



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle

GENOMBROTTS- METODIKEN OCH TIDEN EFTER

ANVÄNDNING OCH SPRIDNING AV EN INNOVATION

Författare: Adam Hrbinić

Handledare: Tom Nilsson

Magisteruppsats/Examensuppsats i
Verksamhetsutveckling och socialt arbete, 30hp
Socionomprogrammet – Verksamhetsutveckling
den 16 januari 2009

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: postmasterhs.mah.se

THE BREAKTHROUGH- METHOD AND THE TIME AFTER

USAGE AND DIFFUSION OF AN INNOVATION

*Degree project in social work -
Quality, evaluation and organization development 30 hp*
University of Malmö: Health and society, the unit for social work, 2009.

Author: Adam Hrbinić

Supervisor: Ph.d. in Political Science, Tom Nilsson

Examinor: Associate professor, Finnur Magnusson

Abstract:

In this study, I evaluate the effects of an improvement program in the form of new knowledge whereupon I study how and during which conditions this knowledge is used and disseminated. The object of this study is one service home that supplies and gives accommodation and service to elderly people with and without dementia disease. This service home has at two occasions participated in an improvement program organized of region Skåne. In both these programs an improvement tool called The Breakthrough method has been used and both these programs lie in focus of this study. In this qualitative study, I have used interviews as a method for collection of data while the theoretical basis has been composed of a theory about diffusion of innovations. The results shows that a big part of the knowledge that came out of these improvement programs consists of practical knowledge, but also of theoretical knowledge. At the start of both these improvement programs the work with The Breakthrough methodology has been the most difficult. Despite this, the implementation of the methodology in the work has continued and is now considered standardized within the dementia wards. No dissemination of the methodology to the service wards has happened, apart from off one the improvement tools well-known as the PDSA-tool. The reasons to why the methodology not has been disseminated to the service wards are many, for instance that the team-foremen does not see the work on improvement as a part of their commission, a high work related stress, that certain employees' have got a negative attitude vis-à-vis the work on improvement and that the wards have had various time to introduce the methodology. Another factor that can have influenced the dissemination of The Breakthrough methodology is a view among team-participants' that the aim of the improvement programs not has been to disseminate the methodology to the service wards.

Keywords: Breakthroughmethod, innovation, knowledge, improvement, evaluation.

GENOMBROTTS- METODIKEN OCH TIDEN EFTER

ANVÄNDNING OCH SPRIDNING AV EN INNOVATION

Examensuppsats i socialt arbete -
Kvalitet, utvärdering och verksamhetsutveckling 30 hp
Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, enheten för socialt arbete, 2009.

Författare: Adam Hrbinić

Handledare: Fil.dr. i Statsvetenskap, Tom Nilsson

Examinator: Docent, Finnur Magnusson

Abstract:

I den här studien utvärderar jag effekter av ett förbättringsprogram i form av nya kunskaper varefter jag studerar hur och under vilka villkor dessa kunskaper används och sprids. Studieobjektet är ett servicehus som ger service till äldre med och utan demenssjukdom. Denna verksamhet har vid två tillfällen deltagit i förbättringsprogram anordnade av Region Skåne. I bägge programmen har man, som förbättringsverktyg använt sig utav Genombrottsmetodiken och båda dessa program ligger i fokus för studien. I denna kvalitativa studie har jag använt mig utav intervjuer som metod för datainsamling medan den teoretiska basen har utgjorts av teorin om innovationsspridning. Resultat visar att en stor del av kunskapen man fått genom dessa förbättringsprogram består av praktisk kunskap, men också teoretisk kunskap. I början av bägge förbättringsprogrammen har arbetet med metodiken varit som svårast. Trots detta har man fortsatt att implementera metodiken i arbetet och i nuläget anser man att användningen av metodiken har blivit standardiserad inom demensavdelningarna. Någon spridning av metodiken till serviceavdelningarna har inte skett, förutom av ett förbättringsverktyg känt som PDSA-verktyget. Anledningarna till att metodiken inte spridits till serviceavdelningarna är många, t.ex. att arbetslagsledarna inte ser förbättringsarbete som en del av sitt uppdrag, hög arbetsbelastning, vissa medarbetarnas negativa attityd gentemot förbättringsarbetet och att avdelningarna haft olika lång tid på sig att införa metodiken. En annan faktor som kan ha påverkat spridningen av metodiken är teamdeltagarnas uppfattning att syftet med förbättringsprogrammen inte varit att sprida metodiken till serviceavdelningarna.

Nyckelord: Genombrottsmetodik, innovation, kunskap, förbättring, utvärdering.

Förord

Nu är vi här, äntligen i mål, förhoppningsvis. Dags att rikta min tacksamhet till alla de som har gjort mig sällskap under denna resa.

Först och främst ett stort tack till min handledare som har uppvisat en oerhört stor professionalitet, kunnighet och inte minst tålamod och vänlighet.
Tack Tom, du har varit till ett kollosalt stöd.

Ett lika stort tack riktar jag till alla informanter som har ställt upp och bidragit med en del av sin vardag. Utan er hade denna uppsats inte sett dagens ljus.
Tack för all vänlighet och överseende.

Ett stort tack går till kontaktpersonen som har ordnat de vidare kontakterna och på annat sätt skapat förutsättningarna för att denna studie kunde genomföras.

Sist måste jag tacka min lilla familj, sambon Kicki och sonen Kevin, men även släkt och vänner som visat förståelse för mina ständiga upprepningar: ”Jag har inte tid, jag måste gå, måste plugga”.

Stort Tack Allihopa!

Malmö Högskola/Hälsa och Samhälle
December 2008

Adam Hrbinić

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1.	INLEDNING	1
1.1	BAKGRUND TILL STUDIEN	1
1.2	SYFTE	2
1.3	FRÅGESTÄLLNINGAR	2
2.	GENOMBROTTSMETODIKEN	3
2.1	GENOMBROTTSMETODEN OCH DESS TILLKOMST	3
3.	FÖRBÄTTRINGSPROGRAMMEN	5
3.1	GENOMBROTT MED FOKUS PÅ EN BÄTTRE DEMENSVÅRD	5
3.2	GENOMBROTT MED FOKUS PÅ ÄLDRE OCH LÄKEMEDELSHANTERING	6
4.	METOD	7
4.1	VAL AV UTVÄRDERINGSMODELL	7
4.2	FORSKNINGSSTRATEGI	9
4.3	VAL AV DATAINSAMLINGSMETOD	10
4.4	PLANERING, URVAL OCH GENOMFÖRANDE AV INTERVJUER	11
4.5	VALIDITET OCH RELIABILITET	12
4.6	STRATEGI FÖR EMPIRIPRESENTATION	13
4.7	METOD FÖR ANALYS AV MATERIALET	14
4.8	AVGRÄNSNINGAR	14
4.9	METODDISKUSSION	15
4.10	ETISKA ASPEKTER	15
5.	TEORI	16
5.1	KUNSKAPSBEGREPPET	16
5.2	TEORI OM INNOVATIONSSPRIDNING	17
5.2.1	<i>Innovation</i>	18
5.2.2	<i>Tid</i>	19
5.2.2.1	Innovationsbeslutsprocessen	19
5.2.2.2	Innovationsbenägenhet och kategori av adopterare	20
5.2.2.3	Adopteringsgraden	21
5.2.3	<i>Kommunikationskanal</i>	21
5.3	TEORIDISKUSSION	21
6.	EMPIRI OCH ANALYS	22
6.1	INNOVATION	22
6.1.1	<i>De relativa fördelarna</i>	23
6.1.2	<i>Komplexiteten</i>	25
6.1.3	<i>Provbarheten</i>	26
6.1.4	<i>Observerbarheten</i>	27
6.1.5	<i>Kompatibiliteten</i>	28
6.2	TID	30
6.2.1	<i>Innovationsbeslutsprocessen</i>	30
6.2.1.1	Kunskapsfasen	30
6.2.1.2	Övertalningsfasen	33

6.2.1.3	Beslutsfasen	34
6.2.1.4	Implementeringsfasen	35
6.2.1.5	Bekräftelsefasen	39
6.2.2	<i>Innovationsbenägenhet och kategori av adopterare</i>	39
6.2.3	<i>Adopteringsgraden</i>	40
6.3	KOMMUNIKATIONSKANALER	42
6.3.1	<i>Spridning av Genombrottsmetoden</i>	44
6.3.2	<i>Andra möjliga påverkansfaktorer på metodikspridning</i>	46
6.4	SKUGGKONTROLL	48
6.4.1	<i>Kunskap innan Genombrottsmetodiken</i>	48
6.4.2	<i>Kunskap efter Genombrottsmetodiken</i>	48
6.4.3	<i>Hur hade det varit utan Genombrottsmetodiken?</i>	48
7.	RESULTAT OCH SLUTSATSER	49
7.1	HUR SER KUNSKAPEN SOM GENOMBROTTSPROGRAMMET HAR LETT TILL UT?	49
7.1.1	<i>Skuggkontroll</i>	49
7.2	ANVÄNDS, OCH I SÅ FALL PÅ VILKET SÄTT SPRIDS DE NYVUNNA KUNSKAPERNA?	49
7.3	UNDER VILKA VILLKOR ANVÄNDS OCH SPRIDS DE NYA KUNSKAPERNA?	50
8.	DISKUSSION	52
8.1	SLUTDISKUSSION	52
8.2	ATT TÄNKA PÅ VID NÄSTA FÖRBÄTTRINGSPROGRAM	52
8.3	MINA FORSKARERFARENHETER UNDER STUDIEN	53
8.4	FÖRSLAG PÅ FORTSATT FORSKNING	53
9.	KÄLLFÖRTECKNING	54

BILAGOR

Bilaga I	Översikt över informanter
Bilaga II	Intervjuguide med teammedlemmar
Bilaga III	Intervjuguide med personal
Bilaga IV	Intervjuguide med tjänstemannen

1. INLEDNING

I detta kapitel kommer jag att presentera bakgrunden till mitt ämnesval samt processen som ledde till att uppsatsen blev en utvärdering. Jag kommer också att presentera Genombrottsmetodikens och de två förbättringsprogrammen som studien fokuserar på. Inledningen kommer även att inrymma uppsatsens syfte och frågeställningar samt en reflektion kring de avgränsningar jag gjort.

1.1 Bakgrund till studien

Under de senaste åren har brister inom äldreården uppmärksamats allt mer, särskilt brister i vården av äldre dementa. Chefredaktören för *LäkemedelsVärlden* Fredrik Hed (2005) har t.ex. skrivit om övermedicinering av äldre där polyfarmaci är vanligt förekommande och där vissa äldre får upp till tjugofem olika mediciner varje dag. Liknande varningar kom år 2007 från vårdfacket där Jan Thomasson uppmärksammade biverkningar som leder till inläggningar pga. övermedicineringen av äldre. Förutom biverkningar som leder till sämre välbefinnande av de äldre tillkommer även högre kostnader för skattebetalarna som en felaktig läkemedelshantering ger upphov till. Enligt en debattartikel skriven av Thyberg och Hyttsten (2007) uppgår kostnaderna för felaktiga läkemedelshanteringar till mångmiljardbelopp. Många av dessa brister skulle kunna undvikas och förebyggas om man arbetade med kontinuerliga förbättringsåtgärder. Problemen behöver uppmärksammas och lösas på ett systematiskt och konstruktivt sätt som samtidigt kan utgöra en kunskapsbas för ett vidare förbättringsarbete. Två centrala faktorer i denna process är personalen med dess kunskap och kompetens. Dessa faktorer har, särskilt sedan 1990-talet, enligt Mayo och Lang (1994:11), fått allt mer uppmärksamhet inom organisationsforskningen. Författarna menar att kunskaper och färdigheter i allt snabbare takt blir inaktuella och föråldrade i takt med att den teknologiska utvecklingen tar större steg framåt och ställer allt högre krav på kvalitet och service. Därför är det just personalen med sin anpassnings- och utvecklingsförmåga som kan möjliggöra en organisations överlevnad i dagens utvecklande samhälle. Som Kalling och Styhre (2003:135) skriver, är det inte längre teknologi eller andra materiella resurser som utgör den primära motorn i den ekonomiska tillväxten. Utan den största rollen för en organisations överlevnad och därmed den ekonomiska tillväxten tillfaller de intellektuella resurserna, som t.ex. kunskap (a a). En viktig faktor för utvecklingen av denna resurs och för en organisations överlevnad är dess förmåga att effektivt kunna överföra kunskap mellan sina olika enheter (Kalling & Styhre, 2003:78). Förmågan att utveckla, förnya, överföra, sprida, producera och tillämpa kunskap är den nya avgörande framgångsfaktorn för dagens företag och organisationer. Därför sätts en större fokus på medarbetarnas lärande, delaktighet i organisationens vision, kunskaps- och kompetensutveckling etc. (Albinsson, 1998:29–33, Kalling & Styhre, 2003:78). Även synen på lärande som en strategi för förändring har förändrats och nu ses den som en kontinuerlig process och som en integrerad del av individens eller gruppens dagliga arbete i verksamheten (Ellström & Hultman, 2004:11–18). Allt detta visar på vikten av förbättringsarbete, lärande och utveckling av både kunskap och organisationernas arbetssätt för att därigenom kunna bemöta de krav som en samhällsutveckling kräver, inte minst inom äldreården.

Många gånger baseras förbättringsarbeten på av forskare framtagna modeller som redan är beprövade och använda i förbättringssyfte i andra länder och inom olika verksamheter. Ett exempel på en sådan modell är den så kallade Genombrottsmetodiken. Metodikens huvuduppgift är att minska avståndet mellan kunskap och praxis och den används flitigt inom olika offentliga områden som t.ex. hälso- och sjukvården. Ett av många områden som metodiken har testats på är äldreomsorgen där man t.ex. har försökt förbättra arbetsrutiner, öka säkerheten eller tillgängligheten etc.

Utvecklingscentrum - Region Skåne har organiserat och drivit ett antal förbättringsprogram med Genombrottsmetodiken som förbättringsverktyg. I varje program deltog då ett antal team från olika offentliga verksamheter runtom i Skåne. Eftersom Genombrottsmetodiken är tänkt att användas i kontinuerligt förbättringsarbete är frågor om den är varaktig men inte minst om den sprids inom verksamheten de som är intressanta och framförallt viktiga att besvara, dels utifrån nyttoaspekten men även utifrån förbättringsaspekten vad gäller utformningen av nya utbildningsinriktade och kunskapsspridande förbättringsprogram. En av de aktörer som är intresserade av att få svar på de ovan nämnda frågorna är Utvecklingscentrum från Region Skåne.

Genom Enheten för kompetensutveckling och utvärdering med Mats Andersson i spetsen har Malmö Högskola sedan tidigare haft kontakt och samarbete med Utvecklingscentrum. Utifrån dessa kontakter initierades ett utvärderingsprojekt som Malmö Högskola skulle organisera och genomföra. Utvärderingsprojektet organiserades av Enheten för utveckling och utvärdering som bjöd in studenter, som stod inför skrivandet av sina examensuppsatser, att delta. Studenterna skulle basera sitt examensarbete på en sådan här utvärdering. På detta sätt nådde en förfrågan om deltagandet även oss studenter som gick sista terminen på socionomprogrammet med inriktning verksamhetsutveckling. Utvecklingscentrum bjöd också in ett antal verksamheter att stå som studieobjekt för utvärderingen. Eftersom verksamheternas deltagande var frivilligt kan man säga att de som anmälde sig för att delta kan ha haft ett eget intresse av denna utvärdering. Det kan då handla om en önskan att på detta sätt uppmärksamma de resultat man uppnått eller belysa och lyfta fram de faktorer som har påverkat utkomsten och varaktigheten av dem. Studenterna fick välja vilket av dessa program man önskade utvärdera, vilken verksamhet man ville ha som studieobjekt och hur ville lägga upp utvärderingen vad gäller perspektiv, angreppssättet, vinkling etc.

Jag var en av dessa studenter och jag tyckte att erbjudandet var väldigt lockande av flera skäl. Först och främst är jag, sedan tidigare, intresserad av utvärderingsarbete men också av förbättringsarbete inom äldreården som jag ser som mitt presumtiva arbetsfält. En första inblick i denna sektor fick jag genom mentorskapprojektet som ingick i vår utbildning. Jag hade då en enhetschef för ett servicehus som mentor och hon introducerade mig i hur organisering och utförande av arbetet inom ett servicehus kan se ut. Jag märkte då att förändring och förbättring är ett behövligt och viktigt inslag i arbetet inom äldreården. En annan viktig faktor som har påverkat mitt val är den uppmärksammade övermedicineringen av äldre som sker runt om i landet. Jag var intresserad att se om det görs något för att minska denna övermedicinering och om det i så fall gett resultat. Därför valde jag att fokusera på förbättringsprogram riktat mot äldreården och läkemedelshantering. Vi fick ett antal verksamheter inom äldreården, dvs. studieobjekt att välja mellan, vilket jag tyckte var positivt i och med mitt intresse av detta fält. Jag har fått en möjlighet att fördjupa mina kunskaper vad gäller utvärderingar, hur de organiseras och genomförs, och samtidigt fokusera utvärderingen på det fält jag vill verka inom efter utbildningen. Därför har jag valt att min undersökning ska bedrivas inom en verksamhet som ger vård och service åt äldre.

1.2 Syfte

Syftet med denna uppsats är att identifiera effekter av ett förbättringsprogram i form av nya kunskaper och därefter studera hur och under vilka villkor dessa kunskaper används och sprids.

1.3 Frågeställningar

Syftet med uppsatsen ämnar jag uppnå genom att studera ett förbättringsprogram som ett offentligt servicehus vid två tillfällen har deltagit i. Deltagandet skulle resultera i

kunskap att använda Genombrottsmetodiken i förbättringsarbete, som senare skulle kunna användas för förbättring inom andra områden inom verksamheten. Därför kommer jag att undersöka om de deltagande teamen har uppnått det resultat som man har tänkt sig från början, dvs. om de lärt sig metodiken och fått kunskap nog att kunna använda och sprida den. Efter detta kommer en del av studien att koncentrera sig på att undersöka vilka faktorer som kan tänkas ha påverkat programresultatets implementering, dvs. kunskapens användning och spridning. Detta mynnar ut i följande frågeställningar:

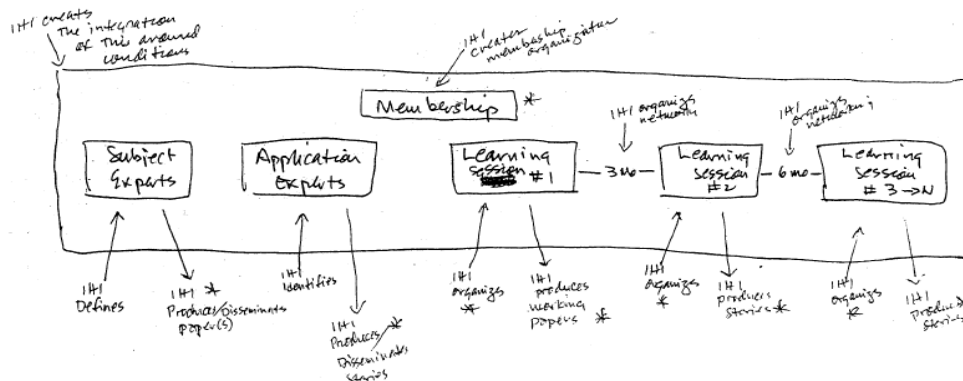
1. Hur ser kunskapen som Genombrottsprogrammet har lett till ut?
2. Används, och i så fall på vilket sätt sprids de nyvunna kunskaperna?
3. Under vilka villkor används och sprids de nya kunskaperna?

2. GENOMBROTTSMETODIKEN

I detta kapitel presenterar jag metodiken som studien fokuserar på. En bild av hur denna metodik är tänkt att fungera bör ge en bra grund till en bättre förståelse av studien.

2.1 Genombrottsmetoden och dess tillkomst

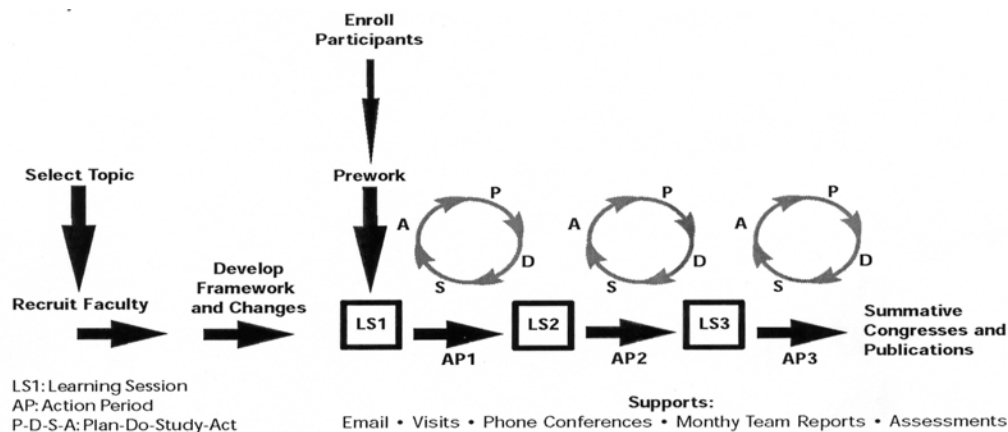
Från att bara ha varit en teckning skisserad på en pappersservett (fig. 1) av Paul Batalden 1994, en av grundarna av Institute for Health Care Improvement (IHI) i Boston (USA), utvecklades Genombrottsmodellen tillsammans med IHI's VD Donald Berwick till något som idag bär benämningen Breakthrough Series (IHI, 2003).



Figur 1. En skiss av Genombrottsmodellen, av Paul Batalden (IHI, 2003).

Modellen utvecklades i en strävan att hitta ett strukturerat sätt för lärande och arbete inom hälso- och sjukvården där verksamheterna skulle engageras i verkliga och systematiska förändringar som skulle leda till märkbara förbättringar. Man ville uppnå signifikanta förbättringar i vårdkvaliteten och samtidigt reducera kostnader. Den drivande visionen var då att sluta gapet som man ansåg fanns mellan den befintliga dokumenterade kunskapen och klinisk praxis, dvs. gapet mellan det vi vet och det vi gör. Detta skulle göras genom skapandet av en struktur där de olika intressenterna (organisationerna) lättare skulle kunna lära från varandra men också från erkända experter inom de fält som intressenterna ämnade förbättra. Man strukturerar denna ämnes- och erfarenhetskunskap med hjälp av Genombrottsmodellen som möjliggör för organisationer att välja ut, testa och implementera förändringar. Organisationerna skulle åta sig att arbeta med förbättringar enligt modellen under en begränsad tid och skifta mellan ett antal lärande perioder och ett antal arbetsperioder. Under de lärande perioderna träffas teamen från de olika deltagande organisationerna i syfte att välja och planera de förändringar deras organisationer eftersträvar, men också för att lära sig mer kring det gemensamma ämnet för förbättringsarbetet. Arbetsperioderna består

av implementering av förändringarna i den egna organisationen (IHI, 2003). En illustration av Genombrottsmetodikens förlopp ges i Fig. 2.



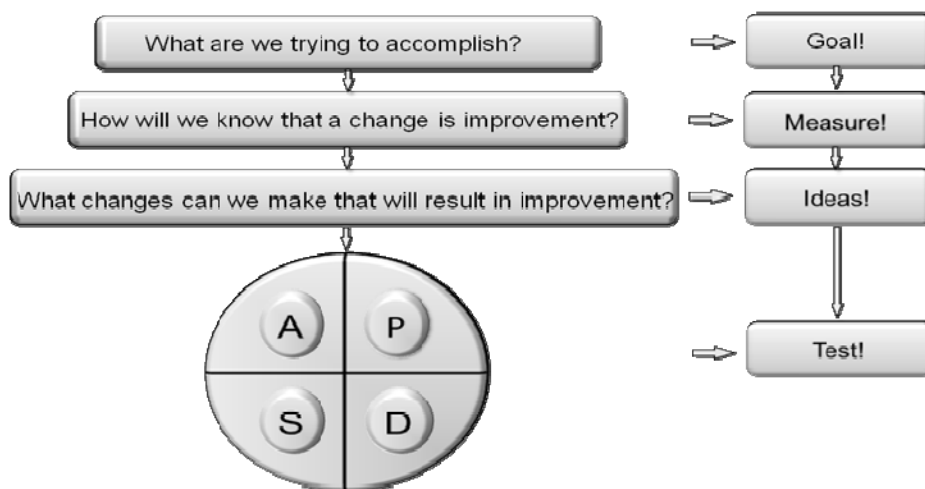
Figur 2. En skiss av arbetsgången i Genombrottsmodellen (IHI, 2003).

Select Topic innebär att man bestämmer inom vilket område som gapet mellan kunskap och praxis är störst och en förändring därmed är nödvändig (IHI, 2003), vilket i denna uppsats utgörs av äldrevård med dementa vårdtagare. Under *Recruit Faculty* samlar man in relevant expertis inom det område som förändringen gäller då man utarbetar *Framework and Changes*, dvs. programmets konstruktion och vilken typ av förändringar man ämnar åstadkomma. I fasen efter denna sker en *Enroll of Participants* då man registrerar de deltagande organisationerna och deras team samt fördelar roller och förtydligar arbetsprocessen (a a). För fallen i min studie innebär detta att Utvecklingscentrum bl.a. tydliggör sin och de deltagande organisationernas roller, bjuder in till utvecklingsprogram, förmedlar och tillhandahåller expertkunskap inom området och utser programansvarig/a, dvs. en eller fler individer som ska ansvara för programmet. De programansvarigas uppgifter blir att tillsammans med Utvecklingscentrum organisera och leda förändringsprogrammet, fylla programmet med ett innehåll, avgöra vilken kompetens som behövs för arbetet. Deras uppgift blir också att vägleda och stödja handledare eller gå in i handledarrollen för de olika teamen ifall behovet uppstår. Åtagandena som de deltagande organisationerna har är bl.a. att utse ett team med relevant kompetens och intresse för förändringsarbete, att aktivt delta och ta ansvar för utvecklingsprocessen, att skapa möjligheter för teamet att under programtiden arbeta med förbättringsarbetet men framförallt att verka och ansvara för förbättringsarbetets och förbättringskunskapens varaktighet och spridning inom organisationen (Utvecklingscentrum, Region Skåne, 2007).

Nästa fas av programmet utgörs av den strukturerade *arbetsgången*. Den inleds med den första av ca tre *Learning Sessions* där man presenterar målet med programmet och den förändring programmet avser leda till. Teamen lär sig att använda ett verktyg som ger dem möjlighet att planera, testa, reflektera över och förbättra de framtagna förändringsidéerna i sin egen organisation. Under de andra två lärande sessionerna träffas de olika teamen och utbyter erfarenheter de skaffat sig under programmets gång vilket leder till att teamen ytterligare utvidgar sin kunskap i både metodhantering och de lösningar som fungerar bäst och som kan användas av fler. *Aktion Periods* ligger mellan de lärande sessionerna och tjänar till att teamen ska testa och mäta de förändringar de arbetat fram. För att kunna organisera och genomföra det här arbetet använder teamen *Model for Improvement*¹, ett verktyg utarbetat av Associates in Pro-

¹ I fortsättningen används den förkortningen PDSA-verktyg.

cess Improvement (IHI, 2003). Som figur 3 visar finns det fyra nyckelfaktorer för en framgångsrik förbättring.



P-D-S-A=Plan-Do-Study-Act

Figur 3. Model for Improvement (Omgjord från: Landstinget i Östergötland, internet källa)

Man ska ha tydliga och mätbara mål, lämpliga mätinstrument så att man kan följa förändringen över tid, förändringsidéer – dvs. idéer om vad vi kan göra för att uppnå en förbättring, och till sist göra en serie tester av de olika förbättringsidéerna med hjälp av PDSA-verktyget. Man planerar alltså åtgärden och beaktar alla viktiga variabler runtom, sedan genomförs åtgärden och förändringarna mäts, därpå utvärderas resultatet och sedan på grundval av denna utvärdering bestämmer man sig för att antingen införa åtgärden i en större skala och eventuellt permanenta den eller för att förkasta den. Den här processen görs flera gånger med flera olika förändringsidéer som tillsammans utgör den förbättring man förväntat sig från början (IHI, 2003). Detta i sig betyder att Genombrottsmodellen inte handlar om att hitta en universell lösning på alla problem utan att man ständigt gör små förbättringar som efter hand skapar den helhet man eftersträvar (Ohlin, 2003).

PDSA modellen är bara en av Genombrottsmodellens hörnstenar. Andra hörnstenar som är lika viktiga är förändringstryck och förändringsvilja, förändringskoncept och förändringsidéer och till sist den ovanredovisade arbetsgången (Ohlin, 2007).

Det som Utvecklingscentrum ville uppnå med de förbättringsprogram som är i fokus för denna studie var att skapa en möjlighet för de deltagande verksamheterna att uppnå sina mål genom att använda denna metodik. Man ville även att de deltagande teamen skulle lära sig ett arbetssätt som skulle kunna användas inom andra områden inom organisationen (Utvecklingscentrum, Region Skåne, 2007).

