quality of healthcare services. I H. A. Palley (Red.), *The public/private sector mix in healthcare delivery: A comparative study* (s. 125–148). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/oso/9780197571101.001.0001>
- Gomis-Pastor, M., Berdún, J., Borrás-Santos, A., De Dios López, A., Fernández-Montells Rama, B., García-Esquirol, Ó., Gratacòs, M., Ontiveros Rodríguez, G. D., Pelegrín Cruz, R., Real, J., Bachs i Ferrer, J., & Comella, A. (2024). Clinical validation of digital healthcare solutions: State of the art, challenges and opportunities. *Healthcare*, 12(11), 1057.
<https://doi.org/10.3390/healthcare12111057>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
- Greenwood, N., Ellmers, T., & Holley, J. (2014). The influence of ethnic group composition on focus group discussions. *BMC Medical Research Methodology*, 14(1), 107. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-107>
- Guba, E. G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *ECTJ*, 29(2), 75-91. <https://doi.org/10.1007/BF02766777>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *Handbook of qualitative research* (s. 105–117). Sage.

- Guo, C., Ashrafian, H., Ghafur, S., Fontana, G., Gardner, C., & Prime, M. (2020). Challenges for the evaluation of digital health solutions - A call for innovative evidence generation approaches. *NPJ Digital Medicine*, 3(1), 110. <https://doi.org/10.1038/s41746-020-00314-2>
- Halling, B., & Wijk, K. (2013). Experienced barriers to lean in Swedish manufacturing and health care. *International Journal of Lean Thinking*, 4(2), 43–63.
- Haring, M., Freigang, F., Amelung, V., & Gersch, M. (2022). What can healthcare systems learn from looking at tensions in innovation processes? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1299. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08626-7>
- Haynes, S. N., Richard, D. C. S., & Kubany, E. S. (1995). *Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods*. *Psychological Assessment*, 7(3), 238–247. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.238>
- Herr, K., & Anderson, G. L. (2015). *The action research dissertation: A guide for students and faculty*. Sage.
- Hidefjäll, P., & Strand Backman, L. (2019, 12 november). Innovationssystem för framtidens sjukvård. *Läkartidningen*, 116:FR6H. https://media.arto.se/app/uploads/sites/11/EditorialFiles/6H/%5bFR6H%5d/FR6H_ny.pdf
- Hirano, H. (1995). *5 pillars of the visual workplace: The sourcebook for 5S implementation*. Productivity Press.
- Holmes, A. G. D. (2020). Researcher positionality – A consideration of its influence and place in qualitative research – A new researcher guide. *Shanlax International Journal of Education*, 8(4), 1-10. <https://doi.org/10.34293/education.v8i4.3232>
- Hrynyschyn, R., Prediger, C., Stock, C., & Helmer, S. M. (2022). Evaluation methods applied to digital health interventions: What is being used beyond randomised controlled trials? - A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5221. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095221>
- Huang, J. H., Iakovleva, T. A., & Bessant, J. (2024). Fostering user involvement in collaborative innovation spaces: Insights from living labs. *International Journal of Innovation Management*, 28(07n08), 2450032. <https://doi.org/10.1142/S1363919624500324>

- Hung, D. Y., Harrison, M. I., Truong, Q., & Du, X. (2018). Experiences of primary care physicians and staff following lean workflow redesign. *BMC Health Services Research*, 18(1), 274.
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3062-5>
- Högskolan Väst. (2024, 30 december). *Arbetsintegrerat lärande – ett av våra styrkeområden*.
<https://www.hv.se/forskning/forskningsmiljoer/arbetsintegrerat-larande/>
- Høyrup, S. (2010). Employee-driven innovation and workplace learning: basic concepts, approaches and themes. *Transfer: European Review of Labour and Research*, 16(2), 143-154.
<https://doi.org/10.1177/1024258910364102>
- Høyrup, S. (2012). Employee-driven innovation: A new phenomenon, concept and mode of innovation. I S. Høyrup, M. Bonnafous-Boucher, C. Hasse, M. Lotz, & K. Moller (Red.), *Employee-driven innovation: A new approach* (s. 3–33). Palgrave Macmillan.
- Iannone, S., Kaur, A., & Johnson, K. B. (2025). Artificial intelligence in outpatient primary care: A scoping review on applications, challenges, and future directions. *Journal of General Internal Medicine*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11606-025-09938-0>
- Integritetsskyddsmyndigheten. (2026, 19 mars). *Känsliga personuppgifter*. Hämtad 2026-06-02 från
<https://www.imy.se/verksamhet/dataskydd/det-har-galler-enligt-gdpr/introduktion-till-gdpr/personuppgifter/kansliga-personuppgifter/>
- Islam, Q. M. (2021). Innovation in primary healthcare in the twenty-first century. *Journal of Health Management*, 23(1), 129-142.
<https://doi.org/10.1177/0972063421994987>
- Jabin, M. S. R., Nilsson, E., Nilsson, A. L., Bergman, P., & Jokela, P. (2022). Digital health testbeds in Sweden: an exploratory study. *Digital health*, 8, 20552076221075194.
<https://doi.org/10.1177/20552076221075194>
- Jafar, A. J. (2018). What is positionality and should it be expressed in quantitative studies?. *Emergency Medicine Journal*, 35(5), 323-324.
<https://doi.org/10.1136/emmermed-2017-207158>
- Jiang, S., Wang, J., Zhang, R., & Liu, O. (2023). Innovation climate for individual motivation and innovation performance: is innovative

