

# CHALMERS



## Kontaktsjuksköterskors förbättringsarbete i cancervården

- Effekter från en kurs i förbättringskunskap för  
kontaktsjuksköterskor i cancervård

## Improvement projects by contact nurses in cancer care

- Effects from an improvement knowledge course for contact nurses  
in cancer care

Kandidatarbete i Industriell ekonomi

ANNIE EVALDSSON  
LINNÉA JOSEFSSON  
HANNA KAREM  
LUCAS LUNDIN  
TIM MAALSNES

Institutionen för Teknikens ekonomi och organisation  
*Avdelningen för Service Management and Logistics*  
CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA  
Göteborg, Sverige 2017  
Kandidatarbete TEKX04-17-11



# Förord

Kandidatuppsatsen skrevs av studenter vid civilingenjörsprogrammet Industriell ekonomi på Chalmers Tekniska Högskola. Uppsatsen gjordes under våren 2017 på institutionen för Teknikens ekonomi och organisation vid avdelningen Service Management and Logistics. Studien genomfördes på uppdrag av och i samarbete med forskningscentret Centre for Healthcare Improvement vid Chalmers och Regionalt Cancercentrum Väst, under handledning av Frida Smith, forskare på Centre for Healthcare Improvement samt utvecklingsledare vid Regionalt Cancercentrum Väst och Patrik Alexandersson, Centrumföreståndare på Centre for Healthcare Improvement.

Att själva vara ansvariga för rapportens utformning och planering har givit nya erfarenheter och möjligheter som tidigare under utbildningen inte varit möjliga. Studien har resulterat i en ökad kunskap och förståelse för sättet att arbeta inom vården, skillnader och likheter mellan sjukvården och industrin, men också en inblick i vilken otrolig vilja att hjälpa andra människor som finns inom vården trots de utmaningar som finns.

Utveckling är viktigt i alla delar av samhället men kanske ännu viktigare i sjukvården då den har en stor del i människans välmående. Viljan att skapa en bättre vård har varit otroligt spännande att få ta del av och vi vill tacka de som har ställt upp på intervjuer och deltagit i enkätundersökningen.

Vi vill också ta tillfället i akt och tacka våra handledare Frida och Patrik som har stöttat oss och varit en stor del i att arbetet har gått i rätt riktning genom konstant feedback, hjälpt till när vi har kört fast och medlat i diskussioner. Hjälpen har varit ovärderlig och har inspirerat till att göra vårt bästa för att resultatet ska bli bästa möjliga. Förhoppningsvis har vi bidragit till kunskapen om utveckling i sjukvården och vad som krävs för att fler ska kunna vara delaktiga i förbättringsarbete.

Chalmers tekniska högskola  
Göteborg, Sverige  
12 maj 2017

*Annie Evaldsson, Linnéa Josefsson, Hanna Karem, Lucas Lundin och Tim Maalsnes*

# Abstract

Cancer is the second most common cause of death in Sweden today, and it continues to affect more and more people. The increasing number of cancer patients imposes a higher demand on well-functioning medical care. In conjunction with a national care strategy for cancer patients that was released in 2009, regional cancer centres have been established with the aim of strengthening the expansion and dissemination of knowledge within the field of cancer care. A part of the work is education with the aim to increase and strengthen the competence of health care professionals. One course offered is the education of contact nurses, and consists of three sub-courses, one of which is called *Improvement Knowledge for Contact Nurses*. The Regional Cancer Centre West offers that course together with the Centre for Healthcare Improvement at Chalmers. Throughout the course, contact nurses learn about different methods and principles in the field of quality development, and also perform their own improvement work within their units.

The aim of this study is to investigate whether the knowledge acquired from the course *Improvement Knowledge for Contact Nurses*, is used by contact nurses and the organization in a sustainable way over the course of daily activities. The hope is that, as a result of the study, problems can be identified and the study can be used as a foundation for improving the course. In order to identify how the contact nurses benefited from the course, a qualitative case study was conducted in which data was collected through semi-structured interviews and through a survey. The analysis of the empirical material was based on a theoretical framework regarding, improvement knowledge in health care, change management, knowledge and learning together with motivation at work.

Study results confirmed that most of the improvement projects performed in the course were successful. Various challenges have been identified that contributed to and/or caused the unsuccessful completion of a few of the projects. The study confirmed both the willingness to work with, and the knowledge of improvement projects have increased, and contact nurses have gained a new mindset when working with improvement knowledge. The study also firmly establishes management's role in creating the right conditions to enable contact nurses implement improvements and ensure that more contact nurses are given opportunities for continuing education.

# Sammanfattning

Cancer är idag den näst vanligaste dödsorsaken i Sverige och den fortsätter att drabba fler och fler människor. Högre antal cancersjuka ökar belastningen på sjukvården vilket ställer högre krav på en väl fungerande vård. I samband med en nationell strategi för cancerpatienter som kom 2009, har regionala cancercentrum etablerats i syfte att stärka kunskapsbildning och kunskapsspridning inom cancervården. Regionalt cancercentrum väst arbetar med kompetensförsörjning inom sjukvårdsregionen. En av utbildningarna som drivs i anslutning till strategin är *Utbildning för kontaktsjuksköterskor* som består av tre delkurser, där den ena är på 15 högskolepoäng och heter *Förbättringskunskap för kontaktsjuksköterskor*. Kursen ges på uppdrag av Regionalt cancercentrum väst och genomförs av Centre for Healthcare Improvement på Chalmers. I kursen får kontaktsjuksköterskorna kunskap om olika metoder och principer inom kvalitetsutvecklingsområdet – kunskaper som ska omsättas i ett obligatoriskt förbättringsarbete under kursens gång.

Syftet med denna studie är att undersöka om kunskapen som förvärvats från kursen *Förbättringskunskap för kontaktsjuksköterskor* används av kontaktsjuksköterskor och deras organisation på ett hållbart sätt i den dagliga verksamheten. Genom studiens resultat är förhoppningen att kunna bidra till ett underlag för förbättring av kursen.

För att identifiera på vilket sätt kontaktsjuksköterskorna fått nytta av kursen genomfördes en kvalitativ fallstudie där datainsamlingen gjordes genom semistrukturerade intervjuer och genom en enkätundersökning. Analys av det empiriska materialet utgick från ett teoretiskt ramverk kring förbättringsarbete i sjukvården, förändringsledning, kunskap och lärande samt arbetsmotivation.

Studien resulterade i fastställande av att förbättringsarbetena som genomförts i kursen, i de flesta fall varit framgångsrika. Diverse utmaningar identifierades som har gjort att ett fåtal förbättringsarbeten inte kunde genomföras. Viljan att arbeta med förbättring hos kursdeltagarna har ökat i takt med kunskapen och de har fått med sig ett nytt tankesätt för att kunna bedriva förbättringsarbeten. Vidare fastställde studien att ledningen behöver skapa tid för att fortsätta med utveckling, skapa förståelse hos medarbetarna att förbättringar behövs och se till att fler kontaktsjuksköterskor får möjlighet till utbildning.

# Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Uppgiftsbeskrivning</b> .....	<b>3</b>
<b>1.3 Syfte</b> .....	<b>4</b>
<b>1.4 Frågeställningar</b> .....	<b>4</b>
<b>1.5 Rapportens disposition</b> .....	<b>4</b>
<b>1.6 Avgränsningar</b> .....	<b>5</b>
<b>2 Metod</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1 Studiens utformande</b> .....	<b>7</b>
<b>2.2 Val av teoretiskt ramverk</b> .....	<b>9</b>
<b>2.3 Metod för datainsamling</b> .....	<b>10</b>
2.3.1 Utformning och genomförande av intervjuer .....	10
2.3.2 Utformning och genomförande av enkät .....	11
<b>2.4 Sammanställning och bearbetning av data</b> .....	<b>12</b>
<b>2.5 Studiens trovärdighet</b> .....	<b>14</b>
<b>3. Teoretiskt ramverk</b> .....	<b>15</b>
<b>3.1 Förbättringsarbete</b> .....	<b>15</b>
3.1.1 Kvalitetsutveckling .....	15
3.1.2 PDSA-cykeln och DMAIC-cykeln .....	17
3.1.3 Utmaningar för utveckling av sjukvården .....	18
3.1.4 Modeller för förbättring i sjukvården .....	19
3.1.5 Hållbart förbättringsarbete .....	21
3.1.6 Mikrosystemteori .....	21
<b>3.2 Förändringsledning</b> .....	<b>23</b>
3.2.1 Förändringsledning i åtta steg .....	23
3.2.2 Förändringsledning i sex steg .....	24
<b>3.3 Kunskap och lärande</b> .....	<b>26</b>
3.3.1 Kompetens och kunskapshantering .....	26
3.3.2 Kollektiv intelligens .....	27
3.3.3 Hinder för kunskapsintegration .....	28
3.3.4 Hållbart organisatoriskt lärande .....	28
3.3.5 Psykologiska begränsningar för lärande .....	29
<b>3.4 Arbetsmotivation</b> .....	<b>30</b>
3.4.1 Inre arbetsmotivation .....	30
3.4.2 Arbetstillfredsställelse .....	31
<b>4 Resultat</b> .....	<b>32</b>
<b>4.1 Resultat från intervjuer</b> .....	<b>32</b>
4.1.1 Definition av kontaktsjuksköterska .....	33
4.1.2 Förbättringsarbeten .....	34
4.1.2.1 Definition av förbättringsarbete .....	34
4.1.2.2 Utmaningar .....	35
4.1.2.3 Förutsättningar .....	37
4.1.2.4 Hållbarhet .....	38

4.1.2.5 Fortsatt arbete med förbättringar .....	39
4.1.3 Personlig utveckling .....	39
4.1.3.1 Hållbar kunskap .....	40
4.1.3.2 Nätverk.....	41
4.1.3.3 Metoder.....	41
4.1.4 Verksamheten .....	42
4.1.4.1 Bemötande .....	42
4.1.4.2 Patienten i fokus.....	43
4.1.4.3 Förutsättningar .....	44
4.1.4.4 Efterfrågan .....	44
<b>4.2 Resultat från enkät.....</b>	<b>45</b>
4.2.1 Personliga effekter .....	46
4.2.1.1 Kunskap .....	46
4.2.1.2 Personligt .....	47
4.2.1.3 Förbättringsarbete .....	47
4.2.1.4 Tankesätt .....	47
4.2.1.5 Inställning .....	48
4.2.1.6 Nätverk.....	48
4.2.2 Organisatoriska följder .....	48
4.2.2.1 Förbättringsarbete .....	49
4.2.2.2 Organisationen .....	49
4.2.2.3 Patienten.....	49
<b>5 Analys.....</b>	<b>50</b>
<b>5.1 Förbättringsarbeten .....</b>	<b>50</b>
5.1.1 Utmaningar .....	50
5.1.2 Förutsättningar.....	51
5.1.3 Hållbarhet .....	52
<b>5.2 Personlig utveckling .....</b>	<b>52</b>
5.2.1 Hållbar kunskap.....	52
5.2.2 Inställning och motivation.....	54
5.2.3 Nätverk .....	55
<b>5.3 Verksamheten .....</b>	<b>55</b>
5.3.1 Bemötande.....	55
5.3.2 Patient i fokus .....	55
5.3.3 Efterfrågan.....	56
<b>6 Diskussion .....</b>	<b>57</b>
<b>6.1 Metoddiskussion .....</b>	<b>57</b>
<b>6.2 Resultatdiskussion.....</b>	<b>58</b>
6.2.1 Hur lever förbättringsarbetena vidare efter kursens avslut?.....	58
6.2.2 Har nya förbättringsprojekt kunnat initieras?.....	59
6.2.3 Hur ökar kursen i förbättringskunskap möjligheten för kontaktsjuksköterskor att bedriva förbättringsarbeten?.....	60
6.2.4 På vilket sätt efterfrågar organisationen den erhållna kunskapen? .....	61
6.2.5 Hur ser förutsättningarna ut att använda kunskapen?.....	62
<b>6.3 Studiens begränsningar .....</b>	<b>64</b>

<b>7. Slutsats .....</b>	<b>66</b>
<b>Litteraturförteckning .....</b>	<b>67</b>
<b>Bilaga 1 - Kursplan .....</b>	<b>72</b>
<b>Bilaga 2 - Intervjumall för kontaktsjuksköterska .....</b>	<b>74</b>
<b>Bilaga 3 - Intervjumall för vårdenhetschef .....</b>	<b>76</b>
<b>Bilaga 4 - Reviderad intervjumall för kontaktsjuksköterska .....</b>	<b>78</b>
<b>Bilaga 5 - Enkätfrågor .....</b>	<b>80</b>



# 1 Inledning

Följande kapitel inleds med en presentation av bakgrunden till kandidatgruppens uppgift att utvärdera långtidseffekterna av förvärvad kunskap från en kurs i förbättringskunskap för kontaktsjuksköterskor. En utförlig utvärdering över hur kunskap lever kvar efter dess slut och vad som händer därefter, är något som sällan görs. Utbildningar utvärderas traditionellt utefter innehåll och genomförande, däremot är det ovanligt att studera långtidseffekter av förvärvad kunskap.

Därefter beskrivs syftet med arbetet samt frågeställningarna som ställs upp. Vidare beskrivs rapportens disposition för att underlätta för läsaren. Slutligen presenteras studiens avgränsningar.

## 1.1 Bakgrund

Cancer är idag den näst vanligaste dödsorsaken i Sverige efter sjukdomar i cirkulationsorganen. Cancer fortsätter att drabba allt fler människor och år 2014 registrerades cancerfall hos 60 524 personer. De vanligaste formerna är bröstcancer hos kvinnor och prostatacancer hos män (Cancerfonden, 2016). Bättre diagnostiska metoder, framtagna ur forskning, bidrar också till att fler cancerpatienter identifieras (Bratt, Nilsson & Stenzelius, 2002). Att de flesta har eller har haft någon i sin omgivning som insjuknat gör cancerämnet högst aktuellt.

Högre antal cancersjuka ökar belastningen på sjukvården vilket ställer högre krav på en väl fungerande vårdkedja. Det innebär även en stor belastning för samhället i och med ökade kostnader och ett ökat resursbehov inom vården (Cancerfonden, 2016). Det kommer att finnas stora klyftor mellan efterfrågan och utbud inom och utanför sjukvården, om inte förändringar genomförs (Europeiska kommissionen, 2011).

År 2007 tillsattes en grupp av den dåvarande regeringen ålagd att undersöka och framföra en nationell strategi för den svenska cancervården. Prognoser som togs fram till undersökningen av Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen påvisade en fördubbling av personer som lever med cancer år 2030 (SOU. 2009:11). År 2009 lämnades en rapport med en nationell vårdstrategi för cancerpatienter in till socialministern. Den föreslog bland annat att varje cancerpatient har rätt till en fast vårdkontakt (SOU. 2009:11). Som en följd av rapporten gjordes år 2010 en lagändring som bland annat innebär cancerpatientens rätt till en fast vårdkontakt (SFS. 2010:243).

I rapporten från år 2009 fanns även ett strategiskt åtgärdsförslag att etablera regionala cancercentrum, vidare nämnt RCC, i syfte att stärka kunskapsbildning och kunskapsspridning inom cancervården (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016). Till följd av åtgärdsförslaget etablerades sex stycken cancercentrum i Sverige varav ett är RCC Väst, som inkluderar verksamhet i Västra Götalandsregionen och den norra delen av Region Halland. Målen för RCC Väst är kortfattat en mer patientfokuserad, jämlik och effektiv cancervård där även den nationella samverkan är väldigt viktig (Regionala Cancercentrum Väst, 2017).

Många hamnar i chock när de får besked om cancerdiagnos, vilket är mycket vanligt i och med att livssituationen förändras helt (Olzon Schultz, 2015). Den fasta vårdkontakten finns bland annat till för att försöka få patienten att känna sig trygg, ge både patienten och närstående en person att höra av sig till, förbättra kommunikationen mellan patient och vårdgivare samt att göra patienten mer delaktig i sin egen behandling. Att patienter i dagens samhälle ställer högre krav på större delaktighet i sin egen behandling har bidragit till att arbetet som fast vårdkontakt är omfattande (Smith, 2014). För att tillmötesgå de nya kraven som ställs har uppdraget som kontaktsjuksköterska tagits fram (Regionalt Cancercentrum Väst, 2017).

I Västra sjukvårdsregionen har det beslutats att alla patienter med en cancerdiagnos ska erbjudas en kontaktsjuksköterska (Regionalt Cancercentrum Väst, 2017). Kontaktsjuksköterskan är en person som har särskild kunskap inom cancerfrågor och är därför mycket lämpad att vara patientens kontakt till vården (Olzon Schultz, 2015). Kontaktsjuksköterskans ansvar är, utöver det som tidigare nämnts, att ge stöd vid en krisreaktion och vägleda till psykosocialt stöd vid behov. Kontaktsjuksköterskan har även som ansvar att hålla patienten informerad om de kommande stegen i behandlingen (Regionala cancercentrum väst, 2017). Kontaktsjuksköterskans funktion och uppgift beskrivs även i en delrapport från Sveriges Kommuner och Landsting (2012). Delrapporten är en del i deras uppdrag att skapa en bättre cancervård. Jacobson (2015) skriver på Cancerfondens hemsida att de två grundpelarna för en trygg cancervård ska vara just kontaktsjuksköterskan samt *Min vårdplan*, vilket innebär att patienten får med sig skriftlig information om bland annat kontaktuppgifter, diagnos och behandling.

Ett av många uppdrag som RCC Väst arbetar med är kompetensförsörjning inom sjukvårdsregionen. Flera utbildningar drivs, varav en är *Utbildning för kontaktsjuksköterskor* som omfattar 30 högskolepoäng. Enligt uppdragsgivare till kandidatarbetet var upphovet till kursen både avsaknaden av verktyg hos kontaktsjuksköterskorna för att skapa förändring samt en bristfällig trygghet i att ta diskussioner om existerande problem. Kursen förbereder kontaktsjuksköterskorna för det mer omfattande ansvaret som fast vårdkontakt innebär och bidrar till att de förfogar över rätt kompetens för att klara av uppdraget på ett korrekt sätt. Kursen består i sin tur av tre delkurser: *Allmän onkologi*, *Kontaktsjuksköterskan i cancervården* och *Förbättringskunskap för kontaktsjuksköterskor*. Sistnämnda är en regional kurs på 15 högskolepoäng som ges ut av RCC Väst tillsammans med Centre for Healthcare Improvement (CHI) på Chalmers.

I kursen får kontaktsjuksköterskorna kunskap om olika metoder och principer inom kvalitetsutveckling. Som en del av kursen bedrivs förbättringsarbeten av deltagarna själva på deras arbetsplats med målet att förbättra omhändertagandet av cancerpatienter. Förbättringsprojekten bidrar till att kontaktsjuksköterskorna får kunskap om, och får vara delaktiga i, förbättringsarbetet för en bättre sjukvård (Regionalt cancercentrum väst, 2017). Ny kunskap och delaktighet kan leda till ökat engagemang och ett bättre utfört arbete. Det kan också vara ett steg i rätt riktning mot att få in den kontinuitet med förbättringsarbeten som är så viktig, för att hela tiden kunna förbättra kvaliteten på processerna (Bergman & Klefsjö, 2002). Att driva förbättringsarbete är inte någon av de uppgifter som är definierade för kontaktsjuksköterskan av Sveriges Kommuner och Landsting (2012). I uppgiftsbeskrivningen står dock att definitionen framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting endast är en utgångspunkt och att det på regional och lokal nivå ska detaljeras ytterligare vad rollen som kontaktsjuksköterska innebär.

Enligt uppdragsgivare till kandidatgruppen har kursen hittills genomförts fyra gånger av sammanlagt 96 kontaktsjuksköterskor. I kursplanen, som finns i Bilaga 1, beskrivs syftet med kursen. Där står det att:

*"[...]deltagarnas kunskap och förmåga skall nå den nivå som behövs för att leda och driva ett målinriktat och långsiktigt kvalitetsdrivet förbättringsarbete."*

Det står även att kursdeltagarna efter kursen ska ha god kännedom om principer och verktyg för förbättringsarbete. Kursdeltagarna ska efter avslutad kurs också kunna planera, leda, samordna och utveckla patientfokuserade projekt inom verksamhetsutveckling. Förbättringsarbetet i kursen syftar till att tillgodose dessa krav.

Ett exempel på förbättringsarbete som har genomförts i kursen och har varit en del av denna studie är *Postoperativ Drop-in mottagning- När patienten själv får välja!*. I detta arbete öppnades en drop-in-mottagning för patienter som genomgått operation. På mottagningen finns möjlighet för patienterna att komma på återbesök, upp till en månad efter operation med eventuella besvär och problem. Ett annat exempel är *Patientens behov av och rätt till information om risken för sexuell ohälsa i samband med rektalcancerkirurgi*. Syftet med detta arbete var att förbättra informationen om hur den sexuella hälsan kan påverkas efter rektalcancerkirurgi. Ett tredje exempel är *Införandet av en kssk-funktion på avdelning 68 på Sahlgrenska Universitetssjukhus*, där målet var att införa en kontaktsjuksköterska på avdelningen.

## 1.2 Uppgiftsbeskrivning

Som tidigare beskrivet har i dagsläget 96 stycken kontaktsjuksköterskor deltagit i förbättringskursen samt gjort diverse förbättringsprojekt på enheterna där de arbetar. Uppdragsgivare och kursansvariga har idag begränsad information om hur de förbättringsarbeten som genomförts har fungerat respektive fortsatt på de enheter som de

utbildade kontaktsjuksköterskorna arbetar på. Det har därför uppstått frågor kring hur kursen bidrar till att patienterna får en bättre vårdupplevelse, om förbättringsprojekten fortlöper samt om nya förbättringsprojekt initieras. Som tidigare nämnt var upphovet till kursen avsaknaden av verktyg för att kunna skapa förbättring och delta i diskussioner om befintliga problem i verksamheten. Huruvida kontaktsjuksköterskorna får dessa verktyg i kursen eller ej, är också efterfrågad information från kursansvariga. Studiens uppgift är att utvärdera långtidseffekterna av förvärvad kunskap från en kurs i förbättringskunskap för kontaktsjuksköterskor. Uppgiften är inte att utvärdera kursens innehåll utan endast effekterna av den.

## 1.3 Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka om kunskapen som förvärvats från kursen *Förbättringskunskap för kontaktsjuksköterskor* används av kontaktsjuksköterskor och deras organisation på ett hållbart sätt i den dagliga verksamheten. Syftet är även att undersöka hur de olika förbättringsarbetena har fortlöpt.

I förlängningen kan studien ge ökade insikter i hur utbildningen kan organiseras och hur organisationerna på ett bättre sätt kan ta tillvara på kunskaperna och förbättringsarbetena.

## 1.4 Frågeställningar

För att kunna besvara syftet och utvärdera nyttorna för de parter som berörs av kursen har följande delfrågor undersökts och besvarats:

- Hur lever förbättringsarbetena vidare efter kursens avslut?
- Har nya förbättringsprojekt kunnat initieras?
- Hur ökar kursen i förbättringskunskap möjligheten för kontaktsjuksköterskor att bedriva förbättringsarbeten?
- På vilket sätt efterfrågar organisationen den erhållna kunskapen?
- Hur ser förutsättningarna ut att använda kunskapen?

## 1.5 Rapportens disposition

Rapporten inleds med bakgrunden till uppdraget som kontaktsjuksköterska och vad det innebär. Bakgrunden ger också en beskrivning av kursen *Förbättringskunskap för kontaktsjuksköterskor*. Vidare följer syftet med studien och därefter vilka frågeställningar som rapporten syftar till att besvara.

Kapitel två beskriver hur studien utformats, val av litteratur samt vilken arbetsprocess och vilka metoder som använts för att samla in data. Utöver detta beskrivs hur data sammanställts och bearbetats. Kapitlet avslutas med ett resonemang kring studiens trovärdighet.

I kapitel tre följer en sammanställning av relevant teori kopplad till det undersökta problemet. Det teoretiska ramverket används som grund för att i senare kapitel kunna besvara, undersöka, analysera och diskutera de frågor som ställts.

Kapitel fyra redogör för data som samlats in med hjälp av intervjuer och enkät. Detta inkluderar allt som ansågs vara relevant för att besvara syftet med studien.

I analyskapitlet analyseras och sammankopplas data som samlats in med hjälp av enkät och intervjuer till den teori som har presenterats i det teoretiska ramverket.

I diskussionskapitlet diskuteras resultat från intervjuer och enkät utifrån studiens frågeställningar, med stöd från det som belysts i analysen.

I det sjunde och avslutande kapitlet av rapporten presenteras de slutsatser som kandidatgruppen drar utifrån analysen och diskussionen i de tidigare delarna.

## 1.6 Avgränsningar

För att förstå hur väl kunskapen förvärvats har främst underlag från tidigare kursdeltagare men också från en vårdenhetschef använts. Patienter inkluderades inte i varken enkätundersökning eller intervjuer. Denna avgränsning gjordes då det är svårt för patienter att se genomförandet eller utvecklingen av förbättringsarbeten i samma utsträckning som kontaktsjuksköterskorna. Detta eftersom att patienternas främsta fokus är att bli friska samt att många av patienterna inte är med både före och efter ett projekts realisering. Därmed kan patienterna inte jämföra kontakten med vården före och efter kontaktsjuksköterskorna gått kursen. Patienterna befinner sig dessutom i en känslig situation och inkluderades av etiska skäl inte i intervjuer, då underlag från vårdenhetschefen och tidigare kursdeltagare anses vara tillräckliga för att besvara frågeställningarna.

Studien har också avgränsats till att inte inkludera ett högre ledningsperspektiv utöver den vårdenhetschef som intervjuats. Denna avgränsning har gjorts då högre ledning inte ansågs vara tillräckligt insatt i kursens syfte för att inkluderas i studien.

Vid intervjuerna som utfördes med tidigare kursdeltagare gjordes ett urval för att få spridning på insamlad information och på så sätt få en bredare förståelse. Antal intervjuer begränsades för att kunna hålla djupare intervjuer och därmed fokusera på kvalitativ istället för kvantitativ data som inte skulle givit förutsättningar för djup förståelse.

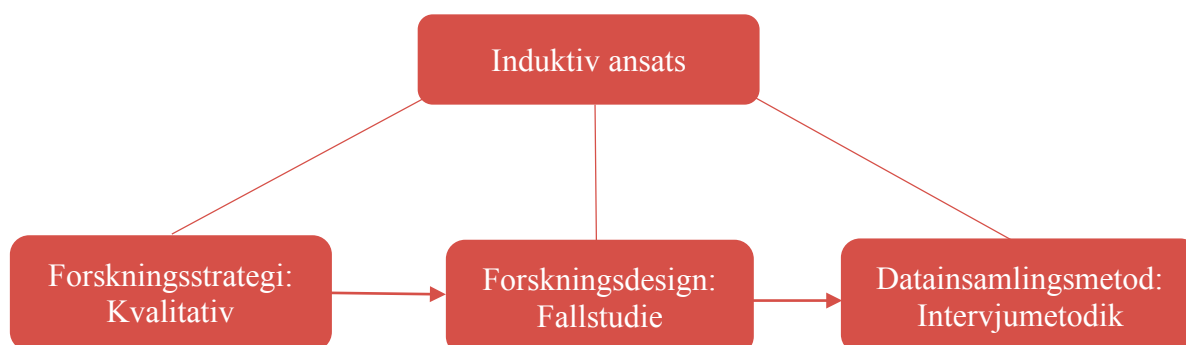
Kursens specifika innehåll har inte analyserats. Dels för att det hade blivit för omfattande för denna studie och dels för att studien i sig ger en indikation på relevansen av kursinnehållet. Det är därför enbart förbättringsprojekten samt tillämpningen av kunskapen i den dagliga verksamheten som behandlas i studien.