3. FÖRBÄTTRINGSPROGRAMMEN

Kapitlet innehåller en presentation av de två förbättringsprogrammen som står i fokus för denna utvärdering. Jag kommer att presentera vilka mål och syfte de deltagande teamen har haft samt göra en kort redovisning av de uppnådda resultaten.

3.1 Genombrott med fokus på en bättre demensvård

Region Skåne/Utvecklingscentrum organiserade i slutet av 2005 ett förbättringsprogram i syfte att få en bättre demensvård i Skåne. En av de många deltagande verk-

samheterna var Solberget² som bl.a. inhyser demenssjuka vårdtagare. Eftersom förvirring, orolighet och ibland aggressivitet uppkommer hos dessa vårdtagare är det av stor vikt att ha snabba rutiner för att minska vårdtagarnas lidande, men även de anhörigas och personalens belastning. Detta skulle åstadkommas genom samverkan mellan kommunen och den närliggande Geriatrik och Rehab kliniken. På så sätt kan man säga att deltagandet i detta förbättringsprogram består av två parter. Syfte med deltagandet var att möjliggöra en kvalificerad vård för personer med demens på Solbergets särskilda boende när så krävs, dvs. när vårdtagarna uppvisar symptom eller beteenden som svår oro och aggressivitet. Samtidigt ville deltagarna öka omvårdnadspersonalens känsla av trygghet i arbetet med dementa (Utvecklingscentrum, Region Skåne, 2006).

Teamet satte upp två mål. Det första målet var att genom snabbt och adekvat omhändertagande sänka oro- och aggressivitetsnivå. Det andra var att genomföra bedömningar av alla akut oroliga vårdtagare som uppvisar demenssymptom i sin hemmiljö. Oro- och aggressivitetmätningen uppvisade bra resultat som rörde sig ovanför målet förutom under en veckas tid då personalen pga. missförstånd inte mätte. Det andra målet uppnåddes också och resultatet blev bättre än man förväntat sig (Utvecklingscentrum, Region Skåne, 2006).

Teamets delmål var att höja trivselupplevelsen på arbetsplatsen men också demensomvårdnadskompetensen på nivå 6 eller mer på VAS-skala³. Resultatet visar att trivsel- och kompetensnivå hållit en jämn nivå. Ett annat mål var att minska avvikelserapporterade hot- och våldincidenter med 50 %. Resultatet var bra men man märkte att inrapportering var sällsynt vilket förklarades med personalens inställning om att vid vård av dementa så får man tåla lite (Utvecklingscentrum, Region Skåne, 2006).

3.2 Genombrott med fokus på äldre och läkemedelshantering

Detta program startade år 2007 av Utvecklingscentrum med målet att förbättra läkemedelshantering hos äldre. Solberget har deltagit med ett team i detta program mot bakgrund av de rekommendationer verksamheten fick av Socialstyrelsen. Myndigheten gjorde ett tillsynsbesök sommaren 2006 och fann bl.a. att vårdtagarna i genomsnitt hade åtta läkemedel. Därför gavs rekommendation att medicineringen borde omprövas oftare och att man borde sätta in andra åtgärder med mindre risker för biverkningar för att minska t.ex. oro, sömnsvårigheter, värk etc. Teamet har formulerat ett syfte med sitt deltagande i programmet och det är att erbjuda sina pensionärer en ändamålsenlig och säker läkemedelshantering med målet att minska risken för läkemedelsrelaterade biverkningar. Teamet har satt upp ett antal numeriska delmål. Det första delmålet, som var att minska andelen ordinerade läkemedel enligt stående ordination med 30 % under perioden 0703015-071107, uppnåddes och vid programmets slut minskade denna andel läkemedel med 57 %. Det andra delmålet var att andelen ordinerade "vidbehovs" läkemedel skulle minska med 50 % under perioden 070305-071107. Även detta delmål uppnåddes och vid programmets slut uppkom minskningen till 62 %. Det tredje delmålet var att, tillsammans med en representant från apoteket, genomföra läkemedelsgenomgångar för vårdtagarna som hade Solen kliniken (påhittat namn) som husläkare innan 071106. Man planerade in fyra tillfällen för dessa genomgångar och resultatet vid tre av dessa genomgångar var 66 läkemedelsrelaterade problem varav 65 åtgärdades. Åtgärder för 45 av dessa 65 läkemedelsrelaterade

² I syfte att säkra anonymiteten har jag hittat på detta namn för den verksamhet som undersökningen bedrivs inom.

³VAS-skala – Visuellt Analog Skala – skala som ingår i en grafisk metod för att mäta en persons uppfattning eller upplevelse (Nationalencyklopedin, 2008).

problem ledde till att läkemedlet sattes ut. Ett fjärde delmål var att samtliga patienter vid 80 % av mättillfällena skulle skattas till ett välbefinnande på + – 4 på Uggledalens Glädje- och Välbefinnandeskala. Resultat av de åtgärderna som gjordes visade här på en skiftande måluppfyllelse. De sista två delmålen var att:

- aktuella apodosordinationer i en objektiv mätning till 100 % skulle vara korrekta utifrån checklista, vid en slutmätning under oktober 2007, och att
- aktuella signeringslistor i förhållande till aktuell apodoslista skulle vara korrekta till 100 % vid en slutmätning under oktober 2007.

Vad gäller resultatet av de åtgärder som sattes in för att uppnå de här delmålen kan man säga att vid den första interna granskningen var antal avvikelser 82 medan efter den tredje interna granskningen var antalet avvikelser 7 (Utvecklingscentrum, Region Skåne, 2007).

4. METOD

Här kommer jag att redogöra för tillvägagångssättet genom vilket jag ämnar uppnå syftet med studien. Jag kommer att presentera en utvärderingsmodell lämplig för denna utvärdering, en datainsamlings- och databearbetningsmetod samt föra en diskussion kring mina val i denna process.

4.1 Val av utvärderingsmodell

Vedung (1998:22) definierar utvärdering som en noggrann efterhandsgranskning av, inte enbart avslutade utan även pågående interventioner. Det som ligger i fokus för en utvärdering är utfall, förvaltning och slutprestationer (a a).

Enligt Vedung (1998:123) finns det två utvärderingshuvudformer varav den för min uppsats relevanta är effektmätning. En effektmätning ger information om insatsens utfall, (a a), dvs. förklarar orsakssamband mellan en insats och den förändring som insatsen förväntas leda till (Nilsson & Widell, 2006:9). Ett av de centrala begreppen för en effekttvärdering är just begreppet effekt. Med det här begreppet menas:

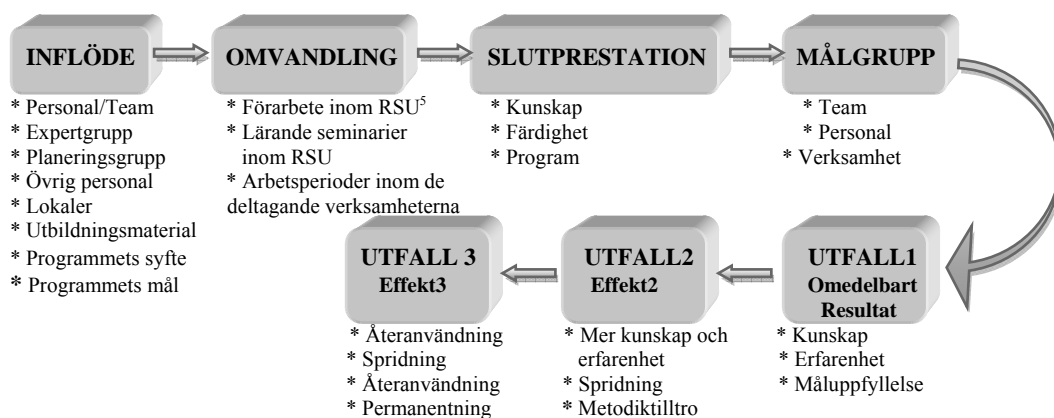
”... en förändring som inträffat som en följd av en vidtagen åtgärd och som annars inte skulle ha inträffat” (Nilsson & Widell, 2006:9).

En effekttvärdering förutsätter jämförelse av en insats och det som insatsen leder till, dvs. förändringar (Nilsson & Widell, 2006:12). Man behöver jämföra det *kontrafaktiska* med det *faktiska*, dvs. det som skulle ha inträffat utan insatsen och det som har inträffat med hjälp av insatsen. Det problematiska blir att fastställa det kontrafaktiska tillståndet, vilket i praktiken aldrig kan göras fullt ut. Det som forskare kan göra är att minimera osäkerheten kring dessa frågor. Beroende på om det finns en kontrollgrupp att jämföra med eller inte kan denna osäkerhet minskas genom olika typer av experiment, generisk, statistisk eller reflexiv kontroll. Ett annat sätt är s.k. *skuggkontroll* (Vedung, 1998:138–140). Vid en skuggkontroll jämförs resultatet av en viss insats med en bedömning eller uppskattning av hur situationen hade varit utan insatsen, men också med en bedömning av hur situationen var innan och efter insatsen. En sådan uppskattning skulle kunna ges av experter, administratörer eller insatsens adressater (Vedung, 1998:163–164). Den här utvärderingen organiserades utan någon kontrollgrupp att jämföra med. Kontrollgruppen hade kunnat vara ett annat servicehus med liknande förutsättningar där Genombrottsmetodiken inte används. I så fall hade fastställandet av det kontrafaktiska tillståndet kunnat göras med hjälp av en s.k. matchad kontroll eller kvasiexperiment (Vedung, 1998:147). Denna möjlighet fanns inte vid tiden för denna studie. Som underlag för det kontrafaktiska tillståndet valde jag skuggkontrollmetoden. Jag samlade ihop utlåtanden om kunskapsläget kopplat till

förbättringsarbetet⁴ före och efter det att Genombrottsmetodiken använts inom verksamheten, samt utlåtanden om hur det hade varit, både vad gäller kunskapsläget och förbättringsmålet, ifall man inte använt sig utav metodiken. Materialet erhöles av nyckelpersoner vars kompetens och befattning, enligt min bedömning, kunde gensvara kravet på tillförlitlighet och objektivitet. Den huvudsakliga skillnaden mellan denna typ av kontroll och andra slags kontroller är, enligt Vedung (1998:164) att utlåtandet inte bygger på data utan på personliga bedömningar. Detta kan ses som en nackdel, trots det faktum att bedömaren oftast har bättre inblick i den verkliga situationen. Man menar att administratören kan ha intresse av att frisera utlåtandet eftersom det avser den egna verksamheten. Trots det använder man sig i högre grad av just administrativa kontroller och adressatkontroller vid kvalitativa utvärderingar menar Vedung (1998:165).

En svårighet vid denna effektutvärdering var att isolera insatsen på det sättet att härledning av effekterna endast kunde göras utifrån insatsen och inget annat (Vedung, 1998:137). Detta kallar Vedung för *isoleringsproblem* vilket gör att man bör vara extra försiktig när man drar slutsatser av en effektutvärdering, vilket jag försökt vara.

Eftersom effekter av en insats kan vara många (a a) kan en modell för hur insatsen är tänkt att fungera vara till hjälp vid valet av den effekt man vill fokusera på i sin undersökning. Programteori är, enligt Vedung (1998:124), ett verktyg som gör det möjligt för utvärderaren att välja vilken länk i processkedjan fokus ska läggas på. Med hjälp av programteorin kan vi rekonstruera en kognitiv karta över programmet så som det är tänkt att fungera för att sedan jämföra denna med den faktiska situationen som undersökningen resulterar i. På så sätt blir programteori (figur 4.) en avbildning av insatsens avsedda implementering (a a:128).



Figur 4. Programteori för Genombrottsmetodik

Inflödet, som Vedung (1998:24) beskriver det, utgörs av allt som kommer in i förvaltningen, verksamheten, processen osv. från omgivningen. Det kan handla om resurser av olika slag, legitimitet, krav, regler etc. I min programteori utgår jag ifrån att de medverkande teamen (bestående av verksamhetens personal) är en del av inflödet, liksom expertgruppen (dvs. handledarna), planeringsgruppen, lokaler där seminarierna hålls, utbildningsmaterial men även programreglering och programbeskrivning. Programmets syfte och programmålet utgör andra delar av inflödet. I omvandlingsfa-

⁴ Utlåtandet avser team som deltog i förbättringsprogrammet startat 2007 (i uppsatsen kallad för FP2). Utlåtande som skulle kopplas till förbättringsprogram (i uppsatsen kallad för FP1) startat 2006 uteblev.

⁵ RSU – Region Skåne/Utvecklingscentrum

sen omvandlas inflödet genom olika aktiviteter och processer och kommer ut som slutprestation (Vedung, 1998:24). I programteorin sker omvandlingen redan i förarbetet då man väljer deltagare, sätter ihop team, då de deltagande teamen formulerar mål, men även under seminarietillfällena och sedan under arbetsperioderna som utspelar sig i verksamheterna som teamen kommer ifrån. Vedung (1998:25) definierar slutprestation som det sista som kommer ut ur omvandlingen och når målgruppen medan utfall, som kan ske i fler led, blir den produkt som kommer efter detta möte, dvs. efter det att målgruppen reagerat på eller använt slutprestationen. Jag utgår ifrån att slutprestation i programteorin för förbättringsprogrammet med Genombrottsmetodik är kunskapen och färdigheten i att använda metoden som ett verktyg för förbättringsarbete. *Utfall 1*, det *omedelbara utfallet*, är kunskap, erfarenhet, idéer på lösningar och framförallt uppfyllelse av verksamhetens egna syfte och mål med deltagandet i programmet. Mellanliggande utfall, dvs. *utfall 2* blir att teamen får mer erfarenhet och kunskap i metodikanvändning och att sprida denna kunskap inom verksamheten för en vidare användning. Samtidigt ska en tilltro till metodiken växa genom att personalen på de deltagande verksamheterna får känna dess fördelar. Allt detta ska mynna ut i *utfall 3* då metodiken fortsätter att användas inom andra områden inom verksamheten och eventuellt standardiseras.

Utifrån det ovan sagda och med tanke på studiens syfte är det utfallssidan som ligger i fokus för undersökningen. Jag kommer att identifiera vad den nya kunskapen består av (utfall 1), hur den sprids och hur den används inom verksamheten (utfall 2 – 3), men också hur den upplevs av personalen. Jag kommer även att undersöka vilka faktorer som kan tänkas ha påverkat denna spridning och användning.

4.2 Forskningsstrategi

Vid planeringen av denna undersökning var en viktig fråga om den skulle utgå ifrån en befintlig teoretisk bildning i avseende på det undersökta fenomenet, något som kallas för *deduktiv strategi*, eller om jag först skulle samla in materialet utan någon teoretisk förståelse för att sedan använda det för tolkning och generalisering baserad på frekvenser och samband, dvs. *induktiv strategi* (Sohlberg, 2006:93–94). Min första tanke var att vid en utvärdering är den självklara vägen att gå den induktiva eftersom man bör hållas öppen för den empiriska verkligheten som man sedan vill kunna dra slutsatser utifrån. Enligt Sohlberg (2006:93) är det induktiva angreppssättet mest lämpligt i de fall då forskaren vill förklara och leta efter orsaker till ett fenomen. En del av undersökningen syftar just till att leta efter svar på orsaker till fenomenets tillstånd, dvs. kunskapens tillkomst, användning och spridning. Efter att jag påbörjat tankeprocessen kring utformningen av det induktiva angreppssättet visade det sig att jag inte hade alltför stor kännedom om vad kunskap, spridning och faktorer som kan påverka detta betydde och stod för. Därför startade jag en omfattande och öppen litteraturstudie för att bredda min egen förtrogenhet med dessa begrepp. Så småningom insåg jag att jag hade skapat mig en viss teoretisk *förförståelse* kring det fenomenet jag ville belysa och förklara, med andra ord min strategi fick en deduktiv förklädning utan att jag från början varit medveten om det. Jag hade skapat mig, som Johansson-Lindfors (1993:80) skriver, de ”glasögon” med vars hjälp jag riktade blicken mot det empiriska fenomenet jag undersökte. Johansson-Lindfors (a a) menar att en förförståelse kan styra, men även strukturera en forskning på så sätt att man får möjlighet att reflektera över olika aspekter och infallsvinklar på fenomenet innan den empiriska undersökningen äger rum. Dessa insikter gjorde att jag ändrade angreppssättet något. Jag insåg att utgångspunkten för den empiriska undersökningen inte endast borde vara en djupare förförståelse utan även en begrepps- och teorigrund. Jag ville undvika att min begränsade kunskap om det fenomen jag valt att studera skulle göra att jag

missade viktiga aspekter vid den empiriska undersökningen. Därför gjorde jag en öppen teoriresearch kring de begrepp och teorier som vetenskapligt belyste fenomenet jag undersökte. Dessa kom sedan att användas som utgångspunkt för organiseringen av den empiriska undersökningen. Härmed kom mitt val av forskningsstrategi att omfatta delar av både induktiv och deduktiv strategi. Därför organiserade jag materialinsamlingen dels utifrån en teoretisk ram men jag höll den också öppen för nya insikter och förklaringar som kunde dyka upp. Denna slags struktur handlar således om att, med utgångspunkt i det observerbara fenomenet ställa sig frågan om hur man kan göra resultatet av det observerbara begripligt, något som kallas för *abduktiv strategi* (Sohlberg, 2006:95). Utifrån det oavsagda blev min undersökning hermeneutiskt orienterad eftersom jag gick från teori till empiri och sedan tillbaka till teori (Johansson - Linfors, 1993:60). Poängen blir enligt författarna, att den teoretiska ramen utgör en intressefokus utifrån vilken jag sedan undersökte och tolkade den empiriska verkligheten. Det viktiga i denna process var att ha ett öppet förhållningssätt vid undersökningen så att det empiriska materialet, förutom att fylla den teoretiska ramen, fick möjlighet att även kunna förändra den (a a).

Jag riktade denna utvärdering mot en utvald verksamhet, ett sätt för närmande den empiriska verkligheten som Denscombe (2000:41) kallar för *fallstudie*. Det som kännetecknar en fallstudie är att fokus till viss del läggs på relationer och processer som är sammanlänkade och att olika delar bidrar till en förklaring av helheten (a a:42). Studien bedrevs inom en naturlig miljö och behandlade ett fenomen som fanns (Genombrottsmetodiken) och som förhoppningsvis kommer att fortsätta finnas där. Min avsikt var att studera fenomenet så som det uppträder i sin naturliga miljö och därefter, till viss del pröva den valda teorin. En av de största nackdelarna med fallstudier, enligt Denscombe (a a:53) är svårigheten att frambringa generaliserbara slutsatser. Genom valet av undersökningsenhet försökte jag öka generaliserbarheten av de resultat jag kom fram till. Valet av undersökningsenhet var i viss grad begränsat då vi studenter, som ingick i utvärderingsprojektet, hade ett bestämt antal verksamheter att välja bland. Mitt val baserades på verksamhetens profilering med avseende på den typ av vårdtagare som undersökningsenheten inhyser. Min uppfattning är att många andra servicehus har en liknande profil, dvs. erbjuder service till äldre utan och med demenssjukdom. Verksamheten har tre s.k. demensavdelningar där man ger service till äldre med demenssjukdom, och fyra s.k. serviceavdelningar som ger service till äldre utan demenssjukdom. Studien har bedrivits inom dessa demensavdelningar vilket medför att studiens resultat kan vara relevant även för andra verksamheter som inhyser äldre dementa. Som Denscombe (2000:48) skriver:

"Även om varje enskilt fall i vissa avseenden är unikt, så är det också ett exempel som ingår i en bredare kategori". (Denscombe, 2003:48)

4.3 Val av datainsamlingsmetod

Det angreppssätt som jag redovisat i stycket innan består av en växelverkan mellan induktion och deduktion. Enligt Johansson-Lindfors (1993:74) är datainsamlingsmetoden vid ett deduktivt angreppssätt, vars mål är förklaring, av kvantitativ karaktär medan ett induktivt angreppssätt, som har förståelse som den yttersta målsättningen, kräver kvalitativa datainsamlingsmetoder.

Vid valet av datainsamlingsmetod utgick jag ifrån syftet och frågeställningarna. Med denna studie ville jag identifiera effekter av ett förbättringsprogram i form av nya kunskaper och därefter studera hur och under vilka villkor dessa kunskaper används och sprids. Utifrån syftet ville jag ta reda på kunskapens natur, utbredning och omfattning vilket enligt Rosengren och Arvidson (2005:56) tyder på att studien har en

deskriptiv ansats. I en del av uppsatsen ville jag undersöka vilka faktorer som påverkar tillkomsten och utbredningen av fenomenet, dvs. kunskapen. Denna del kan man säga bygger på en explanativ *ansats* vilken, enligt författarna (a a:57) betyder att man vill förklara orsaker till ett fenomen. En av de vanligaste datainsamlingsmetoderna när man har en deskriptiv ansats är intervjuer. Trots att idealmetoden för den explanativa ansatsen är experiment utslöt jag denna och även här använde jag mig utav intervjuer (a a). Motivering till detta val återfinns i avsnitt 4.1. Viktigt att påpeka är att den empiriska undersökningen utgår ifrån de studerade personernas egna perspektiv och upplevelser. På grund av det valde jag halvstrukturerade kvalitativa intervjuer som datainsamlingsmetod. Kvale (1997:13) definierar en halvstrukturerad kvalitativ intervju som:

"... en intervju vars syfte är att erhålla beskrivningar av den intervjuades livsvärld i avsikt att tolka de beskrivna fenomenens mening" (Kvale, S, 1997:13).

Författaren menar att en intervju är ett samtal mellan intervjuaren och den intervjuade där intervjuaren försöker förstå världen och verkligheten så som den intervjuade ser och upplever den. En samtalsintervju är ett samspel innehållande utbyte av synpunkter kring ett gemensamt ämne då kunskapen om ämnet byggs upp (a a:117).

4.4 Planering, urval och genomförande av intervjuer

Syftet med de enskilda intervjuerna jag genomförde var för det första att få fram information om vilken kunskap som teamens deltagande i programmet resulterat i. Med hjälp av dessa intervjuer fick jag även information om hur och under vilka förutsättningar den nyvunna kunskapen används och sprids inom verksamheten. Dessa frågor undersökte jag ytterligare genom gruppintervjuer med personalen inom verksamheten. Eftersom jag sökte en bred men fokuserad typ av information valde jag halvstrukturerade intervjuer, vilket enligt Kvale (1997:117) betyder att de omfattar en rad olika teman med förslag på relevanta frågor. Vid frågeformuleringen är det viktigt att tänka på frågornas tematiska men också dynamiska dimension (Kvale, 1997:121). Samtidigt är det, vid konstruktionen av frågeformuläret viktigt att översätta de teoretiska begreppen till operationella begrepp som ska finnas i de konkreta frågorna (Johansson-Lindfors, 1993:111). Jag tog fram en intervjuguide innehållande förslag på frågor indelade i olika teman som fanns inbyggda i syftet och i frågeställningarna (Kvale, 1997:127). Tanken med tematiseringen var att det skulle vara lättare att strukturera och analysera svaren. Jag försökte ta fram tydliga, lättförståeliga, enkla och sammanhängande frågor med plats till fördjupning. Frågorna, tänkte jag skulle bidra till kunskapsproduktionen men också till ett bra samspel mellan intervjuaren och den intervjuade.

Det empiriska materialet i den här studien består av elva intervjuer varav två har gjorts per telefon. Intervjuerna omfattar teamdeltagare som är anställda eller har varit anställda inom verksamheten under tiden då förbättringsprogrammet planerades och genomfördes. Tre av intervjuerna genomfördes i grupper med personal från de tre demensavdelningarna. Informanterna var av varierande ålder och hade olika professionella bakgrunder. Anledning till att jag valde ett relativt stort antal intervjuer var att jag ville få en så bred och framförallt en så tillförlitlig bild som möjligt av fenomenet och verkligheten. Intervjuerna, bortsett från de två telefonintervjuerna, genomfördes antingen på informanternas kontor eller, som vid gruppintervjuerna, i ett personalrum där vi var ostörda. Detta medförde att informanterna kunde känna sig bekväma och säkra under intervjuerna. Innan genomförandet av själva intervjuerna presenterade jag studien, dess bakgrund och syfte både skriftligt och muntligt. Samtidigt inhämtades samtycke genom att informanterna antingen signerade de samtyckesformulär jag hade med mig eller samtyckte muntligt (vilket jag spelade in) i de fall då

intervjuerna genomfördes per telefon. I anslutning till samtyckesgivandet blev alla informanter tillfrågade om de biföll med att samtalet spelades in, vilket alla gjorde. Vid inspelningarna användes en professionell röstinspelare med extern grupp-mikrofon, vilket underlättade transkriberingsarbetet. Det som är av stor betydelse för intervjukvalitet är, enligt Kvale (1997:120) de första minuterna av en intervju. Då har intervjuaren tillfälle att skapa en känsla av tillförlitlighet hos de intervjuade genom att bl.a. lyssna uppmärksamt och visa intresse och respekt för det som sägs (a a). Med detta i åtanke inledde jag mina intervjuer med ett antal mjuka frågor för att sedan övergå till mer djupa och krävande frågor och till sist avsluta med mjuka frågor igen. Vid slutet av intervjuerna tillfrågades informanterna i fall det var något de ville tillägga och i fall de ville ha transkription av samtalet. Intervjuerna avslutades med att jag tackade för deltagande och frågade i fall jag fick lov att återkomma om ett behov av komplettering skulle uppstå, vilket informanterna gick med på.

En viktig fas vid intervjuundersökningar är utskriftsfasen eftersom det är utskriften som betraktas som det enda tillförlitliga datamaterialet i en sådan här undersökning (Kvale, 1997:149). En av de faktorer som kan påverka hur en utskrift bör genomföras är de avsikter man har med den (a a). I den här utvärderingen var det analysen av intervjutexterna som kom att leda till ett resultat. Jag ville till stor del skulle vara ordgranna med viss bortredigering av, för studien informationslösa delar av intervjuaterialet. Redigering användes i större omfattning vid utskriften av de tre gruppintervjuerna därför att en ordgrann utskrift av dessa intervjuer sannolikt hade gjort texten för bölig och osammanhängande. Det kan, enligt Kvale (a a) vara önskvärt att till en viss grad redigera intervjuutskriften eftersom analysmetoden består av meningskoncentrering (behandlas i avsnitt 4.7). Redigeringen handlade i mitt fall om att översätta informanternas muntliga utsagor till skriftlig form i enlighet med deras allmänna sätt att uttrycka sig på.

4.5 Validitet och reliabilitet

En anledning till att jag valde att göra flera intervjuer var att säkra att jag observerade det fenomenet jag ämnade observera, och därmed öka *validiteten* (Kvale, 1997:215). Enligt Kvale (1997:208) är en kritik som kan riktas mot kvalitativa studier att de oftast bygger på för få intervjuer. Annan kritik handlar om att resultaten utgår ifrån ledande frågor, att de bygger på subjektiva tolkningar (a a) eller att informanter ger felaktig och snedvriden information (a a:219). Validitetsbegreppet kan kopplas till olika forskningsfaser och Kvale (1997:214) anger sju sådana. Enligt författaren bör en forskare tänka på validitetsproblemet redan vid *tematisering* då man väljer de lämpliga teorierna och vid dess överföring till den empiriska verkligheten (a a). I den här studien har jag, vid teorivalet gjort en omfattande litteraturgenomgång där olika begrepp, definitioner och teorier med någon koppling till kunskap, dess användning eller överföring har behandlats. Det jag letade efter var en övergripande teori om vilka villkor som kan gälla när en ny arbetsmetod ska införas och överföras till, och inom, en verksamhet.

En stor vikt läggs vid *planeringen* av en studie och särskilt vid val av metod för undersökningen. För att öka validiteten ytterligare behöver forskaren tänka på att under *analysfasen* ha valida frågor till intervjutexten och att tolkningslogiken är hållbar (Kvale, 1997:214). I avsnitt 4.1 till 4.5 finns en utförlig redogörelse för hur studien har planerats metodologiskt, teoretiskt men också praktiskt medan en redogörelse för analysmetoden återfinns i avsnitt 4.6. Validiteten kopplas också till själva *intervjun* genom att man ifrågasätter och kontrollerar tillförlitligheten hos intervjupersonernas utsagor (Kvale, 1997:214). Intervjuguiderna innehöll ett antal underfrågor som användes vid behov, dvs. i de fall respondenten inte förstod eller svarade på frågan. I de

fall då svaren var otydliga eller oklara uppmanade jag respondenten att utveckla och ytterligare förklara sin tankegång.

Utskrift är nästa fas vars validitet påverkas av valet av språkform vid utskriften (Kvale, 1997:214). För att öka validiteten i utskriften spelade jag in varje samtal, bortsett från ett gruppsamtal då inspelningen inte lyckades (strax efteråt antecknade jag det jag kom ihåg i detta fall). Inspelningarna var av hög kvalitet i och med att jag haft en bra röstinspelare med en extern grupp-mikrofon till förfogande.