- behavior a missing link? *Journal of Innovation & Knowledge*, 8(4), 100440. <https://doi.org/10.1016/j.jik.2023.100440>
- John-Steiner, V., & Mahn, H. (1996). Sociocultural approaches to learning and development: A Vygotskian framework. *Educational Psychologist*, 31(3-4), 191-206. <https://doi.org/10.1080/00461520.1996.9653266>
- Joosten, T., Bongers, I., & Janssen, R. (2009). Application of lean thinking to health care: Issues and observations. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(5), 341-347. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp036>
- Kanstrup, A. M. (2014). Design concepts for digital diabetes practice: Design to explore, share, and camouflage chronic illness. *International Journal of Design*, 8(3), 49-60.
- Kanstrup, A. M. (2017). Living in the lab: an analysis of the work in eight living laboratories set up in care homes for technology innovation. *CoDesign*, 13(1), 49-64. <https://doi.org/10.1080/15710882.2016.1146304>
- Kanuha, V. K. (2000). "Being" native versus "going native": Conducting social work research as an insider. *Social Work*, 45(5), 439-447. <https://doi.org/10.1093/sw/45.5.439>
- Katz, D., & Kahn, R. L. (1970). *The social psychology of organizations*. Wiley Eastern.
- Kenny, B., & Reedy, E. (2006). The impact of organisational culture factors on innovation levels in SMEs: An empirical investigation. *Irish Journal of Management*, 27(2), 119-142.
- Kesting, P., & Ulhøi, J. P. (2010). Employee-driven innovation: extending the license to foster innovation. *Management Decision*, 48(1), 65-84. <https://doi.org/10.1108/00251741011014463>
- Khan, S., Vandermorris, A., Shepherd, J., Begun, J. W., Lanham, H. J., Uhl-Bien, M., & Berta, W. (2018). Embracing uncertainty, managing complexity: Applying complexity thinking principles to transformation efforts in healthcare systems. *BMC Health Services Research*, 18(1), 192. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2994-0>
- Kim, J., Kim, Y. L., Jang, H., Cho, M., Lee, M., Kim, J., & Lee, H. (2020). Living labs for health: An integrative literature review. *European Journal of Public Health*, 30(1), 55-63. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz105>

- Kosiol, J., Silvester, T., Cooper, H., Alford, S., & Fraser, L. (2024). Revolutionising health and social care: innovative solutions for a brighter tomorrow—a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 24(1), 809. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11099-5>
- Kunskapsguiden. (2022, 22 augusti). *Vad är e-hälsa?*
<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/verksamhetsutveckling/e-halsa/vad-ar-e-halsa/>
- Kvale, S. (2006). Dominance through interviews and dialogues. *Qualitative Inquiry*, 12(3), 480-500. <https://doi.org/10.1177/1077800406286235>
- Lam, A. (2005). Organizational innovation. I J. Fagerberg, D. C. Mowery, & R. R. Nelson (Red.), *The Oxford handbook of innovation* (s. 115–147). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199286805.003.0005>
- Lam, A. (2010). Innovative organizations: Structure, learning and adaptation. I *Innovation: Perspectives for the 21st Century* (s. 163–175). BBVA.
- Larisch, L. M., Amer-Wählin, I., & Hidefjäll, P. (2016). Understanding healthcare innovation systems: The Stockholm region case. *Journal of Health Organization and Management*, 30(8), 1221-1241.
<https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2016-0061>
- Lave, J., & Wenger, E. (2005). *Situeret læring og andre tekster*. Hans Reitzels Forlag.
- Laverty, S. M. (2003). Hermeneutic phenomenology and phenomenology: A comparison of historical and methodological considerations. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(3), 21-35. <https://doi.org/10.1177/160940690300200303>
- Le Grand, J. (2009). Choice and competition in publicly funded health care. *Health Economics, Policy and Law*, 4(4), 479–488.
<https://doi.org/10.1017/S1744133109990077>
- Leminen, S., Westerlund, M., & Nyström, A-G. (2012). Living labs as open-innovation networks. *Technology Innovation Management Review*, 2(9), 6–11. <https://doi.org/10.22215/timreview/602>
- Leminen, S., Westerlund, M., & Nyström, A-G. (2014). On becoming creative consumers—user roles in living labs networks. *International Journal of Technology Marketing*, 9(1), 33–52.
<https://doi.org/10.1504/IJTMKT.2014.058082>