## 2 Metod

I följande kapitel redovisas studiens utformning, val av litteratur för studien, metoder för datainsamling, hur data sammanställdes och bearbetades samt studiens forskningskvalitet. Studiens utformning presenteras som en fallstudie med induktiv ansats. Därefter beskrivs litteraturstudiens fokus och tillvägagångssättet för att söka relevant information. Datainsamlingen utfördes dels genom nio intervjuer varav åtta med kontaktsjuksköterskor och en med vårdenhetschef inom cancervården, dels en enkätundersökning med tidigare kursdeltagare. Vidare beskrivs hur den data som intervjuer och enkät resulterade i behandlades. Som sista del i metoden presenteras studiens forskningskvalitet genom diskussion av trovärdighet.

### 2.1 Studiens utformande

De tre stegen för hur data samlades in i denna studie visas i figur 1. Första steget var val av forskningsstrategi, andra steget var val av forskningsdesign och det tredje valet som gjordes var datainsamlingsmetoden. Studiens ansats är induktiv, vilken påverkar alla stegen i studien.



Figur 1. Ordningföljd för hur de olika forskningsmetoderna valdes. De är alla influerade av induktiv ansats.

#### *Forskningsstrategi*

I planeringen av en studie måste en forskningsstrategi bestämmas (Creswell, 2014). Forskningsstrategin bestäms utifrån naturen av det problem som ska undersökas. Eftersom syftet för denna studie är att få djupare förståelse i förbättringsarbetens fortlevnad och då frågeställningarna kräver utförlig och beskrivande data för att kunna besvaras, lämpar sig en kvalitativ strategi bäst. Creswell (2014) skriver att det finns tre olika strategier att tillämpa: kvalitativ, kvantitativ och mixed methods. Ingen av dessa strategier är definitiva och även om en kvalitativ strategi tillämpas kan det finnas kvantitativa inslag, och vice versa.

#### *Forskningsdesign*

Enligt Blomkvist och Hallin (2015) ska forskningsdesignen väljas efter att forskningsstrategin är vald. Forskningsdesignen ska vara anpassad till studiens syfte och det är först därefter som

datainsamlingsmetod väljs (Blomkvist & Hallin, 2015). En fallstudie valdes som forskningsdesign i denna studie då den lämpar sig väl för att undersöka exempel från det verkliga livet. I en fallstudie så är gränserna inom vilket det studerade fallet verkar, inte helt tydliga (Saunders, Lewis & Thornhill, 2009). På grund av att det inte går att precisera förbättringsarbetenas omfattning och att denna studie behöver fler datakällor, föll valet på att använda en fallstudie naturligt. Robson och McCartan (2016, s.150) definierar en fallstudie med citatet:

*“Case study is a strategy for doing research which involves an empirical investigation of a particular contemporary phenomenon within its real life context using multiple sources of evidence”*

Detta styrks även av Saunders et al (2009) som skriver att olika datakällor behöver användas i en kombination när en fallstudie utförs.

### *Datainsamlingsmetod*

Efter att forskningsdesignen har valts ska datainsamlingsmetoden väljas (Blomkvist & Hallin, 2015). I och med studiens undersökande karaktär och behovet av att samla in data om de förbättringsarbeten som genomfördes i kursen, lämpade sig intervjumetodik väl. För att skapa ytterligare bredd på studien kompletterades de kvalitativa intervjuerna med en enkät med både kvalitativa och kvantitativa inslag. Blomkvist och Hallin (2015) skriver att enkäter är lämpliga att använda när en överblick av ett problem behövs, för att få ett bredare perspektiv. Genom att använda enkäter kan en stor mängd data samlas in om ett undersökt problem. I denna studie användes enkätens förmåga att kunna spridas till en stor grupp människor och samla in ökad mängd data, utan att behöva lägga ytterligare resurser på att genomföra fler intervjuer. Att olika datakällor användes var för att fånga upp fler perspektiv på de frågeställningar studien behandlar. Saunders et al (2009) skriver dessutom att användandet av två olika datakällor i en fallstudie är nödvändig för att försäkra sig om att insamlad data från en insamlingsmetod är representativ. Användandet av två olika insamlingsmetoder av data kallas triangulering och är ett viktigt verktyg för validering av en studie (Bryman & Bell, 2015; Creswell, 2014).

### *Ansats*

Teorin för en studie kan hanteras på olika sätt men på grund av denna studies uppbyggnad, med ett syfte och fem frågeställningar, valdes den induktiva ansatsen. Enligt Bryman och Bell (2015) används en induktiv ansats när ett problem är identifierat och de konsekvenser som fastställs endast kan härledas till just det specifika problemet. Allteftersom data samlades in i studien undersöktes ny teori som ansågs vara kopplad till data. Det styrker Blomkvist och Hallin (2015) som menar att i en induktiv ansats ska medvetenhet finnas om att den ursprungliga teorin kan komma att bli irrelevant, eftersom studiens fokus kan förändras allteftersom data samlas in. Förutom induktiv ansats finns både deduktiv och abduktiv ansats (Blomkvist & Hallin, 2015). Eftersom problemformuleringen redan var identifierad samt att det inte behövde tas fram någon ingående hypotes, användes inte den deduktiva ansatsen. Inte heller den abduktiva ansatsen valdes då den utgår från att växla mellan teorier och empiriskt material allteftersom förståelsen för litteraturen ändras i och med att mer litteratur undersöks (Blomkvist & Hallin, 2015).



## 2.2 Val av teoretiskt ramverk

För att kandidatgruppen på ett framgångsrikt sätt skulle kunna utvärdera genomförandet av förbättringsarbetena och effekterna av dem, gjordes en litteraturstudie inom olika ämnen. Till studien krävdes teori inom förbättringsarbete, förändringsledning, kunskap och lärande samt arbetsmotivation.

Kunskap om förbättringsarbete var nödvändig för att kunna utvärdera de arbeten som kontaktsjuksköterskorna själva genomförde i kursen. Där ingår till exempel kvalitetsutveckling för att få förståelse för vad som krävs för att genomföra ett förbättringsarbete. Två modeller för kontinuerligt förbättringsarbete, som kontaktsjuksköterskorna får lära sig under kursen, studerades. Således kunde kandidatgruppen lättare förstå kontaktsjuksköterskornas tankegångar i deras förbättringsarbeten. För att kunna undersöka hållbarheten i kontaktsjuksköterskornas förbättringsarbeten, studerades vikten av hållbart förbättringsarbete i sjukvården.

Vidare behandlades förändringsledning som beskriver hur förbättringar ska ledas för att kunna förankras i organisationen. Det handlar om att skapa förståelse och acceptans för att förändring måste ske. I denna studie syftar förändringarna till kontaktsjuksköterskornas arbeten. Teori om förändringsledning krävdes för att kandidatgruppen lättare skulle kunna sätta sig in i kontaktsjuksköterskornas situation och förstå de svårigheter som kan finnas på arbetsplatsen i samband med förbättringsarbeten.

Kunskap och lärande var teori som användes i studien som underlag för analys kring kontaktsjuksköterskornas kunskapsintegration och dess hållbarhet. Detta var relevant för analys kring hur kontaktsjuksköterskornas kunskap sprids i organisationen och vilka svårigheter det innefattar, samt vilket stöd kunskapsspridningen kräver från organisationen.

Den sista teorin som behandlades var arbetsmotivation. Denna teori studerades för att kunna se om kursen påverkat kontaktsjuksköterskornas motivation på något sätt. Vidare behandlades inre arbetsmotivation och arbetstillfredsställelse för att undersöka hur det påverkar kontaktsjuksköterskornas vilja till att utföra förbättringsarbeten.

### *Litteratursökning*

Främsta fokusområdena för denna studies litteraturstudie var inom ämnet förbättringsarbete i sjukvården samt kunskapshantering. Huvudsakligen har vetenskapliga artiklar samt ett flertal böcker inom olika områden använts i litteraturstudien. Många av de artiklar som användes överlämnades av handledarna, då de besitter mycket av den kunskap som var relevant för studien. För att få tillgång till böckerna användes främst Chalmers biblioteks databas samt Google Scholar, men även Biomedicinska biblioteket vid Annedal samt Göteborgs Stadsbibliotek. Några av de sökord som användes var *förbättringsarbete*, *intervjuteknik*,

*förbättringsarbete inom sjukvården, förändringsledning, improvement science in healthcare, sustainability in healthcare, kunskapshantering, kunskapsintegration och arbetsmotivation.*

Det finns enligt Rienecker, Stray Jørgensen och Hedelund (2014) olika sätt att söka efter litteratur där två av de mest grundläggande är; *Kedjesökning* och *Systematisk sökning*. Kedjesökning innebär att källhänvisningar på redan funnen litteratur vidare undersöks och systematisk sökning betyder att nyckelord används för att söka i databaser. Det är framför allt dessa två sätt som användes för denna studie då dessa metoder ansågs leda till den mest relevanta litteraturen.

## 2.3 Metod för datainsamling

Insamlandet av data till studien gjordes främst genom kvalitativa och semistrukturerade intervjuer med utvalda kontaktsjuksköterskor. Data samlades även in från en enkät, där alla kontaktsjuksköterskor som gått kursen *Förbättringskunskap för kontaktsjuksköterskor* fick möjlighet att delta och svara.

### 2.3.1 Utformning och genomförande av intervjuer

Urvalet av de kontaktsjuksköterskor som intervjuades för studien gjordes strategiskt för att få olika sorters spridning hos deltagarna. Urvalet bestod av kontaktsjuksköterskor från olika sjukhus inom region väst: Sahlgrenska Universitetssjukhus, Östra sjukhuset och Skaraborgs sjukhus i Skövde. Att urvalet kom från olika sjukhus ansågs som viktigt för att kunna få en bredare förståelse hur olika sjukhus jobbar med frågor inom förbättringsarbete och därmed kunna jämföra de olika. Urvalet bestod även av kontaktsjuksköterskor som gått kursen *Förbättringskunskap för kontaktsjuksköterskor* olika kursomgångar. Även detta ansågs vara viktigt för att kunna se hur kunskapen från kursen används i olika skeden efter avslutat kursdeltagande. Det sista strategiska urvalet av kontaktsjuksköterskor som gjordes var att två av de intervjuade kontaktsjuksköterskorna jobbade på samma enhet. Detta för att få inblick i hur två olika personer upplever samma arbetsplats.

Innan intervjuerna skulle hållas fastställdes deras uppbyggnad. Enligt Bryman och Bell (2015) finns det en rad olika sätt att hålla en intervju på. Då denna studie främst behandlar kvalitativ data var framför allt två olika sätt relevanta att använda, semistrukturerad intervju eller ostrukturerad intervju, där den semistrukturerade valdes att användas. I semistrukturerade intervjuer används en mall för i vilken ordning frågorna ska ställas, men ordningen kan komma att variera under intervjun. Intervjuaren kan enkelt ställa följdfrågor beroende på vad respondenten svarar. En intervju är ostrukturerad om den inte har någon mall av frågor att utgå från utan endast ett visst antal ämnen som bör belysas under intervjun. Hur frågor ställs varierar därför mycket från intervju till intervju (Bryman & Bell, 2015). Den semistrukturerade metoden användes i denna studie då den ansågs som lättare att förhålla sig till. Detta eftersom frågorna kunde ställas i olika ordningsföljd beroende på vilken riktning intervjun tog, samt möjligheten

till att ställa följdfrågor till den intervjuade personen. För att under intervjuerna få underlag för att kunna svara på studiens syfte och frågeställningar, utformades intervjufrågorna utifrån frågeställningarna. Ett första utkast av intervjumallen för kontaktsjuksköterskorna finns i Bilaga 2. Intervjumallen för vårdenhetschefen visas i Bilaga 3.

För att de intervjuade personerna skulle känna sig bekväma inleddes intervjuerna med frågan "Vad är en kontaktsjuksköterska?". Efter den inledande frågan, fortsatte intervjun med att ställa öppna frågor. Det gjordes för att de intervjuade skulle kunna använda sig av egna erfarenheter och svara på egna villkor. Det är något som både Bryman och Bell (2015) samt Kvale och Brinkmann (2009) anser är av vikt vid intervjuer.

Två personer från kandidatgruppen var med under alla intervjuer. Tabell 1 visar hur många intervjuer som hölls i studien samt datum och längd för dessa. En av personerna från kandidatgruppen bar huvudansvaret för intervjun och var den som ställde majoriteten av alla frågor. Den andra personen satt med och fyllde i när denne upplevde att något behövde förtydligas eller utvecklas vidare. Samtliga intervjuer genomfördes på det sättet. Efter första intervjun reviderades frågorna i intervjuguiden då det upplevdes att en av frågorna var svår att förstå och att en fråga saknades. Den reviderade och slutgiltiga intervjumallen för kontaktsjuksköterskor återfinns i Bilaga 4.

*Tabell 1. Tabell över de intervjuade personernas roll samt datum och längd för intervjun.*

<b>Intervju</b>	<b>Roll</b>	<b>Datum för intervju</b>	<b>Intervjulängd</b>
<b>1</b>	Kontaktsjuksköterska	2017-03-08	45 min
<b>2</b>	Kontaktsjuksköterska	2017-03-09	29 min
<b>3</b>	Kontaktsjuksköterska	2017-03-10	36 min
<b>4</b>	Kontaktsjuksköterska	2017-03-13	50 min
<b>5</b>	Kontaktsjuksköterska	2017-03-20	50 min
<b>6</b>	Kontaktsjuksköterska	2017-03-20	39 min
<b>7</b>	Kontaktsjuksköterska	2017-03-20	57 min
<b>8</b>	Kontaktsjuksköterska	2017-03-20	31 min
<b>9</b>	Vårdenhetschef	2017-03-28	57 min

Samtliga intervjuer spelades in med hjälp av en diktafon och transkriberades sedan ord för ord, för att alla i kandidatgruppen skulle få tillgång till all den data som samlades in samt för att användas som underlag i analys. Transkribering av intervjuerna gjordes kontinuerligt allteftersom intervjuerna genomfördes. Detta gjordes eftersom det enligt Kvale och Brinkmann (2009) tar lång tid att transkribera. När en transkribering görs transformeras muntligt språk till skriftligt vilket innebär att all form av ansiktsuttryck, ironi eller kroppsspråk går förlorat (Kvale & Brinkmann, 2009).

### 2.3.2 Utformning och genomförande av enkät

Innan framtagandet av enkätfrågor kan påbörjas är det viktigt att ett tydligt syfte med enkäten är bestämt (Troost, 2012; Ejlertsson, 2014). Utifrån syftet beslutas sedan ifall en kvalitativ eller

en kvantitativ enkät ska genomföras. För denna studie användes främst öppna frågor i enkäten då det var kontaktsjuksköterskornas egna erfarenheter från kursen som var av intresse. Enkäten blev därför i huvudsak kvalitativ. Med utgångspunkt i vad för typ av studie som ska genomföras bestäms sedan standardiserings- och struktureringsgrad på enkäten (Trost, 2012).

Standardiseringsgraden syftar dels till hur öppna frågorna är för tolkning av respondenten, dels till hur lika de yttre förhållandena är när enkäten besvaras (Trost, 2012). Enkäten bestod huvudsakligen av öppna frågor och kandidatgruppen kunde inte påverka de yttre förhållandena, eftersom att enkäten skickades ut för att besvaras när tillfälle gavs. Enkäten hade därför låg standardiseringsgrad.

Enligt Trost (2012) kan struktureringsgrad innebära två helt skilda saker. Antingen syftar det på frågornas struktur, ifall de har fasta eller öppna svarsalternativ, eller så syftar det på hela enkätens struktureringsgrad. Är enkäten fokuserad på ett ämne och alla frågor är relaterade till ämnet har enkäten en hög struktureringsgrad.

Enkäten i denna studie togs fram av kandidatgruppen i samarbete med RCC Väst och CHI, där ett första utkast till en enkät redan tagits fram av en arbetsgrupp från RCC och CHI. Enkäten som helhet användes i en annan studie utförd av CHI. Den del av enkäten som var relevant för studien reviderades av kandidatgruppen för att göra den mer anpassad till studiens syfte. Anpassningen innebar att enkäten utökades med två Ja/Nej-frågor för att inkludera fler aspekter. Den slutgiltiga enkäten återfinns i Bilaga 5. Frågorna validerades dels genom kandidatgruppens och arbetsgruppens samlade kompetens inom området, dels genom att frågorna skickades ut till ett litet antal testpersoner för att kontrollera att frågorna uppfattades på ett korrekt sätt. Enkäten skickades efter validering ut till 84 stycken kontaktsjuksköterskor.

Vid enkätundersökningar diskuteras ofta svarsfrekvensen, det vill säga hur stor andel som svarar på en enkät i förhållande till totalt antal utskickade enkäter. Svarsfrekvensen kan variera väldigt och det kan bland annat bero på målgruppen för enkäten, relationen till respondenterna, vilket ämne enkäten behandlar eller hur många frågor den består av. Polit och Beck (2004) skriver att det finns något som kallas *nonresponse bias* vilket innebär att insamlad data lätt kan bli partisk om det är lågt antal svarande på enkäten. Författarna säger att för att helt kunna bortse från denna partiskhet bör svarsfrekvensen vara över 65%, men att det ofta förekommer lägre svarsdeltagande.

## 2.4 Sammanställning och bearbetning av data

Data som samlades in bearbetades innan den användes som underlag för analys. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) finns det olika verktyg hur detta lämpligast görs. Dessa verktyg kan användas för att organisera intervjuerna eller för att ge struktur till intervjuer som har varit omfattande. Ett verktyg som användes i denna studie är *grounded theory*. Lantz (2013) beskriver olika steg för databearbetning där ett steg är att reducera datamängden till en mindre mängd som används i fortsatt analys. All data som samlades in i denna studie var inte föremål

för analys och därför reducerades i ett tidigt skede allt som inte var relevant för att besvara studiens frågeställningar.

Med rådata menas det urval av den totala mängd information som finns att hämta ur intervjun och som kommer att utgöra underlag för analys. Datareduktion går ut på att systematiskt välja samt välja bort information för att förenkla rådata inför den fortsatta analysen. När en mening rycks loss ur dess sammanhang kan dess innebörd få en annan betydelse än den ursprungliga, på grund av att den har förlorat sitt sammanhang (Lantz, 2013). Därför var kandidatgruppen noga med att läsa igenom rådata och jämföra med den ursprungliga transkriberingsskriften, för att säkerställa att innehållet fortfarande gav samma bild och behöll sitt sammanhang.

Enligt Bryman och Bell (2015) är den så kallade grounded theory den absolut främsta metoden vad gäller att analysera data från kvalitativa intervjuer. Då grounded theory är en induktiv metod, det vill säga att det inte finns en konkret hypotes som ska testas, passar sig grounded theory bra för denna studie. Sandgren (2012) menar att grounded theory är ensam i att vara en begreppsliggörande metod, detta då det är en metod som inte uppmanar att studera relevant litteratur innan studien är genomförd. Detta skapar ökad förståelse till vilken typ av teori som kommer att bli relevant och på så sätt sparar mycket tid. På grund av den begränsade tiden för denna studie, började dock teori undersökas i takt med att studien påbörjades. Även Saunders et al (2009) menar att grounded theory är den mest lämpade metoden för forskning där slutsatser om att förutse och förstå beteenden utförs.

Nyckelprocessen i grounded theory består av kodning, vilket är det som utfördes i denna studie. Det innebär en koppling av ett eller flera nyckelord till textstycken för att enklare kunna identifiera uttalanden (Kvale & Brinkmann, 2009). Målet med att koda och kategorisera är att fånga de erfarenheter och handlingar som belyses i intervjun (Kvale & Brinkmann, 2009; Bryman & Bell, 2015).

Enligt Bryman och Bell (2015) består grounded theory av tre olika delar i kodningen. Dessa steg användes när data i denna studie kodades. I processen för *Öppen kodning*, som är den första delen i grounded theory, behandlades data genom att brytas ner, undersökas, jämföras och kategoriseras. Denna metod resulterade i flertalet olika kategorier som användes vid analys. Sandgren (2012) trycker på vikten av att uppmärksamma och jämföra den data som upprepar sig kontinuerligt, då det som upprepas är det som ska ligga i fokus när data sedan analyseras. Enligt Bryman och Bell (2015) är den andra delen i kodning den *Axiala kodningen*. Denna innebär att data lappas ihop igen, och kopplingar mellan de olika kategorierna görs. *Selektiv kodning* är den sista typen av kodning som innebär att en kärnkategori utses som relaterar till de övriga kategorierna. Detta gör att kategorierna valideras och att det lättare syns vilka som behöver utvecklas och förfinas ytterligare (Bryman & Bell, 2015).

## 2.5 Studiens trovärdighet

För att skapa trovärdighet med en studie måste alla steg i studien vara väl motiverade och valda. För att uppnå trovärdighet behövdes det tydligt förklaras och noga diskuteras varför delmomenten i denna studie användes. I nedanstående textstycken förklaras vad som menas med trovärdighet.

För att trovärdighet ska skapas i en forskningsstudie måste studien utvärderas efter vissa kriterier där de viktigaste kriterierna är validitet, reliabilitet och replikerbarhet (Bryman & Bell, 2011; Lundman & Graneheim, 2004). Båda författarparen skriver att validitet och reliabilitet är anpassat till kvantitativa studier och när kvalitativa studier ska utvärderas måste andra kriterier än dessa användas. Lincoln och Guba (1985) föreslår istället att tillförlitlighet ska användas i utvärderingen av kvalitativa studier, vilket understryks av Lundman och Graneheim (2004).

När intervjufrågorna var skrivna testades de internt inom kandidatgruppen för att klargöra om frågorna kunde misstolkas. Detta för att validera och försäkra att det tydligt framgick vad kandidatgruppen ville få svar på av de intervjuade kontaktsjuksköterskorna.

När intervjudata behandlades delades kandidatgruppen upp i två olika grupper för att försäkra att inte all data bearbetades på samma sätt och riskerade att det var två eller tre personers åsikter som var representerade. Att all data analyserades av kandidatgruppens alla medlemmar resulterade i hög objektivitet. En hög objektivitet är viktigt för trovärdigheten på en studie (Bryman & Bell, 2015). Detta förtydligade hur all data blivit bearbetad och på så sätt blev det enklare att diskutera om någon önskade behandla data på annat sätt. Detta stöds även från metoden om grounded theory (Bryman & Bell, 2015).

Intervjuerna som hölls i denna studie gav möjligheten till att ställa frågor med ett annat djup samt till att kunna ställa följdfrågor, något som inte var möjligt i enkäten. Enkäten gjordes för att nå ut till en större mängd och se om de svar som enkäten resulterade i stämde överens med intervjusvaren. Triangulering, att två olika datainsamlingsmetoder används, ger enligt Bryman och Bell (2015) ökad trovärdighet.

## 3. Teoretiskt ramverk

I följande kapitel presenteras det teoretiska ramverk som användes för denna studie. Inledningsvis beskrivs förbättringsarbete, därefter redogörs för förändringsledning och hur förändringsarbete ska ledas på ett lyckosamt sätt. Vidare behandlas ämnet kunskap och lärande, på vilket sätt människan tar till sig kunskap och vilka svårigheter som kan finnas med det. Till sist beskrivs arbetsmotivation och på vilket sätt den kan påverkas.

### 3.1 Förbättringsarbete

I nedanstående underrubriker behandlas ämnet förbättringsarbete. Först beskrivs kvalitetsutveckling och viktiga aspekter för att lyckas med det kontinuerligt. Sedan tas två metoder upp som kan användas vid kontinuerligt förbättringsarbete. Därefter beskrivs teori kring utmaningar som kan uppstå vid förbättringsarbete i sjukvården. Vidare beskrivs några modeller för förbättringsarbete i sjukvården. Ytterligare förklaras vikten av hållbart förbättringsarbete och till sist presenteras mikrosystemteori.

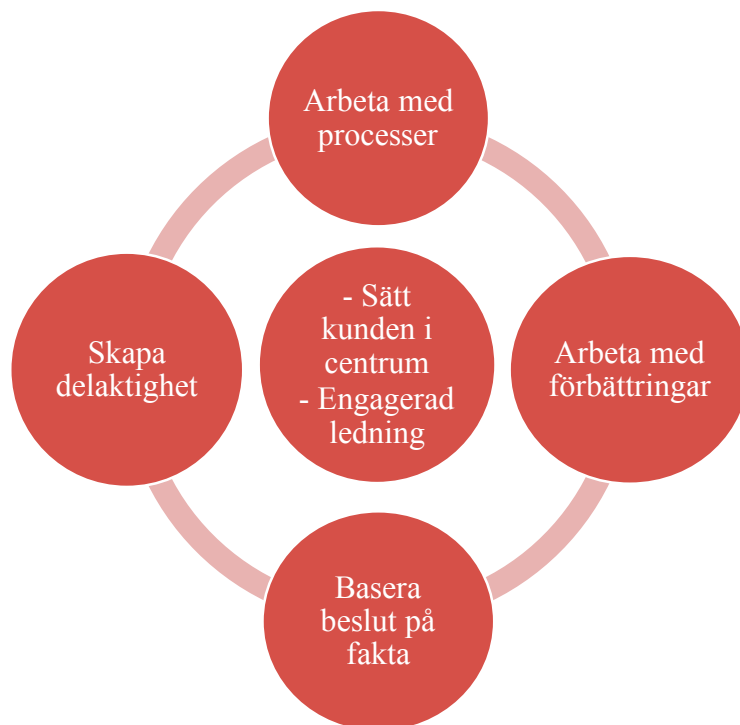
#### 3.1.1 Kvalitetsutveckling

En ökad global konkurrens samt kunder med ökad medvetenhet och högre krav, har resulterat i att offensiv kvalitetsutveckling genomförs mer systematiskt inom alla delar av det svenska samhället. I företag och organisationer likväl som i sjukvården (Bergman & Klefsjö, 2002). Bergman och Klefsjö (2002) beskriver offensiv kvalitetsutveckling som ett kontinuerligt arbete med förbättring och utveckling. Att utvecklingsarbete sprider sig mer och mer inom sjukvården visar även Bergman, Hellström, Lifvergren och Gustavsson (2015) på när de skriver om det ökade förbättringsarbetet i sjukvården.

Slack, Brandon-Jones och Johnston (2013) skriver att kvalitet är viktigt för alla organisationer, eftersom det är den lättaste, och i många fall första, aspekten i affärer med ett företag som en kund kan bedöma. Detta gör att kvaliteten hos en organisation utgör en stor del i kundens tillfredsställelse eller missnöje. Exempel på punkter som är viktiga inom just sjukvården är enligt Slack et al (2013) att patienten får den mest lämpliga vården, att vården sker på rätt sätt, att patienten får ta del av information och att personal är trevlig och tillmötesgående. Utöver detta är kvalitet inte bara relevant direkt mot kund utan även inom organisationen. Kvaliteten kan minska kostnader och öka pålitligheten. Om färre misstag sker krävs mindre tid till att korrigera dessa och mindre förvirring och irritation sprids. I sjukvården skulle detta kunna innebära att mindre tid spenderas i telefon med patienter, mindre antal återbesök och att det krävs mindre resurser (Slack et al, 2013).