Validitet av en studie påverkas även av valideringsförfarandet vid dess *validering*. Här handlar de om bedömningen av vilka valideringskriterier som ska gälla vid valideringen av en studie men även om valet av vem som kommer att utföra valideringen (Kvale, 1997:214). Den officiella valideringen kommer att göras av en examinator men också av en eller fler opponenter vid uppsattsseminariet. I övrigt kommer uppsatsen att, på ett eller annat sätt, valideras av även andra intressenter i denna utvärdering.

Rapporteringsfasen är den sista fasen som validiteten gör sig gällande i. Forskaren ska vara på det klara med om att han/hon rapporterar undersökningens huvudresultat eller ej (Kvale, 1997:214). Rapportering av denna uppsats har gjorts i enlighet med de rekommendationer som gäller för studenter vid Malmö Högskola.

Reliabilitet av en studie avser studieresultatets karaktär med avseende på tillförlitlighet hos de mätinstrument som har lett till det (Kvale, 1997:213). När det gäller kvalitativa studier är forskaren en del av mätinstrumentet (Denscombe, 2000:250). I dessa fall blir reliabiliteten hög om någon annan genomför samma undersökning och kommer fram till samma resultat och slutsatser. Jag har sökt att öka reliabiliteten av denna studie genom att redogöra för arbetsgången och tillvägagångssättet vad gäller studiens grundläggande premisser, forskningens genomförande samt de val jag gjort i olika faser av arbetet (a a). Kvale menar att en viktig del som kan inverka på studiens reliabilitet är intervjuarens reliabilitet när det gäller vilken typ av frågor som ställs (Kvale, 1997:213). Han menar att en studies reliabilitet kan försämrats betydligt ifall forskaren använder sig av ledande frågor i sin undersökning (a a). För att undvika upprepningar i uppsatsen hänvisar jag till min redogörelse för hur jag planerat och genomfört intervjuerna, frågeformuleringarna och analysmetoden samt beskrivningen av förförståelsen men också till de bifogade intervjuguiderna (Bilaga II, Bilaga III och Bilaga IV) som kan visa på vilket sätt jag förhållit mig till dessa frågor. En faktor som bör nämnas i detta sammanhang och som kan ha påverkat intervjuerna och därmed resultatet av denna studie är min bakgrund och det faktum att svenska inte är mitt modersmål. Detta inbegriper en viss brytning och kanske otydlighet vid uttalet vilket kan ha påverkat informanterna. Det jag kan säga är att jag inte har märkt eller upplevt någon påverkan hos dem, förutom i vissa fall då informanterna inte förstått frågan jag ställt. Detta kan ha berott på själva frågan men också på språket. I vilket fall som helst har jag i dessa fall försökt förtydliga eller omformulera frågan så att dess essens inte gått förlorat eller förvrängts.

4.6 Strategi för empiripresentation

Vikten av sammanställningen och bearbetningen av det empiriska materialet i en kvalitativ forskning är en viktigare aktivitet än urval och datainsamling menar vissa forskare (Nylén, 2005:9). Det är den empiriska redovisningen och sättet som den skrivs på för att nå ut till läsare som är forskarens enda förbindelse med den undersökta miljön och dess analys (a a:13-15). Därför är, menar Nylén (a a), presentation av empirin avgörande för forskningens uppfattade trovärdighet. Mot bakgrund av att empirin för denna studie utgörs av ett fall, dvs. en verksamhet, valde jag att vid empiriredovisningen använda mig utav strategin som författaren (a a:70) kallar för *den samman-*

hållna fallbeskrivningen. Min ambition var att med hjälp av denna metod för det första ”bädda för” den kommande analysen men också att genom bl.a. flitigt användande av citat förmedla en bild av den studerade verkligheten så som den upplevs av informanterna. Jag ville presentera en meningsfull och strukturerad helhet genom en varierande grad av detaljrikedom. För trovärdighetens skull är det, så som Nylén (a a:70-72) skriver, viktigt att använda citat, beskriva händelseförlopp ingående och neutralt.

4.7 Metod för analys av materialet

I denna studie analyserade jag det insamlade materialet med hjälp av meningskoncentreringsmetoden. Som Kvale (1997:174) skriver innebär denna metod komprimering av de intervjuades meningar då de, med betydelse för undersökningssyfte och frågeställningar, synliggörs i några få ord. På så sätt blir långa texter mer komprimerade och fokuserar på undersökningens syfte. Enligt författaren består denna metod av fem steg. Som ett första steg läste jag det sammanställda empiriska materialet, i syfte att få en helhetsbild av det för att i nästa steg fastställa de olika meningsenheterna. I det tredje steget gjordes en objektiv analysering av de naturliga meningsenheterna utifrån vilken ett dominerande tema formulerades så enkelt som möjligt. Sedan, i steg fyra ställdes frågor formulerade utifrån den valda teorins olika beståndsdelar (Kvale, 1997:177). Dessa svar, tillsammans med delar av det empiriska materialet utgjorde grunden för besvarande av studiens primära frågor vilka är: ”Hur ser kunskapen som Genombrottsprogrammet har lett till ut?”, ”Används, och i så fall på vilket sätt sprids de nyvunna kunskaperna?” och ”Under vilka villkor används och sprids de nya kunskaperna?”. Efter att ha fått svar på dessa frågor knöts de centrala delarna av hela intervjun samman i det femte steget då ett deskriptivt uttalande bildades. På så sätt koncentrerades empirin i mer essentiella innebörder kopplade till kunskap, dess användning och spridning inom verksamheten.

För att underlätta analysprocessen och eftersom undersökningen bygger på fler intervjuer valde jag att tematisera intervjufrågorna. På så sätt blev det möjligt att strukturera analysen som kunde omfatta flera intervjuer.

Vid besvarandet av studiens frågeställningar utgick jag ifrån olika delar av materialet och analysen. Det innebär att jag, vid besvarande av den första frågeställningen, använde materialet och analysen från avsnittet om kunskapsfasen och till en viss del materialet och analysen från avsnittet om innovation och implementeringsfasen. Den andra frågeställningen besvarades utifrån materialet och analysen kopplade till implementeringsfasen, adopteringsgraden, övertalningsfasen och bekräftelsefasen samt kapitlet om kommunikationskanaler. Materialet och analysen som behandlar innovationens egenskaper (relativa fördelar, kompatibilitet, komplexitet, observerbarhet, provbarhet), informanternas innovationsbenägenhet och i vissa delar kapitlet om kommunikationskanaler användes för att besvara den sista frågeställningen.

4.8 Avgränsningar

Denna studie har avgränsats till två förbättringsprogram som ett offentligt servicehus med dementa vårdtagare har deltagit i år 2006 och 2007. Antal informanter kopplade till det första förbättringsprogrammet (i fortsättningen används förkortning FP1) var betydligt lägre än antalet informanter kopplade till det andra förbättringsprogrammet (i fortsättningen används förkortning FP2). Trots detta valde jag att ha med även FP1 i syfte att identifiera möjliga skillnader och likheter. Viktigt att nämna är att det inte var möjligt att hålla dessa två förbättringsprogram helt åtskilda och behandla de som sådana eftersom de är sammanflätade, inte minst pga. att en av demensavdelningarna som var i fokus för FP1 ingick i FP2. Därför läggs en större fokus på FP2.

Jag använde mig utav skuggmetoden som kontrollinstrument i denna utvärdering. Underlag för skuggkontroll av effekter i form av kunskap i FP1 har uteblivit vilket är anledningen till att skuggkontrollen kunde genomföras endast för FP2.

Eftersom de faktorer som kan påverka kunskapsspridning och kunskapsanvändning kan vara många ville jag i denna undersökning ta upp de som jag tycker är relevanta för just denna verksamhet men också de som studien förmår behandla på ett tillfredsställande sätt. En av de faktorerna som jag uteslöt handlar om det som den valda teorin kallar för ”*Sociala system*”. Denna del av teorin behandlar frågor som sociala strukturer, normer och värderingar, organisationskultur etc. och dess påverkan på spridning av en innovation. Min bedömning har dock varit att denna studie inte förmår göra sig rättvis mot dessa omfattande och viktiga frågor på ett tillfredsställande sätt. Sådana frågor hade krävt mer tid och rum än det som funnits för denna studie, men också olika kompletterande undersökningsinstrument.

4.9 Metoddiskussion

Materialet för denna studie bestod av tre gruppintervjuer och åtta enskilda intervjuer. Intervjuguiderna som användes vid dessa intervjuer var anpassade efter informanternas roller i förbättringsarbetet. Därmed användes en intervjuguide vid gruppintervjuerna, en annan vid de enskilda intervjuerna men också en annan vid intervjun med tjänstemannen med anknytning till verksamheten. Värt att nämna är att alla intervjuer innehöll ett antal gemensamma frågor.

Viktigt att påpeka är att jag, i vart fall, noggrant följt informanterna i deras berättelser eftersom de i svaret på en fråga ibland även berörde eller svarade på andra frågor. Dessa andra frågor ställdes ändå i fall det krävdes ett förtydligande för att fastställa att svaret uppfattats rätt. Många av intervjufrågorna hade ett antal underfrågor som ställdes vid behov, dvs. då informanterna inte varit tydliga, inte förstådd huvudfrågan, behövts uppmuntras att svara eller liknande.

Jag var tvungen att göra vissa avgränsningar i denna studie, men trots detta kan det ändå tyckas att jag tagit upp alltför många variabler och behandlade de flyktigt istället för att välja ut några få och behandla dem mer ingående. Eftersom denna studie är en utvärdering med sitt eget syfte tycker jag dock att det varit mer relevant att söka en bred bild av de förhållanden som råder inom verksamheten, i avseende på kunskapsbildning, dess användning och spridning, än att fördjupa sig i något av dessa. Jag ville undersöka under vilka villkor som metodiken används och sprids. Jag tycker att detta breda angreppssätt ger beslutsfattarna och organisatörerna en möjlighet att planera nästa förbättringsprogram med hänsyn till de olika påverkningsfaktorerna. På så sätt kan man agera förebyggande och främjande i avseende på programresultatets användning och varaktighet. Samtidigt fick den undersökta verksamheten tillfälle till reflektion och ”agendasetting” av frågor som tidigare kanske inte varit aktuella.

Jag tycker att det var viktigt att läsaren får tillfälle att bekanta sig med de förbättringsprogrammen som jag fokuserat på i denna undersökning. Utan denna bakgrundinformation tror jag att studien skulle innehålla ett tomrum och det hade varit svårt för läsaren att sätta sig in i studien på ett bra sätt. Därför valde jag att presentera både Genombrottsmetodiken och de båda förbättringsprogrammen.

4.10 Etiska aspekter

Vetenskapsrådet utfärdade år 1990 en skrift innehållande forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Enligt dessa principer ställs det bl.a. fyra huvudkrav för att skydda individer som omfattas av forskningen (Vetenskapsrådet, 1990:6). *Informationskravet*, som handlar om att informera uppgiftsläm-

naren om avsikten med studien och de förutsättningar som gäller för uppgiftslämnarens deltagande (a a), har uppfyllts genom att jag vid varje intervjutillfälle delat ut informationsblad om detta till deltagarna. I de fall då deltagarna önskat att jag informerat dem muntligen har jag gjort det innan intervjuens början. *Samtyckeskravet* har uppfyllts genom att jag på verksamhetsnivå inhämtat skriftligt tillstånd att bedriva undersökningen, och på individnivå genom att jag fått skriftligt samtycke av varje informant. Samtyckesblanketten innehöll information om att informanten, när som helst kunde avbryta intervjun utan närmare förklaring. *Konfidentialitetskravet* handlar om att anonymisera uppgiftslämnarna vilket jag gjorde genom användandet av påhittade namn även för verksamheten (i uppsatsen kallad för Solberget). Tanken var att omöjliggöra en koppling mellan informanter och undersökningsresultatet. Jag har inte heller kopplat dessa påhittade namn till informanternas roller i förbättringsprogrammet, deras befattningar inom verksamheten eller till deras utbildningar. Några av de intervjuade hade inte något emot en sådan koppling, men hade jag gjort kopplingen för en del av informanter och inte för de andra hade möjligheten att identifiera även de som velat förbli anonyma varit betydligt större. En översikt över intervjudeltagare uppdelade efter teamen återfinns i Bilaga I. De intervjuinspelningar som gjordes har raderats efter utskriftsarbetet och de inhämtade samtyckena förvaras på ett säkert sätt. Det sista kravet är *nyttjandekravet* som syftar på att materialet och personuppgifterna ska användas endast för forskningsändamål (a a:14). Denna studie kommer att ingå i en utvärderingsrapport som kommer att sammanställas av Enheten för kompetensutveckling och utvärdering vid Malmö Högskola, men den kommer även att publiceras på nätet.

När det gäller andra aspekter kan jag nämna att jag har frågat informanterna ifall de velat ta del av intervjutranskriptionen och empirisammanställningen för kontroll.

5. TEORI

En viktig förutsättning för en lyckad undersökning är kännedomen om undersökningens innehåll. Detta betyder att man bör utveckla en teoretisk förståelse för de fenomen man vill undersöka och skapa en teorianknuten begreppsapparat kring fenomenet (Kvale, 1996 s:92). Eftersom ett av begreppen för denna studie är kunskap som direkt eller indirekt berörs i olika delar av denna uppsats, kommer jag först att göra en redogörelse för detta begrepp och sedan gå över till teoribildningen om innovationsspridning.

5.1 Kunskapsbegreppet

Kunskapsbegreppet är ett mångfacetterat begrepp som man definierar på en uppsjö olika sätt. Kalling & Styhre (2003) definierar kunskap som

"... information whose validity has been established through test of proof" (a a:57)

men också som

"... [a] set of organized statements of facts or ideas, presenting a reasoned judgment or an experimental result, which is transmitted to others through some communication medium in some systematic form" (a a:57).

Inom kunskapsdiskursen stöter man på många andra begrepp som på ett eller annat sätt kopplas till kunskapsbegreppet, exempelvis teoretisk kunskap, erfarenhet, praktisk visdom (grek. fronesis), praxis, hantverkskunskap (grek. poesis), vetande (grek. episteme), kunnande (grek. techné), skicklighet, tyst kunskap, kompetens, förmåga etc. (Kalman, 2006:50–52).

En definition av kunskapen som omfattar begreppen praktisk och teoretisk ges av Alvesson (2004) som menar att:

"Kunskap omfattar teoretiska påståenden vars innebörd och praktiska implikationer är beroende av hur de används och av den ram inom vilken de utvecklas. [...] Nuförtiden handlar kunskap mindre om sanning och förnuft än om bruket att gripa in i världen på ett kunnigt och ändamålsenligt sätt" (Alvesson, 2004:57–58).

Kalman (2006:51) delar in kunskap i bl.a. teoretisk och praktisk kunskap. *Teoretisk kunskap* avser det att man vet att något i princip är fallet, dvs. något som är allmängiltigt. Begreppet teori tolkas som tankar om samband och den skapas genom tankearbete. Det som teoretiserande resulterar i är vetande (episteme), dvs. kunskap om något och förknippas mest med vetenskapliga framställningsaktiviteter. Med hjälp av teorier söker man förståelse och förklaring av sammanhang mellan olika fenomen. Värt att nämna är att man skiljer mellan faktakunskap och teoretisk kunskap i denna kontext. Den förra kunskapen beskriver det som är giltigt och nödvändigt, medan den andra beskriver teoretiska resonemang som bidrar till förståelse och insikt i olika fenomen och händelser (Kalman, 2006:51–53). *Praktisk kunskap* beskriver kunnande, förmågan att åstadkomma något, man vet hur något ska göras. Andra benämningar för denna slags kunskap är färdighets- eller förtrogenhetskunskap. När man har förtrogenhetskunskap då är vi förtrogna med aktiviteten och har nära kännedom om den. Man delar in praktisk kunskap i skapande kunskap (grek. *poiesis*) som ses i kunnigheten, färdigheten, kompetensen och skickligheten som man tillägnat sig, och kunskap som utvecklas kontinuerligt och som vägleder oss i våra praktiska mellanhavanden. Denna senare kunskapen kallar man för praktisk visdom (grek. *fronesis*) eller praktisk förstånd och innebär en handlingsberedskap att i varje ny och oftast unik situation avläsa det specifika och handla därefter. Man menar att man aldrig blir fullärd när man pratar om denna slags kunskap eftersom lärdomarna från våra erfarenheter berikar och korregerar denna kunskap oavbrutet (Kalman, 2006:55–56).

5.2 Teori om innovationsspridning

I sin bok *"Diffusion of innovations"* skriver Rogers (2003:1) att en av de svårare delarna vid innovativt arbete är innovationsspridning. För att kunna förstå processen som leder till att en innovation ska accepteras presenterar författaren sin teori som han kallar för *Diffusion of innovation*. Han definierar diffusion som:

"...the process by which an innovation is communicated through certain channels over time among the members of a social system" (Rogers, 2003:5).

Kommunikationsaktörer befinner sig i en process då de utbyter men även skapar information i syfte att uppnå en ömsesidig förståelse. Kommunikationen, oavsett om den är planerad eller spontan, är speciell eftersom informationen som kommuniceras handlar om nya idéer. Det speciella med denna typ av kommunikation reflekteras i det nya och oförutsebara som en ny idé kan bära med sig. Detta innebär att kommunikationen mellan aktörerna i kommunikationsprocessen antingen kan bli motstridig eller sammanlöpande. Huvuduppgiften för informationen som förmedlas är att reducera ovissheten och oförutsägbarheten om innovationen i förhållande till dess användning och de effekter den är tänkt att leda till. I denna process sker en viss strukturell och funktionell *förändring* av det sociala systemet. Dessa förändringar kan vara ett resultat av de konsekvenser som har uppstått efter uppkomsten av nya idéer och innovationer, deras spridning, internalisering eller avvisande (Rogers, 2003:6).

Rogers (2003:11) beskriver fyra huvudelement som teorin om innovationsspridning⁶ bygger på. Dessa är *innovation, socialt system, tid* och *kommunikationskanaler* (a a). I denna studie kommer jag att använda mig utav delar som behandlar innovation, tid och kommunikationskanaler.

5.2.1 Innovation

När en idé, praxis eller ett objekt uppfattas som ny av en enskild eller en grupp, då pratar man, enligt Rogers (2003:12) om en innovation. Författaren poängterar att det viktiga är individens reaktion på en idé, praxis eller ett objekt som avgör om den också är en innovation. Det som det innovativa med en idé kan relateras till kan vara kunskap om den, övertalning eller beslut att adoptera den. Vi kan känna till en innovation men pga. olika faktorer tar vi inte ställning till ifall vi vill adoptera den eller förkasta den (a a). Det som kan påverka huruvida vi accepterar en innovation eller inte kan vara innovationens egenskaper (Rogers, 2003:15). Författaren skiljer mellan fem egenskaper/faktorer som kan påverka en innovations acceptans. Dessa är: *relativa fördelar, komplexitet, provbarhet, observerbarhet* och *kompatibilitet*.

1. Med *den relativa fördelen* menas i vilken grad en innovation uppfattas som bättre i förhållande till det tidigare. Mätningen av den relativa fördelen kan göras i termer av ekonomiska fördelar, men det är viktigt att vid en sådan mätning ta hänsyn till den sociala prestige, komforten och den nivå av tillfredsställelse som innovationen kan ge. Den objektiva fördelen som en innovation kan innebära tycks inte väga mer än adopterarens upplevda fördel med den när det handlar om påverkan på innovationens spridning (Rogers, 2003:229–231). Betydelsen av relativa fördelar för en innovations spridning generaliserar författaren på följande sätt:

”The relative advantage of an innovation, as perceived by members of a social system, is positively related to its rate of adoption” (Rogers, 2003:233)

2. *Komplexiteten* är graden av svårighet med att förstå sig på och använda en innovation. Adopteringen blir snabbare och lättare ifall en innovation är enkel att använda medan mer komplicerade innovationer som kräver mer kunskap och kännedom sprids avsevärt långsammare. Rogers (2003:257) gör en generalisering på följande sätt:

”The complexity of an innovation, as perceived by members of a social system, is negatively related to its rate of adoption” (Rogers, 2003:257).

3. *Provbarheten* av en innovation anger mått på huruvida innovationen kan testas innan man adopterar den (Rogers, 2003:258). Denna egenskap är viktig eftersom den kan skapa en känsla av trygghet vad gäller innovationens funktionalitet och reducering av ovissheterna kring innovationen. Enligt författaren kan man göra en generalisering med avseende på innovationens provbarhet och han formulerar den på följande sätt:

”The trialability of an innovation, as perceived by the members of a social system, is positively related to its rate of adoption” (Rogers, 2003:258).

4. *Observerbarhet* mäter graden av hur resultat av en innovation är synliga för de potentiella adopterarna. Ju bättre resultaten syns desto snabbare sprids innovationen (Rogers, 2003:258). Generaliserbarhet angående en innovations observerbarhet i förhållande till innovationsspridning är:

⁶ Egen översättning av Diffusion of innovations

"The observability of an innovation, as perceived by members of a social system, is positively related to its rate of adoption" (Rogers, 2003:258).

5. *Kompatibilitet* beskriver uppfattningen om hur en innovation stämmer överens med befintliga värderingar, tidigare adopterade idéer och adopterarens behov av en innovation. Ibland kan det visa sig att förutsättningen för att en innovation skulle adopteras är förändringen av de existerande värderingar, attityder etc. vilket oftast är en långsam process. En *innovationsnegativitet* kan utvecklas ifall individen haft negativa erfarenheter med tidigare adopterade innovationer vilket i sin tur hämmar adoptering av nya innovationer. Innovationens kompatibilitet ses även i förhållande till behovet av innovationer hos individen (Rogers, 2003:240–245). Kompatibilitetens påverkan på innovationsspridning generaliseras enligt följande:

"The compatibility of an innovation, as perceived by members of a social system, is positively related to its rate of adoption" (Rogers, 2003:249).

5.2.2 Tid

Tid har en betydande roll för en innovationsspridning och relateras till *innovationsbeslutsprocessen, innovationsbenägenhet och kategori av adopterare samt adopteringsgraden*.

5.2.2.1 Innovationsbeslutsprocessen

Innovationsbeslutsprocessen beskriver förloppet från det att en individ blir introducerad en innovation till hans/hennes beslut att adoptera den. Processen genomförs i fem faser som är *kunskapsfas, övertalningsfas, beslutsfas, implementeringsfas* och *bekräftelsefas* (Rogers, 2003:168).

Kunskapsfasen handlar om att individen får vetskap om en innovations existerande och skapar sig kunskap om hur innovationen fungerar. Man vill ha all information om innovationen i syfte att reducera ovisshet angående huruvida innovationen kan tillfredställa de behov individen har (Rogers, 2003:20).

Det finns tre typer av kunskap i innovationsspridningskontexten, *kännedom-kunskap* som innebär information om att innovationen finns till, *hur-kunskap* med hjälp av vilken man vet hur man ska använda innovationen och *principkunskap* som handlar om den principiella kunskapen kring funktionaliteten och användningen av innovationen. Kännedom-kunskapen kan leda till att behov av innovationen väcks men lika så kan behovet av en innovation leda till sökande efter kännedom-kunskapen (Rogers, 2003:172–173).

Övertalningsfasen beskriver processen då individen bildar sig en attityd gentemot innovationen för att sedan i nästa fas *besluta* om han/hon ska acceptera eller avvisa innovationen. Under båda dessa faser söker individen information om innovationens tänkta fördelar respektive nackdelar som kan uppstå om man sätter in innovationen i den egna kontexten (Rogers, 2003:20–21). Samtidigt söker individen belägg för innovationens funktionalitet, dvs. information grundad på evalueringen av innovationens tidigare implementering. De attribut som till stor del påverkar övertalningsprocessen är innovationens relativa fördelar, kompatibilitet och komplexitet. Ett känt fenomen när det gäller övertalning att acceptera en innovation är s.k. KAP-gapet (Knowledge – Attitude – Practice). En individ kan ha fått den nödvändiga kunskapen om en innovation och på grundval av den skapat en positiv attityd gentemot innovationen i fråga. Problemet blir att innovationen ändå inte implementeras pga. t.ex. personliga skäl, implementeringskostnaden, tekniska skäl etc. vilket bildar ett gap mellan kunskap/attityd och praktik (a a:168-176).

Under **beslutsfasen** bestämmer sig individen för att antingen adoptera/acceptera eller förkasta en innovation. Om det finns en möjlighet att testa/prova innovationen kan beslutsfattandet ske snabbare. Förkastande av en innovation kan ske under hela innovationsbeslutsprocessen, inte minst efter ett positivt adopteringsbeslut. Detta kallas för avbrytande av adopteringen och kan ske efter det att individen övervägt men också provat innovationen, s.k. aktivt förkastande, eller pga. att individen aldrig egentligen haft för avsikt att adoptera innovationen (Rogers, 2003:177–179).

Implementeringsfasen inträffar när individen (eller annan beslutsfattande enhet) börjar använda innovationen. De problem som ofta uppkommer under denna fas uttrycks till en del i en ovisshet om de konsekvenser som en implementering av en innovation kan innebära men överlag är problemen av den praktiska karaktären. Detta blir mest påtagligt när en innovation ska implementeras inom en organisation särskilt när implementeringsbeslutet har fattats av en grupp människor medan implementeringen tillfaller en annan grupp. Man är oroad över var i verksamheten man ska sätta innovationen i bruk, hur innovationen ska användas, hur den egentligen fungerar samt över vilka operationella problem som kan uppkomma vid implementeringen och hur dessa ska åtgärdas. Implementeringsfasen fortlöper ändå tills innovationen institutionaliseras och blivit till en rutin. Alternativt slutar implementeringen när man beslutar att förkasta den pga. dess disfunktionalitet eller valt att byta ut den mot en ny (Rogers, 2003:179–180).

Det finns många faktorer som påverkar en innovation när den sprids och överförs. Många innovationer är bra lösningar men passar inte alltid in så som de är i vilken organisation eller till vilken individ som helst. Detta innebär att en innovation kan tåla en viss förändring eller anpassning för att kunna passa in och implementeras och därmed leda till önskade effekter. Denna anpassningsprocess kallas för *re-uppfinning*. Man menar att en innovation inte är en fast enhet utan att den formas efter människornas behov (Rogers, 2003:188). Man är av uppfattningen att:

”A higher degree of re-invention leads to a faster rate of adoption of an innovation” (Rogers, 2003:183), men också att:

”A higher degree of re-invention leads to a higher degree of sustainability of an invention” (Rogers, 2003:183).

Under **bekräftelsefasen** bekräftar individen eller organisationen ett redan fattat beslut att adoptera eller avvisa en innovation. Individen/organisationen söker ytterligare information som kan stärka det redan fattade beslutet att adoptera en innovation. Om individen/organisationen utsätts för motstridiga budskap kring innovationen kan det istället leda till ett förkastande av innovationen. Individen/organisationen kan även bestämma sig för att avbryta en redan adopterad innovation. Detta kan ske pga. dess utbyte med en annan, bättre innovation eller pga. att individen blivit missnöjd med innovationen (Rogers, 2003:189–192).

5.2.2.2 Innovationsbenägenhet och kategori av adopterare

Innovationsbenägenhet och kategori av adopterare gör det möjligt att skilja mellan olika typer av adopterare utifrån deras benägenhet att acceptera en innovation satt i relation till tiden när de gör det. Innovationsbenägenheten hos en individ visas i individens beteende och inställning och vilja att adoptera en innovation under dess spridningsprocess. För att kunna kategorisera adopterarna sätts innovationsbenägenheten i förhållande till tiden när adopterare har valt att adoptera en innovation. På så sätt skiljer man mellan *innovatörer*, *tidiga adopterare*, *tidig majoritet*, *sen majoritet* och *eftersläpare*. *Innovatörer* beskrivs som äventyrliga, risktagande, med förmågan att handskas med hög nivå av ovisshet som en innovation kan innebära, drivande och

med förmågan att förstå och tillämpa komplexa tekniska kunskaper. *Tidiga adopterare* är individer som är försiktiga men är tidiga anhängare av en innovations acceptans. Dessa individer är integrerade i sin socioekonomiska lokala miljö (som är oftast högre än innovatörernas), är högt respekterade och framgångsrika förebilder inom denna miljö. *Tidig majoritet* av adopterare betecknas av högre försiktighet när det gäller att acceptera en innovation. Man kan säga att denna kategori aldrig är först att testa något nytt men samtidigt är de heller aldrig sist med det. *Sen majoritet* är ytterst försiktiga med att stödja en innovation eftersom de vill vara helt säkra på att inga oförutsedda händelser kommer utav den och på att innovationen innebär fördelar för dem. De väntar alltid på att den tidiga majoriteten accepterar innovationen. *Eftersläppare* är i regel negativa till alla slags förändringar och i sin argumentation emot refererar de oftast till det förflutna och situationen innan innovationen (Rogers, 2003:267–292).