- Lemmetty, S., & Billett, S. (2023). Employee-driven learning and innovation (EDLI) as a phenomenon of continuous learning at work. *Journal of Workplace Learning*, 35(9), 162-176. <https://doi.org/10.1108/JWL-12-2022-0175>
- Levander, X. A., Van Der Schaaf, H., Barragán, V. G., Choxi, H., Hoffman, A., Morgan, E., Wong, E., Wusirika, R., & Cheng, A. (2023). The role of human-centered design in healthcare innovation: a digital health equity case study. *Journal of General Internal Medicine*, 39(4), 690. <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08500-0>
- Lidman, L., Gustavsson, M., & Fogelberg Eriksson, A. (2023). Learning and employee-driven innovation in the public sector—the interplay between employee engagement and organisational conditions. *Journal of Workplace Learning*, 35(9), 86-100. <https://doi.org/10.1108/JWL-05-2022-0055>
- Lieneck, C., Pacheco, G., Cole, M., Hipp, L., Leal, G., Matamoros, K., Rojas-Trejo, B., Stepp, N., & Torres, C. (2024). Patient co-creation initiatives in the ambulatory care setting during COVID-19: A systematic review. *Medicina*, 60(1), 111. <https://doi.org/10.3390/medicina60010111>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1986). But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New Directions for Program Evaluation*, 30, 73–84. <https://doi.org/10.1002/ev.1427>
- Lindgård, A. (2025). *Siish – snabbare implementering av innovationer i svensk hälso- och sjukvård: Resultat och rekommendationer från sju universitetssjukhusregioner med omgivande innovationsekosystem*. Swelife. https://swelife.se/wpcontent/uploads/2025/12/Siish_reultat_rekommendationer_ensidig.pdf
- Lindskog, P., Hemphälä, J., Eklund, J., & Eriksson, A. (2016). Lean in healthcare: Engagement in development, job satisfaction or exhaustion. *Journal of Hospital Administration*, 5(5), 91-105. <https://doi.org/10.5430/jha.v5n5p91>
- Lindskog, P., Hemphälä, J., & Eriksson, A. (2017). Lean tools promoting individual innovation in healthcare. *Creativity and Innovation Management*, 26(2), 175–188. <https://doi.org/10.1111/caim.12201>

- Lizarelli, F. L., Toledo, J. C. D., Gambi, L. D. N., & Gonçalves, C. L. (2022). Continuous improvement behaviors and impacts on innovation. *The TQM Journal*, 35(2), 366–388. <https://doi.org/10.1108/TQM-07-2021-0205>
- Logghe, S., & Schuurman, D. (2017). Action research as a framework to evaluate the operations of a living lab. *Technology Innovation Management Review*, 7(2), 35–41.
- Ludvigsson, J. F., Bergman, D., Lundgren, C. I., Sundquist, K., af Geijerstam, J.-L. A., Glenngård, A. H., Lindh, M., Sundström, J., Kaarme, J., & Yao, J. (2025). The healthcare system in Sweden. *European Journal of Epidemiology*, 40(5), 563–579. <https://doi.org/10.1007/s10654-025-01226-9>
- Maack, K., Gillberg, N., & Wikström, E. (2024). A new normal in primary care: The rapid normalization of a major eHealth program in public health centers. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1409. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11913-0>
- MacAskill, W., Gill, P., Woloszczuk, C., Alam, K., Wallis, K., McGrail, M. R., Kondalsamy-Chennakesavan, S., & Nasir, B. F. (2026). A systematic review of the scope and impact of rural primary healthcare innovations using digital health technology. *BMJ Open*, 16(1), e097874. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-097874>
- Mahmoud, Z., Angelé-Halgand, N., Churruca, K., Ellis, L. A., & Braithwaite, J. (2021). The impact of lean management on frontline healthcare professionals: A scoping review of the literature. *BMC Health Services Research*, 21(1), 383. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06344-0>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483–488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795–805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Margolis, P., & Halfon, N. (2009). Innovation networks: A strategy to transform primary health care. *JAMA*, 302(13), 1461–1462. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1428>
- McConnell-Henry, T., James, A., Chapman, Y., & Francis, K. (2010). Researching with people you know: Issues in interviewing.