Förutom kvaliteten kan även flexibilitet påverka pålitligheten i organisationer, inte minst i sjukvården. Att kunna hantera ett ökat inflöde av patienter gör att organisationerna blir mer pålitliga, då dessa ökningsannars kan skapa stress och besvär för många. En av de förmånliga effekterna av att vara flexibel är en ökad möjlighet för organisationen att anpassa sig efter sina kunder (Slack et al, 2013).

Bergman och Klefsjö (2002) beskriver vad som krävs för ett lyckat arbete med kvalitetsutveckling. Vidare beskrivs vikten av en helhetsbild och att ha ett systemtänkande. Kvalitetsutveckling stöds sedan av arbetssätt och verktyg som anpassas efter vilken situation som råder. Exempel på arbetssätt är olika typer av aktiviteter såsom att arbeta med tvärfunktionella grupper och kundcentrerad planering. Exempel på verktyg som används för att systematisera arbetet kan vara paretodiagram, sambandsdiagram eller orsaks-verkan-diagram, även kallat fiskbensdiagram (Bergman och Klefsjö, 2002).



Figur 2. Vad som krävs i ett lyckat arbete med kvalitetsutveckling enligt Bergman och Klefsjö (2002).

### *Kunden i centrum*

Den mest centrala delen i Bergman och Klefsjö (2002) modell, som visas i figur 2, är att sätta kunden i centrum. Det är kunderna som i slutändan betalar för varan och det är således de som värderar kvaliteten. Det är därför av stor vikt att utgå från vad kunderna vill ha och försöka uppfylla deras krav och förväntningar. Att göra undersökningar om kundernas önskemål kan vara svårt men i många fall visar det sig att kundernas önskemål inte alls överensstämmer. En utredning av önskemål är därför viktig för att tillsammans med kunden kunna uppnå god kvalitet (Bergman & Klefsjö, 2002).

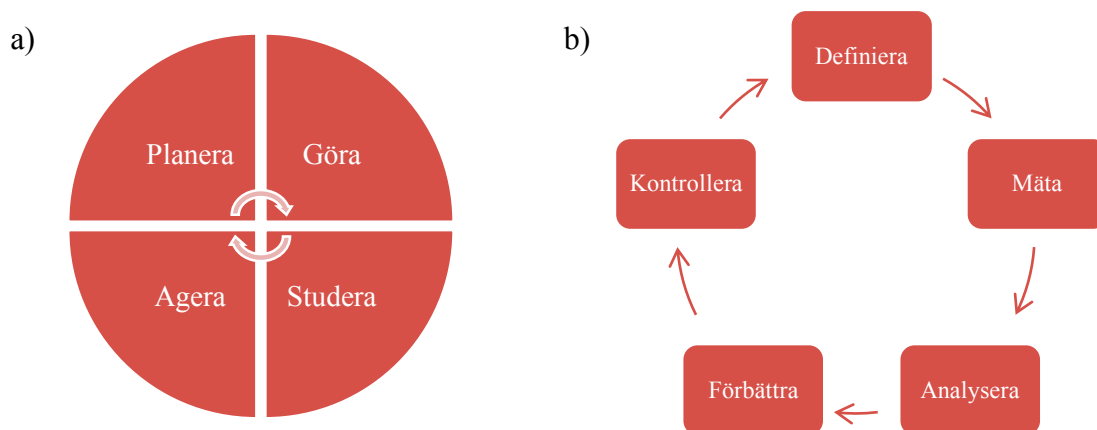


### Engagerad ledning

Ett engagerat ledarskap är också en central del i kvalitetsutvecklingen enligt Bergman och Klefsjö (2002). Ledarskapet ligger som grund och möjliggör att de andra momenten fungerar. Utan stöd från ledningen är det svårt att över huvud taget utföra några av de andra momenten. Ledarskapet är även någonting som Slack et al (2013) skriver om. De menar att ledningens engagemang måste kommuniceras ut till alla berörda parter för att ett projekt ska lyckas. Av stor vikt är även att projektets nyckelpersoner fortsätter att arbeta med projektet under hela processen. Gör de inte det och personerna byts ut riskerar den förvärvade kunskapen att gå förlorad (Slack et al, 2013).

### 3.1.2 PDSA-cykeln och DMAIC-cykeln

Bergman och Klefsjös (2002) modell för förbättringsarbete behandlar utveckling av en kontinuerlig process för arbete med förbättring. Till hjälp för detta använder sig många av kända metoder såsom Edwards Demings *PDSA-cykel* eller *DMAIC-cykeln* som används inom Six Sigma (Shankar, 2009). Båda metoderna presenteras i figur 3 nedan. PDSA-cykeln är även något som Batalden och Stoltz (1995) förespråkar som en enkel och kraftfull metod.



Figur 3. a) PDSA-cykeln och b) DMAIC-cykeln som båda används vid förbättringsarbete (Slack et al, 2013).

#### *PDSA-cykeln*

Första steget är att planera, vilket innebär att upptäcka ett problem och hitta orsakerna till det. Här samlas även data in och sammanställs för att leda till åtgärdsförslag. Göra, vilket är det andra steget, går ut på att se till så att problemet åtgärdas enligt föreslagen plan. Tredje steget är att studera. Detta steg betyder att de utförda åtgärderna kontrolleras och därefter undersöks problemet återigen för att kunna se om önskat resultat uppnåtts. Det fjärde steget, agera, innebär att ta lärdom av förbättringsarbetet som utförts och om åtgärderna var lyckade gäller det att förankra dem i verksamheten så att de positiva effekterna består (Bergman och Klefsjö, 2002).

### *DMAIC-cykeln*

Första steget, definiera, är att identifiera ett problem som behöver åtgärdas och få klarhet i omfattningen av det. Andra steget är att mäta. Det betyder att mäta och samla in data om det identifierade problemet. Analysera, det tredje steget, går ut på att analysera problemet och insamlad data. Det fjärde steget, förbättra, innebär att få en bättre förståelse för problemet. Det är också att förbättra verksamheten genom de åtgärder som har analyserats fram. Det sista steget är att kontrollera. Det går ut på att övervaka vilka effekter som åtgärderna fått och se till att de blir en naturlig del av verksamheten. Detta för att förbättringar ska kvarstå och således leda till ett hållbart arbete (Shankar, 2009).

### 3.1.3 Utmaningar för utveckling av sjukvården

Det finns ett ökat tryck på vården och därmed också en ökad press på att förbättra vårdverksamheten för att kunna bevisa god kvalitet och effektivitet. Metoder och tekniker från industrin har visat sig användbara även inom sjukvården, men har inte alltid tagits emot på ett bra sätt från vårdgivare (Spear, 2005). En möjlig orsak till motståndet i sjukvården är sjukvårdens egen uppfattning om att den är annorlunda och unik (Yasin, Zimmerer, Miller & Zimmerer, 2002). Andra motstånd som Hellström, Lifvergren och Quist (2010) skriver om är organisationen i sig som motstånd. Med organisationen här menas att de anställda inte är vana vid att tänka i processer utan att de ser sig själva tillhöra en specifik enhet och att sjukhuset är uppdelat i olika avdelningar istället för processer. Processtänkande är även något som Hellström et al (2010) skriver om och som de menar måste öka. Detta för att på ett lyckosamt sätt kunna överföra en idé från industrin till sjukvården.

Likt att sätta kunden i centrum pratas det mycket i sjukvården om att ha patientfokus. Batalden, Batalden, Margolis, Seid, Armstrong, Pipari-Arrigan och Hartung (2015) beskriver dock en fundamental skillnad mellan att skapa en produkt genom kundfokus jämfört med att skapa en tjänst genom kundfokus. En tjänst som skapas tillsammans med kunden är alltid samskapad, båda parter bidrar till utfallet och det är en viktig aspekt att ha i åtanke. Sjukvården är samskapande och finner mest likheter till att samproducera en tjänst snarare än en produkt och istället för kundfokus finns ett patientfokus.

Slack et al (2013) beskriver något som de kallar projektmiljö där en av punkterna som tas upp är den interna miljön på ett företag eller organisation. Den interna miljön innefattar allt som påverkar hur man arbetar med utveckling. Strategier, kulturen, resurser som finns tillgängliga och andra pågående arbeten är alla saker som påverkar hur utvecklingen sker.

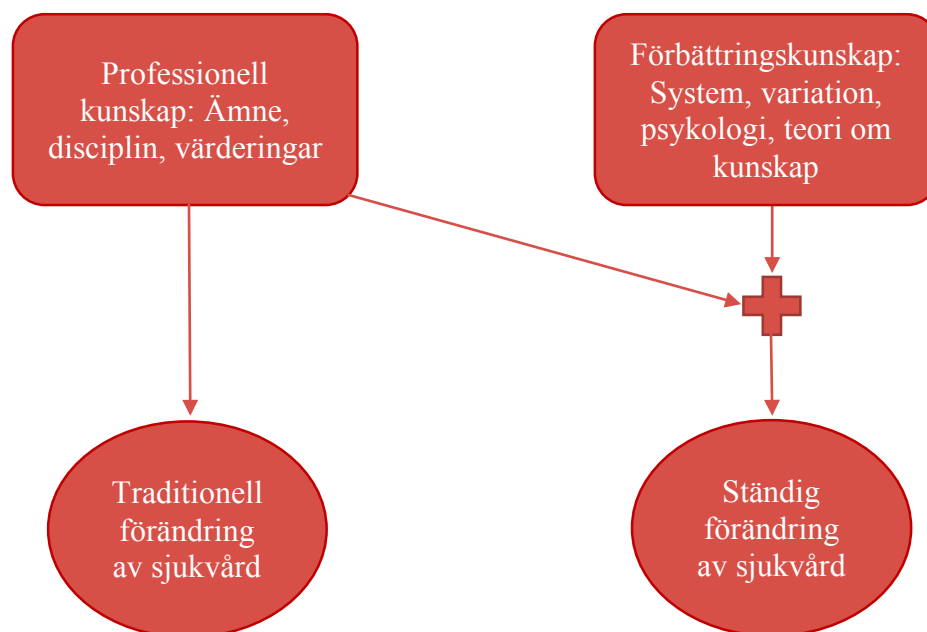
Batalden et al (2015) förklarar att sjukvården byggs upp kring personlig vårdplanering, hur responsiv organisationen är, hur engagerade och informerade patienterna är samt hur engagerad personal är att jobba i partnerskap med patienten. Vissa svårigheter i sjukvården gör dock situationen mer komplex för att driva utvecklingsarbete där jämfört med i den tillverkande industrin. Det är svårigheter med till exempel mångfald hos patienter, avvägning hur stort

ansvar personal respektive patient ska ha, vem som ska få fatta beslut gällande sjukvården, att samskapande arbete lätt kan bli kontraproduktivt och ta mycket tid samt att sjukvårdskulturen är resistent mot nya arbetssätt (Batalden et al, 2015).

Bergman et al (2015) skriver om ett antal utmaningar som sjukvården står inför. Det är ökade krav på sjukvården i och med den åldrande befolkningen, samtidigt som den relativa delen av befolkningen som betalar för vården har minskat. En annan utmaning är de nya och förbättrade möjligheterna till att ge vård, vilka kan vara väldigt kostsamma för vården. Ytterligare en utmaning är att befolkningen idag har blivit mer medvetna om hälsa och välmående och därav ställer högre krav på sjukvården. Alla faktorer tillsammans visar på att förändring krävs och det finns ingen entydig lösning, men att arbeta med kvalitet och kvalitetsförbättringar kan vara en del av lösningen (Bergman et al, 2015). Batalden och Stoltz (1995) skriver likaså om utmaningar i och med kontinuerlig förbättring av sjukvården. De nämner omfattningen av arbetet som behöver göras och pressen på ledarna att påskynda förändringar.

### 3.1.4 Modeller för förbättring i sjukvården

Batalden och Stoltz (1993) beskriver ett ramverk för kontinuerliga förbättringar i sjukvården. De menar att det som krävs för att en sjukvårdsorganisation ska kunna genomföra kontinuerliga förbättringar är utveckling av ny kunskap samt skapande av en ledarpolicy.



Figur 4. Professionell kunskap i kombination med förbättringskunskap (Batalden & Stoltz, 1993).

Utveckling av ny kunskap innebär kombination av förbättringskunskap och professionell kunskap inom det specifika ämnet (Batalden & Stoltz, 1993), vilket visas i figur 4. Detta är även något som Batalden och Davidoff (2007) beskriver som ett krav för kontinuerligt

förbättringsarbete i sjukvården. Förbättringskunskap i denna mening syftar till kunskap om system, variation, arbets- och förändringspsykologi samt kunskapsteori. Den professionella kunskapen innebär specifik ämneskunskap, disciplinkunskap samt kunskap om professionella värderingar. Det har traditionellt sett skett förbättringar i sjukvården i enlighet med den professionella kunskapen. Att kombinera denna kunskap med förbättringskunskap gör att det kan ske andra typer av förbättringar i en högre takt och det kan ske på en kontinuerlig basis.

Hellström, Lifvergren, Gustavsson och Gremyr (2015) skriver likaså om kombinationen av de två kunskapstyperna. Författarna beskriver mer specifikt om hur en organisation bör gå tillväga för att på ett framgångsrikt vis få in kunskap om förbättring och få den att användas på rätt sätt tillsammans med den professionella kunskapen. De presenterar fem kritiska faktorer för att detta ska fungera på bästa sätt. Det är enligt Hellström et al (2015) att:

- Fokusera på att skapa organisationens egna ordförråd
- Fokusera på rollen hos de som driver den interna förändringen
- Tillåta en evolutionär adoptionsprocess
- Bygga upp professionell kunskap med hjälp av de som driver förändringen
- Adoptera ett forskningsdrivet tillvägagångssätt för att ta till sig verksamhetsinnovationer

En ledarpolicy ska främja en känsla av gemensamt syfte och uppmuntra till organisatoriskt lärande. Detta sker genom applicering av strategier för att bygga och använda ny kunskap i den dagliga verksamhetens processer och genom att behärska olika verktyg och metoder. Det gemensamma syftet gör att alla kan samarbeta för att bygga ny kunskap och förändra den dagliga verksamheten (Batalden & Stoltz, 1993). Ledarpolicy används enligt Batalden och Stoltz (1995) även till att skapa och utveckla det arbetsklimat som ledarna tror är viktigt för att realisera organisationens mål.

Senare utvecklar Batalden och Stoltz (1995) detta ramverk till att också inkludera *Quality Management (QM)* och *Continuing Medical Education (CME)*. QM är kvalitetsledning, något som numera också är välkänt inom sjukvården. Det innebär kontinuerligt utvecklingsarbete, praktiska riktlinjer eller kritiska lägen och deras utfall. CME handlar om kontinuerligt lärande i sjukvården, att bibehålla kompetens och att konstant ta till sig ny kunskap. QM syftar till att förbättra patientvården och att gynna CME. Samverkan sker genom att QM är designat för att upptäcka problem i sjukvården medan CME finns till för att lösa dessa problem. De menar att yrkesverksamma inom CME måste förstå sig på detta ramverk för att kunna dra nytta av den gemensamma potentialen för QM och CME.

Även Lifvergren (2013) skriver om att ta in initiativ från förbättringsvetenskapen till sjukvården för att hitta nya sätt att förbättra kvalitet och effektivitet inom sjukvårdsorganisationer. Han poängterar vikten av att använda sig av icke-linjära processer vid kvalitetsförbättring och att ha en mer öppen syn på förbättringsprocessen. Metoderna nämnda ovan, PDSA-cykeln och DMAIC-cykeln är exempel på mer öppna metoder.

Många författare har försökt att sammanfatta vad som är hörnstenarna i den växande vetenskapen om förbättring, som till exempel ramverken som presenterats ovan av Batalden och Stoltz (1993), Bergman och Klefsjö (2002) samt Batalden och Davidoff (2007). Lifvergren (2013) menar att sådana ramverk inte är tillräckliga för att lyckas med förbättringar inom sjukvården. Det har blivit svårt att skapa sammanhängande teorier och modeller vilket samtidigt anses som väldigt viktigt för att kunna skapa relevant angripbar kunskap när alla organisationer har olika syn på kvalitetsstyrning. Det finns en utmaning med samskapande av kunskap i system där medarbetare och forskare tillsammans försöker förbättra en specifik situation. Ytterligare en viktig del är hur komplexa system och lärande kan kombineras för att utveckla nya idéer för förbättring (Lifvergren, 2013).

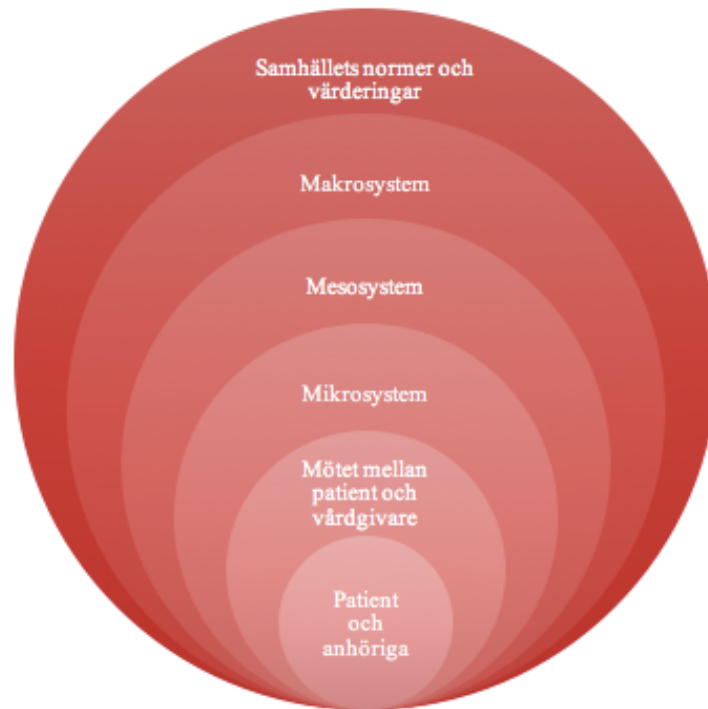
### 3.1.5 Hållbart förbättringsarbete

Fleiszer, Semenic, Ritchie, Richer och Denis (2015) utvecklar ämnet förbättringsarbete genom att också diskutera vikten i att arbeta med det på ett hållbart sätt. De skriver om att hållbarheten ofta utforskas i de flesta andra områden i samhället men att det är svårt att lyckas med i sjukvården och det finns därför inte så mycket litteratur kring ämnet. Att kunna undersöka hållbarheten för utvecklingsarbeten i sjukvården är dock något som är viktigt för att kunna förstå det bättre, skriver Fleiszer et al (2015). Vidare nämner de även att det krävs en ökad klarhet om konceptet hållbar utveckling. Hållbarhet betyder att något är uthålligt, att det gör nytta, att något blir rutin eller att det utvecklas.

Fleiszer et al (2015) skriver om förhållanden som måste råda för att utvecklingsarbeten ska vara hållbara. Det handlar om faktorer hos arbetet i sig, men också om faktorer i omgivningen, ledarskapsfaktorer och utförandet. Till omgivningen räknas faktorer som inre sjukhusorganisation, yttre samhällssystem samt kompetens och engagemang hos de inblandade individerna. Det görs ett litet antal utredningar över hållbarheten hos sjukvårdens utvecklingsarbeten, vilket är problematiskt på grund av att det i nuläget är knappa resurser och därför av ännu större vikt att bibehålla de förbättringar som utförs (Fleiszer et al, 2015).

### 3.1.6 Mikrosystemteori

Ett mikrosystem är ett litet system som är en del i ett större makrosystem, se figur 5. I sjukvården består mikrosystemet av patienternas egna vårdssystem tillsammans med anhöriga, enskilda mötet mellan vårdgivare och patient samt enheten kring patienten. Utanför mikrosystemet finns mesosystemet, makrosystemet samt samhällets värderingar och normer (Landstinget i Jönköpings län, 2008).



Figur 5. Illustration av mikrosystem i ett större kontext (Landstinget i Jönköpings län, 2008).

Batalden och Mohr (2002) beskriver det grundläggande konceptet hos klinisk mikrosystemteori som små organiserade grupper med vårdgivare och personal som vårdar en definierad grupp patienter. De skriver också att mikrosystem finns på varje enhet i sjukvården och att människor ofta saknar medvetenhet om delarna och dynamiken som råder i det egna mikrosystemet. Vidare beskriver de att det är viktigt att förhindra fel och förbättra patientsäkerheten i sjukvårdens mikrosystem eftersom att det är där som patienter och vårdgivare möts, vid frontlinjen av patientvården.

Även Nelson, Batalden, Godfrey och Lazar (2011) definierar ett kliniskt mikrosystem som den minsta enheten i sjukvården som skapar värde för patienten. Enheten består av människor, processer, teknologier och information. De beskriver att det är i mikrosystemet som patienter, familjer och vårdgivare träffas, det är här som patienten möter sjukvården och således här som värdeskapandet äger rum.

Även Nelson et al (2011) illustrerar vad som finns utanför mikrosystemet med en liknande bild som visas i figur 5. De förklarar bilden med att se det som en måltavla. I mitten av måltavlan finns en patient som desto längre ut den går från mitten länkas samman med olika system. Det första som patienten kommer i kontakt med och som skapar värde är vårdpersonalen. Förbättringar måste ske på alla nivåer på måltavlan och systemen måste kopplas samman, från ledarskap längst ut till längst in där vården skapas för patienten. Vidare menar Nelson et al (2011) att för att skapa en högkvalitativ vård och bra omhändertagande om patienterna krävs att alla medarbetare engageras och att de arbetar med att skapa vård och att förbättra den. Hållbara förbättringar kräver enligt Nelson et al (2011) att alla fokuserar på en bättre utkomst för patienten, bättre systemprestation och bättre professionell utveckling.

## 3.2 Förändringsledning

För att lyckas med ett förbättringsarbete krävs inte bara de rätta metoderna och verktygen utan även att arbetet drivs på ett framgångsrikt sätt. I detta avsnitt beskrivs två modeller som kan användas för förändringsledning. Båda modellerna tar upp olika steg som måste genomföras för att lyckas med förbättringsarbete.

### 3.2.1 Förändringsledning i åtta steg

John P. Kotter, professor inom ledarskap, är känd för sin åttastegsmodell inom förändringsledning. Kotter (1996) granskade företag medan de försökte driva förändring. Han studerade vad som skiljde de lyckosamma fallen mot de misslyckade och kom genom det fram till en modell för hur ledare ska lyckas skapa en permanent förändring i organisationen. Modellen presenteras i figur 6. Han påpekar vikten av att genomarbeta varje steg och lägga ner tid på samtliga delar, att stressa igenom något steg kommer inte resultera i ett tillfredställande resultat. Att misslyckas i något av stegen leder sällan till ett lyckat slutresultat (Kotter, 1996).



Figur 6. Förändringsledning i åtta steg enligt John P.Kotter (1996).

Förändringsledning i åtta steg (Kotter, 1996):

**Steg 1:** *Establishing a sense of urgency.* Skapa en känsla av att förändringen är viktig och få hela organisationen att förstå varför det måste ske.

**Steg 2:** *Creating a guiding coalition.* Skapa en grupp med tillräckligt mycket makt och god samarbetsförmåga för att kunna leda förändringen.

**Steg 3:** *Developing a vision and strategy.* Skapa en vision som hjälp för att styra arbetet åt rätt håll och utveckla strategier för att kunna nå denna vision.

**Steg 4:** *Communicating the change vision.* Kommunicera ut visionen och strategierna till alla medarbetare och få dem att arbeta mot samma mål. Lär ut nya arbetssätt som stödjer visionen och som underlättar förändringen.

**Steg 5:** *Empowering employees for broad-based action.* Eliminera hinder som sätter stopp för förändringen och ändra på det som inte stödjer arbetet. Uppmuntra riskfyllt beteende och idéer utöver det vanliga.

**Steg 6:** *Generating short-term wins.* Gör förbättringarna visuella, fira och uppmärksamma de medarbetare som varit delaktiga i förändringen.

**Steg 7:** *Consolidating gains and producing more change.* Använd den ökade trovärdigheten för att driva igenom förändring av system, strukturer och policyer som passar visionen. Stärk processerna ytterligare med nya förändringsprojekt.

**Steg 8:** *Anchoring new approaches in the culture.* Interstutionalisera förändringen och betona kopplingen mellan förändringen, det nya sättet att arbeta och företagets framgång. Utveckla mål och vision för att säkerställa ledarskapsutveckling och fortsatt förbättring.

### 3.2.2 Förändringsledning i sex steg

En annan modell för förändringsledning har tagits fram av Changefirst (2015), figur 7 nedan, som beskriver sex kritiska steg i förändringsledning. Många av stegen påminner om Kotters steg beskrivna ovan, men med ett ökat fokus på individerna som påverkas av förändringen.





Figur 7. Förändringsledning i sex steg enligt Changefirst (2015).

Förändringsledning i sex steg (Changefirst, 2015):

**Steg 1:** *Shared change purpose.* Kommunicera ett gemensamt syfte för att skapa medvetenhet och enighet. Att presentera ett initiativ är viktigt för att kunna styra medarbetarnas fokus och motivation för att i slutändan kunna uppnå en förändring.

**Steg 2:** *Effective change leadership.* Människor är mer benägna att förstå och stötta en förändring när ledarskapet är pålitligt och stöttande.

**Steg 3:** *Powerful engagement processes.* Processer för att komma över motstånd och istället bygga engagemang. Dessa aktiviteter måste fortsätta tills fördelarna av förändringen har blivit verklighet och de nya arbetssätten är ordentligt institutionaliserade.

**Steg 4:** *Committed local sponsors.* Det krävs stöd från omgivning och från chefer på alla nivåer för att en förändring ska kunna genomföras framgångsrikt i en organisation.

**Steg 5:** *Strong personal connection.* Det är viktigt att de personer som är inblandade i förändringen känner en tydlig koppling till den. De måste vara övertygade om att deras nuvarande sätt att arbeta inte är det bästa sättet, acceptera det nya arbetssättet och förstå att det är det bästa för framtiden.

**Steg 6: Sustained personal performance.** De som driver förändringen måste ta noga hänsyn till hur de som påverkas av förändringen reagerar på den. Är inte reaktionerna positiva kommer inte förändringen att kunna genomföras.

### 3.3 Kunskap och lärande

I följande avsnitt presenteras olika teorier kring kunskap och lärande i organisationer. Teorierna som följer behandlar områdena kompetens och kunskapshantering, kollektiv intelligens, hinder för kunskapsintegration, organisatoriskt lärande samt psykologiska begränsningar för lärande. Dessa teorier användes i studien som underlag för analys kring kontaktsjuksköterskornas kunskapsintegration och dess hållbarhet samt de psykologiska begränsningar som kan försvåra lärande.

#### 3.3.1 Kompetens och kunskapshantering

Genom att personer med samma typ av yrke eller specialkompetens länkas samman, kan de tillsammans omvandla kunskap till handling. Dessa personer delar kunskap och erfarenheter, dessutom har de samma typ av referensram, språk och begreppsapparat. Detta gör att de lättare kan lära av varandra och fördjupa sin kunskap. Denna typ av kunskapsstrategi kallas *personaliseringsstrategin*. Det huvudsakliga syftet med personaliseringsstrategin är att hjälpa människor att kommunicera kunskap, inte bara lagra den (Olsson Neve, 2014).