5.2.2.3 Adopteringsgraden

Adopteringsgraden mäter hur snabbt en innovation sprider sig inom ett socialt system. I början av spridningen är antalet adopterare relativt lågt (innovatörer) men efter en viss tid börjar detta antal stiga (tidiga adopterare) vilket ger legitimitet och respekt till innovationen för andra så att det i slutändan blir ett fåtal kvar som inte adopterat den. De faktorer som i störst omfattning påverkar adopteringsgraden av en innovation är den relativa fördelen, kompatibiliteten, komplexiteten, provbarheten och observerbarheten (Rogers, 2003:221).

5.2.3 Kommunikationskanal

Kommunikation är en process under vilken kommunikationsaktörer skapar och delar information i syfte att uppnå en ömsesidig förståelse. Kommunikationskanal är den huvudledning genom vilken ett meddelande transporteras från en individ till en annan. Spridning av innovationer är en särskild typ av kommunikation. Den består av en innovation, en aktör i kommunikationen som har kunskap om innovationen, en aktör som inte har denna kunskap och en kommunikationskanal som binder samman dessa två kommunikationsaktörer. Massmedia är den snabbaste och det effektivaste sättet att göra reklam för en innovation på medan den personliga interaktionen mellan sändaren och den presumtive mottagaren, särskild ifall båda parter ligger på samma socioekonomiska eller utbildningsmässiga nivå, är den mest effektiva kanalen för övertalning till adoption. Den massmediala kanalen skapar förutsättningar för att fler individer nås av informationen om en innovation, skapar kunskap om innovationen och påverkar förändringen av de svagare attityderna gentemot innovationen. Den interpersonella kommunikationskanalen gör det möjligt att skapa ett tvåvägs utbyte av information men också att påverka kommunikationsaktörernas attityder gentemot innovationen (Rogers, 2003:204–206). Man menar att:

”Mass media channels are relatively more important at the knowledge stage, and interpersonal channels are relatively more important at the persuasion stage in the innovation-decision process” (Rogers, 2003:205).

5.3 Teoridiskussion

Teorin om innovationsspridning använder jag som ”forskarglasögon” genom vilka jag betraktar verkligheten sådan som den upplevs av personalen inom verksamheten. Beslutet att arbeta med Genombrottsmetodiken i förbättringsarbetet fattades innan denna studie, dvs. man hade redan beslutat att införa metodiken (som jag ser som en innovation) i förbättringsarbetet. Därför skulle man kunna säga att den valda teorin som behandlar faktorer som påverkar beslutet att adoptera en innovation, i detta fall att införa Genombrottsmetodiken i förbättringsarbetet, inte lämpar sig för den här undersökningen. Man har ju redan adopterat innovationen eftersom man har inlett ett förbätt-

ringsarbete med Genombrottsmetodikerna som verktyg. Min utgångspunkt är att bärare av ett förbättringsarbete är personalen ute i verksamheten. Därför är vid sådana här arbeten och särskilt om avsikten är att etablera ett varaktigt förbättringsarbete, en avgörande framgångsfaktor just personalens upplevelse och attityd gentemot dessa processer. Som Rogers (2003:12) skriver, det innovativa med en idé relateras till kunskapen om idén, övertalningen eller beslutet att adoptera den. Jag tycker att risken att förbättringsarbetet antingen avstannar, inte leder till önskade förbättringar eller ”rinner ut i sanden” blir större ifall medarbetarna inte är engagerade, inte upplever arbetet som motiverande eller nyttigt, inte har tillräcklig kunskap för att genomföra arbetet etc. På så sätt blir även personalen en aktör som, kanske indirekt och inofficiellt påverkar förbättringsarbetets varaktighet, och därmed Genombrottsmetodikens fortlevnad. Därför tycker jag att det valda teoretiska perspektivet på ett bra sätt kan belysa dessa viktiga frågor.

Teorin är relativt omfattande men långtifrån heltäckande. Den tar upp ett antal viktiga aspekter som kan påverka spridning av en innovation, men vissa av dessa delar skulle kunna kompletteras ytterligare. Ett komplement till delen av teorin om innovationsspridning som behandlar t.ex. kommunikationskanaler skulle kunna vara teoribildning kring knowledge management som tar upp bl.a. tillgängliggörande av information med hjälp av olika informationssystem, t.ex. datasystem (Alvesson, 2004 s:156-166). Anledningen till att jag inte inkluderat några kompletteringar av den valda teoribildningen är att uppsatsens omfattning inte tillått det, men också att jag ville se hur delar av den valda teoretiska bildningen återspeglas i verkligheten utan att blanda andra förklaringar. På så sätt kan man säga att en del av studiens bidrag förhåller sig på en allmän diskussionsnivå kring innovationsspridning eftersom jag prövar teorin och undersöker huruvida den återspeglas i verkligheten.

6. EMPIRI OCH ANALYS

I detta kapitel redogör jag för det empiriska materialet. Jag har valt att använda mig av fler citat från informanterna, dels för att öka trovärdigheten men också för att göra texten mer levande och därmed mer intressant att läsa. Viktigt att påminna om är att jag kommer att använda mig utav förkortningarna FP1 - förbättringsprogram år 2006 och FP2 - förbättringsprogram år 2007.

6.1 Innovation

Metoden handlar om en gammal sanning tycker Gabriella. Informanten menar att man alltid vetat att man ska planera vad och hur man ska göra men också att man ska utvärdera. Det nya i arbetet uppfattar informanten är synliggörandet av arbetet som finns inbyggd i metoden.

”... det är vanligt att man tittar på vad man gör och om man kör igång det så ser man hur det blev och sen utvärderar och rättar till det. Det gör man egentligen varje dag, det är bara att man inte tänker på att man gör det”. (Gabriella, Teamdeltagare i FP1 och FP2)

Teamdeltagarna i FP1 tycker också att man tidigare arbetat på liknande sätt vad gäller framtagning av nya lösningar, men att man inte dokumenterat och ännu mindre utvärderat insatsen.

”Fast det är egentligen jag och Gabriella som har tänkt så, det var svårt att få ut det till personalen. Så vi blev väldigt förvånade och glada båda två när vi insåg: här har vi ett verktyg som vi verkligen kan arbeta efter. Det var liksom höjdpunkten på hela det här projektet, det att vi fick det här verktyget till oss, som egentligen är superenkel, som man skulle ha kunnat komma på själv, men det gjorde vi inte”. (Sara, Teamdeltagare i FP1)

En del av teamdeltagarna i FP2 delar denna uppfattning och ser det nya i PDSA-verktyget som hjälper att strukturera, tydliggöra och säkra arbetet med dementa. Samtidigt är det de olika mätinstrumenten som används vid utvärderingen av nyframtagna insatser som upplevs som nytt i arbetet. Av liknande uppfattning är personalen som delar åsikten att arbetssättet att hitta olika lösningar och testa dessa har funnits innan metodiken kom till verksamheten. De menar att arbete med dementa ständigt innebär nya situationer vilket ställer höga krav på personalen att kunna hitta nya lösningar.

"Vi gjorde de här grejerna innan också, det var det att det inte fanns på papper, och då tog vi liksom för givet– YES det fungerar och det var bra med det. Nu är du tvungen att sätta dig ner och göra en utvärdering av det och se – JAHA det fungerar, och det tror jag väl att vi har lite nytta av". (Personal, från Grupp 3)

"Förbättringsarbete, det ligger väl i ens eget intresse, kommer jag på en idé som jag tycker är bättre så delger jag den med mina kolleger så vi diskuterar den, det behöver inte vara Genombrottsprojektet..." (Personal, från Grupp 2)

Några informanter från FP2 tyckte lite annorlunda. Enligt Viktoria får man nu jobba på ett helt annat sätt och alla måste jobba likadant. Man får fler tillfällen att reflektera över olika arbetsmetoder.

"Man får ju tänka på ett helt annat sätt, arbeta på ett helt annat sätt. Var det någon orolig så ringde man sköterskan eller fick de ett piller. Nu hittar vi andra vägar om man kan säga så..." (Viktoria, Teamdeltagare i FP2)

Denna uppfattning delas av Sigrid och några andra som tycker att Genombrottsmetodiken har lett till en attitydförändring. Hon säger att:

"... det här med läkemedel så hade man tidigare en attityd att är man orolig, sover dåligt då är det rogivande och då är det sömntablett. Här har vi fått till en attitydförändring att nu provar man först omvårdnadsåtgärder och läkemedel i sista hand". (Sigrid, Teamdeltagare i FP2)

Analys

För att Genombrottsmetodiken skulle kunna betraktas som en innovation måste man, så som Rogers (2003:12) menar, reagera på metodiken och uppfatta den som ny och innovativ. Det som säger att denna metodik kan betraktas som en innovation, åtminstone vissa delar av den, är informanternas uppfattning av det nya som metodiken tillfört arbetet. Detta nya ses, av både informanter från FP1 och FP2, huvudsakligen som en möjlighet att synliggöra, strukturera och säkra arbetet. Mer konkret ses det innovativa och nya i PDSA-verktyget men också i olika mätinstrument man använder vid mätningen av de förändringar som de nyframtagna insatserna medför den enskilda vårdtagaren. En större del av informanter menar att framtagande av nya lösningar och arbetsmetoder har personalen alltid arbetat med då det i arbetet med dementa ofta uppstår situationer som ställer krav på personalen att hitta andra arbetsmetoder. Även uppfattningen om att man börjat med att hitta alternativ till medicinering och därmed i allt större utsträckning arbeta med det gör sig gällande bland informanter från FP2. Några informanter menar att personalens agerande vid uppkomsten av problem hos vårdtagarna, som oro t.ex., i princip gick ut på att medicinera med rogivande mediciner. Nu jobbar man mer med att hitta andra lösningar och man vågar i högre grad testa olika idéer menar dessa informanter.

6.1.1 De relativa fördelarna

En av de största fördelarna tycker informanter från både FP1 och FP2 är att man inte behöver göra stora förbättringar som kanske inte är så enkla att uppnå utan fler mindre vars summa blir en stor förändring för den enskilde.

"Alltså den största fördelen som vi har sett det är ju att man gör i det lilla, det är så små förändringar man provar, då pratar vi om dementa patienter. Det är väldigt små förändringar som kan leda till

någoting stort och gott för en som bor på boendet. För ibland blir det väl så som personal tror att det måste vara så stort för att det ska bli bra. Vi har t.ex. infört att det ska vara utevistelse varje vecka, vi tycker att det är självklart att man ska få vara ute varje vecka när man bor på ett boende, men det är inte så självklart, och då tycker personalen att man ska hyra bussar, att man ska ha utflykter och så. Men det räcker faktiskt att man går ut i parken eller i trädgården, och då har vi använt de här cirkelarna för att se att man faktiskt kan göra någoting i det lilla. Det måste inte vara jättestora saker som man förändrar för att det ska leda till någoting gott". (Sara, Teamdeltagare i FP1)

Arbetet har blivit mer strukturerat i och med metodikens användning tycker informanterna överlag, både från FP1 och FP2. Till skillnad från hur det var innan är det nu så att hela arbetsgruppen kan se hur insatsen inverkar på vårdtagaren så att alla jobbar i enlighet med insatsens utförandeplanering. Det blir lättare att överföra kunskapen när man kan se hur dess användning inverkar på den enskilde, menar i stort alla informanter. Man har alltid journalen med beskrivningen av den enskildes insatser att gå till.

"Att vi fick ihop arbetslaget att se gemensamt vilket mål är det, vad testar vi och då alla hoppar på, jag tycker det är en stor vinst i det". (Sigrid, Teamdeltagare i FP2)

"Tänket har blivit annorlunda". "Innan var det vilka som jobbar så fick den gamle olika vård". (Greta, Teamdeltagare i FP2)

Med hjälp av metodiken enar man arbetsgruppen, menar Greta då man tillsammans väljer ett arbetssätt som alla ska hålla sig till. Informanter från Grupp 1 tycker att kravet på att dokumentera allt man gör har blivit ännu högre. Även informanter från Grupp 2 tycker att man nu får skriva mycket mer och på fler ställen än vad man fått göra innan.

De flesta informanterna är av uppfattningen att en av de främsta fördelarna med metodiken är just att den möjliggör ett synliggörande av insatser och dess utvärdering.

"Det som är bra är att det blir nerskrivet det man gör och att det blir utvärderat det man har gjort och att det finns alltid där att gå tillbaka till; hur gjorde vi där? Och; hur utvärderade vi?... Den är bra på det viset att man utvärderar, man lär personalen att utvärdera det man gjort. Egentligen det är det som jag tycker är som bäst". (Gabriella, Teamdeltagare i FP1 och FP2)

Detta synliggörande och utvärderingen av dessa insatser görs med hjälp av detta PDSA-verktyg. Hur metodiken upplevs av de flesta av de intervjuade kan illustreras genom Gretas uttalande:

"Det är att vi fick redskap till att synliggöra faktiskt vad vi gör och hur människor mår och hur de påverkas. Det kunde vi inte innan, vi kunde inte se om de var nöjda, men nu kunde man visa detta". (Greta, Teamdeltagare i FP2)

En av fördelarna är att metodiken skapar incitament även för helhetstänkande.

"Jag tror att det blir en fördel för personalen att se helhetstänket kring hela individen; att Kalle inte är Kalle som man bockar av utan att Kalle är så mycket mer, att man var tvungen att lyfta fram det här vad Kalle är faktiskt intresserad av, vad han tycker om. Så det är mycket kopplat även till levnadsbeträffande vilket är bra. Mycket reflektion och diskussion och samarbete på ett annat vis". (Angelina, Teamdeltagare i FP2)

Metodiken leder till inlärning utan att det kostar mer förutom en omfördelning och en effektivare användning av arbetstider menar Gabriella. Genom att använda metodiken har verksamheten gynnats inte enbart med att uppnå sina mål utan, som Sigrid säger:

"... parallellt med detta har vi visat att vi kan, både för oss själva och för ledningen och det resultatet som vi fick fram har blivit oerhört uppskattat... Så det har gett oerhört mycket för kommunen i stort att kunna visa sig i de här stora sammanhangen och visa faktiskt att en liten kommun också kan med små medel". (Sigrid, teamdeltagare i FP2)

Vårdtagarnas behov uppmärksammas på ett betydligt bättre och säkrare sätt och de får den hjälp som i den givna situationen är mest lämplig anser de flesta informanter

från både FP1 och FP2. Denna lämplighet avgörs inte av personalens egna tycken utan av utvärdering av varje insats i varje enskilt fall. Informanterna tycker inte att metodiken innebär merarbete. Den har blivit en naturlig del i arbetet på avdelningarna. Däremot krävdes det lite mer tid i början innan personalen fick grepp om den. Man menar också att metodiken skapar en bättre förutsättning för nyanställdas idéer att komma fram.

"... det är väl bra att en enskild person som jag kan komma med en idé, skriver jag den i en cirkel så måste alla följa den och prova den i fjorton dagar. Det är ju bra för allas idéer kan ju komma fram på ett annat sätt". (Personal, Grupp 2)

Analys

Den relativa fördelen visar på hur informanterna upplever att användandet av metodiken leder till förbättringar i relation till den tidigare situationen. Denna skillnad kan visas i termer av ekonomiska fördelar eller i en nivå av tillfredsställelse som användningen av metodiken kan ge, men det viktiga är enligt Rogers (2003:229–231) informanternas upplevda fördel med metodiken.

De fördelar som informanterna från både FP1 och FP2 upplever metodiken medför är att arbetet med hjälp av detta verktyg struktureras, tydliggörs, synliggörs och framförallt säkras på ett annorlunda sätt än innan. Informanter menar att metodiken möjliggör en överskådlighet i arbetet då införandet av nya arbetsmetoder planeras och sätts på papper genom just PDSA-verktyget. Samtidigt blir helhetsbilden av vårdtagaren den som personalen allt mer börjar arbeta med. Arbetet och den vård som vårdtagarna får blir säkrare eftersom varje ny insats testas och utvärderas innan den införs i vårdtagarens vårdjournal som en rutin i arbetet. Användningen av PDSA-verktyget gör att arbetet blir mer strukturerat och att all vårdpersonal blir tvungen att arbeta likadant när man inför nya arbetsmetoder vilket enligt vissa informanter enar arbetsgruppen. Trots kravet på dokumentering av varje insats som vissa informanter upplever som betungande tycker informanterna överlag att dokumenteringen är bra eftersom man alltid kan gå tillbaka till insatsens planering och uppdatera kunskapen. På detta sätt blir arbetet mer synligt menar informanterna. Samtidigt får all personal lika möjlighet att deras idéer kommer fram. För att kunna hinna arbeta enligt metodiken omfördelar man arbetstiden utan att extra personal behöver anställas. En annan ekonomisk fördel kan ses i minskningen av läkemedelsförbrukningen som metodanvändningen har lett till.

6.1.2 Komplexiteten

På frågan om hur Genombrottsmetodiken upplevs med avseende på hur svårt det var att lära sig och förstå den delar alla informanter från FP1 uppfattningen att det var svårast i början.

"Jag tyckte inte att det var svårt. Den första träffen vi hade så tyckte vi att – vad är det vi har gett oss in på, det här kommer vi aldrig att fixa. Vi var fyra stycken då i projektet och då ångrade vi nästan att vi hade gett oss in på det". (Sara, Teamdeltagare i FP1)

Sara fortsätter med att berätta att först vid det andra lärandeseminarier fick de självkänslan tillbaka. Andra teamdeltagare tycker på liknande sätt:

"Till en början tyckte jag att det var jätte svårt att förstå, alltså när man fick det förklarat för sig var det svårt tyckte jag, men efter ett tag när man väl börjat jobba med det själv så klarnade ganska mycket, men det tog rätt så lång tid innan jag förstod metodiken ja". (Freya, Teamdeltagare i FP1)

"Den är ju lite komplicerad i sin natur innan man kommer in i den och det krävs ju en rejäl utbildning. När man har fått utbildningen så är den ju suverän att använda ute i förbättringsarbetet ...". (Gabriella, Teamdeltagare i FP1 och FP2)

Av liknande uppfattning är informanterna från FP2 då många tycker att det krävs en bra utbildning om man ska kunna metodiken ordentligt.

"... tror jag att det var mycket nya begrepp och att man inte riktigt såg det i sin helhet förrän vi hade gått alltihopa, och kanske inte förrän det hade landat nu ett år efter så ser man hur allting hänger ihop". (Sigrid, Teamdeltagare i FP2)

"Jag tyckte inte att den var svår att förstå. Just att skriva cirklarna är ju ett litet... att man ska vara kreativ och så ska man skriva så att alla ska förstå... Dokumentationen är alltid svår, det är alltid svårt att formulera sig i ord, man tänker rätt och så ska man formulera det i ord på ett sätt att alla förstår det längre fram. Det är inte så lätt alltid, men det är en tränings sak ju". (Angelina, Teamdeltagare i FP2)

"Jag tyckte inte att det var svårt men det var mycket jobb med det. Man fick ju kämpa hårt ett tag". (Greta, Teamdeltagare i FP2)

Det som personalen upplever som svårast med metodiken handlar om att formulera en insats och sätta in den i PDSA-verktyget. Detta var särskilt svårt i början av förbättringsarbetet tycker personalen. Informanterna i Grupp 1 tycker att problemet avhjälptes efter en viss tids användning av metodiken. När personalen stöter på problem vid formuleringen av insatsen och användningen av PDSA-verktyget hjälps de åt på olika sätt.

"Det svåraste är att skriva det på papper, att formulera det rätt, skriva det, annars genomföra det är inte svårt". (Personal, grupp 2) *"Då går jag gärna till de yngre tjejerna; hur ska jag nu göra?"* (Personal, grupp 2) *"Jag kan inte säga att jag kan det här, nej".* (Personal, grupp 2) *"Innan vi kom på knepet var det det (svårt, int.anm.) faktiskt. Det var nog väldigt svårt".* (Personal, grupp 3)

Analys

Innovationer som är enklare att förstå sig på och framförallt använda adopteras och sprids lättare och snabbare menar Rogers (2003:257) medan de som är mer komplicerade sprids långsammare.

Informanterna från FP1 tycker överlag att Genombrottsmetodiken var svår särskilt i början. En av informanterna tycker att det tog lång tid innan man kom in i det. Informanterna menar att det behövdes en bra utbildning, och att metodiken, när man väl behärskar den blir enkel och oerhört användbar. Informanter från FP2 har liknande uppfattning. En av teamdeltagarna menar att först nu ett år efter att man börjat använda metodiken ser man hur allt hänger ihop. Andra teamdeltagare upplever inte metodiken som svår, förutom arbetet med PDSA-verktyget. Personalen tycker överlag att det svåraste var att sätta in en ny insats i PDSA-verktyget, men att man lärt sig efter ett tag och att man hjälps åt när svårigheter uppkommer.

6.1.3 Provbarheten

Informanterna från både FP1 och FP2 upplever upplägget av förbättringsprogrammet då man fick använda den nya kunskapen direkt i arbetet och parallellt med utbildningsseminarierna som mycket positivt.

"Det var nog bra att vi testade först, för vi gjorde lite ändringar på resan om jag minns rätt, t.ex. avgränsa omfattningen så att det blev bara en avdelning som fick delta i projektet. Annars tror jag att vi aldrig hade klarat av det. Så det var tur att vi fick chansen lite grann att prova". (Sara, Teamdeltagare i FP1)

Det är stora fördelar med det att vi gick utbildningen parallellt med att man hade en verksamhet att testa den i, så att det inte var att man först gick utbildning och sen går ut och testar utan att man hade det vid sidan av och jobbade parallellt ... Det tycker jag är stora fördelar med det. Just det att man kan testa grejer och att man kan gå tillbaka så har man ju handledare som man kunde prata med om t.ex. varför det inte funkar, varför det inte kommer igång och sådana saker. (Freya, Teamdeltagare i FP1)

Av liknande uppfattning är informanterna från FP2 som bl. a. menar att:

"Det är bra för man hinner känna om den är bra, om den funkar för vår verksamhet, och sedan när man träffar de andra när vi har de här lärandeseminarierna så lär man sig av dem och då kan man ta det med sig och se hur vi kan använda det, så det var bra att testa". (Angelina, Teamdeltagare i FP2)

Man fick en möjlighet att anpassa metodiken till den egna verksamheten och välja ut de bitar av som man trodde skulle fungera och som var viktiga för de mål man hade formulerat tyckte Sigrid.

"... Det var nog tydligt hela tiden, att det huvudsakliga syftet var att det skulle hända någonting i verksamheten, att inte hänga kvar med en metodik som vi inte tyckte gav någonting..." (Sigrid, Teamdeltagare i FP2)

Personalen tyckte i huvudsak att det var bra att ha fått testa metodiken. Det hade varit mindre motiverande ifall man fick arbeta på ett visst sätt även om resultaten inte varit tillfredställande. Nu efter att ha arbetat med denna metodik och efter det att det har visat sig vara ett enkelt och bra sätt att arbeta på så kan man säga att man känner sig lite delaktig ifall metodiken stannar kvar menar informanterna.

Analys

Möjligheten att testa en innovation innan man bestämmer sig för att adoptera den är en viktig faktor som kan påverka detta beslut (Rogers, 2003:258). Själva förbättringsprogrammet är organiserat på det sätt att man först får gå en kortare utbildning i själva metodiken under det första lärandeseminarieret för att sedan under den första arbetsperioden börja använda metodiken direkt i verksamheten. På så sätt har man haft möjlighet att, som Rogers (a a) menar testa innovationen under tiden för förbättringsprogrammet och försäkra sig om dess funktionalitet samt reducera ovissheter som eventuellt finns. Som en av teamdeltagarna säger så var meningen med införandet av metodiken att initiera kontinuerliga förbättringar och inte hänga kvar med en metodik som inte ger resultat. Informanterna från både FP1 och FP2 tycker att denna möjlighet att lära sig en metodik genom att varva utbildning med konkret arbete var bra. Man fick en kontinuerlig kontakt med handledaren och ett forum för erfarenhetsutbyte i lärandeseminarierna så att man anpassade metodiken till den egna verksamheten.

6.1.4 Observerbarheten

Deltagarna i FP1 uttrycker att det tog lite längre tid att se resultat av förbättringsarbetet eftersom det krävdes mer tid att få med alla och få igång processen.

"Man kunde se enskilda resultat, enskilda förbättringar, små förbättringar men att personalen började tycka att det var bra och att de märkte resultat - det kom nog efter att projektiden var slut... jag tyckte att projektiden egentligen var för kort för att kunna se några riktiga resultat. Det tog lång tid för personalen på avdelningarna att komma in i arbetssättet och det kändes ungefär som när vi slutade med vårt projekt, alltså när projektiden var slut så började det komma igång ...". (Freya, Teamdeltagare i FP1)

"Kanske vi som jobbade i projektet kunde se resultat som inte personalen riktigt kunde se från början... Vi kunde se resultat efter någon vecka faktiskt, det kunde vi göra. Det tog kanske upp till en månad att se något resultat då vi åtminstone hade med oss personalen i tanket". (Sara, Teamdeltagare i FP1)

Informanterna från FP2 uppger att man relativt snabbt kunde se resultatet av de enskilda insatserna.

"Man hade oftast en testperiod på en vecka eller fjorton dagar så det var ju inom den tiden man såg hur den funkar och sen fick man ju utvärdera om man skulle fortsätta. Så det märkte man ju snabbt". (Angelina, Teamdeltagare i FP2)

Man menar också att i just det här fallet, då man ville förbättra läkemedelshanteringen och minska läkemedelsförbrukningen, var det lätt att se resultatet av arbetet. Denna synlighet av resultaten kunde påverka informanterna lite olika, beroende på hur resul-

taten såg ut. Ifall resultaten visar på positiva indikatorer kunde personalen känna en större motivation och tvärtom.

"Ibland blir man förvånad. När personalen alltså provar en cirkel och det blir: men wow det här funkar ju, varför har vi inte gjort så innan då blir jag också förvånad och glad att de har insett det, att det händer något... Personalen blir ännu mer inspirerad när de ser resultaten, ännu mer kreativa". (Angelina, Teamdeltagare i FP2)

"När man märker att en cirkel har gått bra då vågar man ju testa andra saker. Märker man att det inte fungerar då blir man ju lite uppgiven, att man känner lite: Vad ska vi nu?" (Viktoria, Teamdeltagare i FP2)

Analys

Det att resultatet av en innovation är synligt kan påverka huruvida den adopteras eller ej (Rogers, 2003:258).

Enskilda resultat av förbättringsarbetet kunde man se relativt snabbt, inom en eller två veckors tid vad gäller både FP1 och FP2. Man upplever däremot att projekttiden i FP1 var för kort för att någon stor förändring skulle kunna urskiljas, särskilt av personalen som behövde mer tid för att lära sig metodiken. Teamdeltagarna kunde se framgång i förbättringsarbetet, men det tog längre tid för personalen att se nyttan av arbetet.

Eftersom målet med FP2 var att förbättra läkemedelshanteringen kunde man se resultaten relativt snabbt. Insatser som behandlas med hjälp av PDSA-verktyget då man kontinuerligt mäter insatsens effekter varefter man utvärderar och analyserar dessa effekter leder till synliga resultat. Ibland visade resultaten på positiva effekter vilket inverkade positivt på personalens motivation och viljan att starta nya PDSA-cirklar, men ibland var resultaten negativa och de inverkade på personalen negativt så att de kunde känna uppgivenhet etc.

6.1.5 Kompatibiliteten

En av teamdeltagarna från FP1 upplever att det till övervägande del fanns en positiv inställning till lärande och förbättring samtidigt som informanten påpekade att det i början var svårt att få med all personal. Det tog lång tid, menar informanten att få personalen att inse att metodiken inte medför merarbete utan nytta för både personal och vårdtagarna.

Teamdeltagarna från FP2 uppger i huvudsak att de är villiga att lära sig nya saker och höja sin kompetens. Man ser positivt på förändringsarbete överlag och ser utmaning som motivationsgivande. En viktig del vid planering av förbättringsarbetet är teamsammansättning, som var väldigt svår att få till från början. Hon menar att:

"När teamet utsågs från allra första början, var ej första linjen chefen vidtalad vilket var en stor brist i teamsammansättningen vilket teamet påtalade efter första lärandeseminarier. Arbetslagsledaren fick på så sätt en tokig start och position i förbättringsarbetet. Arbetslagsledaren var hela tiden positiv i arbetet med förbättringar och bidrog med att skapa forum på MIA-möten och aktivt driva arbete på golvet. Jag tror att teamdeltagarna upplevde stöd från Arbetslagsledaren... Omvårdnadsansvarig sjuksköterska deltog inte heller i det team som åkte iväg, men visade sig vara en oerhörd kraft på hemmaplan att driva förbättringsarbete". (Sigrid, Teamdeltagare i FP2)

En större del av personalen är villig att lära sig och arbeta med förändringar, tycker informanterna som påpekar vikten av drivande individer och eldsjälar inom personalstyrkan. På liknande sätt, menar informanterna att det finns individer som är mindre villiga att tänka förändring. Efter ett tag inser även de motvilliga, menar informanterna, att förändring är lönsamt inte enbart för vårdtagarna utan även för personalen.