- Contemporary Nurse*, 34(1), 2–9.
<https://doi.org/10.5172/CONU.2009.34.1.002>
- McDermid, F., Peters, K., Jackson, D., & Daly, J. (2014). Conducting qualitative research in the context of pre-existing peer and collegial relationships. *Nurse Researcher*, 21(5), 28–33.
<https://doi.org/10.7748/nr.21.5.28.e1232>
- McKenzie, F., Hewitt, C., Holmes, H. L., Johnson, M. R., & Clarke, T. (2025). Facilitating innovation in healthcare: insights from the frontline of adoption. *BMJ Innovations*, 11(3).
<https://doi.org/10.1136/bmjinnov-2025-001407>
- Mercer, J. (2007). The challenges of insider research in educational institutions: Wielding a double-edged sword and resolving delicate dilemmas. *Oxford Review of Education*, 33(1), 1–17.
<https://doi.org/10.1080/03054980601094651>
- Merton, R. K. (1972). Insiders and outsiders: A chapter in the sociology of knowledge. *American Journal of Sociology*, 78(1), 9–47.
<https://doi.org/10.1086/225294>
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340–363. <https://doi.org/10.1086/226550>
- Mezzalana, E., Canzan, F., Marini, G., Longhini, J., Leardini, C., Saiani, L., & Ambrosi, E. (2024). Introduction of novel complex integrated care models supported by digital health interventions in European primary settings: A scoping review. *Health Policy and Technology*, 13(4), 100896. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2024.100896>
- Molander, R., Strand Backman, L., Claesson, J., Gunnarsson, T., Kimblad, P. O., Wennberg Larkö, A.-M., Lindgård, A., Ring, R., van Rooijen, M., Lefevre Skjöldebrand, A. & Strömberg, L. (2025, 28 januari). Ge vården rätt förutsättningar för innovation. *Dagens Medicin*.
<https://www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/ge-varden-ratt-forutsattningar-for-innovation/>
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O'Cathain, A., Tinati, T., Wight, D., & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, 350, h1258.
<https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (Vol. 16). Sage.

- Morgan, D. L. (2012). Focus groups and social interaction. I J. F. Gubrium, J. A. Holstein, A. B. Marvasti & K. D. McKinney (Red.), *The Sage handbook of interview research: The complexity of the craft* (2. uppl., s. 161–176). Sage. <https://doi.org/10.4135/9781452218403.n11>
- Morgan, D. L., Ataie, J., Carder, P., & Hoffman, K. (2013). Introducing dyadic interviews as a method for collecting qualitative data. *Qualitative Health Research*, 23(9), 1276–1284. <https://doi.org/10.1177/1049732313501889>
- Müller, J. M. (2026). Living labs: A systematic review of success parameters and outcomes. *Buildings & Cities*, 7(1). <https://doi.org/10.5334/bc.624>
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2020). *Primärt i vården: En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler* (Rapport 2020:9). <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2020/06/Rapport-2020-9-Prim%C3%A4rt-i-v%C3%A5rden.pdf>
- Nationalencyklopedin. (u.å.a). Digitalisering. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2026-05-10 från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/digitalisering>
- Nationalencyklopedin. (u.å.b). Informatik. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2026-05-10 från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/informatik>
- Nilsen, P., Fernemark, H., Seing, I., Schildmeijer, K., Ericsson, C., & Skagerström, J. (2021). Working conditions in primary care: A qualitative interview study with physicians in Sweden informed by the Effort-Reward-Imbalance model. *BMC Family Practice*, 22(1), 149. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01500-1>
- Nyström, A.-G., Leminen, S., Westerlund, M., & Kortelainen, M. (2014). Actor roles and role patterns influencing innovation in living labs. *Industrial Marketing Management*, 43(3), 483–495. <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2013.12.016>
- OECD. (2020). *Realising the potential of primary health care*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>
- OECD & Eurostat. (2018). *Oslo manual 2018: Guidelines for collecting, reporting and using data on innovation* (4. utg.). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264304604-en>