Fil. dr Simon Trussler utvecklade år 1998, en modell som belyser både lärandeprocessen och lärandets syfte (Olsson Neve, 2014). Trusslers modell som visas i figur 8, beskriver olika byggstenar för att lyckas med organisatorisk kunskapshantering



Figur 8. Simon Trusslers byggstenar för att lyckas med organisatorisk kunskapshantering (Olsson Neve, 2014).

Trusslers modell belyser att för att lyckas med kunskapshantering, krävs en plan för att hantera följande tre utmaningar: att motivera människor till att dela kunskap, att det finns tillräckligt med resurser för att driva processen samt att det går att navigera inom organisationen i syfte att hitta det som söks (Olsson Neve, 2014).

Modellens mest kritiska delar berör kultur och stöd från ledningen. Det måste finnas motivation till att både dela och ta del av andras kunskaper och färdigheter för att verkligen lyckas. Trusslers modell poängterar att den seniora ledningens stöd och engagemang är av stor betydelse när det gäller motivationen. Ledningen kan exempelvis fastställa kunskapsdelning som ett viktigt krav i relation till verksamhetens utvärderings-, och bedömningssystem och uppmärksamma eller belöna de personer som är duktiga på detta. Ledningen kan också på ett tydligt sätt markera att de förväntar sig en interaktion mellan medarbetare och förstärka detta budskap genom kommunikation via chefer, anställnings- och karriärutvecklings-processen samt genom olika arbetsgrupper (Olsson Neve, 2014).

### 3.3.2 Kollektiv intelligens

En del organisationer är mer beroende av att deras medlemmar gemensamt skapar ett kollektivt förstånd än andra. Det är organisationer där mindre förståndigt handlande kan leda till katastrofer som äventyrar människoliv. Sjukhus är ett konkret exempel på en sådan typ av organisation (Runsten & Werr, 2016). Forskarna Karl Weick och Karlene Roberts har analyserat sådana typer av handlande hos kollektiva organisationer. Deras forskning pekar på att en samling individer med kompletterande kunskaper kan utveckla ett kollektivt förstånd som går bortom den enskilda individens kunskap och erfarenhet och att de kan uppnå ett tillstånd där de agerar som om de hade ett gemensamt tillstånd. (Runsten & Werr, 2016).

Kollektiv intelligens uppstår när deltagarna gemensamt är uppmärksamma och omsorgsfulla i handling, representation och anpassning. En diffus representation, vilket innebär att alla inte är tydligt inkluderade, leder ofta till att deltagare känner sig otrygga och därmed agerar defensivt. De blir då mer fokuserade på att inte göra fel än att göra rätt vilket tar både tid och fokus från uppgiften samtidigt som det motverkar lärandebeteendet. För att undvika det egna ansvaret i en problemsituation är det lätt att skylla på orsaker som brist på resurser, brist på information, andra i gruppen eller chefen. Detta skapar en ond cirkel av passivitet (Runsten & Werr, 2016).

Självklart kan problem i en situation många gånger bero på till exempel bristande resurser, men problemet med defensiva beteenden är att det passiviserar deltagarna och på så sätt hämmar omsorgen i systemet. Individer skapar i defensiva beteenden förklaringar på problem på ett sätt som friar deras eget beteenden. Detta tillstånd är alltså motsatsen till lärande. För att verkligen lära sig behöver ens egna beteende och val undersökas, för att se på vilket sätt dessa kan förändras för att utvecklas. När grupper drabbas av defensiva beteenden uppstår situationer där gruppen förlamas i sin möjlighet att själva hantera och lösa problem (Runsten & Werr, 2016).

### 3.3.3 Hinder för kunskapsintegration

Runsten & Werr (2016) belyser flera olika hinder mot en effektiv integration av kunskap, som de menar att organisationer bör känna till och ha strategier för. Genom kunskaper och insikter om de hinder som finns menar de att strategier för att nå en högre kunskapsintegration kan utformas. Dessa hinder delas in i olika grupper varav kognitiva och psykosociala hinder är två av dem.

#### *Kognitiva hinder*

Kognitiva hinder är hinder kopplade till vårt sätt att tänka och en viktig del av dessa har sin grund i att kunskapsområden har olika konceptuella system och språk, men också olika perspektiv. Detta resulterar i olika prioriteringar och intressen. Ett exempel på detta är läkare och ekonomer. De använder sig av olika språk och perspektiv vilket gör att de har svårare att förstå varandra (Runsten & Werr, 2016).

#### *Psykosociala hinder*

Forskning kring kommunikation för lärande visar att människor tenderar att kommunicera utifrån en defensiv kommunikationsmodell som har som huvudsyfte att bevara och skydda individens självuppfattning snarare än lärande. Många studier av hur information i grupper används visar också att det finns en stark tendens att fokusera på den kunskap som delas av alla, snarare än att försöka identifiera och förena medlemmars unika kunskap. Människor självcensurerar sig själva av rädsla för att bli kritiserade och av detta skäl håller människor ofta inne relevanta och unika kunskaper och tankar. Då kunskapsintegration påverkas så starkt av psykosociala fenomen innebär det att allt mer kunskapsintensiva organisationer måste utveckla förhållningssätt till dessa. Grupper som är medvetna om denna typ av utmaningar har möjlighet att utveckla egna arbetssätt och förhållningssätt för att öka graden av kunskapsintegration (Runsten & Werr, 2016).

### 3.3.4 Hållbart organisatoriskt lärande

Olsson Neve (2014) beskriver hur organisationer kan utveckla en strategi för hållbart organisatoriskt lärande genom en åtta-stepsprocess. Processen förklaras i figur 9 nedan.



Figur 9. Theresia Olsson Neves (2014) åtta steg till hållbart organisatoriskt lärande.

Innan fokus läggs på ovanstående åtta steg är det viktigt att inse den seniora ledningens stöd för att lyckas med kunskapshantering. Om en organisation inte har stöd i den seniora ledningen att påbörja ett nytt initiativ som ska leda till ökat lärande och kunskapsdelegering, bör personerna som är engagerade i frågan ta reda på varför detta stöd inte finns. Orsaker för detta kan vara brist på kunskap om vad en lärande organisation innebär, brist på intresse eller helt enkelt att det redan pågår tillräckligt många initiativ inom organisationen. Beroende på anledning till bristande stöd får olika typer av strategier utarbetas såvida det finns vilja för att fortsätta driva frågan på ett framgångsrikt sätt (Olsson Neve, 2014).

### 3.3.5 Psykologiska begränsningar för lärande

När kunskap tillämpas i praktiken handlar det snarare om tolkningar än något fast och orubbligt objektivt. Vid tolkningar betyder det dessutom att en referensram används för att skapa meningsfullhet. Vad som bygger upp en persons referensram är svårt att säga men en del är sannolikt genetiskt betingad, medan en annan del kan vara humör- eller situationsberoende. Annat i referensramen är erfarenheter och kunskaper som har samlats in under ens livstid. Denna referensram ändrar sig hela tiden genom nya erfarenheter och tankar men den har en viss grad av stabilitet (Runsten & Werr, 2016).

I valet om att ta till sig ny kunskap eller inte är människan generellt mer benägna att ta till sig sådan kunskap som kan integreras inom ramen för vår befintliga referensram än kunskap som kräver en omprövning av den befintliga referensramen. Denna tröghet kallas för kunskapens förbannelse eller *the curse of knowledge*. Dess innebörd är att alltid prova och värdera ny kunskap baserat på gammal kunskap och att människor alltid kommer vara mer benägna att behålla gammal kunskap än att ta till sig ny. Ny kunskap behöver övervinna gammal kunskap

vilket endast kan ske vid de rätta omständigheterna. Processen är inte medveten, utan ett komplext samspel av många faktorer som avgör om beredskap finns för att byta ut delar i referensramen. Både den uppfattade situationen liksom sociala relationer som råder i sammanhanget kommer ha inflytande över processen (Runsten & Werr, 2016).

En viktig förutsättning för att kunna ta till sig ny kunskap är den psykologiska aspekten. Det är genom samma referensram av kunskaper som en uppfattning om omvärlden bildas såväl som uppfattningen om personen själv. För att må bra psykiskt vid lärande behöver en självbild upprätthållas när ny kunskap erhålls. Den grundläggande psykologiska utmaningen i lärande är därmed att varje förändring av referensram innebär att förutsättningarna förändras för att upprätthålla självbilden. Att ompröva kunskap kan innebära att ställas inför att ompröva tidigare handlingar och gjorda val. Ny kunskap blir ett resultat av att antingen se problem på ett visst sätt eller ompröva sättet på vilket sätt problemet ses, vilket medför att det här alltid finns en möjlighet för individer att välja det förstnämnda. Vid situationer där kunskap ställs mot självbild är det därför sannolikt att individer inte är fullt beredda på att ta till sig kunskapen (Runsten & Werr, 2016).

Forskarna Chris Argyris och Donald Schön kopplar lärande till sambanden mellan identitet och kunskap (Runsten & Werr, 2016). Argyris och Schön menar att människor i ett normalt förhållande till arbets- och lärandesituationer kommer att agera på ett sätt som närmast kan beskrivas som defensivt, avvaktande och försiktigt. Detta innebär att den kunskap som redan finns, i hög grad kommer att användas för att upprätta den egna självbilden och statusen. Människans psykologiska förutsättningar sätter alltså vissa begränsningar för förmågan att lära och därmed också att integrera kunskap. För kunskapsintegration innebär detta att när människor möter varandra och ska utbyta kunskaper kommer aldrig exakt samma utgångspunkt finnas, då de besitter olika referensramar. Eftersom dessa referensramar är starkt kopplade till den egna självbilden och identiteten är det heller inte självklart att lyssna på andras åsikter (Runsten & Werr, 2016).

## 3.4 Arbetsmotivation

I följande stycke presenteras olika teorier kring inre arbetsmotivation samt arbetstillfredsställelse, för att vidare kunna analysera hur individers och grupper arbetsprestation kan påverkas av de olika faktorer som teorierna uppmärksammar.

### 3.4.1 Inre arbetsmotivation

Inom motivationsteori är det vanligt att dela upp motivation i en yttre respektive inre kategori. I organisatoriska sammanhang stimuleras medarbetarnas yttre motivation genom konkreta faktorer som högre lön, befordran eller uppmärksamhet. Den inre motivationen baseras istället på att individuella övertygelser och värderingar blir tillfredsställda. Exempel på vad inre

motivation baseras på är en känsla av att kunna vara med och påverka, hjälpa andra, göra något meningsfullt eller få vara delaktig i intressanta sammanhang (Olsson Neve, 2014).

Olsson Neve (2014) presenterar fyra olika sätt för organisationer att stimulera medarbetarnas inre motivation som identifierats av psykologerna Daniel Katz och Robert Kahn:

1. Utveckla tillfredsställande och meningsfulla roller.
2. Organisera grupper på ett sådant sätt att den kollektiva strävan efter att uppnå de gemensamma målen blir stark.
3. Utforma målen på ett sådant sätt att de som arbetar i organisationen kan identifiera sig med dem och att de leder till aktivt engagemang och delaktighet.
4. Låta de människor som deltagit i kollektiva insatser och aktiviteter bli gemensamt belönade.

Vid mer varierande arbetsuppgifter brukar positiva samband noteras mellan trivsel och produktivitet (Rubenowitz, 2012). Arbetsuppgifter och befattningar som ställer stora krav på kunskap och skicklighet, och som utvecklar utövaren, visar i allmänhet starka samband mellan trivsel och produktivitet. Detta innebär inte att alla med kvalificerade arbetsuppgifter trivs och är produktiva men för de flesta stämmer detta. Låg arbetstillfredsställelse uppvisas emellertid av de improduktiva (Rubenowitz, 2012).

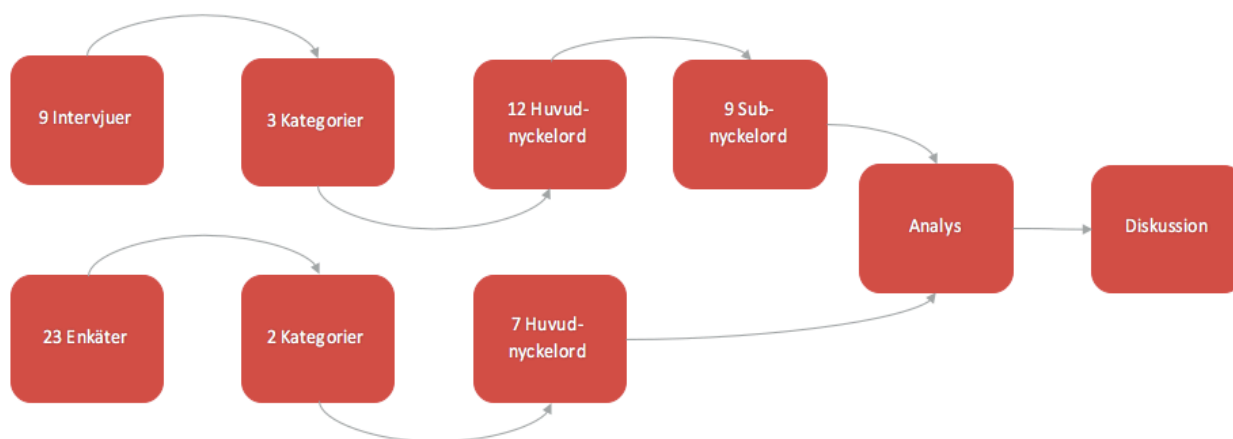
### 3.4.2 Arbetstillfredsställelse

Herzbergs tvåfaktorteori från 1966 belyser hur olika faktorer påverkar vår arbetstillfredsställelse. De så kallade hygienfaktorerna försöker förebygga bristande arbetstillfredsställelse som exempelvis utgörs av företagets etiska riktlinjer och policy, löne- och arbetsvillkor, arbetsledning och personalpolitik. Dessa faktorer utgör en grundläggande plattform för att få organisationen att fungera. De så kallade motivatorerna bidrar däremot till att människor presterar mer. Några exempel på motivatorer är erkännande, ansvar, intressanta arbetsuppgifter och befordran. Herzberg menar på att hygienfaktorerna endast kan reducera otillfredsställdhet men inte skapa tillfredsställelse eller motivation. På samma sätt kan motivatorerna skapa tillfredsställelse och motivation men inte ta bort otillfredsställelse (Olsson Neve, 2014).

Även om lönen i de flesta fall inte utgör en primär direkt drivkraft för engagemanget och prestationssträvandet i det dagliga arbetet, så har den en inverkan och betydelse för arbetsmotivationen (Rubenowitz, 2012). Lönen är för alla ett medel för att skapa behovstillfredsställelse på fritiden, även om sådan tillfredsställelse kan fås i arbetet. Dessutom har lönen också ett symboliskt värde. Lönen som fås betraktas i relation till den lön som ges åt andra befattningshavare på samma arbetsplats som ett uttryck för den uppskattning som fås från överordnade (Rubenowitz, 2012).

## 4 Resultat

I följande kapitel presenteras resultatet av insamlad data som erhållits från nio intervjuer och 23 enkätsvar. Figur 10 nedan illustrerar hur data från intervjuerna och enkäterna behandlades och kodades separat för att vidare analyseras tillsammans. Analysen användes sedan som ett underlag för diskussion av studiens frågeställningar.



Figur 10. Flödesschema över databehandling från intervjuer och enkät.

Under följande två avsnitt presenteras intervju- och enkätresultaten separat. Inledningsvis i respektive avsnitt finns en mer ingående beskrivning över hur data behandlades.

### 4.1 Resultat från intervjuer

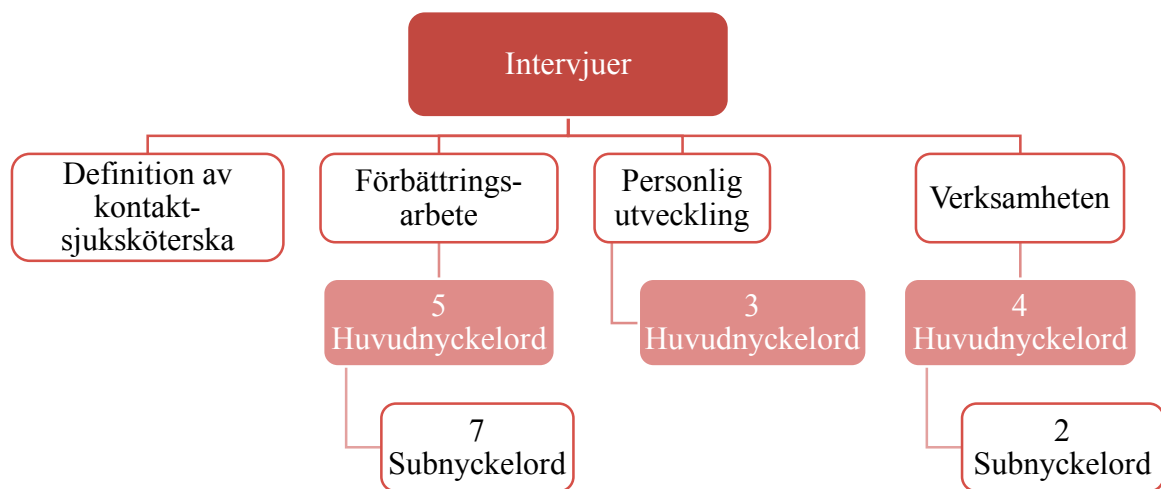
I detta avsnitt redovisas resultaten från de nio intervjuer som genomfördes för denna studie. Resterande intervjudata delades in i fyra kategorier: *definition av kontaktsjuksköterska*, *förbättringsarbeten*, *personlig utveckling* och *verksamheten*. Dessa kategorier formulerades utifrån den data som samlades in då de utmärkte sig som återkommande teman under intervjuerna.

Första kategorin definition av kontaktsjuksköterska valdes då det var de intervjuades egna beskrivningar av vad en kontaktsjuksköterska är. Kategorin förbättringsarbeten valdes eftersom den låg som grund till många av de svar som erhöles från intervjuerna om hur förbättringsarbete drivs i sjukvården. Även förbättringsarbetena som genomfördes i kursen var ett genomgående tema. Personlig utveckling valdes som tredje kategorin då det under intervjuerna var mycket fokus på hur kursen i förbättringskunskap påverkat kontaktsjuksköterskorna personligen. Verksamheten är den fjärde kategorin som ett resultat av att kontaktsjuksköterskorna tydligt belyser vikten av att få verksamheten engagerad vid genomförande av förbättringsarbeten.

Vidare identifierades huvudnyckelord baserade på återkommande ämnen i intervjusvar från samtliga intervjuer. Till exempel upplever samtliga kontaktsjuksköterskor flera utmaningar



med sina förbättringsarbeten, vilket gör att *utmaningar* valdes som ett huvudnyckelord till kategorin förbättringsarbeten. Under de huvudnyckelord som identifierades placerades tillhörande intervjudata som sedan tolkades vidare och sammanställdes i ytterligare subnyckelord. Till exempel belystes *tid* som en utmaning vid utförandet av förbättringsarbetet av de flesta intervjupersonerna och valdes därmed som subnyckelord till huvudnyckelordet utmaningar. Denna metod har använts för samtliga kategorier i följande avsnitt. De tre kategorierna med tillhörande huvudnyckelord och subnyckelord presenteras under respektive rubrik nedan. Figur 11 visar hur intervjuerna är uppdelade i kategorier, huvudnyckelord samt subnyckelord.



Figur 11. Uppdelning av intervjuer i kategorier, huvudnyckelord och subnyckelord.

Nedanstående exempel från intervju placerades under kategorin förbättringsarbete, huvudnyckelord utmaningar och subnyckelord tid:

*“[...]det heller inte finns tid och ork till det. För att den arbetssituation som vi har är pressad.”*

#### 4.1.1 Definition av kontaktsjuksköterska

I intervjuerna ombads kontaktsjuksköterskorna beskriva vad det innebär att vara en kontaktsjuksköterska. Samtliga beskriver att det innebär att vara länken eller kontakten mellan patienten och sjukvården, från och med diagnossamtalet fram till sista stegen i vårdkedjan. Något som följande citat visar på:

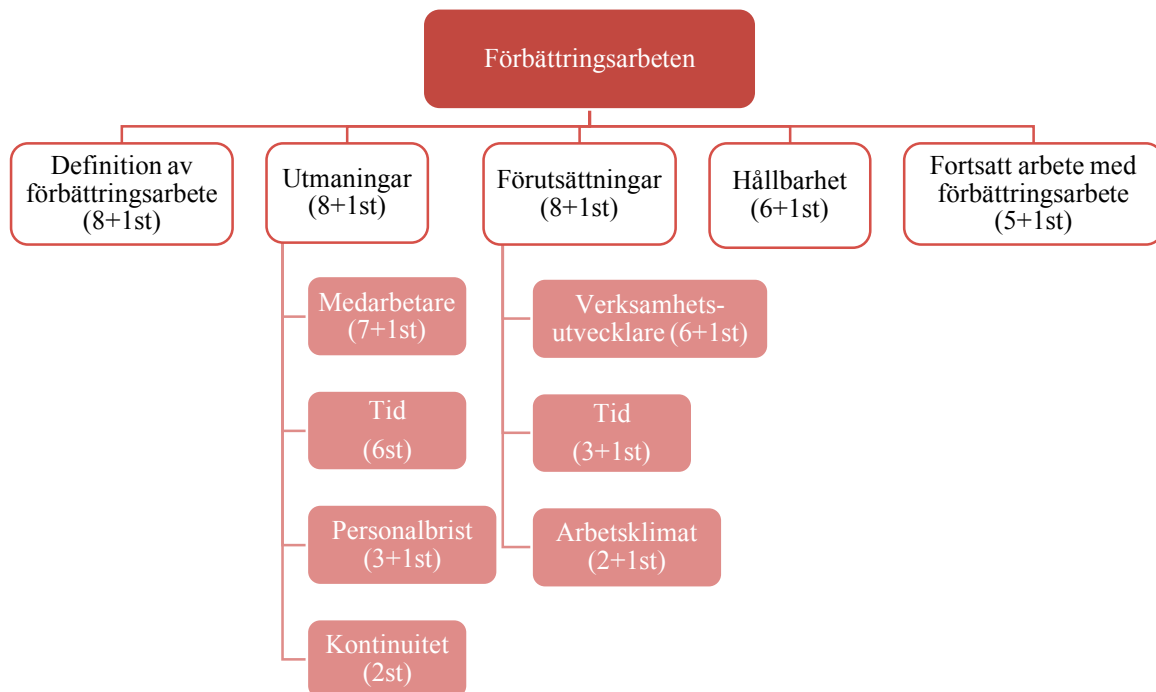
*“[...]det [kontaktsjuksköterskan] tycker jag är en jätteviktig funktion för patienterna att inte ska behöva dra hela sjukhistorien varje gång”*

Många nämner att det är kontaktsjuksköterskan som för patientens talan inom vården och är den person som guidar och stödjer patienten genom vårdförloppet. De kan även hänvisa vidare

till eventuella dietister, psykologer eller om någon efterbehandling behövs. Att kontaktsjuksköterskorna också finns tillgänglig för kontakt för både patienterna själva, men även för anhöriga, nämner några. De flesta kontaktsjuksköterskorna säger att de finns som ett stöd för patienten och känner dem väl. Många nämner att kontaktsjuksköterskan finns med vid patientens alla läkarbesök, samtidigt som vissa under intervjun menar att det inte alltid är så på deras enhet.

#### 4.1.2 Förbättringsarbeten

Nedan presenteras resultat från intervjuerna som ligger under kategorin förbättringsarbeten. I figur 12 visas de huvudnyckelord och subnyckelord som tagits fram under kategorin förbättringsarbeten, samt hur många som nämnt respektive nyckelord under intervjuerna.



Figur 12. Diagram över hur många av de intervjuade kontaktsjuksköterskorna som nämner de olika huvudnyckelord och subnyckelord under förbättringsarbeten. +1 representerar vårdenhetschefen.

##### 4.1.2.1 Definition av förbättringsarbete

När kontaktsjuksköterskorna definierar termen förbättringsarbete uttrycker de lite olika definitioner men gemensamt är att de förklarar det som en förbättring av något. Detta tolkas bland annat utifrån följande citat:

*“[...]att vara sjuksköterska då har man två jobb när man går till jobbet. Det ena är att göra sina sjuksköterskeuppgifter och det andra är att varje dag göra en förbättring.”*

En kontaktsjuksköterska beskriver förbättringsarbete som förbättring av rutiner och två andra definierar det som allting som förbättrar vårdkedjan och processen för patienten. Det beskrivs av många att förbättringar både kan vara något stort eller något litet. Någon belyser även att det kan vara både förändringar nära patienten eller längre från patienten men som indirekt ändå gör det bättre för patienten. De flesta belyser att det handlar om att identifiera befintliga problem och hitta förbättringspotential. Majoriteten av kontaktsjuksköterskorna beskriver även förbättringsarbete som en process som äger rum kontinuerligt för patientens skull. Vårdenhetschefens definition av förbättringsarbete inkluderar även att det kan vara utveckling av befintliga arbetsätt eller utveckling av nya för att kunna säkra vården.

#### 4.1.2.2 Utmaningar

Utifrån intervjuerna framkommer det att alla kontaktsjuksköterskor upplever någon slags utmaning med att bedriva förbättringsarbete i sjukvården. En kontaktsjuksköterska uttrycker följande citat:

*“Vården har jättestora utmaningar över huvud taget idag. Så hela vården är en utmaning skulle jag vilja säga.”*

Nedan presenteras de utmaningar kring medarbetare, tid, personalbrist och kontinuitet som beskrivs i intervjuerna.

##### *Medarbetare*

Involveringen av andra medarbetare och att få dem intresserade är i sig en stor utmaning för kontaktsjuksköterskorna. Detta tolkas från citat som liknar det nedan:

*“Största utmaningen var nog kanske att få med personalen. För dom var ju skiträdda för det fanns ju inte utrymme för merarbete.”*

Kontaktsjuksköterskorna berättar att det kan vara svårt att få alla medarbetare engagerade och det är tydligt att vissa kollegor är skeptiska mot förbättringsarbete. Det nämns i flertalet intervjuer att det inte är roligt att lägga ner extra arbete på något som inte uppskattas. Svårigheten med att få medarbetarna engagerade kan enligt kontaktsjuksköterskorna bero på deras ovilja att byta ut gamla rutiner och börja tänka på ett nytt sätt. Även personalens olika kompetensnivåer kan skapa svårigheter för kommunikation och att få alla involverade.

Att vinsterna av ett förbättringsarbete är svåra att se i början av projektet gör att det oftast skapas en negativ inställning till arbetet hos medarbetarna. Efter att förbättringsarbetet realiserats skapas dock ofta en positiv inställning till förbättringsarbeten hos medarbetarna. En kontaktsjuksköterska nämner traditionen som finns inom sjukvården, jobbar du inom sjukvården så arbetar du med patienter och det är någon annans arbetsuppgift att arbeta med

förbättringar. Det menar kontaktsjuksköterskan kan vara en bidragande anledning till att personal inom vården är skeptiska mot förbättringsarbeten.