"Ibland är det svårt att få människor att prova någonting nytt". (Greta, Teamdeltagare i FP2)

"Somliga är mer mottagliga för förändringsarbete, andra är mer motvilliga, men efter ett tag så är de med ändå så det får ha sin tid... Medelåldern var lite högre hos den personalgruppen (där implementeringen gick lite svårare till, int.anm.) så det har säkert med det att göra. När man är 55, 60 år så är man kanske inte så förändringsbenägen. De behövde lite längre tid innan de tyckte att det här var okey. Men sedan har funkat, nu funkar det". (Angelina, Teamdeltagare i FP2)

En av teamdeltagarna uppger att på den ena avdelningen var det lika många som var motvilliga som de som var villiga att anamma metodiken.

"... Det har varit många som har varit emot det och de tyckte att det var för mycket. ... – det ska vara som det ha varit i trettio år. Men nu börjar det få fäste, de här cirklarna i alla fall...". (Viktoria, Teamdeltagare i FP2)

En del av personalen uttalar sig vara positiva till lärande och kompetensutveckling så länge det handlar om kärnarbetet, dvs. vårdkompetensen och inte trädgårdsarbetet etc. En större del däremot uttrycker att alltför många förändringar likaså som bristande kontinuiteten i ledarskapet kan skapa ett motstånd till nya förändringar.

"Det är många förändringar vi har varit med om, det har pågått i många många år nu. Det är den ena förändringen efter den andra. Vi hinner precis landa och så in med en ny. Det har kommit mycket omorganisationer och Gud vet vad allt vi har haft här alltså. Här har inte varit en arbetsro på länge nu". (Personal, grupp 2)

"Hur många chefer har vi haft nu på en kort tid? På ett par år har vi haft jättemånga chefer". (Personal, grupp 2)

"De kommer ju med nya grejer hela tiden ju, de ser saker på olika sätt så det är också jobbigt ju... Och så kommer de med att vi ska ha nya förändringar och så blir det ju lite protester innan vi ser vad det är". (Personal, grupp 2)

"Först tyckte vi att det var lite så, onödigt... Det kommer så mycket nya grejer ibland - ibland blir det för mycket". (Personal, Grupp 3)

I en av gruppintervjuerna uppger en av personalen att:

"... jag kan lika väl erkänna att jag var en motvallskärring från början, det erkänner jag ärligt och villigt. Jag bara tyckte det var en jävla massa trams, det har fungerat alltid i alla tider, och de har aldrig mått dåligt – de boenden vi har passat så att de har fått den vård de har behövt – så vad är detta för trams". (Personal, Grupp 2)

Denna motvillighet var störst i början tycker personalen från denna grupp.

"Vi är inte negativa nu alls". "Så nu är det ingenting som förvånar en utan vad än som kommer till en... det är ett papper till här... ja, okey (ett litet skämt). När det gäller sådana här saker så har man inte mycket att säga till utan det blir: ni ska göra detta nu ...". (Personal, Grupp 2)

Enligt Klara är situationen liknande inom serviceavdelningarna där det finns intresse och vilja för metodiken men där motvilligheten överväger.

"Det är så att de som är negativa, de tar överhanden och det har inte att göra med hur många i antal det är utan det blir oftast så om det är någon som är negativ så fokuseras mer på det än möjligheter och lösningar. Det är starka personer som ibland är negativa, det kan räcka med en eller två per avdelning så det är tillräckligt för att bromsa utveckling". (Klara, Tjänsteman)

På frågan om arbete med inslag av innovation och förändring kan upplevas mer motiverande uttrycker en av personalen sin åsikt på följande sätt:

"Jag tror att man hade mer uppskattat om man hade gjort någonting annat för de boenden än just de här PDSA-cirklarna. Det är inte så wow – nu blir det roligt för nu kanske jag får gå och skriva en PDSA-cirkel. Det är mer andra saker, tycker jag som man gör tillsammans med de boenden på ett annat sätt, för att liva upp vardagen. Sådana grejer tycker jag är mer viktigt att kommunen satsar på – om jag ska säga min mening. Det kan vara dans eller vad som helst, det tycker jag är viktigare att lägga pengar på, men det är bara min åsikt". (Personal, Grupp 2)

Analys

Adoptering av en innovation kan påverkas positivt ifall innovationen överensstämmer med de normer och värderingar som finns hos adopteraren, eller negativt ifall adopteraren haft negativa erfarenheter med tidigare innovationer (Rogers, 2003:240–245).

Vad gäller FP1 beskriver man villigheten till lärande i positiva termer samtidigt som det var svårt att få alla att arbeta med den nya metodiken, särskilt i början.

Teamdeltagarna från FP2 ser positivt på lärande, kompetensutveckling och förändring. De är uttalat förändringsbenägna och har aktivt arbetat med förbättringsarbetet. Man lyfter upp betydelsen av eldsjälar som aktivt arbetar i förbättringsprocessen. Dessa ses i personalstyrkan men också i arbetsledaren och omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

En del av personalen menar att lärande är bra så länge det handlar om vårdkunskapen. En större del av personalen känner motvillighet till förändringsarbete pga. erfarenhet av alltför många förändringsprocesser hittills och alltför många chefsbyten inom verksamheten vilket gör att man tappar motivationen och viljan till sådana aktiviteter. Under intervjuerna har en informant uttalat sin negativa inställning till förändringar och menande att man alltid gett vårdtagarna den service de behövt. Det finns även en uppfattning att man bör fylla vardagen för de boendena med mer kvalitativt innehåll istället för att driva arbetet med PDSA-cirklar. I övrigt menar informanterna att denna negativitet var mest påtaglig i början av förbättringsarbetet medan nu ser man mer positivt på det.

Motvilligheten till förändring och arbete med förbättringar är större inom serviceavdelningarna, fast visat intresse och vilja för dessa aktiviteter finns hos en del av personalen. Man menar att det inte handlar om antalet negativt inställda utan om den negativt inställdes roll och ställning i arbetsgruppen som ofta är dominerande.

6.2 Tid

I detta avsnitt kommer jag att presentera materialet inhämtad i syfte att studera hur beslutet att delta i förbättringsprogrammen har fattats, studera en möjlig kategorisering av informanternas innovationsbenägenhet samt studera i vilken grad metodiken adopterats, dvs. spridits.

6.2.1 Innovationsbeslutsprocessen

Här redovisar jag för informanternas uppfattningar av den kunskap som man fått i förbättringsprogrammet, deras upplevelser av de fördelar som denna kunskap gett och hur informanterna använder den här kunskapen. Jag redovisar även för informanternas upplevelser om kunskapens användbarhet i det fortsatta arbetet.

6.2.1.1 Kunskapsfasen

Deltagarna i FP1 uppger att kunskapen i huvudsak består av tekniken att dokumentera och utvärdera arbetet. Man menar att man har i tanken velat arbeta på detta sätt men att man inte kunnat förmedla det till personalen på ett tydligt och överskådligt sätt.

"... men nu hade vi allt på papper, man ritade upp på ett annat sätt, det var lättare att få ut den här kunskapen och förmedla ut till folk vad man menar. Så på något vis lossnade det litegrann, men tänket har det funnits där innan på något vis. Fast det är egentligen jag och Gabriella som har tänkt så, det var svårt att få ut det till personalen. Så vi blev väldigt förvånade och glada båda två när vi insåg: här har vi ett verktyg som vi verkligen kan arbeta efter". (Sara, Teamdeltagare i FP1)

Sara tror att den fastanställda personalen har tillräcklig kunskap, men att det alltid finns individer som inte är intresserade av att ta till sig kunskapen. Freya tycker att de

har fått tillräcklig kunskap för att kunna använda men inte för att kunna överföra metodiken och att det behövdes en viss tid innan man förstod allt ordentligt.

"... om jag själv skulle lära ut denna metodik till någon annan så hade jag behövt repetera och få mer kunskap, det tror jag". (Freya, Teamdeltagare i FP1)

Teamdeltagarna i FP2 man har lärt sig en metod som hjälper att planera, genomföra och på grundval av en nästföljande utvärdering agera, dvs. bestämma om den nya insatsen skulle införas som en standardmetod i arbetet med den enskilde. Man lyfter upp kunskapens konkreta och praktiska karaktär.

"Alltså, det är väldigt konkret och praktiskt, tycker jag och att man på enkla sätt kan få hjälp att formulera vardag och kartlägga. Jag tycker att den är enkel och att den är verklighetsnära, praktiskt förankrad tycker jag. (Sigrid, Teamdeltagare i FP2)

Den absolut mest konkreta kunskapen man vunnit genom deltagandet i förbättringsprogrammet utgörs, enligt Sigrid av PDSA-verktyget och medvetenheten om

"Att inte arbeta med förbättringar med detsamma utan att verkligen titta på problemet innan man börjar med förbättringar. Delaktigheten kring att fatta beslut, att träna mått och mål och mäta. Det är nog det som är det viktigaste". (Sigrid, Teamdeltagare i FP2)

En stor del av kunskapen man fått består också av faktakunskap kring läkemedel, dess relation till demenssjukdomen, påverkan och effekter. Denna kunskap var väldigt omfattande i och med att apotekare och läkare var inblandade i processen men man sökte kunskap även själv. Av liknande uppfattning är några andra temadeltagare. En informant uppger att de mätinstrument som användes i arbetet fick de också i projektet.

"Vi fick ju stöd av vår handledare att hitta bl.a. Glädje- och Välbefinnandeskalan, sen var det ju mycket vårt eget intresse och förmåga att söka alltså vi hittade vissa delar. Vi fick mycket stöd i Excel, att sammanställa med hjälp av Excel, rita tabeller etc.". (Sigrid, Teamdeltagare i FP2)

PDSA-verktyget hjälper att strukturera arbetet och tydligöra insatser, medan mätinstrumenten används för att utvärdera insatsen menar informanterna.

"Att visa vad som händer med människor som vi plockar bort läkemedel, hur de mår av det, alltså det var ju olika faktorer som man skulle tänka till om. Det kan vara att man har en massa material, men sedan man liksom förpackar det och gör det tydligt och kan förklara för andra och visa". (Greta, Teamdeltagare i FP2)

På liknande sätt beskriver personalen den nya kunskapen då man pekar på att metodiken gör det möjligt att dokumentera varje steg vid införandet av nya arbetsmetoder.

"Det är viktigt att man dokumenterar, allting skulle dokumenteras. Och man kan få det till att alla på ens enhet jobbar likadant, för nu finns det den där pärmen och då ska du jobba på det viset, basta, vilket har inte varit innan". (Personal Grupp 3)

Det råder delade uppfattningar om hur pass bra kunskap om Genombrottsmetodiken som personalen har. Vissa teammedlemmar och vissa från personalen tycker att denna kunskap inte är tillräcklig och att det skulle behövas en allmän utbildning i metodiken som skulle omfatta personalen på golvet.

"I Genombrottsprojektet blir det bara de två, tre, eller fyra personerna som finns med som ska driva den, men jag tror att man behöver en allmän utbildning för de som skulle driva den ute på golvet". (Gabriella, Teamdeltagare i FP1 och FP2)

Sigrid menar att kunskapen man fått inte hade räckt till för att kunna använda och överföra Genombrottsmetodiken efter programmets slut om man inte hade fått fortsatt stöd från Utvecklingscentrum. Eftersom kontakten med Regionen har funnits kvar genom olika aktiviteter som projektledaren har medverkat i, har det funnits möjlighet att få detta stöd även efter programmets slut. Informanten fortsätter med att säga:

"Jag hade nog velat ha ett uppföljningstillfälle. Jag tror att lärandeseminarier är tillräckliga och arbetet där emellan, men att man sedan hade kanske en uppföljning med sin handledare ett halvår efter för att liksom säkerställa varaktigheten, det tror jag". (Sigrid, Teamdeltagare i FP2)

Enligt några andra informanter har personalen kunskap i metodiken då man i regel menar PDSA-verktyget och kunskapen om hur detta verktyg ska användas.

"All personal är bekant med PDSA-cirkeln nu, de kan det här nu så de är så inkörda med den. De vet hur man ska fylla i det här med att planera omvårdnadsåtgärderna, de sätter sig in i testperioder". (Angelina, Teamdeltagare i FP2)

Det som efterlyses av vissa informanter är förbättringskunskap som är:

"... övergripande begreppet där Genombrottsmetodiken är ett sätt på hur man jobbar med förbättringskunskap. Förbättringskunskap är ju det som är vardag så att säga, att vi har krav på oss att jobba med förbättringar, vad förbättringar är, är det alltid givet att en förändring blir en förbättring". (Sigrid, Teamdeltagare i FP2)

Den här kunskapen skulle, enligt informanten kunna ökas dels genom internutbildning och dels genom att frågor kring utveckling och förbättring tas upp på MIA-möten. Personalen tycker att man har kunskap nog för att kunna använda PDSA-verktyget, men att de också, vid behov, hjälps åt eller får hjälp av arbetsledaren eller demenssköterskan.

"Vi har en jättebra demenssjuksköterska här i kommunen och hon ger oss råd när vi behöver och ber om det så jag tror nog att vi kan skaffa som vi känner att vi inte kan eller inte klarar av". (Personal, Grupp 3)

Analys

Kunskapen som teamdeltagarna vid både FP1 och FP2 har fått genom att ha deltagit i förbättringsprogrammet består i huvudsak av kunnandet att tillämpa ett verktyg för planering, genomförande, utvärdering och agerande, mer känd som PDSA-cirkel (PDSA står för plan – do – study – act). Denna slags kunskap kallar Kalman (2006:55–56) för praktisk kunskap, eller mer precist för skapande kunskap. Man har utvecklat färdighet, kompetens och skicklighet i att använda ett verktyg för att på ett enkelt men framförallt säkert sätt formulera och kartlägga olika arbetsmetoder. Läger man till det externt uppmärksammade problemet kring övermedicinering, när det gäller FP2, eller det internt upplevda behovet av förbättring inom demensvården vid FP1, blir en kunskap i hantering av dessa problem en nödvändighet. På så sätt handlar denna kunskap, som Alvesson (2004:57–58) säger *"... om bruket att gripa in i världen på ett kunnigt och ändamålsenligt sätt"*. Eftersom arbete med dementa kräver stor flexibilitet och anpassningsförmåga då nya situationer och problem uppkommer frekvent är man, som i FP2, tvungen att antingen sätta in medikamenter eller hitta på alternativa lösningar. En viktig lärdom man fått i FP2 är att inte arbeta med förbättring utan att först ha planerat den, dvs. man har blivit medveten om vikten av teoretisk kunskap som, enligt Kalman (2006:51) används för att få en bättre förståelse kring samband men också en ökad förståelse och insikt i vilka åtgärder skulle kunna passa bäst i den givna situationen.

Informanter från FP2 är överens om att kunskap i användningen av PDSA-verktyget är ett effektivt, men också ett kvalitativt och framförallt ett säkert sätt att förbättra arbetet med dementa. En av fördelarna med att delta i förbättringsprogrammet och på det sättet få denna kunskap var möjligheten att förlöpande under programmet och direkt efter den teoretiska delen testa den kunskap man fått. Denna praktiska prövning av kunskapen har skapat en möjlighet att bedöma dess validitet, något som Kalling & Styhre (2003:57) tar upp i sin definition av kunskap. Mätning av de nya insatserna är en nödvändighet för att säkerställa att en insats kan anses vara en förbättring för vårdtagaren och för att därmed kunna permanenta den. Därför har man också lärt sig an-

vända olika mätinstrument, något som, enligt definitionen är praktisk kunskap (Kalman, 2006:55–56). En del av kunskapen som deltagandet i förbättringsprogrammet FP2 resulterat i består av faktakunskapen kring läkemedel, något som enligt Kalman (2006:51–53) är giltig och nödvändig kunskap. Man har fått en fördjupad kunskap i hur olika läkemedel påverkar demenssjukdom, vilka effekter eller bieffekter de förorsakar. Utifrån materialet från 6.2.1.4 kan man säga att en del av kunskapen består av förståelsen av vikten av att koppla trippeln läkemedelsgenomgång – säkerhet – åtgärd i arbetet. Eftersom det handlar här om en teoretisk förståelse av samband kan man säga att denna kunskap är av teoretisk karaktär (Kalman, 2006:51–53). Man har även fått kunskap i att använda Excel för att sammanställa resultatet av arbetet med metodiken vilket hör till gruppen skapande praktisk kunskap (Kalman, 2006:55–56). Som det framgår från materialet i avsnitt 6.1 men också från avsnitt 6.2.1.4 har en större del av informanter uppgett att de har arbetat på samma sätt innan vad gäller framtagning av nya lösningar, att man alltid haft lösningsfokuserat tankesätt. Det som informanterna poängter är att skillnaden består i att ny måste man dokumentera allt på ett helt annat sätt. Utifrån detta kan man säga att personalen ute i verksamheten besitter en betydande del av det som Kalman (2006:56) kallar för praktisk visdom eller praktisk förstånd. Man har, under lång tid arbetat med dementa och lärt sig att detta arbete ofta innebär nya situationer då man är tvungen att avläsa situationen och anpassa arbetsmetoden efter de givna förhållandena.

En del av teamdeltagarna tycker att personalen har tillräcklig kunskap för att kunna arbeta med metodiken då man i huvudsak menar PDSA-verktyget men att man bör ha uppföljningstillfälle en viss tid efter programmets slut för att säkra kunskapen och metodikens varaktighet. Några teamdeltagare menar att denna kunskap inte är tillräcklig och man efterlyser fördjupning i den genom utbildning av personal som uppvisar intresse. Personalen uppger att de har den kunskap som behövs för att kunna arbeta med PDSA-verktyget och att de kan få hjälp i fall det behövs.

6.2.1.2 Övertalningsfasen

Nackdelen med metodiken ses av personalen i svårigheten med att administrera de nya insatserna enligt PDSA-verktyget. Sigrid tycker att det kan finnas en risk att man blir alltför engagerad och vill göra stora förändringar vilket kan ställa högre krav på en själv och personalen. Informanten menar att det är viktigt med avgränsningar så att arbetet inte blir alltför komplicerat.

När det gäller fördelar med denna metodik och i syfte att undvika upprepning hänvisar jag till materialet i avsnitt 6.1.1

Analys

Det som Rogers (2003:21–21) kallar för övertalningsfasen kopplas till attitydbildning kring innovationen innan den blivit accepterad eller implementerad för att i nästa fas besluta att den ska accepteras eller avvisas. Eftersom beslutet att starta och driva förbättringsarbete har fattats av ledningen kan dessa två faser inte anses vara giltiga för personalen som ska genomföra detta beslut utan snarare för ledningen. Jag har, trots detta, valt att utifrån denna teoribildning studera hur personalen upplever effekterna av användningen av metodiken som jag tror påverkar deras inställning och villighet att arbeta med den. Detta, tycker jag är en viktig faktor för metodikens varaktighet.

Efter att ha använt metodiken under en viss tid har personalen bildat sig en uppfattning om metodikens faktiska effekter samt byggt upp en attityd genom metodiken, något som man gör, enligt Rogers (2003:20–21) innan man bestämmer om innovationen ska accepteras och användas. Personalen har alltså haft tid på sig att se vilka för- och nackdelar användningen av metodiken medför för dem själva men framförallt för

vårdtagarna och verksamheten i sin helhet (a a). Författaren anger att de viktiga faktorerna under denna övertalningsfas är metodikens relativa fördelar, kompatibilitet och komplexitet (a a:168-176), aspekter som jag har diskuterat tidigare.

Den mest substantiella nackdelen som framförallt personalen upplever att metodiken medfört kopplas till svårigheten med administreringen av nya idéer och insatser i enlighet med PDSA-verktyget. Metodikens breda användningsområde kan även göra att man vill göra stora förändringar vilket kan verka negativt på personalen. Det viktiga i sammanhanget är avgränsning och förståelsen att metodiken bygger på många små men hållbara förändringar som tillsammans gör en betydande förändring i sin helhet. Fördelarna med metodikanvändningen, som många informanter, både från FP1 och FP2 upplever, är dess enkelhet men också att den skapar incitament för kompetenshöjning och lärande. Detta gör att vårdtagarna och deras behov blir uppmärksammade på ett bättre, säkrare och mer konstruktivt sätt i längden. Metodiken har bidragit till ett helhetstänkande kring vårdtagaren och till att arbetet med de olika insatserna utförs likadant av alla medarbetare. Samtidigt upplever personalen att allas idéer har fått möjlighet att komma fram genom användandet av denna metodik.

6.2.1.3 Beslutsfasen

På frågan om metodiken bör fortsätta att användas i arbetet uppger alla informanter, både teamdeltagare och personal sitt samtycke. Metodiken ger många fördelar och är relativt enkel att använda, när man väl lärt sig den, tycker informanterna över lag. Vad gäller informanternas inställning och upplevelse av metodiken hänvisar jag till den övriga texten i empiriredovisningen.

Beslutet att starta ett förbättringsarbete år 2006 fattades av dåvarande verksamhetschefen i samråd med demenssjuksköterskan. Bakgrunden till beslutet var chefens upplevelse att äldre våden behövde utvecklas för att kunna bemöta de krav som tjugohundratalet skulle komma att ställa. Samtidigt märkte demenssjuksköterska att arbetet inom demensavdelningarna borde förbättras. Vid samma tid blev verksamheten inbjuden av det närliggande Lasarettets NG-avdelning att delta i ett förbättringsprojekt organiserat på regional nivå.

Personalen från demensavdelningen som skulle ingå i detta förbättringsarbete har inte haft möjlighet att ta ställning till ifall de ville medverka i detta arbete.

”Det bestämdes ju utav oss, och det kan vi ju med facit nu tycka att det så skulle vi inte ha gjort. Nästa projekt som de har startat har de haft personal från golvet med och det har man vunnit mycket på. Men vi förstod inte bättre”. (Sara, Teamdeltagare i FP1)

Förbättringsarbetet år 2007 startade, enligt teamdeltagarna, i syfte att minska läkemedelsförbrukningen. Detta hade verksamheten fått rekommendation och uppmaning om att göra från Länsstyrelsen och Socialstyrelsen sommaren 2006 då dessa myndigheter gjort ett tillsynsbesök och funnit att den genomsnittliga läkemedelsförbrukningen var hög. Valet att även vid detta förbättringsarbete använda Genombrottsmetodiken vilade på den tidigare erfarenheten år 2006 då man använde sig utav samma metodik i det dåvarande förbättringsarbetet. Beslutet fattades även denna gång av Solbergets verksamhetschef.

Alla de övriga informanterna uppger att det var ett uppifrån beslut, vilket upplevdes som negativt av främst personalen. En av teamdeltagarna säger så här:

”Det var ett uppifrån beslut, detta ska ni göra, och tyvärr blev det väl en rätt så dålig start för informationen till omvårdnadspersonalen att de fick inga möjligheter att själva påverka om man ville vara med eller inte, utan de blev utsedda – nu åker ni ungefär så där – så det var inte den optimala starten för ett förbättringsarbete. Det tycker jag inte”. (Sigrid, Teamdeltagare i FP2)

Informanten tycker att det krävdes mer jobb och tid för att få personalen motiverad och införstådd med vikten och behovet av förbättringsarbetet, något som kunde ha underlättats ifall personalen varit involverad från början. Andra teamdeltagare uppger att de var positivt inställda till själva beslutet till förbättringsarbetet.

"Alltså, jag tycker det är kul med förändringar så att jag inte hade tänkt tanken att avböja, jag tycket att det är så roligt med förändringar och utveckling. Det är det som gör jobbet kul". (Angelina, Teamdeltagare i FP2)

"... Och jag tycker alltid sånt (förbättringsarbete, int.anm.) är roligt så det gör jag gärna flera gånger, så det har hamnat rätt ...". (Greta, Teamdeltagare i FP2)

Personalen själv säger att de inte visste någonting och att de blev informerade om att projektet skulle sättas igång först när man beslutat vilka som skulle ingå i teamet.

"Vi tyckte: det är ett projekt till". (Personal, Grupp 2) *"Vi visste ju inget om det, vi visste inte vad det var, hur det skulle bli".* (Personal, Grupp 2)

Analys

Utifrån mitt resonemang från avsnitt 6.2.1.2 vill jag påminna om att jag även kopplar det som Rogers kallar för beslutsfasen till informanternas upplevelser och inställningar. Samtidigt tycker jag det är relevant att analysera hur beslutet att starta ett förbättringsarbete med Genombrottsmetoden har fattats och hur personalen upplever denna process. Detta kan säga något om personalens inställning till förbättringsarbetet.

Utifrån olika delar av den redovisade empirin kan man säga att informanternas upplevelse av metodiken i huvudsak är positiv. Alla informanter uttrycker att metodiken bör fortsätta att användas inom verksamheten och att den redan kan anses vara en rutin i arbetet. Utgår man ifrån Rogers (2003:177–179) beskrivning av beslutsfasen kan man säga att metodiken är accepterad av personalen.

Beslutet att starta ett förbättringsarbete vid båda tillfällena, dvs. FP1 och FP2 var auktoritära beslut. Behovet av förbättringar har uppmärksamrats internt vid FP1 medan förbättringsarbetet vid FP2 startades på extern rekommendation och uppmaning. Det faktum att beslutet fattades uppifrån upplevdes som negativt av främst personalen "på golvet". Man fick inte möjlighet att delta i förbättringsarbetena från början vilket skapade en viss motvilja vid både FP1 och FP2. Man fick arbeta mer och längre för att få personalen med sig. Teamdeltagarna uppger att de, över lag inte hade några problem med att beslutet fattades uppifrån.

6.2.1.4 Implementeringsfasen

Enligt Gabriella var implementeringen av metodiken vid förbättringsarbetet år 2006 svårare eftersom det inte fanns någon tid avsatt för detta arbete. Informanten menar att allt var nytt och att man ville uppnå mycket. Detta gjorde att det var svårare att få med personalen. Personalen var inte inblandad i projektet på något annat sätt än vid implementeringen av det som teamet arbetade fram. Personalen var också rädd för att metodiken skulle innebära merarbete.

"Vi kan ju idag säga när vi har facit att vi skulle ha haft med någon personal i projektet som aktiv deltagare i projektet. För det hade varit lättare för dem att förstå varför vi gjorde som vi gjorde. Det är alltid svårt när det kommer uppifrån att så här ska vi göra. Så det var lite bekymmersamt i början att få med dem på tåget". (Sara, Teamdeltagare i FP1)

Implementeringen beskrivs av Freya på följande sätt:

"Implementeringen gick ju till så att först fick vi information och sen så förde vi den vidare till de som skulle jobba vidare med den... information om de här skalorna, hur de skulle mäta, fylla i data etc. ". (Freya, Teamdeltagare i FP1)

Användning av metodiken är relaterad till resursramarna som finns inom verksamheten uppger informanterna.

”Till viss del är det helt och hållet beroende på vad det är personal i tjänst. Är vi två i tjänst så kan inte en t.ex. traska ut och gå i två timmar med en patient. Det kanske blir en kvart runt huset och en dement har inte tidsbegreppet, den vet inte om den var ute fem minuter eller fem timmar. Så kanske du kan göra en femminuters promenad istället”. (Personal, Grupp 3)

”Tanken på att vi inte hinner med vad vi vill eller kan göra för viljan finns ju hela tiden, men vi vet ju att vi har inget annat val så att vi får lösa det på vårt sätt – och det gör vi inom gruppen... Det är inga stora saker vi gör egentligen, det är mer smarta saker... Smarta och väldigt enkla... Så det kräver inte så mycket tid egentligen, de här sakerna...”. (Personal, Grupp 3)

Demenssjuksköterskan var aktiv i det konkreta arbetet med personalen då hon/han visade på hur man kunde använda metodiken och PDSA-verktyget. Det svåra var att hitta tider då teamdeltagarna kunde träffas och arbeta mer aktivt med metodiken och dess implementering och förankring bland personalen. En annan svårighet var, som personalen uttrycker det, att få alla att arbeta enligt PDSA-verktyget.