- Olmos-Vega, F. M., Stalmeijer, R. E., Varpio, L., & Kahlke, R. (2023). A practical guide to reflexivity in qualitative research: AMEE Guide No. 149. *Medical Teacher*, 45(3), 241–251.
<https://doi.org/10.1080/0142159X.2022.2057287>
- Paley, J. (2007). Complex adaptive systems and nursing. *Nursing Inquiry*, 14(3), 233–242. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2007.00359.x>
- Palmer, V. J., Bibb, J., Lewis, M., Densley, K., Kritharidis, R., Dettmann, E., Sheehan, P., Daniell, A., Harding, B., Schipp, T., Dost, N., & McDonald, G. (2023). A co-design living labs philosophy of practice for end-to-end research design to translation with people with lived-experience of mental ill-health and carer/family and kinship groups. *Frontiers in Public Health*, 11, 1206620.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1206620>
- Parjanen, S. M., Saunila, M., Kallio, A., & Harmaakorpi, V. (2021). An effective employee-driven innovation (EDI) manual process supporting innovativeness. *European Journal of Innovation Management*, 24(4), 1315–1334. <https://doi.org/10.1108/EJIM-12-2019-0358>
- Paskaleva, K., & Cooper, I. (2021). Are living labs effective? Exploring the evidence. *Technovation*, 106, 102311.
<https://doi.org/10.1016/j.technovation.2021.102311>
- Pennestri, F., & Banfi, G. (2023). Primary care of the (near) future: Exploring the contribution of digitalization and remote care technologies through a case study. *Healthcare*, 11(15), 2147.
<https://doi.org/10.3390/healthcare11152147>
- Petrie, S., & Peters, P. (2020). Untangling complexity as a health determinant: Wicked problems in healthcare. *Health Science Inquiry*, 11(1), 131–135. <https://doi.org/10.29173/hsi299>
- Piera-Jiménez, J., Dedeu, T., Pagliari, C., & Trupec, T. (2024). Strengthening primary health care in Europe with digital solutions. *Atención Primaria*, 56(10), 102904.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102904>
- Pikkarainen, M., Hyrkäs, E., & Martin, M. (2020). Success factors of demand-driven open innovation as a policy instrument in the case of the healthcare industry. *Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity*, 6(2), 39.
<https://doi.org/10.3390/joitmc6020039>

- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323(7313), 625–628.
<https://doi.org/10.1136/bmj.323.7313.625>
- Ratnapalan, S., & Uleryk, E. (2014). Organizational learning in health care organizations. *Systems*, 2(1), 24–33.
<https://doi.org/10.3390/systems2010024>
- Raudla, R., Sarapuu, K., Douglas, J. W., Vallistu, J., & Harbuzova, N. (2025). Budgeting for innovation: How funding strategies enable or constrain public sector experimentation. *Public Budgeting & Finance*, 45(4), 28–40. <https://doi.org/10.1111/pbaf.12402>
- Regeringen. (2025, 14 november). *Snabbare väg för innovation till hälso- och sjukvården – från idé till patient för effektivare behandling och stärkt konkurrenskraft*.
<https://www.regeringen.se/artiklar/2025/11/snabbare-vag-for-innovation-till-halso--och-sjukvarden--fran-ide-till-patient-for-effektivare-behandling-och-starkt-konkurrenskraft/>
- Regeringskansliet. (2016). *Överenskommelse om Vision e-hälsa 2025*.
<https://www.regeringen.se/contentassets/5a2c8365d1b04d33a9bc7512d5d1c5aa/overenskommelse-om-vision-ehalsa-2025.pdf>
- Reid, I. (2002). Complexity science: Let them eat complexity: The emperor's new toolkit. *BMJ*, 324(7330), 171.
<https://doi.org/10.1136/bmj.324.7330.171>
- Rittel, H. W., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4(2), 155–169.
<https://doi.org/10.1007/BF01405730>
- Russo-Spena, T., Salvatore, C., Fairfield, B., Giordano, A., De Simone, S., & Illario, M. (2025). Living labs in digital health: A collaborative ecosystem approach for continuum of care. *Frontiers in Public Health*, 13, 1728904. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1728904>
- Røvik, K. A. (2008). *Trender och transaktioner: Idéer som formar 2000-talets organisation*. Liber.
- Sainz, F. J. (2012). Emerging ethical issues in living labs. *Ramon Llull Journal of Applied Ethics*, (3), 47–62.
- Samuelson, S., Pennbrant, S., Svensson, A., & Svenningsson, I. (2024). Standing together at the helm—how employees experience employee-driven innovation in primary care. *BMC Health Services Research*, 24(1), 655. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11090-0>

- Samuelson, S., Svensson, A., Svenningsson, I., & Pennbrant, S. (2023). Learning in living lab collaboration in primary care—a qualitative study. *Journal of Workplace Learning*, 35(9), 218–234.
<https://doi.org/10.1108/JWL-01-2023-0012>
- Sehgal, S., & Gupta, G. (2020). Converging resources and co-producing for innovation: Evidence from healthcare services. *European Journal of Innovation Management*, 23(3), 429–453.
<https://doi.org/10.1108/EJIM-02-2019-0047>
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *BMJ*, 374, n2061.
<https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>
- Socialstyrelsen. (2017). *Socialstyrelsens strategi för att främja innovation i hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Socialstyrelsen.
<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/1f1ff7b81b564c5ba44ac452b0500cfd/bilaga2-strategi-for-att-framja-innovation.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019). *Möjligheter och hinder för innovation i vård och omsorg. Underlagsrapport till Socialstyrelsens strategi för att främja innovation i hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Socialstyrelsen.
<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/1f1ff7b81b564c5ba44ac452b0500cfd/bilaga-mojligheter-och-hinder-for-innovation-i-var-d-och-omsorg.pdf>
- Socialstyrelsen. (2024). *Strategi för att möjliggöra och bidra till ansvarsfull innovation i hälso- och sjukvård, socialtjänst och tandvård* (Art.nr 2024-4-9034). Socialstyrelsen.
<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/67f1c2881bc04f839a75ff0421fd9042/2024-4-9034.pdf>
- SOU 2013:40. *Att tänka nytt för att göra nytta – om perspektivskiften i offentlig verksamhet*.
<https://www.regeringen.se/contentassets/428a34fd360f44eca670aa8f4ed861d1/att-tank-nytt-for-att-gora-nytta--om-perspektivskiften-i-offentlig-verksamhet-sou-201340/>