### *Tid*

Tiden beskrivs av många kontaktsjuksköterskor som den största utmaningen med förbättringsarbete. Några kontaktsjuksköterskor beskriver att arbetssituationen är pressad. Kontaktsjuksköterskorna ser ständigt nya områden som kan förbättras och viljan finns ofta där, men tiden räcker inte till för att förbättra dem. Det är redan nu svårt att få ihop befintliga arbetsuppgifter som inte kan ersättas, då det patientnära arbetet är viktigast enligt kontaktsjuksköterskorna. Detta har tolkats från bland annat följande citat:

*“Och sen är det väl det här, just med tiden. För det kan man känna, att man förväntas göra så mycket olika saker och man har olika grupper som ska funka, och samtidigt ska avdelningen funka[...].”*

För att utöver detta kunna jobba med förbättringsarbete säger många att det skulle krävas arbete utöver arbetstid. Det betyder att extra hårt jobb måste läggas ner om ett förbättringsarbete startas upp och den orken för detta finns sällan där.

Startar kontaktsjuksköterskorna ett förbättringsarbete vill de kunna göra det bra och de vill åstadkomma hållbara resultat. Det skapar svårigheter eftersom de tycker att förbättringsarbete kräver mycket tid, som idag inte finns. Ofta krävs också att andra involveras i ett förbättringsarbete och att få tid tillsammans med andra medarbetare är också det en utmaning som framkommit i några intervjuer.

### *Personalbrist*

Kontaktsjuksköterskorna upplever att det i dagsläget är brist på sjuksköterskor och om någon blir sjuk är det svårt att klara av arbetsuppgifterna. Kontaktsjuksköterskorna får prioritera vad de lägger sin energi på och i första hand lägger de då tid och uppmärksamhet på att sköta om patienten. När det inte finns utrymme till att jobba med något annat än vad de redan gör, uttrycker kontaktsjuksköterskorna att de inte orkar driva på och engagera sig i förbättringsarbete. Personalbristen beskrivs till exempel med följande citat:

*“Sen är det ju liksom personalbrist, det finns ju inte utrymme idag [...] Att då tro att det ska finnas [utrymme], nej då får man ju prioritera att sköta om patienterna.”*

### *Kontinuitet*

Två kontaktsjuksköterskor beskriver en svårighet med att förbättringsarbeten aldrig blir färdiga. Svårigheten är att förbättringsarbetet måste arbetas med kontinuerligt och att det kräver arbete över en längre tidsperiod. Följande citat är ett exempel på hur detta tolkas:

*“[...] när den kommer igång så måste den ju hela tiden revideras och förnyas och förbättras liksom så att det är ju ett långsiktigt arbete, den är ju aldrig färdig eller blir ju aldrig färdig eller ska ju inte vara det heller[...].”*

Ytterligare problem kan uppstå då förbättringsarbeten i vissa fall kräver en avvägning mellan patientens vård och personalens arbetsbelastning. Att kontinuerligt behöva göra den avvägningen upplever kontaktsjuksköterskorna är svårt då förbättringsarbete som förbättrar patientens situation inte nödvändigtvis gör det bättre för personalen.

#### 4.1.2.3 Förutsättningar

Nedan presenteras de förutsättningar som enligt svar från intervjuerna påverkar möjligheterna att bedriva förbättringsarbete. Förutsättningarna som beskrivs berör stöd från verksamhetsutvecklare, tid och arbetsklimat.

##### *Stöd från verksamhetsutvecklare*

Verksamhetsutvecklare är en funktion som kan finnas på arbetsplatsen, vars syfte är att arbeta med utveckling av organisationen. Personen i fråga har ofta kunskap om förbättringsarbeten och skulle kunna vara en god källa för kontaktsjuksköterskorna att söka hjälp hos. De flesta kontaktsjuksköterskor har inte tagit hjälp av organisationens verksamhetsutvecklare i deras förbättringsarbete och några vet inte ens vem det är. Samtidigt säger de få kontaktsjuksköterskor som använt sig av denna resurs, att det varit till stor hjälp i deras arbete. De som har tagit hjälp av verksamhetsutvecklaren har fått hjälp med olika metoder och tillvägagångssätt som kan användas. Det är en trygghet att diskutera idéer med en person som är kunnig inom området. Ett exempel på ett citat som nämner detta är följande:

*“Och sen kommer det här att nu ska vi titta på det här, då kommer XX, som hon heter verksamhetsutvecklaren, så gör vi arbetsgrupper. Vi har haft flera sådana arbetsgrupper.”*

Några av de kontaktsjuksköterskor som inte tagit hjälp av verksamhetsutvecklaren anser att de helt enkelt inte behövde någon hjälp från denne. De andra kontaktsjuksköterskorna som inte varit i kontakt med verksamhetsutvecklaren säger dock att det hade varit en fördel att ha en person att diskutera förbättringsarbeten med, som jobbar inom området dagligen. Detta ges exempel på i citatet från en intervju som lyder:

*“Ja det tror jag absolut [att närvaron av en verksamhetsutvecklare hade underlättat] och det tror jag liksom i vardagen överhuvudtaget att man vet att det finns någon, om man nu har en tanke om att det här tycker inte jag fungerar, är det så eller är det bara något som jag inbillar mig?”*

Varför kontakt inte tagits har till exempel berott på synen att verksamhetsutvecklaren inte sysslar med små förbättringsarbeten på enheterna, utan enbart arbetar med större organisationsövergripande frågor.

## *Tid*

Likväl som att tiden är en stor utmaning, uttrycker kontaktsjuksköterskorna att det är en förutsättning för att kunna arbeta med förbättringsarbete. Några kontaktsjuksköterskor nämner att förutsättningarna de har idag för att driva förbättringsarbeten inte är tillräckliga. Det är särskilt tiden som beskrivs som begränsad. Det har tolkats utifrån följande citat:

*“Det är klart att man alltid önskar sig mer tid. Man har ju suttit på kvällar och lördagar och söndagar och skrivit och ja, läst. Men det ingår ju nånstans och det vet man ju när man börjar, man vet ju att det är så förutsättningarna ser ut att man får ju take it or leave it på något vis. Man får ju ställa upp på det om man vill utveckla sig.”*

I ett förbättringsarbete är ofta flera personer inblandade vilket gör att inte endast den enskilda personens tid är en kritisk faktor utan även förutsättningarna för att kunna träffa och diskutera med någon annan.

Att kursen kommer medföra hårt arbete i och med det förbättringsarbete som ska utföras i kursen, är något som kontaktsjuksköterskorna var medvetna om innan kursen startade. Kursen ses av kontaktsjuksköterskorna som en förmån och en bra utvecklingsmöjlighet vilket gör att de ändå vill genomföra den. För att kunna bortse från det extra arbetet som krävs med förbättringsarbete, utöver ordinarie arbetstid, beskriver kontaktsjuksköterskorna att det krävs energi, intresse och motivation.

## *Arbetsklimat*

Kontaktsjuksköterskorna uttrycker olika förutsättningar som krävs för att genomföra förbättringsarbeten. Att det finns ett öppet arbetsklimat med förstående medarbetare och chefer är exempel på förutsättningar som uppmärksammas under intervjuerna. Det kan till exempel vara att chefer främjar förbättringsarbete och att medarbetare stöttar och hjälper varandra när det behövs. Har kontaktsjuksköterskan inget stöd från omgivningen uttrycker majoriteten av dem att utmaningen med att starta upp ett förbättringsarbete blir större.

*“Ja, ja det tror jag. Vi har en chef som vet att det förändras ständigt liksom, [...] som främjar även kontaktsjuksköterskor och utveckling[...].”*

### 4.1.2.4 Hållbarhet

De förbättringsarbeten som kontaktsjuksköterskorna genomfört på respektive enhet används i olika utsträckning. En kontaktsjuksköterska nämner att förbättringsarbetet som gjordes under kursen resulterat i vidare arbeten inom förbättring genom följande citat:

*“Mitt arbete användes av två utav mina kollegor som också gick kursen, ett eller två år efter mig, så tog dom fram en vårdplan, min vårdplan, till patienterna och då byggde de ju vidare lite på att patienterna inte känner sig så välinformerade.”*

Andra belyser att deras arbete har blivit en rutin på enheten. Från en intervju berättar en kontaktsjuksköterska:

*“Liksom, nu är förbättringsarbetet etablerat, vi är inne på tredje året.”*

Några kontaktsjuksköterskor beskriver att deras förbättringsarbeten endast lyckats till viss del och att det fortfarande finns mycket att jobba med för att arbetet ska bli fulländat. Även om arbetet inte är färdigt berättar samtliga att det har resulterat i förändringar till det bättre, vilket två kontaktsjuksköterskor har påvisat genom mätning. En mätning som genomfördes i arbetet med den postoperativa drop-in mottagningen, visade på en minskning av antal återbesök med 20 procent. En del arbeten har haft annan positiv påverkan än vad som var tänkt från början. Så även om det inte blivit som planerat har förbättringsarbetet resulterat i förbättringar på andra sätt.

#### 4.1.2.5 Fortsatt arbete med förbättringar

Efter att ha gått kursen och fått genomföra ett eget förbättringsarbete, uttrycker cirka hälften av kontaktsjuksköterskorna en ökad vilja att arbeta med förbättring på deras enhet. Kontaktsjuksköterskorna uttrycker att anledningen är en minskad rädsla för projekt och förbättringsarbeten. Ett flertal har också startat ett eller flera olika förbättringsåtgärder av olika storlekar på arbetsplatsen, utöver det som gjordes på kursen, både organisationsinriktade och med direkt fokus på patienten. Däremot uttrycks att de inte har jobbat med att skriva en rapport på samma sätt som de gjorde med förbättringsarbetet i kursen.

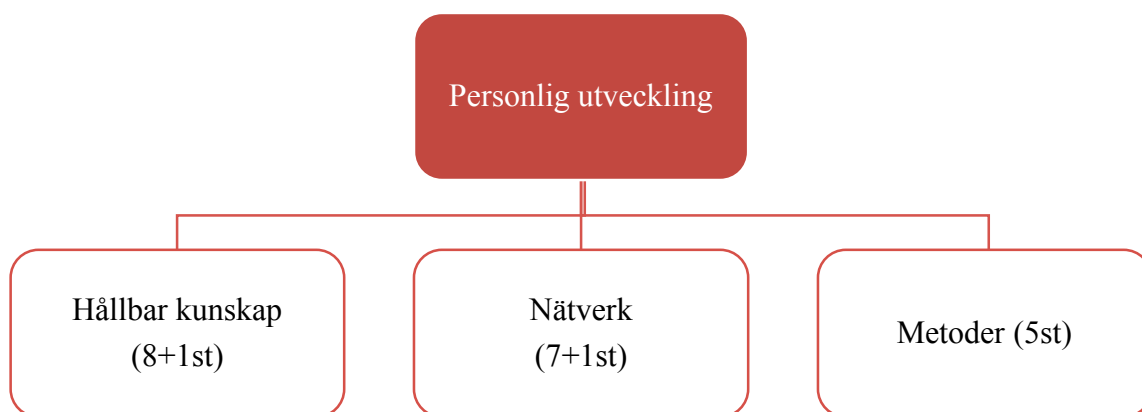
Majoriteten av intervjupersonerna säger att de efter kursen deltar mer aktivt i förbättringsarbeten på arbetsplatsen. Det har tolkats utifrån liknande citat som det nedan:

*“[...]så man jobbar nog mer aktivt med det faktiskt. Ja det gör man. Även om man gjorde det innan också fast då visste man nog inte om det.”*

Kontaktsjuksköterskorna anser också att de är mer medvetna om saker som kan förändras och att de har bättre verktyg att hantera förbättringsarbeten. Ett fåtal kontaktsjuksköterskor uttrycker i intervjuerna att de inte arbetar mer med utveckling på avdelningen än de gjorde innan de gick kursen. Kunskapen har gjort att de är mer medvetna om varför förbättringar genomförs.

#### 4.1.3 Personlig utveckling

Personlig utveckling är en av de tre kategorier som tagits fram och presenteras i detta avsnitt. Vilka huvudnyckelord som relaterar till kategorin personlig utveckling samt hur många kontaktsjuksköterskor som nämnt respektive nyckelord visas i figur 13.



Figur 13. Antal kontaktsjuksköterskor som nämner de olika huvudnyckelord under kategorin personlig utveckling. +1 representerar vårdenhetschefen.

#### 4.1.3.1 Hållbar kunskap

I stort sett alla intervjuade kontaktsjuksköterskor upplever att de fått den kunskap och de rätta verktygen som de behöver för att bedriva förbättringsarbete, samt att se till att de blir rutin på arbetsplatsen. Många uppmärksammar att kunskap är något enkelt att bära med sig och kan användas inom många olika områden. Dessutom upplever de som gick kursen för några år sedan att kunskapen fortfarande är relevant. I en intervju framfördes följande citat:

*“För jag tror, man bär ju hela tiden med sig det. Man tänker tillbaka på kunskapen.”*

Många upplever även att kursen givit ökad kunskap om hur olika metoder används och hur dessa underlättar arbetet. Kontaktsjuksköterskorna belyser framför allt att de tagit med sig ett nytt tankesätt från kursen. Nu är kontinuerlig förändring istället en del av vardagen och inte något som måste vara så krävande att hantera. Förbättringsarbeten behöver inte heller vara något stort utan det kan även vara av mindre omfattning.

Ett flertal intervjuade nämner att kursen både ger kunskap i att upptäcka nya förbättringsområden och förståelse om att det ständigt går att förbättra. En kontaktsjuksköterska säger att hela enheten har fått en förändrad syn på förbättringsarbeten efter att arbetet genomfördes, trots att bara en person gått kursen. Även den intervjuade vårdenhetschefen påpekar att kunskapen som erhålls kommer till användning och ger värde för enheten. Samtidigt nämner en annan kontaktsjuksköterska att det är svårt att dela med sig av den kunskap som erhålls under kursdeltagandet. Kontaktsjuksköterskan menar att det är en sak att själv gå en kurs och sedan föra kunskapen vidare och en annan sak om fler deltagit i kursen samtidigt. En annan kontaktsjuksköterska berättar att sjukvården kan vara långsam med att ta till sig de “fina orden” som lärs ut och att det på så sätt kan gå väldigt trögt när nya teorier ska användas.



Utöver tankesättet så berättar en kontaktsjuksköterska hur viktig kursen är ur ett personligt perspektiv för att den hjälper en att växa och våga ta mer plats och på så sätt kunna få med sig medarbetare lättare. Samma person berättar om hur kursen ger ett nytt sätt att argumentera på möten och våga ifrågasätta saker och ting mer, samt att det ger en allmän trygghet i att våga sätta igång förbättringsarbeten och ta egna initiativ.

#### 4.1.3.2 Nätverk

En positiv aspekt som många kontaktsjuksköterskor lyfter fram i intervjuerna är möjligheten till utbyte av idéer och kunskap i det nätverk som skapas genom kursen. En kontaktsjuksköterska uttrycker specifikt att det är nyttigt och inspirerande att kunna dela med sig av sin kunskap och få ta del av andras. En annan kontaktsjuksköterska berättar att hon varit på ett studiebesök på ett annat sjukhus som en direkt följd av de kontakter som hon fått genom kursen. På vilket sätt nätverket bidrar har till exempel tolkats från följande citat:

*“Och henne har jag ju bollat lite tankar och idéer med, och framförallt när vi precis hade gått färdigt kursen, så bollade vi tankar och idéer ganska mycket med varandra.”*

Nätverket skapar också en trygghet och möjlighet hos kontaktsjuksköterskorna att våga ringa till andra kontaktsjuksköterskor och fråga om råd. De uttrycker att det är lättare att ta kontakt och ställa frågor till personer de känner. Det framförs även att det både är enklare och roligare att dela med sig av kunskap och information, när en person som det finns personlig kontakt med ringer och ber om hjälp.

#### 4.1.3.3 Metoder

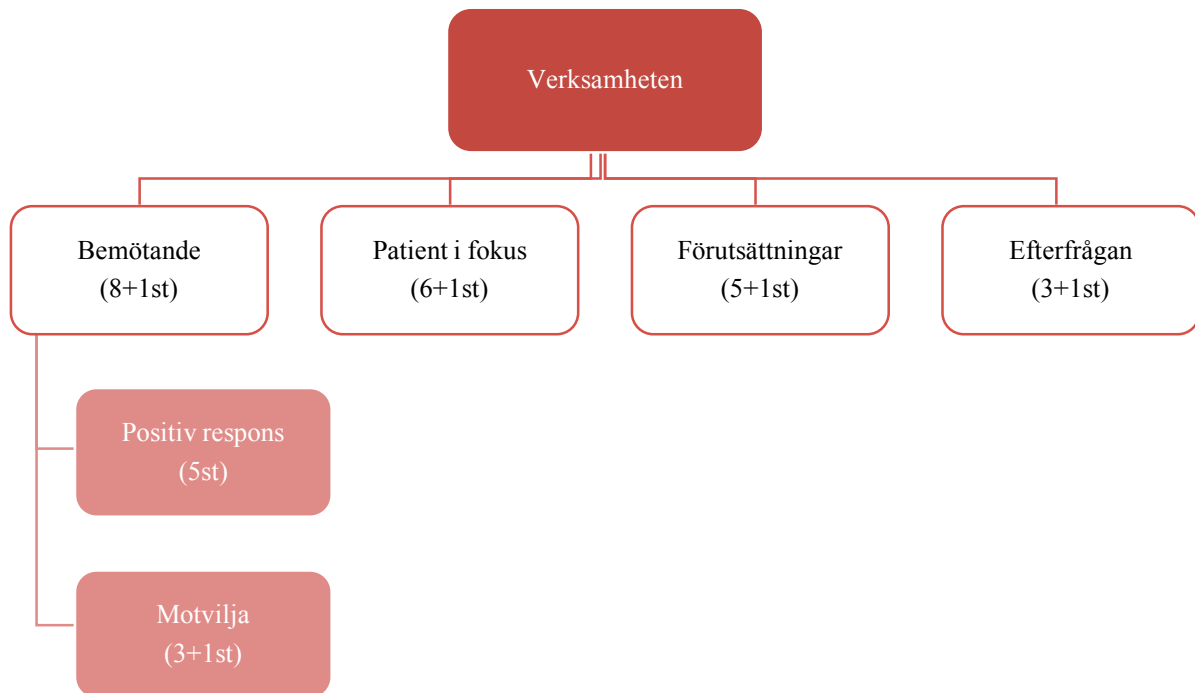
Som tidigare nämnts uttrycker kontaktsjuksköterskorna att de har stor nytta av den kunskap som erhålls från kursen. De flesta nämner ett nytt tankesätt som de kan använda vid initiering av nya projekt. En kontaktsjuksköterska specificerar att tankesättet dels innebär att först mäta, sedan genomföra och till sist utvärdera problemet. Några säger dock att de inte kommer ihåg alla specifika metoder som lärdes ut under kursen.

Ungefär hälften av de intervjuade nämner specifika verktyg från kursen som de använder i verksamheten, till exempel SWOT-analys, släktskapsdiagram och DMAIC-cykeln. I en intervju framförs följande citat:

*“Ja alltså jag tror att det är alldeles nödvändigt att [...] använda sig av de här verktygen för att komma framåt. Och vi har ju blivit förtjusta i släktskapsdiagram här. Tycker att det funkar bra [...] att man hela tiden tänker på det sättet.”*

#### 4.1.4 Verksamheten

Nedan följer de resultat från intervjuerna som kandidatgruppen har kopplat till kategorin verksamheten. I figur 14 visas de olika huvudnyckelord och dess subnyckelord samt hur många kontaktsjuksköterskor som nämner respektive nyckelord.



Figur 14. Diagram över hur många av de intervjuade kontaktsjuksköterskorna som nämner de olika nyckelorden under kategorin verksamheten. +1 representerar vårdenhetschefen.

##### 4.1.4.1 Bemötande

Alla kontaktsjuksköterskor har bemötts på olika sätt från sina medarbetare när de arbetade med sitt förbättringsarbete på avdelningen. Kandidatgruppen tolkar bemötande som den första reaktionen som kontaktsjuksköterskorna upplevde från omgivningen.

##### *Positiv respons*

Majoriteten av kontaktsjuksköterskorna har fått positivt bemötande i och med förbättringsarbetet. Omgivningen, det vill säga chefer, medarbetare och patienter, har då varit nöjda med att förbättringsarbete har påbörjats. Detta har till exempel tolkats utifrån följande citat:

*“Positiv respons, från min chef då jag arbetade [...] på avdelningen och även positiv respons från den läkare som är chef för den här läkargruppen [...] Så bara positiv respons”*

De som fått mycket positiv respons har även fått idéer och hjälp från medarbetarna. Den positiva responsen har inte enbart berört förbättringsarbetena. Utan även att kontaktsjuksköterskorna

lyfter och sprider att ständiga förbättringar måste utföras. De kontaktsjuksköterskor som fick mycket uppmuntran och hjälp har varit väldigt tacksamma för stödet och känt att det bidragit till deras arbete.

### *Motvilja*

Ett fåtal kontaktsjuksköterskor har mött motvilja i samband med sitt förbättringsarbete. Medarbetare har då varit skeptiska mot att förändra sina arbetssätt eller rädsla för att det ska generera merarbete. De har framför allt varit skeptiska i de situationer där resultatet av förbättringsarbetena inte varit helt tydligt vid starten av förbättringsarbetet. I de flesta fall har dock motviljan successivt avtagit i takt med att även medarbetarna fått ett ökat intresse för förbättringsarbete, förstått syftet med att göra det och insett att det är ett bra sätt att påverka organisationen. Även om medarbetarna till en början i många fall varit skeptiska har de ofta hjälp till med de undersökningar som behövt deras involvering. Att motviljan avtagit har till exempel tolkats från följande citat:

*“I början var det väl lite motstånd här [...]. Så man har kommit in i det tänket och då är det väldigt enkelt för alla har insett att det här är ett sätt att kunna påverka och få vara med. Och allas röst blir hörd och så.”*

Endast en kontaktsjuksköterska uppger att hon upplevt motvilja genom i stort sett hela processen.

#### 4.1.4.2 Patienten i fokus

Ett genomgående tema som alla kontaktsjuksköterskor pratar om i intervjuerna är att patienten alltid ska vara i fokus när ett förbättringsarbete initieras. Detta exemplifieras med följande citat:

*“Tänker mycket utifrån patienten liksom. Hur gör vi det lättare för patienten för att få en trygg patient.”*

Patientfokuset visar sig delvis i den stora patientinvolveringen som finns när ett förbättringsarbete genomförs. Ett stort fokus för kontaktsjuksköterskorna är att ta reda på patienternas åsikter om vad de tycker kan förbättras i verksamheten för att vårdupplevelsen ska bli optimal. Samtliga kontaktsjuksköterskor använde sig på något sätt av patienternas åsikter i sitt arbete. Detta har skett genom personliga samtal, telefonintervjuer och enkäter. Det har även i vissa fall utförts uppföljningar med patienterna angående hur de tycker att utfallet av förbättringsarbetena blivit. Detta genom enkäter eller muntlig kommunikation.

Kontaktsjuksköterskorna uttrycker att patienterna känner sig nöjda över att få vården mer anpassad efter sina egna behov. I många fall har förbättringsarbetena fått patienterna att känna sig tryggare och bättre omhändertagna, vilket enligt kontaktsjuksköterskorna framkommit i samtal med patienter.

#### 4.1.4.3 Förutsättningar

Flertalet av de intervjuade anser att deras chefer har en stor del i att skapa förutsättningar för arbetet med förbättringar. Till exempel svarar ett antal kontaktsjuksköterskor att deras chefer är väldigt drivande i att de ska vidareutbilda sig. Många av dem tycker även att deras chef ger dem så bra förutsättningar som möjligt för att starta förbättringsarbeten utifrån de resurser som finns, och att chefen hjälper till i den mån det går. Kontaktsjuksköterskorna menar dock att dessa förutsättningar inte alltid räcker till för att det ska gå att starta upp nya förbättringsarbeten. Exempel på tolkning som görs visas med följande citat:

*“Så att ja det finns nog alla möjligheter i världen [...] men absolut jag kan starta ett utvecklingsprojekt imorgon om jag skulle vilja, ja det är bara det att man ska ha ork och motivation och känna att man har lite utrymme.”*

En av kontaktsjuksköterskorna är däremot av åsikten att enhetscheferna och närmsta cheferna var för dåligt insatta i vad ett förbättringsarbete är. Därför tar de för lätt på svårigheterna med det och tillsätter inte de resurser som behövs. En annan kontaktsjuksköterska berättar att möjligheten till att driva nya förbättringsarbeten inte finns överhuvudtaget då överordnade chefer inte efterfrågar det alls.

#### 4.1.4.4 Efterfrågan

Överlag upplever kontaktsjuksköterskorna att chefer och medarbetare var positiva till att de skulle gå kursen. I efterhand visar sig efterfrågan för de flesta kontaktsjuksköterskor genom att de får möjlighet att arbeta med förbättringar på enheten. En kontaktsjuksköterska upplevde dock att kunskapen inte efterfrågades alls i efterhand.

Vårdenhetschefen poängterar att utbildning är kompetenshöjande och en viktig del i personlig utveckling, samt att utbildning är med som en del i verksamhetens karriärutvecklingsplan. Vårdenhetschefen uttrycker en mycket positiv inställning till kursen som kontaktsjuksköterskorna går. Vårdenhetschefen berättar också att kursen är en ögonöppnare, som helst alla skulle gå, då denne anser att det är viktigt med formell utbildning för att kunna lära av varandra. Det har tolkats utifrån bland annat följande citat från vårdenhetschefen:

*“[...] utbildningen ska vara en ögonöppnare och det tycker jag nog att den här utbildningen har varit. Jag är väldigt nöjd med den utbildningen, jag vill att alla ska gå den för jag tycker att det är bra. Vad jag också tycker är bra med den det är det här att man också har en nära kontakt med verksamheten.”*

## 4.2 Resultat från enkät

I detta avsnitt presenteras de resultat som hämtades från den utskickade enkäten. Av de 84 kontaktsjuksköterskor som enkäten skickades ut till svarade 23 stycken. Resultatet från de två Ja/Nej-frågorna i enkäten visas i tabell 2.

Tabell 2. Svar och svarsfrekvens på de frågor som kandidatgruppen adderade till enkäten.

Frågor	Ja	Nej	Andel 'Ja'
Är projektet som du startade under kursen fortfarande aktivt?	20	3	86,9%
Har förbättringsarbetet, enligt dig, lett till ett ökat värde för patienten?	23	0	100%

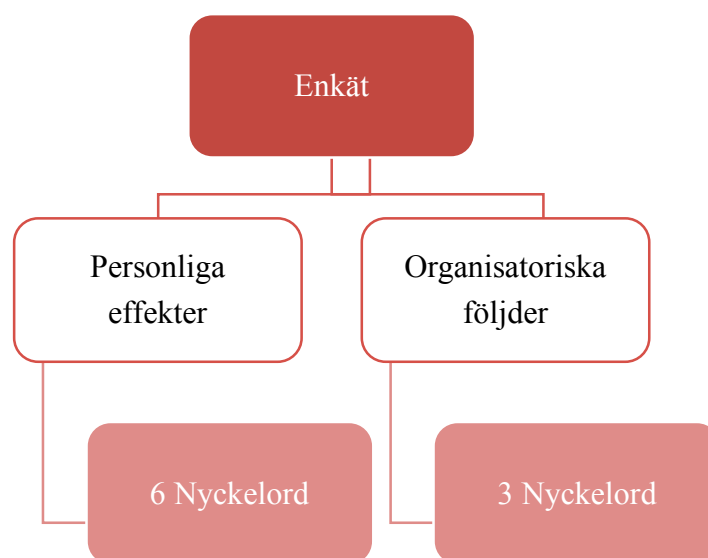
I enkäten fanns även två påståenden vilka kontaktsjuksköterskorna ombads komplettera med två till fem fullständiga meningar på respektive påstående. De två påståendena som ställdes var:

*För mig personligen har utbildningen i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling eller förbättringskunskap lett till...*

och

*För min organisation/verksamhet har min utbildning i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling eller förbättringskunskap lett till...*

Svaren delades upp i två olika kategorier, *personliga effekter* och *organisatoriska följder*. Baserat på återkommande ämnen i enkätsvaren identifierades olika nyckelord. Under dessa nyckelord placerades sedan alla påståenden som var relaterade till respektive nyckelord. Resultatet sammanställdes sedan baserat på svaren under respektive nyckelord. I figur 15 visas hur data från enkäten är uppdelade i kategorier och nyckelord.