”Egentligen svårt var det tror jag att få alla att följa de här PDSA - cirkelarna när vi väl hade gjort upp dem, för vi ville ju att alla jobbar likadant för att kunna se om det fungerar. Alla ville inte jobba likadant alltså”. (Personal, Grupp 3)

I förbättringsarbetet 2007 fanns en särskild projektledare som hade en avsatt tid att driva projektet, vilket Gabriella accentuerar som en väldigt viktig del i ett förbättringsarbete. En annan faktor som har underlättat implementeringen vid de båda förbättringstillfällena tycker informanten var att beslutsmakten fanns hos teamledaren vilket förkortade beslutstiden och därmed gjorde att arbetet mer effektivt. Dessutom fanns viljan till förändring, inte minst hos beslutsfattaren som ofta är den som ställer till med problem, enligt informanten. För att uppnå en bättre förankring i förbättringsarbetet år 2007 valde man att vid teambildningen inkludera personal från ”golvet” och därigenom få personalen mer delaktiga i förbättringsarbetet. Enligt alla informanter var det just personalen som aktivt har arbetat med denna metodik. Angelina skildrar personalens roll på följande sätt:

”Det är personalen som har provat olika saker för att hitta lösningar på situationen. De har ju egentligen alltid tänkt en lösning, det här är bara ett sätt att få ner det på papper och att man ska jobba likadant allihop. Alla måste prova och göra så här när man är inne hos Kalle, så alla måste göra likadant, det är viktigt att man gör det i demensvården. De har ju alltid gjort så, så det var egentligen inget nytt tankesätt för personalen, egentligen inte, för de har alltid tänkt ut lösningar, utan de skulle bara få det på ett papper helt enkelt, nu skulle man utvärdera, nu skulle man ha en testperiod och sedan utvärdera på ett annat vis än man gjort förr. Det var inte så lätt i början, man har lärt sig på vägen. Det är bara att tänka logiskt och skriva ner det, skriva ner tanken”. (Angelina, Teamdeltagare i FP2)

Informanten exemplifierar arbetsprocessen med PDSA-verktyget så här:

”Gör man en påklädnadscirkel kan man testa bara på morgonen ... om man lägger kläder i en viss ordning så klarar Kalle att klä på sig själv, men ligger de huller om buller så har Kalle ingen koll, då vet han inte vad han ska ta på sig, hur man gör: vad ska jag med den? ... man kan göra sådana små saker som gör jätteskillnader i vardagen för dem”. (Angelina, Teamdeltagare i FP2)

Enligt Sigrid har implementeringen av metodiken i stort gått bra, trots vissa svårigheter med att få med en av de tre demensavdelningarna. Enligt informanten är PDSA-verktyget det man lyckats bäst med att implementera. Det svåra var att koppla ihop resultatet från läkemedelsgenomgångarna och föra över det till sjuksköterskegruppen att använda i läkemedelsgenomgångar framöver tyckte informanten.

”De har gjort läkemedelsgenomgångar på serviceenheterna på Solberget men inte plockat ut den här trippeln som vi gjorde med läkemedelsgenomgång – säkerhet – omvårdnadsåtgärder, det är liksom summan av det arbetet vi gjorde”. (Sigrid, Teamdeltagare i FP2)

Andra informanter, både personal och teamdeltagarna tycker över lag att implementeringen var svårast i början. Till en viss del berodde det på inställningen till förändring hos enskild personal och rädslan för merarbete som personalen upplevde att förändringen skulle innebära. En stor del av svårigheten som personalen upplevde var att arbeta med just PDSA-verktyget, att få tanken om en viss insats, dess planering, genomförande, utvärdering och analys på papper på ett sätt som är lättförståeligt för andra i arbetslaget. Ett annat problem som man mötte under implementeringen var att säkerställa att en insats, dvs. förändring också är en förbättring. Ett av de största problemen var, enligt Angelika och Greta att använda den s.k. Uggldalens Glädje och Välbefinnande skala som mäter vårdtagarnas välbefinnande. Problemet var att man inte i början hade fastställda kriterier vad gäller vilken nivå på skalan som motsvarar ett visst välbefinnande och att man mätte enligt egna uppfattningar. Informanterna beskriver situationen så här:

"Det fick vi upp på våra personalmöten och diskuterade, vad är en trea? och vad är en femma? När man är på topp – vad är det då – alltså när man mår riktigt, riktigt bra. Hur kan man se det på dem som är så långt komna i sin demens – i sin sjukdom så att de sitter i rollstol och är passiva. Hur ska man värdera hur de mår? ... De diskussionerna var svåra i början för man tänker så olika men de var också viktiga". (Angelina, Teamdeltagare i FP2)

Greta understryker att man aldrig kan vara säker om en insats verkligen upplevs som en förbättring av t.ex. välbefinnande hos dementa vårdtagare.

"Alltså man kan aldrig vara säker när man har med människor att göra och helst inte när man har dåligt minne och är glömska och inte kan prata med oss. Alltså man kan ju läsa mimik, ansiktsuttryck, ögon om de tittar, men man kan aldrig vara säker, det kan man inte när man jobbar med människor. Men vi kan väl ana en ro, om man ser att de sover bra, fungerar och är glada, det är så vi bedömer, men det är ju jättesvårt att kunna skriva ner det". (Greta, Teamdeltagare i FP2)

Alla insatser man hittar på och sätter in i en PDSA-cirkel måste hålla sig inom de resursmässiga ramarna som finns uppger informanterna över lag. Med detta menar informanterna att Genombrottsmetodens användning i arbetet inte stimulerades genom resurstillökning i någon form som t.ex. extra personal. Den enda stimulans som fanns var ett stimulansbidrag från staten som till en del användes för omvårdnadsåtgärderna då man köpte in olika hjälpmedel. Informanter från gruppintervjuerna tycker att fler av personalen hade skapat förutsättningar för en mer kvalitativ användning av Genombrottsmetodiken. Man hade kunnat sätta in insatser i form av t.ex. promenader eller andra former av utevistelser som upplevs som roligare inte bara av vårdtagarna själva utan även av personalen. Utevistelser idag består, enligt informanterna av att i en halvtimme släppa ut en boende två gången i veckan ca två meter ifrån ytterdörren medan personalen bevakar. Informanterna tycker inte att detta är tillräckligt utan ser fram emot fler anställda så att man kan gå ut med vårdtagarna och vara ute på ett mer kvalitativt sätt.

Sigrid uppger att det alltid kan finnas en risk ifall ett förbättringsarbete skulle stimuleras med extra medel. Risken är att förbättringsarbetets varaktighet urholkas när stimulansen upphör menar informanten.

"... det är också en viktig lärdom att kunna motivera till ständiga förbättringsarbeten som inte ligger i projektformen utan som ligger på linjen och genomförs i linjen. Men visst fick den anpassas, vi fick ju jobba med konkreta praktiska mål, vi kunde inte jobba med visioner, det kunde vi inte göra". (Sigrid, Teamdeltagare i FP2)

Det som Gabriella tycker skulle kunna göras annorlunda vid planeringen av nya förbättringsprogram är att man hittar de personer inom verksamheten som är genuint intresserade av förbättringsarbete och ge dem utbildning i den metodiken som man bygger förbättringen på. Utbildningen skulle då kunna ges under en viss tid innan

förbättringen sätts igång så att dessa personer kan förbereda personalen på det som kommer att ske genom att överföra information om det på ett bättre sätt. Informanten tror att det hade besparat mycket tid som man annars måste lägga på att motivera och få med personalen som kanske på grund av avsaknad av rätt information visar motvilja till förbättringen.

Sigrid uppger att metodiken fick anpassas till verksamheten så att man fick ett ännu mer praktiskt fokus då man även arbetade med attitydförändringar hos personalen. Det är enligt informanten viktigt att personalen förstår att man, förutom ansvaret för det dagliga arbetet också har ett ansvar att jobba med förbättringar. Därför tycker informanten att det är viktigt att fokusera på förbättringskunskapen hos medarbetarna, något som informanten tycker att man lyckats med i detta förbättringsprogram.

Analys

Det som Rogers (2003:178–180) kallar för implementeringsfasen inträffar då man börjar använda innovationen. Förbättringsprogrammet var uppbyggt på det sättet att Genombrottsmetodiken skulle börja användas redan under förbättringsprogrammets gång, dvs. direkt efter det första lärandeseminarier vilket också var fallet. Den största svårigheten som implementeringen av metodiken mötte i början, i både FP1 och FP2, var förknippad med just personalens attityd, inställning och motivation till förändringsarbete, något som jag behandlat tidigare. Enligt Rogers (a a) är sådana problem förväntade när beslutet att en innovation ska implementeras fattas utanför gruppen som förväntas göra jobbet. En annan svårighet var att personalen hade uppfattningen att användningen av metodiken helt enkelt skulle innebära mer arbete och att man inte hade någon avsatt tid att driva förbättringsarbetet på. Arbetet i både FP1 och FP2 uppges ha underlättats eftersom beslutsmakten fanns hos teamledaren vilket i mångt och mycket underlättade förbättringsarbetet.

Det fanns dessutom andra faktorer som ytterligare underlättade arbetet under FP2, som det att man hade en särskild tjänst tillsatt för att driva förbättringsarbetet men också det att man tog med två från personalen i teamet för att öka delaktighet. Detta uppfattades som viktigt eftersom det är just personalen som använder metodiken i arbetet. Detta arbete består huvudsakligen i användandet av PDSA-verktyget och olika mätinstrument vid utvärdering av nya insatser och arbetsmetoder. Förutom de tidigare nämnda svårigheterna har implementeringen av metodiken i FP2 haft även andra problem. Dessa var av praktisk karaktär, något som Rogers (a a) tar upp i sin teoretiska genomgång. Dessa praktiska svårigheter associeras bl.a. med användningen av PDSA-verktyget. Svårigheten bestod i att formulera en insats i text och sätta in den i PDSA-cirkeln. Ett annat problem i FP2 var svårigheten att på ett tillförlitligt och säkert sätt använda de olika mätinstrumenten. Ett sådant instrument är Uggledalens Glädje och Välbefinnande skala då personalen hade stora svårigheter att på ett enhetligt och framförallt tillförlitligt sätt koppla de olika värdena till det faktiska välbefinnandet som olika vårdtagarna uppvisade. Att uppskatta demantas välbefinnande upplevdes i övrigt som en av de svåraste uppgifterna eftersom bedömningen gällde individer med svår demens som ofta var utan talförmåga och med dåligt minne. Denna svårighet att använda mätinstrumentet på ett tillfredställande sätt avhjälpes efter en diskussion i gruppen då man kom överens om vilka riktlinjer vid mätningen som skulle gälla. Rogers (a a) uppmärksammar även dessa faktorer som han kopplar till osäkerheten om innovationens funktionalitet, användning och andra problem. Trots alla dessa svårigheter, menar Rogers fortsätter man med implementeringen tills innovationen standardiseras. Personalen i verksamheten har, trots olika problem och viss motvilja fortsatt att arbeta med metodiken. Omfattning av insatserna som sattes in och testades enligt PDSA-verktyget var begränsade och fick hållas inom de ramar

som gäller i övrigt för verksamheten i både FP1 och FP2. Detta innebär att inga extra resurser har tillförts förbättringsarbetena förutom inköp av ett visst hjälpmedel för omvårdnadsåtgärder i FP2. Å ena sidan delar personalen uppfattningen att mer resurser hade förbättrat kvalitén av de insatser man arbetar fram för vårdtagarna. Å andra sidan menar teamdeltagarna att tillskott av mer resurser under förbättringstiden hade riskerat metodikens varaktighet efter förbättringstiden då dessa resurser tagit slut.

En av de faktorer som påverkar spridningen av en innovation är, enligt Rogers (2003:180) dess förmåga att förändras och anpassas till den presumtive adopteraren. I det empiriska materialet framkommer att metodiken har anpassats till verksamhetens behov då man fokuserat mer på det praktiska arbetet men även en attitydförändring hos medarbetarna vad gäller uppfattningen att man, förutom ansvar för det dagliga arbetet har även ansvar för förbättringsarbetet.

6.2.1.5 Bekräftelsefasen

Under bekräftelsefasen söker adopterare ytterligare belegg för beslutet att adoptera eller förkasta en innovation. Om innovationen redan är adopterad kan adopteraren under denna fas bestämma sig för att avbryta ett fortsatt nyttjande av innovationen (Rogers, 2003:189–192).

Utifrån det empiriska materialet som berör adopteringsgraden som återfinns i avsnitt 6.2.3 kan man säga att alla informanter är överens om att metodiken ger goda resultat och bör fortsätta användas inom verksamheten. En del menar att metodiken bör användas tills en ny och bättre metod dyker upp medan några andra menar att det är bättre att ha denna än att man inför något nytt. Alla informanter delar uppfattningen att metodiken används så pass mycket att man kan anse den bli till en rutin i arbetet.

6.2.2 Innovationsbenägenhet och kategori av adopterare

För att ta reda på hur informanternas benägenhet att anamma en innovation ser ut har jag hittat på en historia om en innovation som skulle revolutionera kommunikationsmöjligheten mellan läkare, sjuksköterska och personalen på golvet. Min utsaga var påhittad vilket jag påpekade för informanterna. Jag bad dem även förhålla sig till den fiktiva innovationen som om den inte existerar i verkligheten (fast det kanske finns en sådan). Efter detta lilla experiment visade det sig att informanterna uppvisade ett betydande mått av försiktighet men också av nyfikenhet. Teamdeltagarna från FP1 uttrycker sin uppfattning så här:

"Jag är inte så negativ utan jag vill gärna prova det, alltså jag säger oftast ingenting förrän jag har provat, utan jag hade provat det och sett vad jag tycker... Tagit reda på vad som gäller, intagit kunskap om vad det nu är vi pratar om". (Sara, teamdeltagare i FP1)

"Inte helt okritiskt, jag hade nog velat ta mycket mer information om vad det skulle innebära, vad det är – hur ska jag säga – det här med säkerheten och så, det är ju viktigt ... men alltså att helt förlora den personliga kontakten – alltså verbalt så, det tror jag inte heller är bra. Så jag skulle inte ta det rakt av så okritiskt, det skulle jag inte göra utan jag skulle vilja ha mycket mer information om vad det innebär". (Freya, Teamdeltagare i FP1)

Informanter från FP2 karakteriseras av liknande försiktighet. De tycker t.ex. att:

"Prova kanske. Jag skulle nog vilja prata med någon som har provat innan kanske. Om det är någonting som Regionen organiserar så hade jag nog velat bli inbjuden till introduktion". (Angelina, Teamdeltagare i FP2)

"Jag skulle bli nyfiken och så skulle jag ta reda på vad jag kunde ha nytta av det och vad jag vinner. Jag skulle gärna vilja utbildning i hur man använder den". (Greta, Teamdeltagare i FP2)

"Om det är något som skulle göra arbetet bättre och lättare så är det helt klart, men det vet man inte innan". (Viktoria, Teamdeltagare i FP2)

Personalen från Grupp 2 är mer skeptiska mot innovationen och avfärdar den mer eller mindre helt utan att ens vilja testa den. Intervjudeltagarna i denna grupp sluter sig till en av informanternas utlägg:

”Jag hade inte tyckt att det var bra därför att, för det första man får inte förlora den här viktiga kontakten. Den mänskliga kontakten riskerar att försvinna, det är väldigt viktigt att man ska kunna ställa frågor och sådant på ett annat sätt... plus att elektroniken faktiskt strular ibland. Det hade nog blivit opraktiskt att skriva på den här lilla boxen vad jag gjort etc., nej, nej. Jag är inte motsträvig mot nya grejer, men det hade jag inte litat på”. (Personal, Grupp 2)

På liknande sätt resonerar personalen från Grupp 3 som även tycker att innovationen, så som den är tänkt inte är användbar på en demensavdelning. Här använder man mediciner och gör iakttagelser som man ofta behöver få diskutera med sjuksköterskan. Man menar i huvudsak att det är bra så som det är nu.

Analys

Adoptering av en innovation påverkas, enligt Rogers (2003:267) av den individuella innovationsbenägenheten hos den potentielle adopteraren. Författaren menar att en innovation adopteras vanligtvis inte av alla samtidigt och att man kan kategorisera adopterarna efter innovationsbenägenhet i relation till tiden för adopteringen.

Empirin visar att innovationsbenägenhet och kategori av adopterare varierar något mellan informanterna. Teammedlemmarna från både FP1 och FP2 uppvisar nyfikenhet på den påhittade innovationen med en viss beredskap att prova den. Man uttrycker behov av mer information och en introduktion och vill även se belegg från andra som redan har testat innovationen om dess funktionalitet och användbarhet. Dessa informanter skulle passa in i den kategori som Rogers kallar för *tidig majoritet* som enligt författaren varken är först eller sist med att testa nya innovationer. Personalen däremot uppvisar en uttalad skepticism gentemot den påhittade innovationen och uttrycker att de inte skulle vilja använda en sådan innovation. Den huvudsakliga anledningen till skepticismen anger personalen är vikten av den personliga kontakten med sjuksköterskan på en demensavdelning som skulle försvinna ifall innovationen skulle införas och användas så som den är tänkt. Vissa utav personalen säger att det är bra så som det är. Trots påpekandet att den fiktiva innovationen är på utvecklingsstadiet höll sig den största delen av personalen till samma uppfattning. Utifrån detta skulle personalen kunna kategoriseras någonstans mellan det som Rogers kallar för *sen majoritet* och *eftersläppare*.

Viktigt att påpeka är att experimentet⁷ och dess utformning har sina brister och att svaren kanske hade varit annorlunda i fall man hade organiserat det på ett annat sätt. En av bristerna skulle kunna vara att experimentet inte tog hänsyn till att det kanske fanns informanter som inte tyckte om innovationen i sig men att de ändå kanske ansåg sig vara innovationsbenägna. Trots denna svårighet valde jag att genomföra detta lilla enkla experiment. Min tanke var att få en inblick i informanternas första reaktion på ett eventuellt införande av en innovation vilket ofta innebär en förändring.

6.2.3 Adopteringsgraden

Alla informanter, både från FP1 och FP2 är överens om att metodiken bör fortsätta att användas som ett redskap i arbetet, så länge som inte någon annan bättre metod introduceras i verksamheten. Personal från Grupp 2 tycker att:

⁷ Experimentet finns formulerat i Bilaga II (fråga 27), Bilaga III (fråga 21) och Bilaga IV (fråga 22).

"Det kan vara rätt så bra att alla ska göra likadant, och det måste man ju för det är lätt att låta bli annars". (Personal, Grupp 2)

Personalen tycker också att *"Det är bättre att hålla på med denna än att de kommer med något nytt igen"* men också att *"... vi börjar lära oss nu ju"*. Både teamdeltagarna och personalen upplever att metodiken används så pass mycket i arbetet att man redan kan se den som en rutin. Inom Solberget används metodiken för fullt enligt informanterna, om än bara på de tre demensavdelningarna.

"Det har börjat nu mer och mer faktiskt, just med cirkelarna, de är mer utbredda nu. Sen är det två andra projekt i gång, varav ett på serviceavdelningarna". (Viktoria, Teamdeltagare i FP2)

"Vi granskar ju medicinlistorna väldigt aktivt... i början var det allihopa nu är det för bara de som är nyinflyttade så det är mer lätthanterligt. PDSA-cirkelarna används av alla". (Greta, Teamdeltagare i FP2)

"Det kan jag känna att vi har nu (rutiniserat metodiken, int.anm.). När personalen upplever att de har ett problem så tänker man: men vi startar en cirkel och testar, när någon har en idé; så man har det tankesättet".(Angelina, Teamdeltagare i FP2)

"Det känns redan som att metodiken har blivit till en rutin i arbetet". "Jag tycker att vi har kommit dit faktiskt". (Personal, Grupp 3)

Personalen från Grupp 3 uppger att de i nuläget har fem PDSA-cirklar igång som är på olika stadier. Nedan följer en sekvens från intervjun med personalen från Grupp 2:

En informant säger: *"Just nu har vi väl ingen cirkel i gång"* – *"Jo, jag skrev en på Peter"* säger en annan. *"Hur vågar du?"* ansluter sig en annan skämtsamt. Den förra svarar också skämtsamt: *"Ja, jag tog ditt beslut, nej..."* (Personal, Grupp 2)

Med hjälp av metodiken hittar man många gånger bra alternativ till medicinering av vårdtagare menar Viktoria.

"Vi provar och vågar testa mycket mer än vad man kanske hade gjort annars". (Viktoria, Teamdeltagare i FP2)

Informanten betonar vikten av att få delta i en process som bl.a. innebär möjlighet att träffa andra inom professionen, att få delta vid de olika lärandeseminarier som ingår i programmet etc. Den här biten att få åka någon annanstans för att närvara och vara en del av en större process och sammanhang kan vara väldigt motiverande för deltagarna menar informanten.

På frågan om metodiken spridits inom verksamheten svarar Sigrid att PDSA-verktyg är ett känt begrepp inom hela verksamheten och att det har spridits. Verktyget används inom alla avdelningar om än i olika omfattning. Inom demensavdelningarna används verktyget relativt frekvent medan serviceavdelningarna använder det i ringa utsträckning. Informanten uppger att man startar ca tio PDSA-cirklar på tre månader inom demensavdelningar medan antalet inom serviceavdelningarna kanske är ett eller två på tre månader.

Analys

Indikator för hur snabbt en innovation sprider sig och blir adopterad kallas, enligt Rogers (2003:221) för adopteringsgraden. Alla variabler som beskriver innovationens egenskaper samt typ av innovationsbeslut, socialt system inom vilket innovationen sprids, kommunikationskanaler som används för spridning och innovationsagenter aktiviteter kring spridningen påverkar graden av adopteringen (a a).

Utifrån informanternas uttalanden kan man säga att adopteringsgraden av Genombrottsmetoden är relativt hög inom de tre demensavdelningarna. Inom alla tre demensavdelningarna startas nya PDSA-cirklar när behovet uppstår, många är startade

och befinner sig under olika faser, man granskar medicinlistorna aktivt etc. När det gäller spridningen av metodiken till andra avdelningar inom verksamheten, dvs. de fyra serviceavdelningarna som inryms i samma byggnad som demensavdelningarna, uppger informanterna överlag att spridningen dit inte har skett. Informanterna påpekar att PDSA-verktyget i viss mån har spridits och används även inom serviceavdelningarna. På dessa avdelningar har man gjort läkemedelsgenomgångar men inte tagit till sig den trippel som metodiken handlar om, dvs. läkemedelsgenomgång – säkerhet – omvårdnadsåtgärder. Man menar att förbättringsprogrammet år 2007 var riktad på förbättring av just demensvården och hade då inte till syfte att sprida metodiken till andra avdelningar inom verksamheten. För att sprida metodiken till även serviceavdelningarna och därmed öka adopteringsgraden bör också dessa avdelningar genomgå samma process som demensavdelningarna gjort. Det är viktigt att personalen känner sig delaktig i processen från början, genomgår utbildningsseminarierna, får tillfälle att träffa andra med samma eller liknande förbättringsfokus och får tillgång till liknande stöd och nätverk men också till ett tydligt uppdrag och en definierad arbetsledarroll.

Om man utgår ifrån att det finns sju avdelningar inom verksamheten och att metodiken används flitigt inom tre av dessa och inom fyra inte alls, förutom eventuellt PDSA-verktyget i en marginell omfattning, kan man göra en enkel och kanske grovdragen ekvation som kan visa på metodikens adopteringsgrad. Å ena sidan kan man säga att adopteringsgraden inom hela verksamheten uppgår till 42.8 %, under förutsättning att avsikten var att metodiken skulle ha spridits till och användas inom alla dessa avdelningar. Å andra sidan om det, från början inte varit meningen att metodiken skulle spridas till dessa avdelningar då kan man inte ha dessa fyra serviceavdelningar med i beräkningen och då blir adopteringsgraden vad gäller demensavdelningarna 100 %.

6.3 Kommunikationskanaler

En av de informationskanaler som alla informanter pekar ut som den huvudsakliga att verbalt utbyta och överföra kunskap och information på är s.k. MIA-möten⁸ som hålls en gång per månad. Informanterna uppger också att det, sex gånger om året hålls möten då all personal inom verksamheten är inbjuden att delta och då diskuteras olika övergripande ämnen och information delas ut. En informant uppger att nätet, den kommunala hemsidan och intranätet är andra vägar som används för informations-spridning. Det finns ett s.k. Gilbertprojekt som också ses som en viktig kommunikationskanal. Nattpersonalen träffas för rapport kväll och morgon, vilket ses som en naturlig väg för informationsöverföring när det handlar om just de boende. En viktig väg som information och därmed kunskap överförs genom är de vardagliga mötena mellan personalen och mellan personal och ledningen. Det finns också en grupp, den s.k. Sylviasystrar som är specialiserad på demensvård. De är mycket ute hos personalen och informerar om det nya. Enligt Sara är kunskapsspridning vad gäller demensavdelningar förlagd på enheten som demenssjuksköterskan⁹ ansvarar för. En viktig roll för spridningen av Genombrottsmetodiken menar informanten att arbetslagsledarna har.

”Det heter ju att man ska sprida det i gruppen så klart men, det är arbetslagsledaren som är ytterst ansvarig där, och det vet vi att vissa människor bryr sig liksom inte, tar inte reda på saker och ting, så det finns ju folk som får inte reda på så mycket”. (Sara, Teamdeltagare i FPI)

⁸ MIA-möte står för Möte I Arbetslaget

⁹ Demenssjuksköterska tjänstgör i kommunen och är specialiserad på vård och omsorg vid demenssjukdom.

Många informanter uttrycker att det finns behov av mer tid och rum för kunskaps- och erfarenhetsutbyte personalen emellan inte endast inom verksamheten utan också mellan verksamheter.

"Det är inte mycket utbyte tycker jag, alltså sådana nätverksträffar och sånt där, det är det inte. Marta¹⁰ och jag pratar sinsemellan och ger varandra lite tips och, men sen är det inte mycket". (Viktoria, Teamdeltagare i FP2)

"För några år sedan hade vi nätverksträffar i kommunen men det har vi inte längre, jag vet inte varför de försvann. Då var det från olika ställen som folk träffades". (Angelina, Teamdeltagare i FP2)

"Den (tid för kunskapsutbyte personalen emellan, int.anm.) har ju säkert inte varit tillräcklig, det tror jag inte, för det har varit integrerat i det dagliga arbetet. (Sigrid, Teamdeltagare i FP2)

Samtidigt tycker Sigrid att:

"Arbetslagsledarna skapade forum inom befintliga informationskanaler. Kanske skulle vi under programperioden lagt MIA-mötena lite oftare". (Sigrid, Teamdeltagare i FP2)

Angelina tycker att:

"De (personalen, int.anm.) kan lära mycket av varandra, de har ju jättemycket kompetens, jättemycket erfarenhet med sig, de flesta av personalen så det hade varit bra. Jag tror att de behöver det, de behöver sitta och diskutera och på samma gång ha en reflektion om hur man jobbar och hur man skulle kunna förändra". (Angelina, Teamdeltagare i FP2)

Enligt Klara är det erfarenhets- och kunskapsutbyte som finns inom verksamheten lokaliserat och sker inom de två olika typer av avdelningar, dvs. inom service- och inom demensavdelningar var för sig. Utbyte av kunskap och erfarenheter inom serviceavdelningarna, är enligt informanten inte organiserat utan det sker genom att personalen byter arbetsplats mellan dessa två avdelningar eller organiserar gemensamma aktiviteter med de boende då man lär vissa saker av varandra. Informanten önskar att detta utbyte vore mer omfattande.

"Detta skulle behövas och det är vi som kan ta initiativ till det ju... Vi har prioriterat andra saker och det har inte stått högst på listan nu. Det vi har ägnat oss åt nu är det här med kontaktmannaskapet, men det är möjligt att det här med informationsspridning blir mer aktuellt när vi ska sätta oss ner i grupperna. Det är ingenting vi diskuterat men det är möjligt att det blir så, jag skulle själv vilja att det blir så". (Klara, Tjänsteman)

De allra flesta informanterna i FP2 pekar ut kvalitetssamordnaren som den officiella organisatören och spridaren av information och kunskap i allmänhet och Genombrottsmetoden i synnerhet.

Analys

Kommunikationskanal är, enligt Rogers (2003:204–206) den väg som möjliggör en kommunikation, dvs. utbyte och skapande av information mellan två eller fler aktörer. Kommunikering av en innovation är speciell eftersom det å ena sidan finns en aktör med kunskap om innovationen medan det å andra sidan finns en aktör utan denna kunskap. Kommunikationskanalen är den viktiga länken mellan dessa aktörer som skapar förutsättningar till innovationens spridning från den ena till den andra aktören.

Kommunikationskanalerna för utbyte av information och kunskap inom verksamheten består i huvudsak av personalmöten, s.k. MIA – möten som hålls inom avdelningen en gång per månad och personalmöten som hålls sex gånger om året då all personal är inbjuden att delta. Andra kommunikationskanalen som informanterna uppger finns tillgängliga är intranät, kommunens hemsida men också olika projekt och stöd-

¹⁰ Marta – en från personalen som har varit med i teamet vid FP2

grupper som startats inom service och demensavdelningarna. Personal utbyter information som handlar om vårdtagarna vid skiftbyten som sker varje morgon och kväll. En viktig kommunikationskanal ses i de direkta interaktionerna personalen emellan. Som Rogers (a a) påpekar är den personella interaktionen den mest effektiva kommunikationskanalen för överföring och spridning av information. En viktig roll i informations-spridningen har arbetslagsledaren, men också demenssjuksköterskan och kvalitetssamordnaren. Informanter från FP2 tycker att tiden för informationsutbyte inte är tillräcklig och man uttrycker en önskan om fler tillfällen för träffar verksamheterna emellan. Man menar att personalen har väldigt mycket erfarenhet och kunskap som de bör få tillfälle att dela med sig av och få av andra som jobbar inom samma fält. En uppfattning om att informations- och erfarenhetsutbyte inom verksamheten hålls inom service- respektive demensavdelningar var för sig gör sig till känna. Samtidigt menar man att utbytet av information och erfarenheter inom serviceavdelningarna inte är organiserade.