SOU 2016:2. *Effektiv vård*.

https://www.regeringen.se/contentassets/42b0aef4431c4ebf9410b8ee771830eb/effektiv-varld---slutbetankande-av-en-nationell-samordnare-for-effektivare-resursutnyttjande-inom-halso--och-sjukvarden_sou-2016-2.pdf

SOU 2019:29. *God och nära vård: Vård i samverkan*.

<https://www.regeringen.se/contentassets/3fcc1ab1b26b47bb9580c94c63456b1d/god-och-nara-varld-sou-2019-29.pdf>

Spanos, S., Leask, E., Patel, R., Datyner, M., Loh, E., & Braithwaite, J.

(2024). Healthcare leaders navigating complexity: A scoping review of key trends in future roles and competencies. *BMC Medical Education*, 24(1), 720. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05689-4>

Starfield, B. (2012). Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 20–26.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.009>

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502.

<https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

Statistiska centralbyrån. (2015). *Innovation inom hälso- och sjukvård 2012–*

2013: En undersökning av sjukhus och vårdcentraler i Sverige. SCB.

<https://www.scb.se/contentassets/e9d09f45bc2f4bb89ad8deaf4c198946/innovationer-i-sjukvard.pdf>

Statistiska centralbyrån. (2022). *Innovation i offentlig sektor 2021–2022:*

Visningsexemplar avsnitt 1–4 [PDF]. SCB.

https://www.scb.se/contentassets/68978b7aeb7247f6b0a2f3cefd1ad2be/visningsexemplar-avsnitt_1-4.pdf

Sundbo, J. (2003). Innovation and strategic reflexivity: An evolutionary

approach applied to services. I L. V. Shavinina (Red.), *The international handbook on innovation* (s. 87–114). Pergamon Press.

Sveriges Kommuner och Regioner. (2024). *Primärvård i Sverige: Uppdrag, organisation, kontinuitet och prioriteringar*. SKR.

https://extra.skr.se/download/18.f2b28b1199ffd2ba2f8be59/1762593064942/SKR_A4_Primarvardsrapporten_2024_webbpdf.pdf

Sveriges riksdag. (2024). *Ökad innovationskraft i svensk sjukvård*

(Interpellation 2023/24:216). <https://www.riksdagen.se/sv/dokument->

- och-lagar/dokument/interpellation/okad-innovationskraft-i-svensk-sjukvard_hd10216
- Swinkels, I. C. S., Huygens, M. W. J., Schoenmakers, T. M., Oude Nijeweme-D'Hollosy, W., Van Velsen, L., Vermeulen, J., Schoone-Harmesen, M., Jansen, Y. J. F. M., van Schayck, O. C. P., Friele, R., & de Witte, L. (2018). Lessons learned from a living lab on the broad adoption of eHealth in primary health care. *Journal of Medical Internet Research*, 20(3), e83. <https://doi.org/10.2196/jmir.9110>
- Säljö, R. (2011). Kontext och mänskliga samspel – ett sociokulturellt perspektiv på lärande. *Utbildning & Demokrati*, 20(3), 67–82. <https://doi.org/10.48059/uod.v20i3.958>
- Teglborg-Lefèvre, A.-C. (2010). Modes of approach to employee-driven innovation in France: An empirical study. *Transfer: European Review of Labour and Research*, 16(2), 211–226. <https://doi.org/10.1177/1024258910364319>
- Thompson, D. S., Fazio, X., Kustra, E., Patrick, L., & Stanley, D. (2016). Scoping review of complexity theory in health services research. *BMC Health Services Research*, 16(1), 87. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1343-4>
- Tidd, J., Bessant, J., & Pavitt, K. (2020). *Managing innovation: Integrating technological, market and organizational change* (7. utg.). Wiley & Sons.
- Ulhasan, W., von Thiele Schwarz, U., Thor, J., & Westerlund, H. (2014). Interactions between lean management and the psychosocial work environment in a hospital setting—a multi-method study. *BMC Health Services Research*, 14(1), 480. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-480>
- Ullrich, A., Reißig, M., Niehoff, S., & Beier, G. (2023). Employee involvement and participation in digital transformation: A combined analysis of literature and practitioners' expertise. *Journal of Organizational Change Management*, 36(8), 29–48. <https://doi.org/10.1108/JOCM-10-2022-0302>
- Unluer, S. (2012). *Being an insider researcher while conducting case study research*. *The Qualitative Report*, 17(29), 1–14. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2012.1752>
- Vanhaverbeke, W., Van de Vrande, V., & Cloudt, M. (2008). Connecting absorptive capacity and open innovation (SSRN Working Paper No.