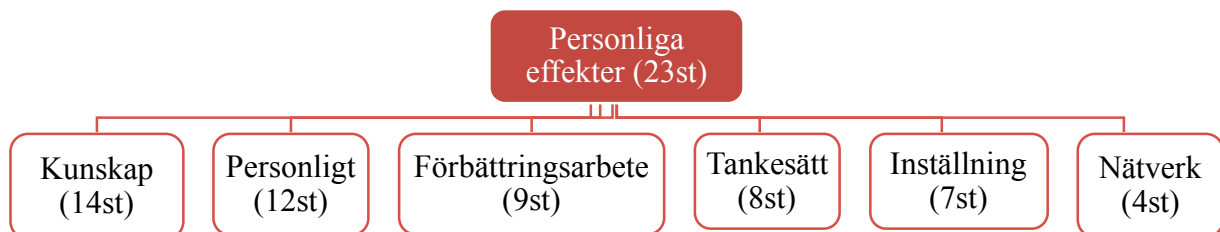
Figur 15. Uppdelning av enkäten i kategorier och nyckelord.

Nedanstående exempel är ett av svaren på första påståendet, som placerades under kategorin personliga effekter och nyckelordet tankesätt:

*“Att jag har en radar som är inställd på, kan vi göra detta bättre för patienterna och hur ska vi göra det.”*

#### 4.2.1 Personliga effekter

Som ett resultat av svaren på första påståendet identifierades sex olika nyckelord utifrån enkätsvaren vilka var *kunskap*, *personligt*, *förbättringsarbete*, *tankesätt*, *inställning* och *nätverk*. I figur 16 visas de olika nyckelord som togs fram och hur många av kontaktsjuksköterskornas svar som har kopplats till respektive nyckelord.



Figur 16. Hur många av kontaktsjuksköterskornas svar på första påståendet som har kopplats till de olika nyckelorden.

##### 4.2.1.1 Kunskap

Kunskapen från kursen om förbättringsarbete beskriver många av kontaktsjuksköterskorna som värdefull och användbar. Det som de främst anser är användbart är de verktyg som kursen ger. Ett exempel utifrån enkätsvaren är:

*“Har fått många redskap, större kunskap som utrustat mig till att våga mer.”*

De nämner till exempel att verktyg för att mäta, involvera och förändra gör att de känner sig trygga med att driva förbättringsarbeten. Det finns hos kontaktsjuksköterskorna en större kännedom om hur ett förbättringsarbete kan påbörjas, hur problem som finns ska analyseras och att det finns olika sätt att ta sig an problemen. Verktygen gör att kontaktsjuksköterskorna vågar mer och att de i en större utsträckning är med i diskussioner om förbättringar inom verksamheten.

#### 4.2.1.2 Personligt

Kursen medför inte bara en trygghet vid arbete med förbättring utan den stärker också kontaktsjuksköterskan som person och de tror mer på sig själva. De vågar stå på sig mer och är mer drivande på olika sätt. Kursen gör att deras personlighet växer, en kontaktsjuksköterska svarar till exempel:

*“Känner att jag lärt mig så mycket bra att jag fått en starkare självkänsla.”*

#### 4.2.1.3 Förbättringsarbete

Kontaktsjuksköterskorna känner sig efter kursen säkrare på att jobba med förbättringsarbete och uppger att det inte längre känns främmande att starta upp och driva dem. En kontaktsjuksköterska svarar:

*“Att jag inte är främmande för att göra ett förbättringsarbete, är trots allt inte så svårt. Kan lättare identifiera processer.”*

Den nya kunskapen skapar en känsla av att det relativt enkelt kan utföras förbättringsarbeten på enheten, det behöver inte vara något stort. En kontaktsjuksköterska skriver dock att tiden inte alltid räcker till. Kontaktsjuksköterskorna tar även med sig verktyg för att jobba med förbättringsarbeten på ett strukturerat sätt. De tar också med sig vetskapen om att det går att förändra och att det är roligt att lyckas med förbättringsarbete.

#### 4.2.1.4 Tankesätt

Många kontaktsjuksköterskor tar med sig ett förändrat tankesätt från kursen. Förbättringsmöjligheter uppmärksammas i större utsträckning efter kursen och kontaktsjuksköterskorna reflekterar mer kring vad som kan förbättras istället för att de utför saker av vana. Det finns en större öppenhet för förbättringsarbete än tidigare och kontaktsjuksköterskorna försöker även involvera sina kollegor så att fler är delaktiga. Det förändrade tankesättet skapar en förståelse kring att det inte måste vara stora förbättringsarbeten som utförs utan att det likaväl kan vara små förbättringar. Detta har bland annat tolkats från följande exempel:

*“Att se till verksamhetens utveckling genom praktiskt förbättringsarbete. Involvera kollegor och patienter/anhöriga i hela processen. Bättre med små praktiska förbättringar än stora obegripliga.”*

Det nya tankesättet gör även arbetet roligare i och med att förbättringarna har fått positivt bemötande från patienter och närstående. Tankesättet finns ständigt hos kontaktsjuksköterskorna och de upplever att det höjer nivån på diskussionerna kring

förbättringsarbete. De tänker i nya banor och fokuserar mer på att involvera patienten och andra berörda parter i förbättringsarbetena.

#### 4.2.1.5 Inställning

Kursen har skapat en mer positiv inställning bland kontaktsjuksköterskorna till förbättringsarbeten och verksamhetsutveckling. Några kontaktsjuksköterskor skriver även att de har fått en större förståelse för förbättringsarbeten i stort. Detta tolkas delvis utifrån följande exempel:

*“Har fått förståelse för förändringsarbete som gör att jag kan försöka att motivera mina medarbetare att se positivt på förändring.”*

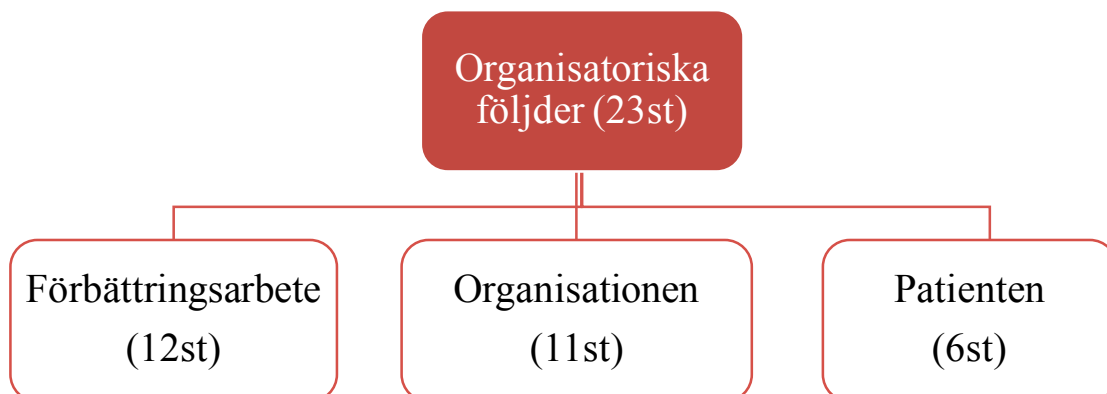
En kontaktsjuksköterska skriver även att det skapat mod att ifrågasätta men också att det är lättare att se nyttan med förbättringsarbeten. En annan kontaktsjuksköterska beskriver en förändrad inställning till att arbeta tillsammans i projekt.

#### 4.2.1.6 Nätverk

Nätverket som skapats under kursen är något som några kontaktsjuksköterskor lyfter fram som positivt och energigivande. Det har givit värdefulla kontakter och ett större nätverk, med kontaktsjuksköterskor i andra delar av regionen.

### 4.2.2 Organisatoriska följder

Som ett resultat på svaren på andra påståendet identifierades tre nyckelord inom vilka kursen hade förändrat för organisationen. Nyckelorden är *förbättringsarbete*, *organisationen* och *patienten*. Nyckelorden visas i figur 17.



Figur 17. Hur många av kontaktsjuksköterskorna som svarade under de identifierade nyckelorden i andra påståendet.



#### 4.2.2.1 Förbättringsarbete

Majoriteten av kontaktsjuksköterskorna svarar Ja på Ja/Nej-frågan: *Är projektet du startade under kursen fortfarande aktivt?* Detta understryks av några kontaktsjuksköterskor som i påståendet skriver att deras förbättringsarbete har blivit rutin. I ett specifikt fall har förbättringsarbetet spridit sig till andra enheter på sjukhuset och även vidareutvecklats för att öka dess användbarhet. Några andra kontaktsjuksköterskor skriver att de efter kursen är mer involverade i att starta upp nya förbättringsprojekt. En kontaktsjuksköterska tillägger även att det efter kursen finns en trygghet i att starta upp förbättringsarbeten även om resultatet från början är okänt.

#### 4.2.2.2 Organisationen

Utifrån svaren från enkätundersökningen har flertalet positiva effekter, från kursen i förbättringskunskap, identifieras för organisationen. Kontaktsjuksköterskorna skriver att de har bättre kompetens inom förbättringsarbete och de vågar driva förbättringsarbeten i större utsträckning. Även att de vågar diskutera frågor som handlar om förbättringsarbete i organisationen. Många uttrycker att detta har medfört ett nytt tankesätt som är mer inriktat på att hitta förbättringsområden i den dagliga verksamheten, vilket en av kontaktsjuksköterskorna beskrev med exemplet:

*“Jag har fått "andra glasögon" som gör att jag lättare ser potentiella förbättringsområden i stort och smått.”*

Det nya tankesättet har även skapat större acceptans bland sjuksköterskorna för behovet att arbeta med förbättringsarbeten inom sjukvården.

Några kontaktsjuksköterskor skriver att de har spridit den nya kunskapen till sina medarbetare. Det har resulterat i ökad medvetenhet om förbättringsarbeten inom organisationen och att medarbetarna är mer involverade i förbättringsarbeten. Den nya kunskapen hjälper dem att motivera och inspirera övrig personal till att tänka mer på potentiella förbättringar. En kontaktsjuksköterska skriver att läkarna har fått avlastning sen kontaktsjuksköterskor infördes på enheten. Detta eftersom de kan svara på många av patienternas frågor vilket frigör tid för läkarna.

#### 4.2.2.3 Patienten

Alla kontaktsjuksköterskor svarar Ja på Ja/Nej-frågan: *Har förbättringsarbetet, enligt dig, lett till ett ökat värde för patienten?* Patientfokuset är även något som kontaktsjuksköterskorna belyser i påståendesvaren genom bland annat följande svar:

*“Ett bättre omhändertagande för våra patienter”*

En större involvering av patienter i förbättringsarbetena är även någonting som kontaktsjuksköterskorna lyfter i enkätsvaren.

## 5 Analys

I följande kapitel analyseras resultaten från intervju och enkät gemensamt, utifrån teori i det teoretiska ramverket. Syfte med analysen är att utgöra en grund för en diskussion och slutsats som kan besvara studiens frågeställningar. Analysen är likt resultatkapitlet uppdelat i avsnitten: förbättringsarbeten, personlig utveckling och verksamheten. I dessa avsnitt kombineras resultat från både intervjuer och enkät.

### 5.1 Förbättringsarbeten

När kontaktsjuksköterskorna blev tillfrågade att definiera termen förbättringsarbete uttryckte de förklaringar som kan kopplas till det som Bergman och Klefsjö (2002) skriver. Författarna förklarar kvalitetsutveckling som ständigt arbete med förbättring och utveckling. En av kontaktsjuksköterskorna beskrev förbättringsarbete som något kontinuerligt som äger rum hela tiden för patientens skull. Mycket av det som kontaktsjuksköterskorna nämner, står även i teori från Slack et al (2013), till exempel att utveckling handlar om arbete med processer, förbättringar och att jobba med utveckling kontinuerligt.

#### 5.1.1 Utmaningar

De utmaningar som kontaktsjuksköterskorna upplevt med förbättringsarbetena berör medarbetare, tid, personalbrist samt att lyckas med kontinuerliga och hållbara förbättringar. Att involvera medarbetare och få dem intresserade i förbättringsarbetena har kontaktsjuksköterskorna uttryckt som en stor utmaning i uppstarten av projekten. Hellström et al (2010) lyfter upp problemet med att involvera medarbetare och beskriver organisationen i sig som ett motstånd vid förbättringsarbeten. Involveringen av andra medarbetare är något som Kotters (1996) åttastegsmodell inom förändringsledning betonar vikten av. Kotters (1996) femte steg beskriver att det är viktigt att de personer som är inblandade i förändringen känner en tydlig koppling till förändringen och är övertygade om att deras nuvarande sätt att arbeta inte är det bästa. De inblandade i förändringen måste även acceptera det nya arbetssättet och inse att det är det bästa för framtiden. Även Runsten och Werr (2016) understryker att det är viktigt att alla deltagare representeras och är delaktiga, detta för att kunna uppnå kollektiv intelligens. Författarna beskriver hur en diffus representation leder till otrygga deltagare som agerar defensivt vid förändring, något som upplevts av de flesta intervjuade.

Utöver medarbetare har tid och personalbrist beskrivits som två stora utmaningar med förbättringsarbete. Batalden och Stoltz (1995) nämner att de förbättringar som måste göras i sjukvården är omfattande, vilket tyder på att både tid och personal är nödvändigt för förbättringsarbete.

Efter att ett förbättringsarbete utförts upplevde många av kontaktsjuksköterskorna en utmaning med att hålla det vid liv. Fleiszer et al (2015) skriver om olika faktorer som krävs för hållbara förbättringar. Det handlar om faktorer i själva projektet, i inre sjukhusorganisationen, yttre samhällssystemet, kompetens och engagemang hos de inblandade individerna, ledarskapsfaktorer samt tillvägagångssättet i förbättringsprojektet. Några av dessa faktorer, främst kompetens och engagemang hos de inblandade individerna, har beskrivits som delvis bristande av flera kontaktsjuksköterskor.

### 5.1.2 Förutsättningar

En av förutsättningarna som uppmärksammades under intervjuerna och som ansågs vara viktig för att underlätta förbättringsarbete, handlar om ett öppet arbetsklimat med förstående medarbetare och chefer. Bergman och Klefsjös (2002) modell beskriver att ledningens engagemang är en av de delar som krävs i arbetet med kvalitetsutveckling. Anledningen är att ledningens engagemang möjliggör att de andra momenten i modellen fungerar och utan deras stöd är det svårt att göra något överhuvudtaget. En kontaktsjuksköterska uttryckte i intervju att det var en stor utmaning att starta upp ett förbättringsarbete på grund av bristande stöd från ledningen.

Ytterligare teori som stödjer kontaktsjuksköterskornas åsikter att mindre stöd leder till en större utmaning att lyckas med förbättringsarbete, är en av punkterna i Kotters (1996) åttastegsmodell och Changefirsts (2015) sexstegsmodell. Modellerna säger att medarbetarna och ledningen har en stor del i skapandet av en arbetsmiljö som gynnar och bidrar till ett bättre resultat, där ledningen framhävs som extra viktig. Detta visar ytterligare hur viktig ledningens roll är i kontaktsjuksköterskornas förbättringsarbeten.

Det framkommer i ett par av intervjuerna att kursdeltagarnas medarbetare tror att förbättringsarbetena kommer att leda till mer jobb för dem. I ett förbättringsarbete är fokus riktat mot patienten men även de anställda påverkas av eventuella förändringar i till exempel arbetsprocesser. Eftersom en förbättring i många fall kan leda till ett förändrat sätt att arbeta på blir det en osäkerhet för de anställda. Av denna anledning finns risken att förbättringsarbetet blir svårare att genomföra utan medarbetarnas stöd. Slack et al (2013) beskriver olika punkter som ingår i projektmiljö, där en är den interna miljön. Det handlar om att förstå de olika intressenterna och vad som är av intresse för dem. Det är därför viktigt för kontaktsjuksköterskorna att inte enbart ta patienternas intressen i beaktning utan även vad förändringarna får för konsekvenser för personalen.

De flesta kontaktsjuksköterskor har inte tagit hjälp av organisationens verksamhetsutvecklare i deras förbättringsarbete och några vet inte ens vem verksamhetsutvecklaren är. Däremot har de få kontaktsjuksköterskor som använt sig av denna resurs sagt att det har varit till stor hjälp i deras arbete. Fleiszer et al (2015) skriver om de knappa resurser som är i sjukvården idag och vikten av att ta tillvara på de resurser som finns. Som tydligt framgår av intervjusvaren så utnyttjar inte kontaktsjuksköterskorna den resurs som finns i verksamhetsutvecklaren optimalt.

Flertalet av intervjupersonerna upplever att verksamhetsutvecklaren inte arbetar med mindre arbeten på enheterna utan att de arbetar på en organisationsövergripande nivå och har därför inte tagit kontakt. Det fjärde steget i Changefirsts (2015) sex steg i företagsledning är att det krävs stöd från omgivningen för att förändring ska kunna genomföras framgångsrikt. En del i detta kan vara att ta hjälp från de i sin närhet som har bättre kunskap om ämnet, därför kan verksamhetsutvecklarens kunskap bidra till arbetets framgång.

### 5.1.3 Hållbarhet

De förbättringsarbetena som kontaktsjuksköterskorna genomförde på respektive enhet har använts vidare i olika utsträckning. Flertalet kontaktsjuksköterskor belyser att deras arbete har blivit en rutin på enheten. Några få kontaktsjuksköterskor nämner även att förbättringsarbetet som gjordes under kursen resulterade i vidare arbeten inom förbättring. Hållbarheten hos ett arbete inom sjukvården är enligt Fleischer et al (2015) väldigt viktigt att undersöka. De beskriver hållbarheten som någonting beständigt över tid, något som gör nytta, något som blir rutin eller utvecklas. Kontaktsjuksköterskornas arbeten har alla bidragit till någon av dessa faktorer. Att många arbeten har blivit rutin, tyder på god hållbarhet hos kontaktsjuksköterskornas förbättringsarbeten. Även om inte alla arbeten har blivit rutin har det på ett eller annat sätt gjort nytta och kan därför betraktas som hållbart.

Det motstånd från medarbetarna som inledningsvis fanns mot förbättringsarbete har enligt de flesta kontaktsjuksköterskorna minskat kraftigt med tiden. Medarbetarnas delaktighet är något som Kotter (1996), Changefirst (2015) samt Bergman och Klefsjö (2002) betonar vikten av för att skapa en hållbar förbättringskultur inom organisationer. Denna förbättringskultur är något som är på god väg att infinna sig på de flesta enheter, då kontaktsjuksköterskorna upplever att de fått med sig läkare och andra kollegor i tankesättet angående förbättringar. Detta visar sig då de som ett resultat av förbättringsarbetena numera har ett annat arbetssätt.

## 5.2 Personlig utveckling

I följande avsnitt analyseras hur kursen har bidragit till kontaktsjuksköterskornas personliga utveckling. Avsnittets analys har delats in i hållbar kunskap, inställning och motivation samt nätverk.

### 5.2.1 Hållbar kunskap

För att kunna genomföra kontinuerliga förbättringar krävs enligt Batalden och Stoltz (1993) bland annat utveckling av ny kunskap. I stort sett alla intervjuade kontaktsjuksköterskor upplever att de genom kursen fick rätt kunskap och rätt verktyg för att bedriva förbättringsarbeten och se till att dessa blir rutin på arbetsplatsen. Många uppmärksammade att kunskapen är enkel att bära med sig och att den har varit till stor nytta inom många olika

områden. Dessutom upplevs kunskapen fortfarande relevant för de som gick kursen för några år sedan. Att kunskap fortfarande finns kvar tyder enligt Olsson Neve (2014) på ett hållbart organisatoriskt lärande.

Det framgick från både enkät- och intervjuer att kontaktsjuksköterskorna lärt sig hur olika metoder används och hur dessa kan underlätta arbetet med förbättring. Ungefär hälften av de intervjuade nämnde specifika verktyg från kursen som de använder i verksamheten, till exempel SWOT-analys, släktskapsdiagram och PDSA-cykeln. PDSA-cykeln är något som förespråkas av både Bergman och Klefsjö (2002) och Batalden och Stoltz (1995) som en kraftfull metod för kontinuerligt förbättringsarbete.

I enkäterna har många kontaktsjuksköterskor beskrivit kunskapen om förbättringsarbete från kursen som värdefull och användbar. Runsten och Werr (2016) tar upp att människans sätt att se på sig själv påverkas av den kunskap hon besitter. De menar även att människan har lättare att ta till sig kunskap om kunskapen känns relevant och att den kan komma att bli användbar. I enkäterna har det också framkommit att det finns en större kännedom om vad som behöver förbättras, hur befintliga problem ska analyseras och att det finns olika sätt att hantera problem. Kontaktsjuksköterskorna lärde sig nya teorier, metoder och ett nytt språk inom förbättringskunskap, som de kan använda i diskussioner med varandra. Runsten och Werr (2016) skriver om hur ny kunskap som tas upp alltid kommer att påverkas av tidigare kunskap. Att vilja behålla den gamla kunskapen resulterar i att människor kommer att se på saker och ting olika, trots att samma kunskap erhållits. Det måste alltså vara perfekta omständigheter för att den nya kunskapen ska övervinna den gamla (Runsten och Werr, 2016).

Från både intervjuer och enkät har det framkommit att kontaktsjuksköterskorna efter kursen känner sig säkrare på att arbeta med förbättring. Dels vet kontaktsjuksköterskorna hur de ska gå tillväga för att starta upp och driva förbättringsarbeten. Dels har kursen givit insikt i att förbättringsarbeten inte behöver vara stora för att det ska vara värdefullt för organisationen. Flera kontaktsjuksköterskor har även fått ett ökat självförtroende vilket har lett till att de vågar stå på sig och vara drivande i förbättringsarbete. Känslan av att ha förmågan att vara med och påverka och hjälpa andra, i det här fallet organisationen och patienten, ökar den inre arbetsmotivationen (Olsson Neve, 2014).

För att kontaktsjuksköterskornas kunskap ska vara hållbar över tid behöver den spridas inom organisationen. Kunskapsspridning bidrar även till att sänka de kognitiva hinder som Runsten och Werr (2016) skriver om. Kognitiva hinder innebär att personer som ska samarbeta har olika sätt att tänka, olika språk och olika kompetens. Många av kontaktsjuksköterskorna som gått kursen har tagit med sig ett annat tankesätt och lärt sig en ny förbättringsvokabulär. Som en direkt effekt av kursen beskriver några kontaktsjuksköterskor att de har påverkat kollegor till att börja tänka på ett annat sätt.

Olsson Neve (2014) skriver om hur spridning av kunskap även kan omvandlas till handling när personer med samma typ av yrke eller kompetens möts. Den kunskap som kontaktsjuksköterskorna uttrycker att de får under kursen har goda förutsättningar att

omvandlas till handling, i och med att de får möta andra kontaktsjuksköterskor under kursen som befinner sig i liknande situation som de själva.

### 5.2.2 Inställning och motivation

Utifrån svaren från enkätundersökningen och intervjuerna har flertalet positiva effekter från kursen i förbättringskunskap identifierats, både för individen och organisationen. Svaren har bland annat visat att många kontaktsjuksköterskor har tagit med sig ett förändrat tankesätt från kursen. Det nya tankesättet har skapat större förståelse bland kontaktsjuksköterskorna för behovet av förändringar inom sjukvården. Det nya tankesättet har även gjort arbetet roligare i och med att förbättringarna har fått positiv respons från patienter och närstående, vilket har ökat arbetsmotivationen hos några kontaktsjuksköterskor. Ökad motivation kan också bero på att de kontaktsjuksköterskor som besitter kunskap kan vara delaktiga i att dela med sig av kunskapen de har till andra och de upplever då en känsla av att vara behövda, något som Olsson Neve (2014) skriver om.

I cirka hälften av intervjuerna uttrycktes en ökad vilja att arbeta med förbättring på de berörda enheterna efter att ha gått kursen och fått göra ett eget förbättringsarbete. Den ökade viljan hos kontaktsjuksköterskorna att arbeta med förbättringsarbete tyder på ökad arbetsmotivation. Enligt Olsson Neves (2014) teori kring arbetsmotivation kan den yttre motivationen stimuleras genom till exempel uppmärksamhet, vilket kontaktsjuksköterskorna får genom möjligheten att få gå kursen. Vidare säger Olsson Neve (2014) att inre arbetsmotivation kan påverkas genom känslan av att vara med och påverka, hjälpa andra, göra något meningsfullt eller få vara delaktig i intressanta sammanhang.

Olsson Neve (2014) nämner utvecklandet av tillfredsställande och meningsfulla roller som ett annat sätt att stimulera inre motivation. Att få ansvar för förbättringar på enheten är ett sätt att vara meningsfull och göra nytta för patienten. Förbättringsarbete är därför inte bara fördelaktig för patienten utan även motivationshöjande för kontaktsjuksköterskan. Deltagande i kursen kan även ge ökat ansvar och intressantare arbetsuppgifter, vilket Herzbergs tvåfaktorsteori beskriver som arbetstillfredsställande faktorer (Olsson Neve, 2014).

Ytterligare en effekt enligt enkäterna är att kursen har givit en mer positiv syn på förändring och även givit en ökad förståelse för att samarbete är viktigt för framgångsrika förbättringsprojekt. En stor och viktig del för kontaktsjuksköterskorna har varit att kunna sprida denna förståelse och kunskap vidare till annan personal i sin omgivning. Kunskapsdelning är en del i Trusslers modell för att lyckas med organisatorisk kunskapshantering, där han belyser viljan att ta till sig ny kunskap samt att dela med sig av den (Olsson Neve, 2014).

Många kontaktsjuksköterskor gick i intervjuerna in på den ändrade inställningen hos övriga medarbetare och att det blivit enklare att i praktiken använda de teorier som kontaktsjuksköterskorna lärt sig. Med inställning menas en förändrad inställning till bland annat resultat, lärande och förbättringsarbeten. Kontaktsjuksköterskorna har även lyckats motivera

och inspirera sina medarbetare till att uppmärksamma potentiella förbättringsområden. Bergman och Klefsjö (2002) skriver att ledningen aktivt bör uppmuntra till interaktion mellan medarbetare och att det är viktigt att de stöttar de medarbetare som driver frågorna. Detta för att de inte ska tappa lusten med att utföra arbetet och fortsatt använda sig av den erhållna kunskapen.