6.3.1 Spridning av Genombrottsmetoden

Syftet som Regionens utvecklingscentrum haft med förbättringsprogrammet var:

"... att förmedla det här att man kan göra små förändringar som leder till en stor förbättring. Så har vi uppfattat i alla fall. Att man inte behöver göra så väldigt mycket för att det ska leda till någonting bra för patienterna eller de boendena". (Sara, Teamdeltagare i FP1)

Sigrid och Viktoria, deltagarna i FP2 menar att syftet var att lära sig en förbättrings-metodik och starta ett varaktigt förbättringsarbete. Gabriella och Greta likställer teamets egna syfte med Regionens syfte medan Angelina inte kunde minnas vad Regionen haft för syfte med förbättringsprogrammet. På frågan om Regionens syfte var att verksamheterna skulle sprida metodiken till andra avdelningar så att den skulle kunna användas inom andra områden inom verksamheten svarar Gabriella:

"Kanske inte direkt det, det hade vi inte utan det blev senare när vi kom in i projektet och lärde oss metodiken så såg vi att vi kunde bli bärare av den utåt... Det var inte syfte från börja, men det blev det eftersom vi ville dela med oss vad vi kom fram till". (Gabriella, Teamdeltagare i FP1 och FP2)

Sigrid delar denna uppfattning då hon säger att det inte var meningen att sprida metodiken till dessa avdelningar, förutom att sprida PDSA-hjulet och de resultat man fick av de läkemedelsgenomgångar som gjordes, och att det inte var meningen att driva ett eget förbättringsområde förutom inom just demensavdelningarna.

Denna bild styrks i viss mån av Klara som menar att ifall avsikten var att sprida metodiken till serviceavdelningar så skulle man ha organiserat utbildningstillfällen eller på annat sätt spridit kunskap och lärt personalen att använda metodiken i verkligheten. Informanten upplever det så här:

"Vår kvalitetssamordnare, hon har spridit den på MIA-möten, alltså information om Genombrottsprojektet, vad det innebär, men sen har man inte kommit vidare och informerat om hur den fungerar i verkligheten, hur de har jobbat med den och så, så den har inte spridits". (Klara, Tjänsteman)

Spridningen av metodiken under FP1 var organiserad genom verksamhetschefen och demenssjuksköterskan som vid två tillfällen haft introduktionsträffar på alla avdelningar, haft genomgångar med personalen och informerat om metodiken och hur den används. Demenssjuksköterskan har sedan träffat personalen på avdelningen och genom konkreta exempel visat hur man använder metodiken i praktiken. Enligt Sara har demenssjuksköterskan handledning med personal på demensavdelningar regelbundet, var sjätte vecka och man för protokoll och vidarebefordrar det till den personal som inte är närvarande. Det ligger, enligt informanten, på demenssjuksköterskans ansvar att se till att personalen uppdateras om det nya inom demensvården. Demenssjuksköterskan har en skyldighet att söka information och kunskap själv som sedan ska kana-

liseras genom t.ex. sjuksköterskorna som jobbar på demensavdelningarna och som ingår i ett demensteam som startar samma dag som intervjun med Sara äger rum. Informationen kanaliseras även genom Sylviasystrar som demenssjuksköterskan har till sitt förfogande. Informanten uppger också att det hölls demensutbildningar inom demensavdelningarna.

Spridning av metodiken under FP2 har, enligt teamdeltagarna kvalitetssamordnaren själv stått för i början genom att ha varit ute och informerat om PDSA-cirklar med alla på MIA-möten. Hon/han har också varit på avdelningarna och pratat om äldre och läkemedel.

Klara uppger att kvalitetssamordnaren varit på MIA-möten inom serviceavdelningarna och informerat om metodiken.

"(Serviceavdelningarna, int.anm.) har fått information ... dels utav demenssjuksköterskan och dels från kvalitetssamordnaren. Det var ett rent informationsmöte. Det är sådana möten (de, int.anm.) har med arbetsledarna där då olika folk kommer dit och informerar". (Klara, Tjänsteman)

Enligt Sigrid var ett annat sätt att sprida information om de resultat man uppnått med Genombrottsmetodiken att kvalitetssamordnaren skickade ut regelbundna sammanställningar av olika rapporter som lagras i en särskild pärm tillgänglig för personalen. En viktig roll i överföringen och spridningen av metodiken har arbetslagsledaren men också teamdeltagarna som jobbar närmast personalen.

"Just när det gäller PDSA-cirklarna så är det (de två teamdeltagarna som arbetar på golvet, int.anm.), de sprider ju, och de ska också ut på ett annat boende i kommunen för att informera och motivera personalen där i förbättringsarbetet och utvecklingsarbetet med PDSA-cirklar". (Angelina, Teamdeltagare i FP2)

Denna bild bekräftas av personalen som uppger att de lärt sig metoden genom dessa två teamdeltagare, och även genom arbetslagsledaren.

Analys

Empirin visar att informanterna har olika uppfattning om vilket syfte som regionen haft med förbättringsprogrammen. En av informanterna från FP1 har uppfattningen att syftet varit att förmedla budskapet om att man kan göra flera små förändringar som tillsammans utgör den stora förändringen. En annan informant verksam i både FP1 och FP2 menar att syfte inte direkt varit att sprida Genombrottsmetoden inom verksamheten, men att man arbetade med spridning eftersom man ville dela med sig kunskapen man fått. En annan informant menar att det inte var meningen att sprida metodiken förutom PDSA-verktyget, vilket bekräftas av en annan informant som menar att ifall meningen hade varit att sprida metodiken så skulle man ha anordnat utbildningstillfällen för de avdelningar som metodiken inte spridits till. Andra informanter i FP2 har uppfattningen att regionens syfte var att teamen skulle lära sig metodiken och starta ett varaktigt förbättringsarbete. Några likställer regionens syfte med syftet som teamet formulerat att arbeta med inom verksamheten, medan en informant inte kunde komma ihåg vad detta syfte var.

Under tiden för FP1 har verksamhetschefen och demenssjuksköterskan, vid två tillfällen haft introduktionsträffar på alla avdelningar och informerat personalen om metodiken. Demenssjuksköterskan har sedan arbetat aktivt för att lära personalen genom konkreta exempel i arbetet med PDSA-verktyget. En stor tillgång uppges vara Sylviasystrar som arbetar med demensfrågor.

När det gäller spridningen av metodiken under FP2 uppges det att den centrala rollen tillfaller kvalitetssamordnaren som har varit på alla avdelningar och informerat om metodiken, PDSA-verktyget och läkemedel som används för äldre. Kvalitetssamordnaren har regelbundet skickat information om de resultat man uppnått med metodiken

till personalen på demensavdelningarna. Man accentuerar vikten av rollen som arbetslagsledaren men också de två teammedlemmarna från personalen haft i spridningen av metodiken. Enligt Rogers (2003:204–206) är den personliga interaktionen den mest effektiva kanalen för övertalning till adoption.

6.3.2 Andra möjliga påverkansfaktorer på metodikspridning

Det kan finnas olika förklaringar till att metodiken inte spridits fullt ut till serviceavdelningarna menar informanterna. En av dessa kan vara tidsfaktorn. Inom demensavdelningarna finns det ett projekt, det s.k. ”Gilbertprojektet”, som startat innan Genombrottsprojektet och redan då använde man sig utav PDSA-verktyget i arbetet. Inom serviceavdelningarna finns ett projekt kallad för ”Signe - projekt” som startade vid samma tid som Genombrottsprojektet startade. Detta innebär att demensavdelningarna har haft tre år på sig att införa PDSA-verktyget i sitt arbete medan serviceavdelningarna bara har haft ett år på sig. Informanten uppger att kvalitetssamordnaren nu har bestämt att Genombrottsmetodiken ska användas inom även serviceavdelningarna då det ligger på arbetsledaren att driva det. Detta bestämdes förra hösten.

Annat som kan ha påverkat spridningen av metodiken är att arbetslagsledarna inte ser sin del i förbättringsprocessen samt vikten av ett gott arbetsklimat påstår Sigrid. Arbetslagsledarna, menar informanten är en av de viktigaste länkarna i denna process, för personalen har redan tankesättet som innebär att testa och prova olika saker. Det som behövs är att arbetslagsledarna ska driva denna process inom sin del av verksamheten och det är ingen som driver förbättringsarbete inom serviceavdelningarna. En viktig roll för kunskapsspridning och kunskapsutveckling har enligt informanten även verksamheternas ledning. Informanten beskriver den här rollen på följande sätt:

”Det är ledarnivå att driva, inte bara den professionella kunskapen utan förbättringskunskapen, att titta på system och variationer: vad är det som händer med förändringar, det här med attityder och så, varför är vi så rädda för förändringar, den delen behöver utvecklas mer. Och det hjälper Genombrottet till absolut, men för att få en varaktighet är det detta som arbetslagsledare, teamledare och kvalitetssamordnaren måste, fortsätta att driva”. (Sigrid, Teamdeltagare i FP2)

Informanten fortsätter med en reflektion kring möjliga orsaker till ledarskapets otillräcklighet i processen kring kunskapsutveckling och spridning.

”... de upptas av att vara administrativ ledare. Rollen innebär mycket krav på schema, det här praktiska med beställningar så man tappar i det närvarande ledarskapet när man driver förbättringar. Det är så som det ser ut hos oss och det är inte specifikt på Solberget utan det är generellt på alla våra boenden”. (Sigrid, Teamdeltagare i FP2)

Klara beskriver arbetsledarnas situation på liknande sätt: *”När vi jobbar så vi har en väldigt hög arbetsbelastning och vi har vissa arbetsuppgifter som vi måste göra, vi kan inte ge avkall på dem. Då är det där som utvecklingsprojekt och sånt som kommer i kläm, och det är mindre än tre år sedan som var tre arbetsledare och redan då så hade (de, int.anm.) det ganska tufft. När (de, int.anm.) blev två så arbetsbelastning har ökat ... då kom det ner på prioriteringslistan”. (Klara, Tjänsteman)*

Enligt Sigrid är en förutsättning för att ett förbättringsarbete skulle startas och drivas inom även serviceavdelningarna att dessa avdelningar deltar i ett liknande förbättringsprogram. Det deltagande teamet som verksamheten skulle anmäla till ett sådant förbättringsprogram skulle då inkludera även någon personal från dessa serviceavdelningar.

”Kunskapen går att överföra, men förståelsen är svårare om man inte har varit i processen själv och sett att: men detta är något vi har nytta av, okey, det tar tid att planera men det blir så mycket bättre i slutändan”. (Sigrid, Teamdeltagare i FP2)

Klara tycker på ett liknande sätt då hon menar att två anställda från varje serviceavdelning bör delta i ett liknande förbättringsprogram som det då demensavdelningarna

var i fokus. Då skulle denna personal vara drivande inom sina avdelningar. På frågan om varför man inte ansöker om att få delta i ett sådant projekt svarar informanten att det är kvalitetssamordnaren som har befogenhet att göra det eftersom man måste samtidigt ansöka om pengar för att finansiera projektet. På en följdfråga om det har kommit signaler till kvalitetssamordnaren om att man vill delta i ett sådant projekt svarar informanten att det inte har hänt på den senaste tiden eller under det senaste året.

I det här förbättringsprogrammet har man haft ett tydligt uppdrag ålagt på demensavdelningarna där man fokuserat på förbättring av demensvård och förbättring av läkemedelshanteringen. Eftersom det finns ett antal verksamheter inom kommunen med demensavdelningar som ligger i samma fokusområde blir kopplingen mellan dessa avdelningar mer naturlig vilket gör att förbättringsprocessen omsluter fler aktörer med samma eller likande arbetsområde. Detta underlättar förbättringsarbetet eftersom dessa avdelningar kan samarbeta och utbyta erfarenheter på ett mer effektivt och konstruktivt sätt. En demenssköterska och Silviasystrar är aktiva deltagare i processen vilket innebär ytterligare stöd för dessa avdelningar i förbättringsprocessen. En annan viktig faktor är, enligt informanten också ”eldsjälar”, dvs. individer inom demensavdelningarna som ”brinner” för sitt arbete och som är genuint intresserade av förbättringsaktiviteter, som t.ex. arbetsledaren och omvårdnadsansvarig sjuksköterska. För att kunna driva förbättringsarbete av samma mått och framgång inom serviceavdelningarna som man gjort inom dessa demensavdelningar behöver man skapa en liknande konstellation av dessa nämnda faktorer där tydligt uppdrag och arbetsledares roll är klart definierade.

”Rollen att leda förbättring och utveckling är otydlig, uppgifter med mer administrativa uppgifter så som schema och, ekonomin är mer tydlig och kanske i viss mån lättare att ta sig an”. (Sigrid, Teamdeltagare i FP2)

Kunskapsspridningen skulle kunna förbättras genom utbildningsinsatser riktade till den personal som är intresserade av förbättringsarbetet för då vinner man dubbelt menar några teamdeltagare. Man får kunnig personal ute i det dagliga arbetet som genom sitt intresse och engagemang kan driva andra i samma riktning.

En av informanterna tycker att kvalitetssamordnaren bör jobba mer aktivt med att informera och sprida metodiken i kommunen istället för att jobba mer med att sprida metodiken till andra kommuner.

Analys

En del av förklaringen till att metodiken inte spridits fullt ut till serviceavdelningarna kan vara tidsfaktorn. Man menar att serviceavdelningarna har haft kortare tid på sig att införa metodiken i arbetet, medan demensavdelningarna har haft mer än tre år på sig att göra det. En annan faktor som kan ha påverkat spridningen är arbetslagsledarnas engagemang att driva förbättringsarbete. En faktor som påverkar detta engagemang kan vara arbetslagsledarnas omfattande administrativa arbetsuppgifter som har ökat ännu mer i omfattning efter att man tagit bort en arbetslagsledartjänst inom verksamheten. Därför är man tvungen att prioritera bort förbättringsarbete och fokusera på administrativa uppgifter. För att införa metodiken i arbetet på serviceavdelningarna behöver man skapa liknande förutsättningar som fanns då demensavdelningarna deltog i förbättringsprogrammet. Man menar att förbättringsarbetet då underlättades genom att fler aktörer var inblandade i samma process och genom att det fanns ett omfattande stöd i processen. Arbetslagsledarnas roll måste vara klar och definierad och man måste ha ett tydligt uppdrag så att arbetslagsledaren har klart för sig vad det är som förväntas av henne/honom. Samtidigt måste man identifiera eldsjälar inom dessa avdelningar och ge dem det stöd och den hjälp de behöver för att driva förbättringsar-

bete. Man måste jobba mer på attitydförändring när det visar sig att medarbetarna är motvilliga eller rädda för förändring. Detta arbete faller på arbetslagsledaren, teamledaren och kvalitetssamordnaren.

6.4 Skuggkontroll

Underlag för skuggkontroll utgörs av uttalanden gjorda av två personer som jag bedömde hade rätt förutsättningar för att objektivt besvara följande frågor.

1. Gör en bedömning av den förbättringskunskap (kunskap kring förbättring av arbetsmetoder) som fanns i verksamheten (hos personalen, arbetsledarna) innan Genombrottsprojektet.
2. Gör en bedömning av den förbättringskunskap (kunskap kring förbättring av arbetsmetoder) som fanns i verksamheten (hos personalen, arbetsledarna) efter Genombrottsprojektet.
3. Vilken är din bedömning av vad som skulle ha hänt om Genombrottsmetodikerna inte kom till verksamheten när det gäller förbättringskunskap och läkemedelshantering?

6.4.1 Kunskap innan Genombrottsmetodikerna

Uttalande 1 – Informanten uppger att enheterna hade mycket potential vad gäller förbättringsarbete, men den utnyttjades inte. Man saknade redskap att titta närmare på problemen. Informanten bedömer att förbättringskunskap på en tiogradig skala låg på mellan 2 och 3.

Uttalande 2 – Enligt informanten har tankar kring förbättringar i arbetsmetoder funnits innan förbättringsprogrammet fast man fastnar lätt i rutiner och tänker inte nytt.

6.4.2 Kunskap efter Genombrottsmetodikerna

Uttalande 1 – Förbättringskunskapen har ökat upp till en 6:a på en tiogradig skala menar informanten. Det är dock svårt, menar informanten att särskilja vad som kommit i rakt nedstigande led från Genombrottsmetodikerna då även andra delar bidragit, som Gilbertgruppen, stimulansmedel för förbättrad demensvård eller investeringsbudget för förbättring av utemiljön.

Uttalande 2 – Informanten uppger att man har blivit inspirerad och att man ser möjligheter istället för problem. Man vågar tänka nytt och komma med idéer. Ju mer man jobbar med säkring och förbättring av omvårdnaden desto mer nya idéer tar form.

6.4.3 Hur hade det varit utan Genombrottsmetodikerna?

Uttalande 1 – Förbättringskunskapen hade förbättrats men inte med samma hastighet menar informanten. Genombrottsmetodikerna ses som ett bra sätt att komma igång. De största förbättringarna har skett inom läkemedelshanteringen menar informanten. En liten del av arbetet kvarstår men man har lyckats förändra attityden till läkemedelsbehandling. Informanten menar att nu tittar man i första hand på omvårdnadsåtgärder vid t.ex. orotillstånd istället för rogivande läkemedel.

Uttalande 2 – Förändringsarbetet skulle ändå ha inletts eftersom man var medveten om behovet av utveckling av arbetssätten och man börjat planera åtgärder menar informanten. Detta behov blev bekräftat efter Länsstyrelsens tillsynsbesök då man fick en klarare bild av vilka områden som behövde förbättras. Samtidigt hade kvalitetssamordnaren börjat planera förbättring av kvaliteten och läkemedelshanteringen, innan man inledde förbättringsprogrammet som i övrigt har påskyndat hela processen.

7. RESULTAT OCH SLUTSATSER

Syftet med denna uppsats har varit att identifiera effekter av Genombrottsmetodiken i form av nya kunskaper och därefter studera hur och under vilka villkor dessa kunskaper används och sprids. Syftet har jag delat upp i tre frågeställningar som jag kommer att besvara i detta kapitel.

7.1 Hur ser kunskapen som Genombrottsprogrammet har lett till ut?

Kunskapen som Genombrottsmetodiken resulterat i hos teamdeltagarna i både FP1 och FP2, men också hos personalen består huvudsakligen av kunnandet att använda PDSA-verktyget. I båda fallen betonar man att arbetet med detta verktyg var svårast i början medan informanterna i nuläget känner att saker har börjat falla på plats. Man kan säga att denna svårighet som en del informanterna upplevde innebar problem med användningen och spridningen av metodiken inte minst inom demensavdelningarna. Man har lärt sig att planera den nya insatsen som sätts in hos den enskilda vårdtagaren, att mäta insatsens effektivitet, studera dessa effekter och göra utvärdering av insatsen för att i slutskedet med detta underlag bestämma om insatsen ska införas som en rutin i arbetet med den enskilde. Kunskap om användningen av de olika mätinstrumenten är en viktig pusselbit i detta arbete. Samtidigt har man lärt sig vikten av att arbeta enhetligt. Man har lärt sig betydelsen av små men många förbättringar som tillsammans kan utgöra en betydande förbättring för vårdtagaren. Vikten av kontinuerliga läkemedelsgenomgångar är också en betydande lärdom man fått i FP2.

Förutom kunskapen i form av PDSA-verktyget och olika mätinstrument har deltagandet i förbättringsprogrammet resulterat i en del faktakunskap kring läkemedel. Man har gjort uppdateringar av läkemedelslistor och fått en fördjupad kunskap i hur olika läkemedel påverkar demenssjukdom och vilka de eventuella biverkningarna är.

Uppfattningen om att kunskapen är tillräcklig varierar något. En del önskar mer kunskap medan andra tycker att kunskapen de fått räcker med den skillnaden att dessa efterlyser något tillfälle för uppföljning efter programmets officiella slut. En del av kunskapen har man vunnit efter att ha använd metodiken under ett år.

Kunskapen som informanterna uppger sig ha fått upplevs i stort sett som användbar och nödvändig i arbetet med demenssjuka vårdtagare eftersom detta arbete ofta ställer höga krav på anpassning av arbetsmetoder. För att undvika övermedicinering när olika situationer uppkommer kan användning av metodiken hjälpa till med att ta fram alternativa, testade och framförallt säkra arbetsmetoder.

7.1.1 Skuggkontroll

Utifrån underlaget för skuggkontroll framkommer en bedömning om att förbättringskunskapen innan FP2 utifrån en tiogradig skala låg på 2-3, medan samma kunskap i nuläget uppskattas ligga på en 6:a. Man bör dock inte glömma att det kan finnas andra faktorer som har påverkat detta resultat. Man menar också att utan metodiken skulle man ha arbetat med förbättringar men att användningen av metodiken har möjliggjort att förbättringsprocessen satts igång snabbare.

7.2 Används, och i så fall på vilket sätt sprids de nyvunna kunskaperna?

Implementeringen av metodiken var svårast i början. Till en stor del berodde detta på motvilligheter som en del av medarbetarna uppvisade, men också på svårigheter att administrera insatser i enlighet med PDSA-verktyget. En säker och tillförlitlig användning av de olika mätskalorna var en annan svårighet informanterna upplevde. Trots dessa svårigheter har man fortsatt använda metodiken i allt större omfattning för

att idag kunna säga att man upplever att metodiken har blivit till en rutin i arbetet. När behovet gör sig gällande, t.ex. när en vårdtagare uppvisar symtom på ökad oro, startas nya PDSA-cirklar och vid tiden för intervjugenombörandena hade man haft ett antal PDSA-cirklar i gång på de olika demensavdelningarna. En viktig faktor som underlättade arbetet i både FP1 och FP2 var att beslutsmakten låg hos teamledaren.

Spridningen av Genombrottsmetodiken har till en stor del skett genom kvalitetssamordnaren och demenssjuksköterskan som har varit på de olika avdelningarna och närvarat på personalmöten och då informerat personalen om metodiken. Till en del har metodiken överförts genom arbetslagsledaren som varit involverad i förbättringsprogrammet som teamdeltagare men också genom två från personalen som också varit teamdeltagare och lärt sig metodiken från början. Genombrottsmetodiken har mest spridits till demensavdelningarna medan någon spridning till serviceavdelningarna inte har skett, förutom av PDSA-verktyget vars användning inom dessa serviceavdelningar är av ringa mått. En anledning till varför metodiken inte har spridits till dessa avdelningar, och därmed inte används där kan vara att dessa avdelningar har haft kortare tid på sig att införa metodiken i sitt arbete än vad demensavdelningarna haft. En viktig roll i spridningen av metodiken har arbetslagsledarna som p.g.a. stor arbetsbelastning prioriterar bort dessa aktiviteter men också på grund av att de inte ser förbättringsarbete som en del av sitt uppdrag. En annan viktig faktor som hämmat metodikens spridning är motvilligheten och den negativa attityden hos en del av personal. Vikten av eldsjälarna accentueras som viktig faktor som påverkade implementeringen och spridningen av Genombrottsmetodiken. Vid FP1 tillföll denna roll bl.a. demenssjuksköterskan medan vid FP2 lyfte upp vikten av rollen som arbetslagsledaren haft liksom omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kvalitetssamordnaren, teamdeltagarna från medarbetargruppen, men också en del av personalen. Rollen som teamledaren haft i båda programmen anses vara betydelsefull och väldigt främjande och underlättande.

En annan avgörande faktor som kan ha påverkat spridningen av Genombrottsmetodiken är att avsikten med deltagandet i förbättringsprogrammet inte har varit att överföra och sprida metodiken till serviceavdelningarna. Utifrån detta ser vi att utfall 2 och utfall 3 i programteorin, som handlar om att kunskapen och därmed metodiken skulle spridas och användas, är begränsad till de avdelningar som både FP1 och FP2 fokuserade sitt arbete på. Ifall Regionens syfte har varit att de deltagande teamen skulle sprida kunskapen inom sin hela verksamhet så har teamdeltagarna i FP1 och FP2 inte haft den uppfattningen klar för sig och därför har ingen sådan spridning skett. Trots det har man i en viss grad spridit en del av denna kunskap som handlar om PDSA-verktyget till serviceavdelningarna, även om denna kunskap här används i ett ringa mått. Om Regionens syfte har varit att metodiken skulle spridas endast inom de avdelningarna som förbättringsprogrammen fokuserade på, dvs. till demensavdelningarna då kan man säga att teamdeltagarna har uppfattat detta syfte på rätt sätt och uppfyllt det. Därutöver har man spridit en del av kunskapen till serviceavdelningarna, trots att kunskapen där inte används fullt ut.

7.3 Under vilka villkor används och sprids de nya kunskaperna?

Teorin som används som forskarglasögon för denna studie tar upp ett antal olika faktorer som kan påverka användningen och spridningen av Genombrottsmetodiken. En av dessa faktorer är upplevelsen av metodikens fördelar i förhållande till det tidigare arbetssättet.

Utifrån empirin framgår det att informanterna, inom både FP1 och FP2, efter en viss tids användning upplever stora fördelar med metodiken, framförallt att arbetet har blivit mer strukturerat, överskådligt, synligt och säkert. Denna upplevelse har främjat

användningen och spridningen av metodiken inom demensavdelningarna men har inte nått ut till andra avdelningar. En anledning kan vara brist på informationsutbytesarenor avdelningarna emellan men också det individuella intresset för detta utbyte.

Nackdelen som informanterna upplever överlag kopplas till upplevelser av metodikens komplexitet som ses i form av svårigheter med användningen av PDSA-verktyget och av tillämpningen av de olika mätskalorna. Informanterna uppger att svårigheterna var störst i början medan det nu har blivit betydligt enklare. På så sätt kan man säga att användningen och spridningen av metodiken även inom demensavdelningarna försvårades, under både FP1 och FP2 eftersom den upplevdes som svår och komplex, särskilt i början. För en del informanter ter sig dock metodiken vara enkel.

En viktig faktor som gjorde att personalen utvecklade förtroende för metodiken visavi dess förmåga att generera goda resultat är det att man under förbättringsprogrammets gång tillämpade kunskapen och därmed testade metodiken i verkligheten. Man fick tillfälle att förvissa sig om dess användbarhet och funktionalitet. Detta underlättade ytterligare att personalen utvecklade en tillit till metodiken vilket i sig främjade dess användning och spridning inom demensavdelningarna.

Resultaten av användningen var relativt snabbt synliga vilket, beroende på utfallet, kunde inverka både positivt och negativt på personalen. I vissa fall hade detta, i en viss omfattning främjat men i vissa fall hämmat metodikanvändningen och spridningen inom demensavdelningarna.

En faktor som kan ha inverkat negativt på personalens inställning och villighet till förbättringsarbete i både FP1 och FP2 är beslutets auktoritära karaktär. Det fanns ingen möjlighet för personalen att delta i denna beslutsprocess. Detta tillsammans med enskilda medarbetares subjektiva inställningar till förändringsarbete har gjort att antalet förändringsbenägna medarbetare blev mindre. Bilden blir något mer nyanserad om man tittar på hur informanternas innovationsbenägenhet ser ut. Trots möjliga brister vad gäller experimentutformningen som var ett sätt att samla materialet för kategoriseringen, kunde man fördela informanterna i tidig majoritet bestående av teamdeltagare å ena sidan, och sen majoritet eller eftersläppare mest bestående av personalen å andra sidan. Det som gjorde användningen och spridningen av metodiken inom demensavdelningarna i FP2 lättare och mer effektiv var att man tog två ifrån medarbetargruppen med i teamet, något som inte gjordes i FP1 vilket teamdeltagarna ångrar.

Teamdeltagarna och en större del av personalen i både FP1 och FP2 uttrycker sig vara positivt inställda till lärande och kompetensutveckling. En hög frekvens av olika förändringsprojekt men också av chefsbyten påverkar dock personalens villighet till förändringsarbete negativt. Den negativa inställningen har en tendens att överväga, särskilt när det gäller serviceavdelningarna, vilket inte kopplas till antalet utan till rollen i arbetsgruppen. Utifrån materialet kan man säga att i både FP1 och FP2 har metodikens användning och spridning påverkats negativt av just denna inställning hos en del av personalen. I båda fallen tog det en relativt lång tid att dämpa denna negativitet. I dagsläget är den största delen av personalen villig att arbeta med förändringar men det finns fortfarande individer som är uttalat motvilliga till sådana aktiviteter.

8. DISKUSSION

Innehållet av detta kapitel kommer att utgöras av en diskussion om de resultat jag kommit fram till och en reflektion kring möjliga förbättringar som skulle kunna göras vid nästa förbättringsprogram. Jag kommer även att göra en reflektion kring mina forskarerfarenheter som jag berikat min unga forskarkarriär med, samt ge förslag på fortsatt forskning inom ämnet.