- 1091265). *Social Science Research Network*.
<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1091265>
- Vega, M., Mazur, M., & Quinn, M. (2024). Successful implementation of employee-driven innovation in a public healthcare organization. *Recherches en Sciences de Gestion*, 164(5), 41–64.
<https://doi.org/10.3917/resg.164.0041>
- Vetenskapsrådet. (2024). *God forskningssed*.
<https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2024-10-02-god-forskningssed-2024.html>
- Vinnova. (2018, 26 mars). *Testbed Sweden*.
<https://www.vinnova.se/en/m/testbed-sweden>
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. (M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner, & E. Souberman, Red.). Harvard university press.
- Västra Götalandsregionen. (2025, 15 september). *VGR:s innovationsprocess. Guide*.
<https://www.vgregion.se/ov/innovationsplattformen/varden/vgrsinnovationsprocess/guide/>
- Wertsch, J. V. (1998). *Mind as action*. Oxford University Press.
- West, M. A. (2002). Sparkling fountains or stagnant ponds: An integrative model of creativity and innovation implementation in work groups. *Applied Psychology*, 51(3), 355–387. <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00951>
- West, M. A., & Farr, J. L. (1990). Innovation at work. I M. A. West & J. L. Farr (Red.), *Innovation and creativity at work: Psychological and organizational strategies* (s. 3–13). John Wiley & Sons.
- Westerlund, M., & Leminen, S. (2011). Managing the challenges of becoming an open innovation company: Experiences from Living Labs. *Technology Innovation Management Review*, 1(1), 19-25.
- Wihlman, T., Hoppe, M., & Wihlman, U. (2014). Employee-driven innovation in welfare services. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 4(2), 159–180. <https://doi.org/10.19154/njwls.v4i2.3869>
- Womack, J. P., & Jones, D. T. (2003). *Lean thinking: Banish waste and create wealth in your corporation* (reviderad och uppdaterad utg.). Free Press.
- Womack, J. P., Jones, D. T., & Roos, D. (2007). *The machine that changed the world: The story of lean production--Toyota's secret weapon in*

the global car wars that is now revolutionizing world industry. Simon and Schuster.

World Medical Association. (2024, 19 oktober). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human participants*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

Yin, R. K. (2012). *Applications of case study research*. Sage.

Yip, S. Y. (2024). Positionality and reflexivity: Negotiating insider-outsider positions within and across cultures. *International Journal of Research & Method in Education*, 47(3), 222–232. <https://doi.org/10.1080/1743727X.2023.2266375>

Zipfel, N., Horreh, B., Hulshof, C. T., de Boer, A. G., & van der Burg-Vermeulen, S. J. (2022). The relationship between the living lab approach and successful implementation of healthcare innovations: An integrative review. *BMJ Open*, 12(6), e058630. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058630>

BILAGOR

BILAGA I. MODIFIERINGAR I FRÅGEFORMULÄR, STUDIE I

Frågeformuläret som användes i studie I baserades på SCB:s enkät Innovation inom hälso- och sjukvård. Eftersom enkätfrågorna tidigare använts i en nationell undersökning inom primärvård och bedömts relevanta (Statistiska centralbyrån, 2015) gjordes inga ändringar i frågeinnehållet, utöver de exempel på justeringar som beskrivits nedan:

- Tillägg av bakgrundsfrågor: disputerad chef, disputerad anställd, chefens grundprofession, ägandeform och lokalisering av vårdcentralen, samt antal anställda och listade patienter.
- Anpassning av terminologi till primärvård, exempelvis genom att ersätta “sjukhus” med “vårdcentral”, enligt SCB:s praxis (E. Stendahl, personlig kommunikation, 2023, 23 augusti).
- Revidering av instruktionstexter för produkt-, process- och organisatorisk innovation baserad på SCB:s frågeformulär (Innovation i offentlig sektor 2021–2022), med anpassning av terminologi och tydliggörande av inklusions- och exklusionskriterier.
- Omformulering av vissa frågor för förbättrat läsflyt och kontextanpassning, utan att ändra innehåll eller innebörd. Exempel:
 Ursprunglig fråga: *Under åren 2012–2013, introducerade ditt sjukhus någon/några nya eller väsentligt förändrade organisatoriska innovationer gällande ...*
 Omformulerad fråga: *Introducerade vårdcentralen några nya eller väsentligt förbättrade metoder för att organisera verksamheten inom följande områden under åren 2022–2023?*
- Ändring av frågan om produktinnovationers nyhetsvärde enligt SCB:s revidering (Statistiska centralbyrån, 2022):
 Ursprunglig fråga: *Under åren 2012–2013, var någon av tjänste- eller varuinnovationerna på ditt sjukhus ... (Ja/Nej/Vet inte)*
 a) *... först i världen?*
 b) *... först i Sverige?*

c) ... redan introducerad av andra sjukhus i Sverige, men ny för ditt sjukhus?