### 5.2.3 Nätverk

Utbytet av idéer och kunskap i det nätverk som skapades genom kursen är en positiv aspekt som har lyfts i intervjuerna såväl som i ett fåtal enkäter. Nätverket har skapat en trygghet hos kontaktsjuksköterskorna att våga ringa till andra kontaktsjuksköterskor och fråga om råd, då de vet vem personen är vilket gör det lättare att ta kontakt och ställa frågor. Olsson Neve (2014) förklarar att det ger en trygghet att personer med samma typ av arbete eller specialkompetens kopplas samman. Hon menar att det ofta gör det lättare att lära av varandra och att kunna fördjupa kunskaperna ännu mer. Kunskap ska kunna kommuniceras och inte bara lagras hos den enskilde personen (Olsson Neve, 2014). Det har även framförts i intervjuerna att det är både lättare och roligare att dela med sig av sin kunskap och olika sorters uppgifter när personer som det finns en personlig kontakt med ringer och behöver hjälp.

## 5.3 Verksamheten

I detta avsnitt analyseras hur organisationen har hanterat kontaktsjuksköterskornas kursdeltagande. Områdena som analyseras har delats upp i bemötande, patienten i fokus och efterfrågan.

### 5.3.1 Bemötande

I intervjuerna uppger de flesta kontaktsjuksköterskor att de initialt bemötts positivt av chefer, medarbetare och patienter, när de startat upp förbättringsarbetet. Att få positivt bemötande i och med förbättringsarbeten är en viktig förutsättning för lyckade projekt (Slack et al, 2013). Bemötandet från omgivningen som kontaktsjuksköterskorna upplever är alltså betydelsefullt.

Några få uttrycker dock att deras förbättringsarbete har bemötts av motvilja. För att undvika att motstånd uppstår är det viktigt att tidigt inkludera en stor del av arbetsplatsen för att se till att en känsla av delaktighet finns (Slack et al, 2013).

### 5.3.2 Patient i fokus

Ett genomgående tema i enkätsvaren och intervjuerna var att patienten alltid ska vara i fokus vid förbättringsarbete. Detta visade sig i den stora patientinvolveringen i förbättringsarbetena

som har genomförts. Majoriteten av de intervjuade kontaktsjuksköterskorna använde sig av patienterna när de skulle utforma sina arbeten. Ett stort fokus ligger på att ta reda på vad patienterna tycker och vad som skulle kunna förbättras i verksamheten för att deras vårdupplevelse ska bli optimal. Att personalen arbetar i partnerskap med patienten förklarar Batalden et al (2015) är en av de faktorer som sjukvården är uppbyggd kring och därför väldigt viktig.

Patientfokuset understryks ytterligare i enkäten, i Ja/Nej-frågan om huruvida deras förbättringsarbete resulterat i en bättre situation för patienten. Samtliga kontaktsjuksköterskor som svarade på enkäten svarade där 'Ja'.

Kontaktsjuksköterskornas upplevelse om att de kan skapa trygghet och uppskattning hos patienterna stämmer överens med den mikrosystemteori som Batalden och Mohr (2002) samt Nelson et al (2011) skriver om. Teorin förklarar hur patienten i mötet med vårdgivare är det mikrosystem som skapar värde för patienten. Teorin bekräftar därför det som kontaktsjuksköterskorna upplever, att de kan vara med och påverka patientens upplevelse av vården.

### 5.3.3 Efterfrågan

Överlag upplever kontaktsjuksköterskorna att chefer och medarbetare var positiva till att de skulle gå kursen. I efterhand har efterfrågan för de flesta kontaktsjuksköterskor visat sig genom att de har fått möjlighet att arbeta med förbättringar på enheten. Positiv inställning från medarbetare är en form av uppmärksamhet för kontaktsjuksköterskorna som går kursen. Uppmärksamhet är något som leder till ökad inre motivation (Olsson Neve, 2014). Vårdenhetschefen uttryckte en mycket positiv inställning till kursen som kontaktsjuksköterskorna gått, vilket understryker kontaktsjuksköterskornas upplevelse av positivt bemötande från organisationen.

Flertalet av de intervjuade anser att deras chefer har en stor del i att skapa förutsättningar för arbetet med förbättring. Detta är något som belyses av Batalden & Stoltz (1993) som menar att en ledarpolicy ska främja en känsla av gemensamt syfte och uppmuntra till organisatoriskt lärande. Många av dem tycker även att deras chef ger dem så bra förutsättningar som möjligt för att starta förbättringsarbeten utifrån de resurser som finns, och att chefen hjälper till i den mån det går.

Spear (2005) skriver att sjukvården har ett ökat tryck på sig att bevisa god kvalitet och effektivitet. Det ökade trycket att prestera visar sig genom att vårdenhetschefen efterfrågar kursen i förbättringskunskap och är mycket positiv till den. Vårdenhetschefens syn på utbildning och att lära av varandra visar en vilja av att arbeta med hållbart lärande, något som Olsson Neve (2014) menar är viktigt för att kunna sprida kunskap i organisationen.



## 6 Diskussion

Diskussionen som följer i detta kapitel har delats upp i metoddiskussion, resultatdiskussion samt begränsningar. Under metoddiskussionen tas för- och nackdelar med studiens tillvägagångssätt upp och i resultatdiskussionen diskuteras studiens frågeställningar. I sista avsnittet belyses de begränsningar som eventuellt kan ha påverkat studiens trovärdighet.

### 6.1 Metoddiskussion

Denna studie använder både intervjuer och enkät som datainsamlingsmetoder. Det gör att det är viktigt att diskutera de för- och nackdelar som finns med de olika metoderna, samt att belysa hur metoderna har kombinerats och vad det har resulterat i.

Då intervjuerna täckte de största delarna av studiens frågeställningar låg de som grund till analysen. Enkäten var av mindre omfattning och blev därför en kompletterande del. Huruvida detta anses vara det korrekta sättet att göra kan ifrågasättas, eftersom frågorna som ställdes i intervjuerna och enkäten inte var likadana. Att då använda enkätsvaren för att styrka intervjuerna kan ses som felaktigt, eftersom kandidatgruppen själva gjorde tolkningen att kontaktsjuksköterskorna svarade på ett liknande sätt i de olika datainsamlingsmetoderna. Anledningen till att det ändå utfördes på detta sätt var att kandidatgruppen ansåg att frågorna var relaterade till varandra och därför kunde användas till samma analys.

Vid formulerandet av intervjufrågorna gjordes en intern kontroll av intervjufrågorna för att säkerställa att frågorna uppfattas på ett korrekt sätt. Denna interna kontroll eliminerar dock inte risken för att respondenten, under intervjun, tolkade frågorna på ett annat sätt än avsett och därför svarade på något annat än det som efterfrågades. Ifall detta inträffade så ställdes följdfrågor för att frågan skulle besvaras utifrån den synvinkeln som kandidatgruppen ämnade.

Under kodningen av intervjusvaren gjordes flera tolkningar efter varandra vilket medför en risk att informationen tolkats annorlunda allteftersom intervjun bearbetades. Användandet av grounded theory ska förhindra detta, men risken att det skett är ändå möjlig.

Vid analys av intervjusvaren utförde kandidatgruppen ytterligare en tolkning av kontaktsjuksköterskornas svar. Detta gör att informationen kan ha förändrats och blivit felaktigt, vilket kan ha påverkat studiens resultat. Under analysen har kandidatgruppens alla medlemmar läst igenom intervjusvaren för att minimera personliga värderingar och öka objektiviteten.

Innan enkätsvaren analyserades lästes svaren igenom av kandidatgruppen för att säkerställa att frågorna inte hade blivit misstolkade av kontaktsjuksköterskorna. Därefter kodade och analyserade kandidatgruppen enkätdata enligt samma metoder som för intervjudata.

Enligt Polit och Beck (2004) krävs 65 procent svarsfrekvens på ett frågeformulär för att helt kunna bortse från att data blir partiskt. Detta betyder dock inte att det måste vara en så hög svarsfrekvens för att data ska kunna användas som underlag i en studie. Att bara 23 av 84 (ca 27 procent) kontaktsjuksköterskor svarade på enkäten kan bero på olika anledningar. En orsak kan vara att de som svarade på enkäten är de kontaktsjuksköterskor som i stort sett bara har positiva upplevelser från kursen och därmed vill dela med sig av detta. Det kan å andra sidan vara de kontaktsjuksköterskor som upplevde mycket negativt i kursen och därför vill uttrycka det i enkäten. Det kan även vara så att det främst var de mest drivna kontaktsjuksköterskor som tog sig tid att svara. Detta eftersom de inte vet hur många frågor som de förväntas svara på innan de öppnat enkäten och det kräver därför en inre motivation för att vilja delta. Ytterligare en anledning till varför så få kontaktsjuksköterskor svarade på enkäten kan ha berott på att de mailadresser som användes inte var uppdaterade, personerna inte längre jobbade på samma enhet eller att de var sjukskrivna under den tiden som enkäten fanns tillgänglig att svara på.

## 6.2 Resultatdiskussion

I följande avsnitt diskuteras och besvaras studiens frågeställningar baserat på den analys av insamlad data som har gjorts i tidigare avsnitt. Varje frågeställning diskuteras i tur och ordning under varsin rubrik.

### 6.2.1 Hur lever förbättringsarbetena vidare efter kursens avslut?

Förbättringsarbetena lever i olika grad vidare på de avdelningar där de genomförts. En del av kontaktsjuksköterskorna säger att deras arbeten både lever vidare och blivit rutin. Det är ur en hållbarhetssynvinkel det optimala resultatet med både arbetet och kursen. För att kursen ska göra någon nytta för kontaktsjuksköterskorna och de enheter de arbetar på måste kunskapen vara användbar på lång sikt.

En del kontaktsjuksköterskor uttrycker dock att deras arbeten är svåra att hålla vid liv efter införandet. Att ett förbättringsarbete inte hålls vid liv resulterar i att resurserna som läggs på att kontaktsjuksköterskorna får gå kursen inte utnyttjas fullt. En anledning till att arbetena är svåra att hålla vid liv kan kopplas till medarbetarnas respons till de arbeten som utförs. Som nämns i analysen så konstaterar ett fåtal av kontaktsjuksköterskorna att deras medarbetare var negativt inställda till förbättringsarbetena, tills de insåg att det gav ett positivt resultat. Det som framkommer i intervjuerna är att dessa medarbetare har inställningen att förbättringsarbetet kommer att resultera i merarbete för dem. Problemet med detta är att kontaktsjuksköterskorna måste genomföra arbetena ensamma för att motbevisa den negativa inställningen, vilket gör det svårare att genomföra arbetena och hålla dem vid liv. Ett av arbetena som gjordes resulterade i själva verket i en minskning av återbesöken med 20 procent, vilket minskade arbetsbelastningen.

Endast två av de intervjuade kontaktsjuksköterskorna gjorde någon form av mätning på effekterna av förbättringsarbetet. Avsaknaden av mätningar på övriga förbättringsarbeten gör att det inte finns några egentliga bevis för att de arbetena faktiskt resulterade i bättre vård, utan den upplevda förbättringen baseras enbart på kontaktsjuksköterskornas känsla. En känsla av förbättring kan å andra sidan påverka arbetsmotivationen på arbetsplatsen positivt oavsett om det i praktiken blivit bättre eller inte. I värsta fall kan arbetena ha lett till ett sämre resultat, vilket inte heller det upptäcks om inte ordentliga mätningar genomförs.

### 6.2.2 Har nya förbättringsprojekt kunnat initieras?

Utifrån enkät- och intervjudata kan det konstateras att nya förbättringsarbeten har initierats tack vare kursen i förbättringskunskap trots de utmaningar som finns, vilket tyder på en väldigt stor vilja hos kontaktsjuksköterskorna att driva förbättringar. De utmaningar kontaktsjuksköterskorna ställs inför kan medföra att tröskeln blir för hög för att initiera nya förbättringsprojekt. Organisationen tar då inte tillvara på det engagemang och den kunskap som kontaktsjuksköterskorna har och går därmed miste om förbättringar.

I samband med de förbättringsarbeten som genomfördes i kursen har involvering av medarbetare beskrivits som en av de största utmaningarna. Att komma tillbaka från kursen med ny kunskap och ny energi och då bemötas av skeptiska kollegor gör att motivationen sinar. Att medarbetarna är skeptiska kan bero på att de känner sig otydligt inkluderade, något som Runsten och Werr (2016) beskriver kan motverka kollektiv intelligens och leda till defensivt agerande. Detta agerande kan vara anledningen till att kontaktsjuksköterskorna upplevt motstånd från medarbetarna då de försökt driva förbättringsarbeten. Ett defensivt agerande skulle dessutom kunna vara anledningen till att kontaktsjuksköterskorna anger resurs- och tidsbrist som orsak till att de inte initierar nya arbeten, istället för att se det egna ansvaret i problemet. Då tiden har varit ett ständigt återkommande tema i samtliga intervjuer anser dock kandidatgruppen att resurs- och tidsbristen är ett verkligt problem.

För att kontaktsjuksköterskorna ska ha möjligheten att initiera och fortsätta driva förbättringsarbeten måste organisationen se till att tid och utrymme skapas. Det gäller framför allt att kontaktsjuksköterskorna bör känna att tid ges till utveckling och att det inte är något som ska utföras utöver arbetstid. Flera av de intervjuade har sagt att de har lagt ner mycket av sin egen fritid på att driva igenom projekten vilket inte är hållbart i längden. För att tid ska finnas är det viktigt att se till att enheten inte lider av personalbrist. Detta eftersom det då inte kommer finnas tid att avsätta för arbete med något som inte direkt ingår i kontaktsjuksköterskornas dagliga arbetsuppgifter.

Som tidigare nämnt har många kontaktsjuksköterskor initierat nya arbeten. Att arbeten har initierats trots tidigare nämnda utmaningar tyder på en stor inre motivation hos kontaktsjuksköterskorna att bedriva förbättringsarbeten. Olsson Neve (2014) säger att den inre arbetsmotivationen påverkas i och med att personer upplever att de kan vara med och påverka, vilket kontaktsjuksköterskorna kan göra genom sina förbättringsarbeten. Om utmaningarna

med bland annat tid och medarbetare som identifierats inte förändras, kan den inre motivationen i längden istället påverkas negativt. Då kan den nyvunna positiva inställningen till förbättring gå förlorad och därmed förhindra initiering av nya förbättringsprojekt. För att nya förbättringsprojekt ska fortsätta initieras måste därför dessa utmaningar åtgärdas. Alternativt att kontaktsjuksköterskorna belönas av organisationen för att hålla motivationen uppe, genom till exempel uppskattning från ledningen.

### 6.2.3 Hur ökar kursen i förbättringskunskap möjligheten för kontaktsjuksköterskor att bedriva förbättringsarbeten?

Kontaktsjuksköterskorna får genom kursen kunskap om framgångsrika metoder som kan användas för att starta, genomföra samt utvärdera förbättringsprojekt. De har fått ett nytt tankesätt kring förbättringsarbete som de tar med sig i det dagliga arbetet. Kursen har även medfört att kontaktsjuksköterskor känner sig tryggare i att påbörja nya förbättringsprojekt, bland annat tack vare vetskapen att förbättringar inte behöver vara omfattande. Att många av de förbättringsarbeten som genomförts i kursen fortfarande är aktiva, visar att kontaktsjuksköterskorna efter kursen har den kunskap som krävs för att bedriva långsiktiga förbättringar.

Att kontaktsjuksköterskorna som ett resultat av kursen får kunskap och ökad vilja är givetvis viktiga förutsättningar för att förbättringsarbeten ska kunna genomföras. Dock är kontaktsjuksköterskornas kunskap och egna motivation inte det enda som krävs. För att förbättringsarbeten ska kunna genomföras krävs många andra faktorer som i dagsläget är bristande och behöver förbättras. Det finns till exempel ett problem med den initiala inställningen till förbättringsarbeten hos medarbetare som inte gått kursen. Att de är negativt inställda kan bero på att de inte är kunniga inom området. Därför är det viktigt att kontaktsjuksköterskorna på ett effektivt sätt delar med sig av kunskapen från kursen till sina medarbetare. Detta för att överbrygga kunskapsklyftan som finns och därmed skapa ett bättre arbetsklimat för förbättringar.

Ytterligare ett sätt att öka kunskapen hos medarbetarna är att ge fler kontaktsjuksköterskor möjlighet till utbildning inom förbättringskunskap. Då kommer fler besitta samma kunskap, vilket enligt Runsten & Werr (2016) skapar ett kollektivt tillstånd som breddar den enskilda individens kunskap och erfarenheter. Genom att fler kontaktsjuksköterskor får läsa kursen blir det därmed lättare att jobba tillsammans, vilket ökar möjligheterna för att kunna bedriva förbättringsarbeten. Ansvaret ligger därför på ledningen att möjliggöra att kontaktsjuksköterskorna kan gå kursen.

Något som tidigare har diskuterats är den ökade motivationen till att driva förbättringsarbete som kontaktsjuksköterskorna fått från kursen. Om Rubenowitz (2012) samband mellan ökad arbetstillfredsställelse och ökad produktivitet stämmer, bör kursen därmed bidra till att kontaktsjuksköterskorna arbetar mer produktivt och på så sätt sparar tid. Möjligheterna för att

få tid att bedriva förbättringsarbeten utökas alltså genom den ökade motivationen som kursen medför.

#### 6.2.4 På vilket sätt efterfrågar organisationen den erhållna kunskapen?

De flesta kontaktsjuksköterskorna upplevde att responsen från medarbetare i samband med kursen varit positiv. Känslan av uppskattning och stöd från vårdenhetschefen har visat sig vara en stor faktor för lyckosamma arbeten. Efterfrågan som kontaktsjuksköterskorna upplevde från olika håll underlättade mycket i arbetet med förbättringar. Även om vårdenhetschefen uttryckte att kunskapen gärna får spridas vidare på enheten är det endast några kontaktsjuksköterskor som upplever att kollegorna efterfrågade kunskapen. Detta skulle kunna förbättras genom uppmaning från chefer ovanifrån för att uppmuntra till kunskapsspridning. Både för att öka efterfrågan från medarbetare men också för att öka kontaktsjuksköterskornas vilja att inkludera kollegor. Vissa kontaktsjuksköterskor beskrev bristande engagemang från ledare och att det då fått arbeta hårdare för att kunna genomföra förbättringsarbetet. Detta understryker ytterligare vikten av att ledningen är engagerad i förbättringsarbete på enheten.

Vårdenhetschefen var positiv till kursen och den kunskap som kontaktsjuksköterskorna erhåller vid deltagandet. Eftersom vidareutbildning även är en del i verksamhetens karriärutvecklingsplan finns en efterfrågan från organisationen att personalen ska utbilda sig. Vårdenhetschefen ser kursen i förbättringskunskap som en ögonöppnare som ger god möjlighet för att sprida kunskapen vidare på enheten. Det finns därför en efterfrågan om att kontaktsjuksköterskorna ska gå kursen och efteråt sprida kunskapen vidare till andra medarbetare.

Några kontaktsjuksköterskor som mött motstånd på enheten när de arbetat med förbättringsarbete har upplevt att motståndet minskat efter ett tag. Så om efterfrågan från medarbetare inte fanns där från början så har den i många fall kommit efterhand. Det kan därför vara svårt att vara först på avdelningen med att gå kursen. Är det däremot flera som går kursen eller om det finns kontaktsjuksköterskor på enheten som gått tidigare, finns möjlighet att samarbeta på ett bättre sätt.

De intervjuades definition på vilka kontaktsjuksköterskans uppgifter är, stämmer bra överens med hur Sveriges Kommuner och Landsting (2012) beskriver kontaktsjuksköterskans uppgifter. Däremot nämner varken kontaktsjuksköterskorna eller Sveriges Kommuner och Landsting någonting om förbättringsarbete. Det finns en tydlig efterfrågan om att göra förbättringsarbeten från vårdenhetschefen men eftersom kontaktsjuksköterskorna inte har det som ett uppdrag prioriteras det inte. Det finns ett tydligt intresse hos kontaktsjuksköterskorna att arbeta med förbättringsarbeten. När uppgiften att arbeta med förbättringar inte finns i kontaktsjuksköterskans arbetsbeskrivning, kan det skapa svårigheter att arbeta med det. Hade det varit ett av kontaktsjuksköterskornas uppdrag hade det underlättat såtillvida att det hade varit en naturlig arbetsuppgift och därmed hade resurser avsatts för att arbeta med det. Ett

uppdrag hade också visat på en större efterfrågan och uppmärksamhet från organisationen gällande förbättringsarbeten, vilket hade kunnat resultera i ökad uppskattning.

Kursen möjliggör på många sätt att kunskap om förbättringsarbete kan tas upp hos organisationen och är således någonting som borde efterfrågas. Detta eftersom kontaktsjuksköterskorna kan sprida kunskapen vidare om förbättringsarbete och på så sätt börja kommunicera med medarbetare på ett nytt sätt. Kontaktsjuksköterskorna får efter kursen också en roll att bedriva förbättringsarbete. Utöver detta hjälper kontaktsjuksköterskorna till att bygga upp den professionella kunskapen inom organisationen. Alla dessa faktorer som kontaktsjuksköterskorna bidrar med är faktorer som enligt Hellström et al (2015) gör att organisationen får och använder kunskap om förbättring på ett framgångsrikt sätt.

Batalden och Stoltz (1993), Batalden och Davidoff (2007) samt Hellström et al (2015) pratar alla om hur viktig kombinationen av förbättringskunskap och professionell kunskap är för att kunna arbeta med kontinuerligt och patientfokuserat förbättringsarbete. Kontaktsjuksköterskorna besitter redan den professionella kunskapen, då de har erfarenhet och kunskap från vården. I kursen kompletteras deras professionella kunskaper med förbättringskunskaper vilket således möjliggör drivandet av förbättringsarbete på arbetsplatsen. Genom att dessa två kunskapsområden kombineras kan arbetet för bättre omhändertagandet av patienterna bedrivas på ett effektivare sätt. Det finns därför en efterfrågan från organisationen om att kontaktsjuksköterskorna ska gå kursen för att kunna komplettera den redan professionella kunskapen med förbättringskunskap.

Förbättringarna som kontaktsjuksköterskorna utför är av stort värde för vården och något som bör tas till vara på i en större utsträckning än vad som görs i dagsläget. Enligt mikrosystemteori är det i mötet mellan patient och vårdgivare som värdet i sjukvården skapas samt att det är där som fel måste förhindras och patientsäkerheten förbättras (Batalden och Mohr, 2002; Nelson et al, 2011). Enligt Nelson et al (2011) behöver förbättringar ske inom alla system inom sjukvården, alltså även i mikrosystemet mellan patient och vårdgivare. Kontaktsjuksköterskornas arbete är därför väldigt viktigt för att patienten ska känna sig väl omhändertagen.

### 6.2.5 Hur ser förutsättningarna ut att använda kunskapen?

Organisationen skapar inte optimala förutsättningar för kontaktsjuksköterskorna att använda den erhållna kunskapen. För att skapa hållbara förändringar krävs det enligt Kotter (1996) att behovet skapas av ledningen i en organisation och att behovet kommuniceras ut till alla medarbetare. Ledningen skapar inte det behov av förbättringar som behövs för kontaktsjuksköterskorna, då det i intervjuerna framkom att medarbetare uppvisat ett visst motstånd för de förbättringsarbeten som startades upp. Motståndet kan bero på en känsla hos de som inte har gått kursen att de har otillräcklig kunskap för att bedriva förbättringsarbeten. Det kan även bero på att medarbetarna inte inser behovet av att förbättra det specifika området vilket skapar en ovilja att förändra något befintligt som fungerar. Ledningen behöver således få

alla medarbetare att förstå att förändring måste ske för att kontaktsjuksköterskornas förutsättningar för att använda kunskapen ska förbättras.

Den negativa inställningen till förbättringsarbete kan som tidigare nämnts bero på att medarbetarna inte har tillräcklig kunskap om förbättringsarbete, detta tyder då på bristande kunskapsintegration i organisationen. Svårigheten att dela med sig av förbättringskunskap kan leda till att det blir svårt att få den att leva kvar på avdelningen. Det är ett stort problem eftersom det är svårt att få med personalen på arbeten om de känner att de inte har tillräcklig kunskap. Enkätsvaren visar att kontaktsjuksköterskorna känner att de kan sprida kunskapen vidare i organisationen, men i intervjuerna framkommer problematik med att göra detta. Att kontaktsjuksköterskorna har svårt att sprida kunskapen visar på brist i kursen eftersom deltagarna inte lärt sig hur de ska sprida kunskapen på ett bra sätt men också på ett misslyckande hos organisationen som inte utnyttjat kursdeltagarnas kunskap på ett hållbart sätt.

Det finns en risk för att kontaktsjuksköterskornas kunskap inte används på grund av att endast ett fåtal på varje avdelning går kursen och att de därmed besitter unik kunskap. Enligt Runsten och Werr (2016) tenderar människor att fokusera på kunskap som delas av alla, snarare än att försöka lyfta de unika kunskaper som finns i en grupp. Förutsättningen för kunskapsintegration är därmed inte optimal och hade kunnat förbättras genom att fler kontaktsjuksköterskor går kursen.

Trots de ovan nämnda bristerna så har de flesta kontaktsjuksköterskorna som intervjuats sagt att deras närmsta chefer gör vad de kan för att skapa bra förutsättningar för dem att driva förbättringsarbeten. Från en avdelning så uttrycktes det att deras vårdenhetschef var väldigt drivande i att de ska vidareutbilda sig för att ha möjligheten att jobba med förbättring på ett bra sätt. Detta tyder på att problemet med att skapa bra förutsättningar ligger på en högre nivå i organisationen än vårdenhetschefen. Något som även understryks av att det på den patientnära nivån finns en vilja och inställning att arbeta med förbättring, men att kontaktsjuksköterskorna inte kan göra det i den utsträckning de vill. Problemen med involveringen av verksamhetsutvecklare i kontaktsjuksköterskornas förbättringsarbete understryker det antagandet.

Från intervjuerna framkom en syn om att verksamhetsutvecklaren ägnar sig åt mer verksamhetsövergripande utveckling och inte utveckling inom mikrosystemet. Organisationen kan därför dra stor nytta av att kontaktsjuksköterskorna utför förbättringsarbeten på enhetsnivå. Kan dessutom ett nätverk mellan kontaktsjuksköterskan och verksamhetsutvecklaren växa fram kan de hjälpas åt för att utveckla sjukvården. Verksamhetsutvecklaren hade då kunnat vara delaktig i förbättringsarbeten även på mikronivån med mindre patientnära förbättringar, som är viktigt för värdeskapandet. Genom nätverket hade kontaktsjuksköterskan haft någon att diskutera förbättringar med och verksamhetsutvecklaren hade kunnat dela med sig av sin kunskap om verksamhetsutveckling. Detta samarbete hade även underlättats om kontaktsjuksköterskan hade arbetet med förbättringar som en uttalad arbetsuppgift. Därigenom hade det givit mervärde för både organisation, verksamhetsutvecklare, kontaktsjuksköterska och slutligen patient.

Utöver de tidigare nämnda utmaningarna tas även tiden upp som en stor aspekt till varför det är svårt att genomföra förbättringsarbeten. En orsak till att tiden inte kan avsättas till förbättringsarbete kan bero på otillräckliga resurser. Finns det mer resurser så kan mer tid avsättas till förbättringsarbeten. Tanken med verksamhetsutveckling är att frigöra tid och resurser så att de kan utnyttjas effektivare i organisationen. Detta gör att det kan anses paradoxalt att tiden inte avsätts till förbättringsarbete, då tanken med förbättringsarbeten är att förbättra sjukvården dels för patienter men också för de som arbetar på enheterna. Det innebär att om tid avsätts till förbättringsarbeten så frigörs det mer tid. Vilket blir ett argument för att tiden bör avsättas dels för patienternas välbefinnande, dels för personalens.