Omformulerad fråga: Introducerade vårdcentralen nya eller väsentligt förbättrade produkter (varor eller tjänster) under åren 2022–2023 som: (Ja/Nej/Vet inte)

Var nya enbart för vårdcentralen

Var nya både för vårdcentralen och primärvården i stort

- *Borttagning av frågeområdet om kommunikativa innovationer:*

Under åren 2012-2013, introducerade ditt sjukhus någon/några nya eller väsentligt förändrade kommunikativa metoder för att ... (Ja/Nej/Vet inte)

a) ... marknadsföra sjukhuset eller dess tjänster

b) ... förbättra kommunikation med patienter/närstående

c) ... involvera patienter/närstående i beslutsprocessen

d) ... främja en mer hälsosam livsstil bland patienter

e) ... främja kommunikation mellan personal och patienter som inte talar svenska

f) ... främja kommunikation mellan kommun och landsting

g) ... främja kommunikation mellan medarbetare

h) ... främja övriga ändamål

- *Tillägg av en fritextfråga: Hur skapar du som vårdcentralchef förutsättningar för dina medarbetare att vara involverade i innovation och utveckling på arbetsplatsen?*

BILAGA II. INTERVJUGUIDE DYADISKA INTERVJUER STUDIE II

Exempel på övergripande frågor: företag, vårdpersonal, seniorer

A. Bakgrundsfrågor (första intervjun)

1. Hur gammal är du?
2. Vad arbetar du med och hur länge har du haft din nuvarande roll? (fråga till entreprenörer och vårdpersonal)
3. Vilken utbildning har du, och vilka tidigare arbetslivserfarenheter har du?
4. Kan du ge en kort beskrivning av företaget? (fråga till entreprenörer)

B. Öppningsfråga

5. Vilka är era reflektioner efter det senaste designmötet?

C. Samarbete

6. Hur upplevde ni samarbetet under designmötet?
7. Vad var er roll/uppgift vid designmötet?
8. Hur förberedde ni er inför mötet?
9. Hur upplevde ni möjligheterna för alla att komma till tals under mötet?
10. Vilken betydelse har det för filmens slutresultat att ni är flera som samarbetar kring filmen, jämfört med om entreprenörerna hade arbetat själva?
11. Vad hade kunnat göras annorlunda i samarbetet eller under designmötet?

D. Lärande

12. Lärde ni er något under designmötet?
13. Hur upplever ni att det är att delta i ett samarbete där ni förväntas bidra med kunskap och erfarenhet? (fråga till vårdpersonal och seniorer)
14. Hur upplevde ni den feedback ni fick? (fråga till entreprenörer)
15. Vad upplever ni att ni själva bidrog med under designmötet?

E. Avslutning

16. Vad upplever ni har varit viktigast i det vi har diskuterat idag?
17. Är det något ytterligare ni vill tillägga när det gäller samarbete och lärande?

BILAGA III. INTERVJUGUIDE FOKUSGRUPP, STUDIE III

1. Berätta hur innovationsarbetet startade.
2. Vad betyder innovation för dig/er?
 - Vad är en innovation?
3. Berätta hur du/ni arbetar med innovation?
 - På vilket sätt bidrar du/ni personligen till innovation på VC?
 - Vilken roll har chefen i innovationsarbetet?
 - Vilken roll har personalen?
 - Vilken betydelse har reflektion för innovationsarbetet?
4. Varför ska man arbeta med innovation?
 - Är det viktigt? För vem?
 - Vad finns det för förväntningar att arbeta med innovation?
 - Vem bär ansvaret för innovationsarbetet?
5. Vad behövs för att kunna arbeta med innovation som en del av vårdcentralens verksamhet?
6. Vilka möjligheter finns det med att jobba med innovation?
7. Vilka hinder finns det med att jobba med innovation?
8. Vilken är din/er upplevelse av att arbeta med innovation som en del av dina arbetsuppgifter?
 - Balans mellan krav/resurser?
 - Vad ger det tillbaka? personligt, professionellt, organisatoriskt, arbetsmiljö, patienter
 - Hur känns det när en idé/ett förslag inte faller väl ut?
 - Påverkar innovationsarbetet arbetsmiljön? På vilket sätt?
9. Hur skulle ni kunna arbeta med innovation på ett annat sätt än ni gör idag?
10. Vad har varit viktigast av det vi har pratat om idag?