### 6.3 Studiens begränsningar

Djupet och bredden i denna studie hade kunnat utökats till att innefatta större del av organisationen kring kontaktsjuksköterskorna. Det skulle dock kräva mer tid och arbete än vad tidsramen för denna studie tillåter.

Då endast åtta kontaktsjuksköterskor intervjuades betyder det att materialet eventuellt inte är representativt för alla de 96 kontaktsjuksköterskor som gått kursen. Eftersom tiden var begränsad för denna studie, fanns inte möjligheten att intervjua ett större antal kontaktsjuksköterskor. Enkäten användes därför som ett verktyg för att nå ut till fler kontaktsjuksköterskor och därigenom samla in en större mängd data.

Samtliga i kandidatgruppen har samma utbildningsbakgrund vilket gör att det finns en risk att tolkningarna av svaren gjordes på ett likartat och felaktigt sätt. En grupp med bredare utbildningsbas hade potentiellt tolkat data på ett annat sätt baserat på tidigare kunskaper och livserfarenheter. För att utöka gruppens kunskapsbas har en litteraturstudie genomförts.

Endast en vårdenhetschef har intervjuats vilket gör att den data som kan inhämtas från denna intervju inte är representativ för enhetschefer generellt i sjukvården. Det gör att all data, analys, diskussion och slutsatser som baseras på detta endast tar hänsyn till den enskilda vårdenhetschefens åsikter och tankar. Då tiden var en tydlig begränsning för denna studie och huvudsakligt fokus låg på att förstå kontaktsjuksköterskornas situation, ansåg kandidatgruppen att en vårdenhetschef gav tillräcklig representation.

I analysen och diskussionen behandlas verksamhetsutvecklarens roll i kontaktsjuksköterskornas förbättringsarbeten. Analysen och diskussionen begränsas i och med att ingen verksamhetsutvecklare har intervjuats och diskussionen baseras bara på kontaktsjuksköterskornas och vårdenhetschefens tankar och åsikter. Anledningen till att ingen verksamhetsutvecklare var planerad att intervjuas, var eftersom studien framför allt behandlades utifrån kontaktsjuksköterskornas perspektiv. Att verksamhetsutvecklarens roll var av stor betydelse framkom inte förrän analys av samtliga transkriberingar var färdigställd, i det skedet fanns inte tid att inkludera en verksamhetsutvecklare.



I avsnittet som behandlar kunskapsintegration i det teoretiska ramverket användes främst teorier beskrivna av Runsten och Werr (2016), vilket skulle kunna begränsa nyanseringen av analysen. Litteraturen som är skriven av Runsten och Werr (2016) är dock baserad på en bred variation av forskning och har validerats, vilket gjorde att den ansågs vara en relevant källa. Dessutom var denna källa mycket lämplig för studien då Runsten och Werr (2016) belyser majoriteten av just de områden inom kunskapshandling som denna studie behandlar.

En del av källorna som används är äldre publikationer. Det kan vara så att en äldre källa har blivit föråldrad och nya teorier har uppstått baserat på den tidigare eller att nya teorier har gjort att denna källa inte längre har någon relevans. Gruppen har varit noga med de litterära undersökningar som gjordes för att endast relevant litteratur skulle användas.

## 7. Slutsats

Utifrån intervju- och enkätdata, analysen av data samt den utredning som förts kring frågeställningarna, presenteras nedan en slutsats.

Förbättringsarbetena som genomförts i kursen har i de flesta fallen varit framgångsrika och är idag befästa i verksamheten. De arbeten som inte blivit rutin fullt ut har många gånger inte haft fullständigt stöd från ledning och medarbetare. För att få ett ökat stöd måste omgivningen vara mer medvetna om vilka fördelar som finns med förbättringsarbete och hur det kan påverka organisationen och patienternas situation.

De flesta kontaktsjuksköterskorna har initierat nya förbättringsarbeten, men en del utmaningar upplevs försvåra arbetet. Den största utmaningen som uppmärksammats är tiden. Tiden är en extra stor utmaning då arbetet med förbättringar inte hör till kontaktsjuksköterskornas uppdrag. Det hade därför underlättat för kontaktsjuksköterskorna om förbättringsarbete ingick i deras arbetsbeskrivning.

Kontaktsjuksköterskorna har genom kursen fått en ökad vilja att arbeta med förbättringsarbete och deltar mer aktivt i det. De har även fått med sig metoder, verktyg och ett nytt tankesätt för att kunna bedriva förbättringsarbete.

Kontaktsjuksköterskornas förmåga att efter kursen kunna arbeta med förbättringsarbete och deras motivation till att göra det, är någonting som organisationen verkligen bör värdesätta och dra nytta av. Förbättringar kan på så vis ske kontinuerligt i den patientnära kontakten. Förbättringarna skapar ökat värde för patienten samtidigt som motivationen bevaras hos kontaktsjuksköterskorna när de får arbeta med förbättring.

Med tanke på att förbättringsarbetena till stor del har blivit rutin samt att nya arbeten initierats finns förutsättningarna från organisationen att använda den erhållna kunskapen. Dock finns det ett flertal områden att förbättra för att skapa ytterligare förutsättningar att arbeta med förbättring. Ledningen behöver skapa tid för att fortsätta med utveckling, skapa förståelse hos medarbetarna att förbättringar behövs och se till att fler kontaktsjuksköterskor får möjlighet till utbildning. Läggs inte tid eller resurser på att förbättra i den dagliga verksamheten skapas en kultur av att förbättring inte är viktigt.

Lärdomar från studien kan användas av Regionalt Cancercentrum Väst och Centre for Healthcare Improvement vid Chalmers i deras andra utbildningar inom förbättringskunskap för att visa på kontaktsjuksköterskornas förmåga att förbättra den patientnära vården. Till exempel kan resultatet användas som underlag för att uppmana till samarbete mellan verksamhetsutvecklare och kontaktsjuksköterska, då denna kommunikation idag brister. Dessutom kan studien användas för vidare forskning då problemområden kring förbättringsarbete inom sjukvården har identifierats. Studien kan då vara ett underlag för att förstå vilka problem som behöver analyseras djupare.

# Litteraturförteckning

- Batalden, M., Batalden, P. B., Margolis, P., Seid, M., Armstrong, G., Opiari-Arrigan, L., & Hartung, H. (2015). Coproduction of healthcare service. *BMJ Quality & Safety*, ss. 1-9.
- Batalden, P. B., & Davidoff, F. (2007). What is "quality management" and how can it transform healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 16(1), ss. 2-3.
- Batalden, P. B., & Stoltz, P. K. (1993). A Framework for the Continual Improvement of Health Care: Building and Applying Professional and Improvement Knowledge to Test Changes in Daily Work. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 19(10), ss. 424-447.
- Batalden, P. B., & Stoltz, P. K. (1995). Quality Management and Continual Improvement of Health Care: A Framework. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 15, ss. 146-164.
- Bergman, B., & Klefsjö, B. (2002). *Kvalitet i alla led*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Bergman, B., Hellström, A., Lifvergren, S., & Gustavsson, S. (2015). An Emerging Science of Improvement in Health Care. *Quality Engineering*, 27(1), ss. 17-34.
- Blomkvist, P., & Hallin, A. (2015). *Metod för teknologer: Examensarbete enligt 4-fasmodellen*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Bratt, O., Nilsson, T., & Stenzelius, K. (2002). Palliativ cancervård är en betydande del av urologin: Studie av det sista levnadsåret för patienter som dog av urologisk cancer. *Läkartidningen*, 99(8), ss. 765-770. Hämtat från <http://larkiv.lakartidningen.se/2002/temp/pda24276.pdf>
- Bryman, A., & Bell, E. (2015). *Business Research Methods*. New York: Oxford University Press Inc.
- Cancerfonden. (2016). *Cancerfondsrapporten 2016*. Hämtat från Cancerfonden: <https://res.cloudinary.com/cancerfonden/image/upload/v1458226058/documents/cancerfondsrapporten-2016.pdf>
- Changefirst. (2015). *Our Change Management Methodology Overview*. Storbritannien: Changefirst.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oak, California: SAGE Publications, Inc.

- Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken- en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Europeiska Kommissionen. (2011). *Minska klyftan – hur kan vi hantera växande vårdbehov och begränsade resurser?* Hämtat från Europeiska Kommissionen: [ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8233&langId=sv](http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8233&langId=sv)
- Fleiszer, A. R., Semenic, S. E., Ritchie, J. A., Richer, M.-C., & Denis, J.-L. (2015). The sustainability of healthcare innovations: a concept analysis. *The Journal of Advanced Nursing*, 71(7), ss. 1484-1498.
- Hellström, A., Lifvergren, S., & Quist, J. (2011). Process management in healthcare: investigating why it's easier said than done. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 21(4), ss. 499-511.
- Hellström, A., Lifvergren, S., Gustavsson, S., & Gremyr, I. (2015). Adopting a management innovation in a professional organization - The case of improvement knowledge in healthcare. *Business Process Management Journal*, 21(5), ss. 1186-1203.
- Jacobson, L. (2015). *Kontaktsjuksköterska: så ska det funka*. Hämtat från Cancerfonden: <https://www.cancerfonden.se/artiklar/kontaktsjukskoterska-sa-ska-det-funka>
- Kotter, J. P. (1996). *Leading Change*. Boston: Harvard Business Press.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Landstinget i Jönköping. (2008). *Mikrosystem: Där värdet av tjänsten skapas*. Jönköping: Nrs Tryckeri.
- Lantz, A. (2013). *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lifvergren, S. (2013). *Quality Improvement in Healthcare Experiences from two longitudinal case studies using an action research approach*. Department of Technology Management and Economics, Division of Quality Sciences. Göteborg: Chalmers University of Technology.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, California: SAGE Publications, Inc.
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, ss. 105-112.

- Mohr, J. J., & Batalden, P. B. (2002). *Improving safety on the front lines: the role of clinical microsystem*. Hämtat från <http://search.proquest.com/docview/1778770595?pq-origsite=summon>
- Nelson, E. C., Batalden, P. B., Godfrey, M. M., & Lazar, J. S. (2011). *Value by Design: Developing Clinical to Achieve Organizational Excellence*. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.
- Olsson Neve, T. (2014). *Hållbart organisatoriskt lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- Olzon Schultz, S. (2015). *Att få ett cancerbesked*. Hämtat från <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Tema/Cancer/Forsta-tiden-efter-beskedet/Nar-livet-forandras/Att-fa-ett-cancerbesked/> den 16 03 2017
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursinf Research; Principles and Methods*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins cop.
- Regionala cancercentrum i samverkan. (2016). *Att leda med kunskap*. Hämtat från [http://www.cancercentrum.se/globalassets/om-rcc/samverkan/att\\_leda\\_med\\_kunskap\\_17jun16\\_final\\_webb.pdf](http://www.cancercentrum.se/globalassets/om-rcc/samverkan/att_leda_med_kunskap_17jun16_final_webb.pdf)
- Regionala cancercentrum väst. (2017). *Stöd för dig i teamet runt cancerpatienten*. Hämtat från <http://www.cancercentrum.se/globalassets/patient-och-narstaende/vast/kssk-folder-ifyllbar-webb.pdf>
- Regionala cancercentrum väst. (2017). *Utveckling av cancervården i Västra sjukvårdsregionen*. Hämtat från <http://cancercentrum.se/globalassets/om-rcc/vast/infoblad-organisation-2017.pdf>
- Regionalt cancercentrum väst. (2017). *Cancervårdsprocessen & vägen*. Hämtat från <http://cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/vardprocesser/vast/cancervardprocessen/rmr-cancervardprocessen-2015.pdf>
- Regionalt cancercentrum väst. (2017). *Utbildning för kontaktsjuksköterskor (30 hp)*. Hämtat från <http://www.cancercentrum.se/vast/vara-uppdrag/kompetensforsorjning/utbildningar/utbildning-for-kontaktsjukskoterskor-30-hp/>
- Rienecker, L., Stray Jörgensen, P., & Hedelund, L. (2014). *Att skriva en bra uppsats*. Lund: Liber AB.

- Robson, C., & McCartan, K. (2016). *Real World Research: A Resource for Users of Social Research Methods in Applied Settings*. Chichester, England: John Wiley and Sons Ltd.
- Rubenowitz, S. (2012). *Organisationspsykologi och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Runsten, P., & Werr, A. (2016). *Kunskapsintegration*. Lund: Studentlitteratur.
- Sandgren, A. (2012). Grounded Theory. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2009). *Research methods for business students*. Harlow, England: Pearson Education Limited.
- SFS. 2010:243. *Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Shankar, R. (2009). *Process improvement using Six Sigma: a DMAIC guide*. Milwaukee: ASQ Quality Press.
- Slack, N., Brandon-Jones, A., & Johnston, R. (2013). *Operations Management*. Edinburgh Gate: Pearson Education Limited.
- Smith, F. (2014, 12 Maj). *Kontaktsjuksköterska och Min vårdplan i cancervården*. [Videofil] Hämtat från <https://www.youtube.com/watch?v=HBi3Zl1pZrQ>
- Socialstyrelsen. (2016). *Uppbyggnaden av regionala cancercentrum*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20373/2016-11-3.pdf>
- SOU. 2009:11. *En nationell cancerstrategi för framtiden*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.
- Spear, S. J. (September 2005). Fixing Health Care From the Inside, Today. *Harvard business review*, 83(9), ss. 78-91.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2012). *Kontaktsjuksköterska i cancervården*. Hämtat från <http://www.ilco.nu/Global/Nyheter%202012/April/Alla%20ska%20ha%20rätt%20till%20kontaktsjuksköterska.pdf>
- Trost, J. (2012). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Yasin, M. M., Zimmerer, L. W., Miller, P., & Zimmerer, T. W. (2002). An empirical investigation of the effectiveness of contemporary managerial philosophies in a

hospital operational setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 15(6), ss. 268-276.

# Bilaga 1 - Kursplan

KURSKOD: (Ladokkod: Kod sätts av studieexp.) NAMN: Förbättringskunskap POÄNG: 7,5 Nivå: Avancerad

ENGELSK ÖVERSÄTTNING och ECTS:	<i>Improvement knowledge</i> 7,5 cr. points
EXAMINATOR:	(Lärarkod, M.D Ph. D Svante Lifvergren, Teknikens ekonomi och organisation)
KURSANSVARIG:	Patrik Alexandersson, Centrumföreståndare CHI, Teknikens ekonomi och organisation
KURSENS INSTITUTION:	Teknikens ekonomi och organisation
SYFTE:	Syftet med utbildningen är att deltagarnas kunskap och förmåga skall nå den nivå som behövs för att leda och driva ett målinriktat och långsiktigt kvalitetsdrivet förbättringsarbete. Detta innebär att kunna planera, leda, samordna och utveckla verksamheten med fokus på patient/kundtillfredsställelse samt att kunna leda ett resultatnriktat förbättrings- och utvecklingsarbete.
MÅL:	Kursdeltagarna skall efter fullgjord kurs ha tillägnat sig principerna för kvalitetsutveckling, ha god kännedom om de viktigaste kvalitetsverktygen, ha god kunskap och insikt vad avser förbättringskunskap, och kunna fungera som ledare för en patient-/kundfokuserad verksamhetsutveckling inom sitt verksamhetsområde.
INNEHÅLL OCH ORGANISATION:	Kursen behandlar hur man kan leda utvecklingsarbete med fokus på förbättring, kundtillfredsställelse och effektivitet. Kursdeltagarna skall efter fullgjord kurs ha tillägnat sig principerna för kvalitetsutveckling, ha god kännedom om de viktigaste kvalitetsverktygen, ha god kunskap och insikt vad avser förbättringskunskap och kunna fungera som ledare för kundfokuserad verksamhetsutveckling inom sitt verksamhetsområde. I kursen varvas teoretiska aspekter med förbättrings-projekt och tillämpningar i den egna organisationen, och reflektioner tillsammans med övriga delta
LITTERATUR:	Bergman, B. och Klefsjö, B. (2015). <i>Kvalitet från behov till användning, 6:e utg.</i> Lund, Studentlitteratur.  Bergman, B (2012). <i>Ännu bättre vård: Vad kan vi lära från variation i Öppna jämförelser.</i> Stockholm, SKL, kommande (pdf-fil).



Modig, N. och Åhlström, P. (2011). *Vad är Lean? En guide till kundfokus och flödeseffektivitet*. Stockholm, SSEIR.

Pink, D. H. (2010). *Drivkraft: den överraskande sanningen om vad som motiverar oss*. Stockholm, Bookhouse Editions.

Samt vetenskapliga artiklar och övrigt material utdelat i samband med kurstillfällena.

## EXAMINATION:

Examinationen är upplagd för att stimulera det egna lärandet. I detta inkluderas aktivt deltagande i kursmomenten, projektarbeten, reflektiva dagböcker samt interaktiv examination av behandlade kursmoment.

Betygsskala: ”underkänd/godkänd”

## FÖRKUNSKAPSKRAV

Grundläggande behörighet, akademisk grundexamen

## SYLLABUS

The course will examine the concepts of Quality Improvement and their use in a quality driven organisational development. Experiences will jointly be developed through applications in the participant's organisation.

## PREREQUISITES

*General entry requirements*

## SVENSK TEXT TILL KURSBEVIS:

Kursen har behandlat hur man kan leda utvecklingsarbete med fokus på förbättring, kundtillfredsställelse och effektivitet. Deltagarna skall efter fullgjord kurs ha tillägnat sig principerna för kvalitetsutveckling, ha god kännedom om de viktigaste verktygen, ha god kunskap och insikt vad avser förbättrings-kunskap och kunna fungera som ledare för patient-/ kund-fokuserad verksamhetsutveckling inom sitt område. I kursen har teoretiska aspekter varvats med förbättringsprojekt och tillämpningar i den egna organisationen.

## ENGELSK TEXT TILL KURSBEVIS:

The course examines the concepts of Quality Improvement and their use in a quality driven organisational development. After completion of the course, the participant should have acquired a deep understanding of Improvement Knowledge and insights in the leadership role in quality driven organization development. Through applications in the participant's organisation, insights and skills in the application of these concepts to an organisation should have been achieved.

## Bilaga 2 - Intervjumall för kontaktsjuksköterska

- Vad är en kontaktsjuksköterska för dig?
- Hur fungerar din roll?
- Vad anser du är förbättringsarbete?
- Vi har läst på om ditt arbete i rapporten men kan du berätta själv lite om vad det är du har gjort?
- Vad fick förbättringsarbetet för resultat?
  - Är du nöjd?
- Upplever du att ditt förbättringsarbete har förändrat situationen för patienterna?
- I vilken utsträckning används arbetet idag?
- Vad tror du det var som gjorde att det inte fick fäste?
- Har förbättringsarbetet blivit rutin?
  - På vilket sätt?
- Vilka utmaningar upplever du att det finns med förbättringsarbeten generellt?
- Vad har du fått för bemötande från organisationen med just ditt förbättringsarbete?
- Har du fått stöd?
  - Upplever att det var positiv/negativ inställning, men fick du faktiskt stöd? (från organisation, kollegor)
- Har de varit aktivt delaktiga?
- Har ni någon verksamhetsutvecklare/motsvarande på er enhet/verksamhet/organisation?
  - Vet du vem det är?
  - Samarbetar ni?
  - Om nej: Tror du att det hade underlättat ditt arbete om det funnits?
- Hur jobbar du med förbättringsarbete idag?
- Upplever du att du har de rätta verktygen för att kunna starta upp ett nytt förbättringsarbete?
- Hur är möjligheterna för dig att påbörja nya förbättringsarbeten?
- Utöver förbättringsarbetet, hur har du kunnat använda kunskapen från kursen?
  - Exempel?
- Upplever du att du har kunnat dela med vidare den kunskap du fått från kursen?
- Upplever du att du haft användning av de kontakter som du fick under kursen?
- Känns kunskapen som du fick fortfarande användbar?
- Har deltagandet i kursen förändrat dina arbetsuppgifter?
- Arbetar du mer med förbättringsarbete nu än innan du gick kursen?
- Upplever du att du fick kunskap för att bedriva långsiktiga förbättringsarbeten?
- Har du något mera du vill berätta om ditt förbättringsarbete?
- Något mera om hur ni arbetar med förbättringsarbete?
- Något mera om hur du använder kunskapen?

- Har du något du vill tillägga som du inte fick sagt?

## Bilaga 3 - Intervjumall för vårdenhetschef

- Vad är en vårdenhetschef?
- Hur fungerar din roll?
- Vad är förbättringsarbete för dig?
- Hur jobbar ni som enhet med förbättringsarbete?
- Upplever du att det finns några utmaningar med förbättringsarbete?
  - Hos dem som enhet
  - Generellt
- Såg du någon återkommande utmaning med förbättringsarbetena?
- Vad har de olika förbättringsarbetena fått för resultat?
  - Om något inte gått bra, varför?
- Är du nöjd med resultatet?
- Varför tror du de lyckade förbättringsarbetena blev just lyckade?
- Har något av förbättringsarbetena blivit rutin?
  - På vilket sätt? Ge exempel.
- Upplever du att förbättringsarbetena har förändrat situationen för era patienter?
- Hur upplever du att de kssk som har gått kursen har för inställning till kursen?
  - Och de förbättringsarbeten de gjort?
- Upplever du att det finns ett annat slags driv efter kursen till att vilja göra förändring som inte fanns tidigare?
- Jobbas det mer med utveckling idag än innan någon kssk gått kursen?
- Hur har övrig personal (ex. andra kssk, verksamhetsutvecklare) reagerat på förbättringsarbetena?
- Har uppfattningen från annan personal om förbättringsarbete förändrats sedan kssk gått kursen?
  - Hur då?
- Hur upplever du att relationen är mellan kssk som gått utbildning och övrig personal?
- Har du upplevt att kunskapen har spridits vidare på er mottagning?
- På vilket sätt har du uppmärksammat att kunskapen från kursen används på andra sätt utöver förbättringsarbetena?
- Hur är du som vårdenhetschef delaktig i förbättringsarbetena?
- Vilka är de största skillnaderna du sett, före och efter att kssk genomfört kursen?
- Har dina/kssk arbetsuppgifter ändrats i och med förbättringsarbetena?
- Vet du om verksamhetsutvecklaren och kssk samarbetar?
  - Hur i så fall?
- Vad tror du om nätverkets betydelse för kssk?
- Upplever du att kssk fick kunskapen att driva långsiktiga förbättringsarbeten?
- Hur ser möjligheterna ut för kssk att starta nya förbättringsarbeten?
  - Har de de rätta verktygen för att kunna starta?
- Något mera om hur ni arbetar med förbättringsarbete?

- Har du något mera du vill berätta om förbättringsarbetena som görs i kursen?
- Något mera om hur kunskapen från kursen används?
- Har du något du vill tillägga som du inte fick sagt?

# Bilaga 4 - Reviderad intervjumall för kontaktsjuksköterska

- Vad är en kontaktsjuksköterska?
- Hur fungerar din roll?
- Vad anser du är förbättringsarbete?
- Vi har läst på om ditt arbete i rapporten men kan du berätta själv lite om vad det är du har gjort?
- Vad fick förbättringsarbetet för resultat?
  - Är du nöjd?
- Upplever du att ditt förbättringsarbete har förändrat situationen för patienterna?
- I vilken utsträckning används arbetet idag?
- Vad tror du det var som gjorde att det inte fick fäste?
- Har förbättringsarbetet blivit rutin?
  - På vilket sätt?
- Vilka utmaningar upplevde du att det fanns med ditt förbättringsarbete?
- Vilka utmaningar upplever du att det finns med förbättringsarbeten generellt?
- Vad har du fått för bemötande från organisationen med just ditt förbättringsarbete?
- Har du fått stöd?
  - Upplever att det var positiv/negativ inställning, men fick du faktiskt stöd? (från organisation, kollegor)
- Har de varit aktivt delaktiga?
- Har ni någon verksamhetsutvecklare/motsvarande på er enhet/verksamhet/organisation?
  - Vet du vem det är?
  - Samarbetar ni?
  - Om nej: Tror du att det hade underlättat ditt arbete om det funnits?
- Hur jobbar du medförbättringsarbete idag?
- Upplever du att du har de rätta verktygen för att kunna starta upp ett nytt förbättringsarbete?
- Hur är möjligheterna för dig att påbörja nya förbättringsarbeten?
- Utöver förbättringsarbetet, hur har du kunnat använda kunskapen från kursen?
  - Exempel?
- Upplever du att du har kunnat dela med vidare den kunskap du fått från kursen?
- Upplever du att du haft användning av de kontakter som du fick under kursen?
- Känns kunskapen som du fick fortfarande användbar?
- Har deltagandet i kursen förändrat dina arbetsuppgifter?
- Arbetar du mer med förbättringsarbete nu än innan du gick kursen?
- Upplever du att du fick kunskap för att bedriva långsiktiga förbättringsarbeten?
- Har du något mera du vill berätta om ditt förbättringsarbete?
- Något mera om hur ni arbetar med förbättringsarbete?

- Något mera om hur du använder kunskapen?
- Har du något du vill tillägga som du inte fick sagt?

## Bilaga 5 - Enkätfrågor

1. Vad har du för kön?
2. Vilket år är du född?
3. Vilken eller vilka av våra kurser har du gått?
4. Vilken är din grundprofession?
5. Hur många år har du varit yrkesverksam inom din grundprofession?
6. Vilken är din nuvarande yrkestitel/funktion (t ex verksamhetsutvecklare, utvecklingsledare, enhetschef, kontaktsjuksköterska)?
7. Har din yrkestitel/funktion ändrats efter att du gick kursen i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling eller förbättringskunskap?
8. Arbetar du med verksamhetsutveckling?
9. Vilken typ av organisation arbetar du inom?

Kommande två frågor, 10-11, är påståenden. Påstående 10 utgår från dig som person och påstående 11 utgår från din organisation/verksamhet. Till varje påstående finns fem svarsrutor (a-e). De första två är obligatoriska men svara gärna på alla fem för att uttrycka dina åsikter.

10. a) För mig personligen har utbildningen i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling eller förbättringskunskap lett till...
- 10 b) För mig personligen har utbildningen i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling eller förbättringskunskap även lett till...
- 10 c) För mig personligen har utbildningen i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling eller förbättringskunskap ytterligare lett till...
- 10 d) För mig personligen har utbildningen i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling eller förbättringskunskap ytterligare lett till...
- 10 e) För mig personligen har utbildningen i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling eller förbättringskunskap ytterligare lett till...
11. a) För min organisation/verksamhet har min utbildning i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling eller förbättringskunskap lett till...
- 11 b) För min organisation/verksamhet har min utbildning i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling eller förbättringskunskap även lett till...
- 11 c) För min organisation/verksamhet har min utbildning i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling eller förbättringskunskap ytterligare lett till...
- 11 d) För min organisation/verksamhet har min utbildning i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling eller förbättringskunskap ytterligare lett till...
- 11 e) För min organisation/verksamhet har min utbildning i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling eller förbättringskunskap ytterligare lett till...
- 12 Är projektet som du startade under kursen fortfarande aktivt?
- 13 Har förbättringsarbetet, enligt dig, lett till ett ökat värde för patienten?