8.1 Slutdiskussion

Studien har visat att kunskapen som förbättringsprogrammet har genererat består huvudsakligen utav verktyget för säkrare framtagning av nya arbetsmetoder vid arbetet med dementa vårdtagare. Detta verktyg, som kallas för PDSA-verktyg används för att, på ett säkrare och ett mer överskådligt sätt planera, genomföra och utvärdera en ny arbetsmetod och sedan aktivt arbeta med den. För att kunna använda detta verktyg använder man ett antal olika mätinstrument men också den faktakunskapen kring läkemedelshantering och läkemedelsinverkan på dementa vårdtagare som man fått i detta förbättringsprogram. Samtidigt har man insett vikten av kontinuerliga läkemedelsgenomgångar för varje vårdtagare. Användningen av metodiken var svårast i början i både FP1 och FP2 medan användningen av metodiken upplevs lättare i dagsläget. All den här kunskapen i allmänhet och PDSA-verktyget i synnerhet används flitigt inom demensavdelningar som båda förbättringsprogrammen har haft i fokus. Någon spridning av Genombrottsmetodiken till andra avdelningar inom verksamheten har inte skett förutom PDSA-verktyget vars användning inom dessa avdelningar är av ringa mått. Spridningen till dessa avdelningar har inte skett huvudsakligen pga. att man inte ansåg att det var syftet med deltagandet i förbättringsprogrammen. Andra betydande faktorer som påverkade spridningen var att arbetslagsledarna inte ser förbättringsarbete som en del av sin roll, deras omfattande arbetsuppgifter (som primärt är av administrativ karaktär) men också personalens attityd gentemot dessa aktiviteter.

Utifrån det empiriska materialet är min reflektion att en möjlig anledning till varför svårigheten var störst i början av arbetet berodde på att kunskapen i början var teoretisk, i och med att man fick lära sig de teoretiska grunderna i Genombrottsmetodiken. Det svåra kan ha varit att operationalisera denna teoretiska kunskap, som upplevdes som svår av en del informanter, och omvandla den till praktisk kunskap. En del av informanterna upplever att de fortfarande har svårigheter att arbeta med metodiken då man formulerar en ny idé om en ny arbetsmetod och omvandlar den i text och beskrivning för att kunna testa den med hjälp av PDSA-verktyget. Detta innebär att en del av informanter fortfarande har samma svårighet som skulle kunna behjälpas genom ytterligare utbildning.

8.2 Att tänka på vid nästa förbättringsprogram

För att främja Genombrottsmetodikens varaktighet inom verksamheten bör förbättringsprogrammens organisatörer tillhandahålla ett eller flera uppföljningstillfällen efter att programmet officiellt har avslutats. Inom verksamheten bör man även jobba med att öka medarbetarnas förbättringskunskap som ses som summan av olika förbättringstekniker och medvetenheten om att förbättringsarbete är en del av ens vardagliga arbete. Ett sätt att få medarbetarna delaktiga är att påvisa behovet av förbättringsarbetet innan man beslutar att starta ett sådant. På så sätt kan man involvera medarbetarna från början och få dem delaktiga i även beslutsprocessen. Att inkludera någon från personalen i det deltagande teamet i FP2 var en lärdom som verksamheten fått från FP1. Det som man ytterligare skulle kunna göra är att erbjuda och organisera utbildningstillfällen för den övriga personalen så att de kan lära sig den förbättrings-

metodik som är tänkt att användas i ett nytt förbättringsarbete. En annan viktig faktor som kan påverka användning och spridning av en förbättringsmetodik är klara och tydliga arbetsledarroller i processen, men också ett klart definierat syfte och uppdrag.

8.3 Mina forskarerfarenheter under studien

Resan under detta forskningsprojekt har varit väldigt spännande men framförallt lärorik. Vikten av förarbetet och planering av studien har ännu en gång bekräftats. Det jag har märkt nu i efterhand är att min forskarambition har varit otyglad eftersom jag försökte omfatta mer än vad denna studie hade resurser för, främst i form av sidantal. Jag fick göra omfattande avgränsningar, särskilt när det gäller att undersöka de olika villkoren för metodikens användning och spridning inom verksamheten. En av de viktigaste delarna i undersökningar av detta slag är materialinsamlingen och valet av materialinsamlingsinstrumentet. Min uppfattning är att detta val gensvarade studiens syfte och ämne. Det som möjligtvis kunde ha gjorts bättre hade varit att formulera enklare frågor i intervjuguiderna men också en ytterligare fördjupning i olika intervjutekniker för att på så sätt eventuellt välja en bättre teknik vid de olika intervjuerna. En av informanterna anmärkte att svaren eventuellt hade varit ”bättre” ifall man fått intervjuguiden innan själva intervjun. Självt har jag begrundat denna möjlighet, men min starkaste motivering att jag valde bort den är att jag ville ha ”färska” svar. Jag hade uppfattningen att det fanns risk att slutresultatet skulle bli snedvridet i fall man fick tillfälle att kanske ”förbereda” svaren så att de blir korrekta utifrån verksamhetens synpunkt. Teorivalet är en annan viktig aspekt som i mångt och mycket utbreder men också begränsar en studie. Mitt val av den teoretiska basen för den här studien har varit alltför bred, men samtidigt begränsande. Bredden ses i de fyra aspekter som författaren anser påverkar spridning av en innovation, medan begränsningen gäller att vissa av dessa aspekter inte är tillräckligt uttömmande.

8.4 Förslag på fortsatt forskning

På grund av sidantalet som begränsade denna studie har jag varit tvungen att föra vissa avgränsningar. En av dessa gäller faktorer som påverkar spridning av metodiken kopplade till det som Rogers (2003) kallar för sociala system. Dessa faktorer skulle kunna utförskas ytterligare då man skulle kunna undersöka på vilket sätt olika sociala strukturer, normer och värderingar, organisationens officiella likväl inofficiella kultur och andra aspekter av ett socialt system förhåller sig till det nya, innovativa, förändringsbenägenhet etc. Samtidigt skulle man kanske kunna identifiera vilka faktorer som påverkar dessa olika aspekter och eventuellt komma med förslag på hur dessa aspekter skulle kunna förändras. Min övertygelse är att den mänskliga resursen i en verksamhet är en av de absolut viktigaste och att man alltid bör kunna hitta sätt att utveckla den och få den att växa kompetensmässigt.

9. KÄLLFÖRTECKNING

Litteratur

Albinsson, P (1998) *Den lärande organisationen – från vision till verklighet*. Jönköping, Brain Books AB.

Alvesson, M & Sveningsson, S (2008), *Förändringsarbete i organisationer – om att utveckla företagskulturer*. Malmö, Liber AB.

Alvesson, M (2004) *Kunskapsarbete och kunskapsföretag*. Kristianstad, Liber AB.

Denscombe, M (2000) *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund, Studentlitteratur.

Ellström, P E & Hultman, G (2004) *Lärande och förändring i organisationer*. Lund, Studentlitteratur.

Johansson-Lindfors, M-B (1993) *Att utveckla kunskap*. Lund, Studentlitteratur.

Kalling, T & Styhre, A (2003) *Knowledge Sharing in Organizations*. Malmö, Daleke Grafiska AB.

Kalman, H (2006) Kunskap och kunnigt handlande. I: Blom, B; Morén, S & Nygren, L (red). *Kunskap i socialt arbete. Om villkor, processer och användning* (s:49-64). Stockholm, Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur.

Kvale, S (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund, Studentlitteratur.

Mayo, A & Lang, E (1994) *Lärande i organisationen*. Malmö, Liber-Harmods AB.

Nylén, U (2005) *Att presentera kvalitativa data*. Malmö, Daleke Grafiska AB.

Rogers, E M (2003) *Diffusion of innovations*. New York, The Free Press.

Rosengren, K E & Arvidson, P (2005), *Sociologisk metodik*. Malmö, Liber AB.

Sohlberg, P (2006) Teorier och kunskapsbildning i socialt arbete. I: Blom, B; Morén, S & Nygren, L (red). *Kunskap i socialt arbete. Om villkor, processer och användning* (s:84-100). Stockholm, Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur.

Vedung, E (1998) *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund, Studentlitteratur.

Internetkällor

Hed, F (2005) *Åldringar får upp till 25 läkemedel varje dag*. LmV, ><http://www.lakemedelsvarlden.se/zino.aspx?articleID=3731>< 2008-09-05

IHI, (2003) *The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*. ><http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/3F1925B7-6C47-48ED-AA83-C85DBABB664D/0/TheBreakthroughSeriespaper.pdf>< 2008-10-29

Landstinget i Östergötland, *Breakthrough Series*, ><http://www.lio.se/upload/51271/Genombrott%20bilder.ppt>< 2008-09-10

Nationalencyklopedin, nätversionen¹¹ (Sökning på: VAS skala) >http://www.ne.se.support.mah.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=344567< 2008-09-25

Ohlin, E (2007) *Genombrott – Ett sätt att sprida kunskap och förändra praxis på ett systematiskt beprövat sätt*. Utvecklingscentrum, Region Skåne, ><http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Utvecklingscentrum/dokument/Metodbeskrivning%20EO.pdf>< 2008-10-15

Nilsson, K & Widell, L (2006) *Effektutvärdering – att välja upplägg*. Stockholm, Edita Sverige AB. ><http://www.esv.se/download/18.ff0d4b10adbe9fc4d8000174/ESV+2006-8.pdf>< 2008-09-29

Thomasson, J (2007) *Äldre får för många läkemedel – och för länge*. Vårfacket, >http://www.vardfacket.se/VFTemplates/Article___9914.aspx< 2008-09-15

Thyberg, M Hyttsten, E (2007) *Felaktig läkemedelshantering kostar miljarder*. Sveriges Kommuner och Landsting, ><http://www.skl.se/artikel.asp?A=46506&C=6720>< 2008-09-16

Vetenskapsrådet (1990) *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*, Vetenskapsrådet, Elanders Gotab, >http://www.vr.se/download/18.427cb4d511c4bb6e38680002601/forskningsetiska_principer_fix.pdf< 2008-11-01

Offentliga dokument

Utvecklingscentrum, Region Skåne (2007) *Förbättrad läkemedelshantering för äldre*. Utvecklingscentrums egna tryck.

Utvecklingscentrum, Region Skåne (2006) *En bättre demensvård i Skåne*. Utvecklingscentrums egna tryck.

Utvecklingscentrum, Region Skåne (2007) *Utvecklingscentrums uppdrag; våra roller och ansvar*. Utvecklingscentrums egna tryck.

¹¹ Inloggning krävs för att få tillgång till denna information.

Informanter och deras roll i förbättringsprogrammen

Intervjuad	Datum	Tid	Roll i förbättringsarbetet
Freya	081030	53 min	Teamdeltagare i FP1
Sara	081103	55 min	Teamdeltagare i FP1
Gabriella	081104	50 min	Teamdeltagare i FP1 och FP2
Angelina	081103	59 min	Teamdeltagare i FP2
Viktoria	081107	40 min	Teamdeltagare i FP2
Greta	081104	66 min	Teamdeltagare i FP2
Sigrid	081107	63 min	Teamdeltagare i FP2
Klara	081114	49 min	Tjänsteman med anknytning till verksamheten
Grupp 1	081103	Ca 50 min	Personal involverad i FP2 (5 personer)
Grupp 2	081104	55 min	Personal involverad i FP2 (6 personer)
Grupp 3	081105	48 min	Personal involverad i FP1 och FP2 (3 personer)

FP1 – Förbättringsprogram startad 2006

FP2 – Förbättringsprogram startad 2007

Intervjuguide – Teammedlemmar

1. Hur länge har du jobbat inom Solbergets servicehus?
2. Vilken utbildning har du?
3. Vilka är dina nuvarande arbetsuppgifter?
4. Kan du beskriva din roll i Förbättringsprogrammet?

Komplexiteten

5. Hur upplever du Genombrottsmetodikens visavi svårighetsgraden att förstå sig på och använda den?

 - Tycker du att du har fått tillräckligt med kunskap för att kunna använda och överföra/sprida Genombrottsmetodikens inom din verksamhet?
 - Hade det behövts mer tid under projektets gång tycker du för att lära sig denna metodik mer ingående?
 - Vad är det egentligen ni lärt er under projektets gång och de här utbildningstillfällena?

6. Anser du att personalen i verksamheten har god kunskap om Genombrottsmetodiken?

Innovationsbeslutsprocessen

7. Kan du beskriva hur behovet av förbättringsarbete växte fram?

 - Behovet har kanske uppmärksammats internt.
 - Externt tryck, media, ledningens beslut?

8. På vilket sätt fick du kännedom om Genombrottsmetodikens?

 - Intern research?
 - Extern presentation av metodiken, av vem i så fall?

9. Hur bestämde ni att ni skulle delta i Förbättringsprogrammet?

 - Vem fattade beslut att ni ska delta i projektet?
 - Hur påverkades du av det?

Implementeringsfasen

10. Var Region Skåne tydlig med att förmedla vad är det de ville uppnå med det här Genombrottsprojektet?

 - Blev ni införstådda med vilket/vilka syften Region Skåne haft med det här projektet?

11. Vad har Förbättringsprogrammet/en haft för syfte?

 - Var meningen med Förbättringsprogrammet att bl.a. sprida metodiken inom verksamheten till andra avdelningar/personal för en vidare användning?

12. Hur tycker du att implementeringen av Genombrottsmetodikens har gått?

 - På vilket sätt har personalen ”på golvet” varit inblandade i dessa projekt?
 - Vilka problem mötte ni på vägen till målet med deltagandet i Förbättringsprogrammet?
 - Upplevde du att det var svårt att implementera metodiken? På vilket sätt?
 - Skulle metodiken behövas förändras på något sätt för att passa in bättre?
 - Hur långt med standardisering av denna metodik har ni kommit?

13. Hur pass fri får man vara vid framtagningen av de lösningar på olika problem som man möter och vill lösa med hjälp av den här metodiken?

 - Finns det faktorer som kanske har begränsat eller fortfarande begränsar användningen av metodiken i en större omfattning?

-
- Finns det och vilka är de ramarna som de här problemlösningsidéerna ska hålla sig inom?
 - Hur påverkas metodikanvändningen av detta?
-

Provbarheten

14. Under projektets gång skulle ni, efter en erhållen utbildning i själva metodiken, testa och operationalisera metodiken i praktiken. Hur upplevde du denna möjlighet?
-
- Fördelar med att först ha testat metodiken innan verksamheten bestämmer sig för att acceptera den?
 - Nackdelar?
-

Övertalning/Beslut

15. Finns det nackdelar med denna metodik? I så fall vilka?
16. Vilka är fördelarna med att använda Genombrottsmetodik i förbättringsarbetet?
-
- Skapar användningen av denna metodik några problem eller svårigheter för er eller ert arbete?
 - Tycker du att ni bör fortsätta använda Genombrottsmetodiken i förbättringsarbetet?
-

Observerbarhet

17. Var resultaten av användningen av Genombrottsmetodiken synliga?
-
- På vilket sätt var de synliga?
 - Hur lång tid tog det att se resultaten?
 - På vilket sätt påverkades du av detta?
 - Hur tror du personalen påverkades av detta?
-

Adopteringsgraden

18. Hur använder ni Genombrottsmetodiken i förbättringsarbetet idag?
-
- I fall att Genombrottsmetodiken inte används längre, vad kan det bero på?
 - På vilket sätt och av vem?
 - Inom vilka områden, vad ville ni förbättra?
 - Tycker du att Genombrottsmetodik borde övergå till att bli en rutin när det gäller förbättringsarbete, varför?
-

Kommunikationskanal/Kunskapsspridning

19. På vilket sätt sker kunskapsutbyte och kunskapsspridning inom verksamheten?
-
- Är informationsutbyte organiserad inom verksamheten?
 - Formellt eller informellt, genom praktiskt arbete dvs. direkt i arbetet?
 - Är kunskapsspridning förlagt på någon särskild enhet inom verksamheten?
 - Har personalen tid för erfarenhetsutbyte, kunskapssökning etc. på vilket sätt gör de?
 - Vilka andra kommunikationskanaler tycker du bör finnas för att möjliggöra ett bättre utbyte av information inom verksamheten?
-
20. På vilket sätt sprids Genombrottsmetodiken inom verksamheten?
21. Anser du att personalen i verksamheten har god kunskap om Genombrottsmetodiken?

-
- På vilket sätt har de olika avdelningarna/personalen fått kännedom om genombrottsmetodiken?
-

22. Vad, tror du har påverkat spridningen av kunskapen om Genombrottsmetodiken inom verksamheten?

- På vilket sätt skulle spridningen av Genombrottsmetodiken kunna förbättras?
-

Kompatibilitet

23. Hur skulle du beskriva personalens villighet till att lära sig nya arbetsmetoder?

24. Har du upplevt att någon inom verksamheten mer än andra har förespråkat Genombrottsmetodikens användning?

- Är det någon som har, mer än andra motsatt sig Genombrottsmetodikens användning och varför?
-

25. Vad tror du har påverkat metodikens fortsatta användning inom verksamheten?

- Är det någon som bestämmer om Genombrottsmetodiken ska användas fortlöpande inom verksamheten?
 - Finns det någon som har utsetts officiellt att ha ansvar för Genombrottsmetodikens fortlöpande användning?
 - Vem tycker du bär ansvar för Genombrottsmetodikens varaktighet?
 - Vad är det mer, tror du som kan styra Genombrottsmetodikens varaktighet?
 - Vilken är din personliga inställning vad gäller villighet till lärande och kompetensutveckling inom organisationen?
-

Den relativa fördelen

26. Hur upplever du Genombrottsmetodiken som ett verktyg för förbättringsarbete?

- Upplever du den som helt eller delvis innovativ, dvs. ny?
 - Vad är det som är nytt?
 - Vad är det som ni känt till tidigare?
 - Hur tycker du att Genombrottsmetodiken tillfredställer verksamhetens behov av verktyg för förbättringsarbete?
-

Innovationsbenägenhet och kategori av adopterare

27. Tänk i fall man tar fram en innovation i form av ett hjälpmedel för läkemedelshantering där IT och personalen står i centrum. Kommunikationen skulle skötas elektroniskt och tanken är att uppdatering av läkemedelslistor, ordinerings av medikamenter, registrering av medicinering etc. skulle skötas med hjälp av datorer. Läkarna skulle kunna t.ex. gå in och ordinera de medikamenter som den enskilde behöver, personalen skulle kunna läsa detta och dela ut mediciner till de enskilda samt kunna gå in och registrera detta etc.

Hur skulle du förhålla dig till en sådan innovation?

- Skulle du adoptera denna innovation?
 - Vilka villkor skulle du tänka dig ställa innan du adopterar denna innovation?
-

28. Har du något mer att tillägga?

29. Skulle du vilja ha en kopia på utskriften innan jag börjar analysera materialet?

30. Kan jag återkomma med någon kompletterande fråga?

Intervjuguide – Gruppintervjuer/Personal

1. Hur länge har ni jobbat inom Solbergets servicehus?
2. Vad har ni för utbildning?
3. Vilka är era nuvarande arbetsuppgifter?
4. På vilket sätt utbyter ni kunskap inom denna verksamhet?

 - Organiserat, icke-organiserat, formellt eller informellt, genom praktiskt arbete dvs. direkt i arbetet?
 - Är kunskapsspridning förlagt på någon särskild enhet inom verksamheten?
 - Har personalen tid för erfarenhetsutbyte, kunskapssökning etc. på vilket sätt gör de?

5. Hur många är det här som känner till och vet vad Genombrottsmetodik är för något?
6. På vilket sätt har ni fått kännedom och kunskap om Genombrottsmetodiken?

 - På egen hand?
 - Extern presentation/utbildning i metodiken, av vem i så fall?
 - Har ni fått någon utbildning i hur metodiken fungerar och används?
 - Tycker ni att ni bör kunna denna metodik för att förbättra ert arbete?

Komplexiteten

7. Hur upplever ni Genombrottsmetodiken vad gäller svårigheten att förstå sig på den och använda den?

 - Tycker du att du har fått tillräckligt med kunskap för att kunna använda Genombrottsmetodiken inom din verksamhet?
 - Tycker ni att ni skulle behöva mer tid för att lära er denna metodik mer ingående för att kunna använda den på ett bättre sätt?

Innovationsbeslutsprocessen

8. Tycker ni att Genombrottsmetodiken är något som den övriga personalen inom verksamheten har kunskap i?
9. Vad är er uppfattning om hur beslutet att delta i Genombrottsprojektet har vuxit fram?

 - Hur uppkom behovet av ett förbättringsarbete?
 - Vilka som har deltagit i beslutsprocessen?
 - Hur påverkades ni av det?

Implementeringsfasen

10. Hur tycker ni att implementeringen av Genombrottsmetodiken har gått?

 - Vilken är er roll i detta arbete?
 - Vilka slag problem har ni mött vid användningen av metodiken?
 - Visste ni hur ska ni använda Genombrottsmetodiken?
 - Hur upplever du svårighetsgraden att uppnå målet och syfte med deltagandet i Genombrottsprojektet?
 - Tycker du att ni är klara med implementeringen av Genombrottsmetodiken i er verksamhet?

-
- Skulle Genombrottsmetodikerna kunna behövas förändras, kompletteras eller på annat sätt anpassas för att på ett bättre sätt kunna användas inom er verksamhet?
-

Observerbarhet

11. Var resultaten av användningen av Genombrottsmetodikerna synliga?

-
- På vilket sätt var de synliga?
 - Hur lång tid tog det att se resultaten?
 - På vilket sätt påverkades du av att se resultatet så som de var?
-

Provbarheten

12. Nu efter att ha arbetat med denna metodik och hunnit testa den ordentligt om man kan säga så, så skulle man kunna lättare bestämma sig för att antingen fortsätta eller upphöra med användningen av denna metodik. Vad tycker ni om detta påstående?

Adopteringsgraden

13. Används Genombrottsmetodikerna fortfarande inom verksamheten?

-
- På vilket sätt och av vem?
 - Inom vilka områden, vad ville ni förbättra?
 - Hur lång tid tog det för att hitta andra områden eller problem som ni kunde förbättra med Genombrottsmetodikerna?
 - I fall att Genombrottsmetodikerna inte används längre, vad kan det bero på?
-

14. Har ni standardiserat användningen av Genombrottsmetodikerna, varför?

-
- Tycker du att Genombrottsmetodik bör övergå till att bli till en rutin när det gäller förbättringsarbete, varför?
-

15. Vad, tycker ni har påverkat spridningen av kunskapen om Genombrottsmetodikerna inom verksamheten?

16. Vad är din uppfattning om vilka faktorer som kan ha inverkat på spridningen av kunskapen om Genombrottsmetodikerna och metodikernas fortsatta användning inom verksamheten?

-
- Vem är det som bestämmer om Genombrottsmetodikerna ska användas fortlöpande inom verksamheten?
 - Finns det någon som har officiellt utsetts för att ha ansvar för Genombrottsmetodikernas fortlöpande användning inom verksamheten?
 - Vem tycker du bär ansvaret för Genombrottsmetodikernas fortsatta användning?
 - Vad är det mer, tycker du som kan styra Genombrottsmetodikernas fortlöpande användning inom verksamheten?
 - Vad är din personliga inställning vad gäller villighet till lärande och kompetensutveckling inom organisationen?
 - På vilket sätt skulle spridningen av Genombrottsmetodikerna kunna förbättras?
-

Kompatibilitet

17. Vilken inställning, tycker ni att denna avdelning ni hör till har vad gäller villighet till lärande och förbättringsarbete?

-
- Känner du att Genombrottsmetodikerna (den metodologiska delen kanske) kommer i konflikt med den rådande organisationskulturen?
-

-
- Vad tycker du kan göras för att förebygga denna konflikt?
-

18. Har du upplevt att någon inom verksamheten har mer än andra förespråkat Genombrottsmetodikens användning, allmängiltighet och nytta som kan uppnås?

-
- Är det någon som har, mer än andra motsatt sig Genombrottsmetodikens användning och varför?
 - Vilka som har deltagit i beslutsfattandet att delta i Genombrottsprojektet?
-

Övertalning/Beslut

19. Vilka är, tycker du fördelar resp. nackdelar med att använda Genombrottsmetodiken som ett verktyg i förändringsarbetet?

-
- Tycker du att en fortsatt användning av Genombrottsmetodiken skulle skapa resursrelaterade problem inom verksamheten?
 - Tycker du att ni bör fortsätta använda Genombrottsmetodiken i förbättringsarbetet?
 - Bortsett från att ha använt metodiken under projektets gång, hur använder ni idag Genombrottsmetodiken i förbättringsarbetet?
-

Den relativa fördelen

20. Om jag säger så här: Genombrottsmetodiken är en helt ny, banbrytande metod för förbättringsarbete som kan användas av vem som helst inom en organisation. Utan denna metodik skulle ingen verksamhet lyckats med att uppnå märkbara och genuina förbättringar. Vad säger ni då?

-
- Upplever du den som helt eller delvis innovativ, dvs. ny?
 - Vad är det som är nytt?
 - Vad är det som ni känt till tidigare?
 - Hur tycker du att Genombrottsmetodiken tillfredställer verksamhetens behov av verktyg för förbättringsarbete?
-

Innovationsbenägenhet och kategori av adopterare

21. Tänk i fall man tar fram en innovation i form av ett hjälpmedel för läkemedelshantering där IT och personalen står i centrum. Kommunikationen skulle skötas elektroniskt och tanken är att uppdatering av läkemedelslistor, ordinerings av mediciner, registrering av medicinering etc. skulle skötas med hjälp av datorer. Läkarna skulle kunna t.ex. gå in och ordinera de mediciner som den enskilde behöver, personalen skulle kunna läsa detta och dela ut mediciner till de enskilda samt kunna gå in och registrera detta etc.

Hur skulle ni förhålla dig till en sådan innovation?

-
- Skulle du adoptera denna innovation?
 - Vilka villkor skulle du tänka dig ställa innan du adopterar denna innovation?
-

22. Har du något mer att tillägga?

23. Skulle ni vilja ha utskrift av intervjun?

Intervjuguide – Tjänsteman med anknytning till verksamheten

1. Hur länge har du jobbat här?
2. Hur upplever du ditt arbete?
3. Kan du beskriva dina arbetsuppgifter?

Innovationsbeslutsprocessen

4. Vad kan du säga om dina erfarenheter av förbättringsarbete?
5. Vad är din uppfattning om behovet av förbättringsarbete inom verksamheten?
6. På vilket sätt bestäms det om att ett förbättringsarbete behövs inom verksamheten?
7. Vem är det som bestämmer i fall ett förbättringsarbete ska startas inom verksamheten?
8. Vilken är din roll vad gäller dessa processer?
9. Känner du till någon metod som används i förbättringsarbete?
10. Känner du till det som kallas för Genombrottsmetodik?

-
- Hur fick du kännedom om den här metodiken?
 - Extern presentation av metodiken, av vem i så fall?
-

11. Hur ser din kunskap om denna metodik ut vad gäller hur den ska användas etc.?

12. Hur har du fått denna kunskap?

13. På vilket sätt sker kunskapsutbyte personalen emellan inom verksamheten?

-
- Är informationsutbyte organiserad inom verksamheten?
 - Finns det något informationssystem för lagring och sökning av information/kunskap – hur funkar det?
 - Formellt eller informellt, genom praktiskt arbete dvs. direkt i arbetet?
 - Är kunskapsspridning förlagt på någon särskild enhet inom verksamheten?
 - Har personalen tid för erfarenhetsutbyte, kunskapssökning etc. på vilket sätt gör de?
 - Vilka andra kommunikationskanaler tycker du bör finnas för att möjliggöra ett bättre utbyte av information inom verksamheten?
-

14. På vilket sätt sprids Genombrottsmetodiken inom verksamheten?

-
- Hur har personalen på golvet delgets kunskap om hur de ska använda metodiken?
 - Anser du att personalen i verksamheten har god kunskap om hur man ska använda Genombrottsmetodiken?
-

15. Har metodiken sprits inom hela verksamheten? Om inte – Varför?

Adopteringsgraden

16. Hur används Genombrottsmetodiken i förbättringsarbetet inom verksamheten?

-
- I fall att Genombrottsmetodiken inte används längre, vad kan det bero på?
 - På vilket sätt och av vem/vilka avdelningar?
 - Tycker du att Genombrottsmetodik borde användas inom dessa avdelningar i förbättringsarbete?
-

17. Vad tycker du har påverkat metodikens fortsatta användning inom verksamheten?

-
- Är det någon som bestämmer om Genombrottsmetodiken ska användas fortlöpande inom verksamheten?
 - Finns det någon som har officiellt utsetts för att ha ansvar för Genombrottsmetodikens fortlöpande användning?
 - Vem tycker du bär ansvaret för Genombrottsmetodikens varaktighet?
 - Vad är det mer, tycker du som kan styra Genombrottsmetodikens varaktighet?
 - Vad är din personliga inställning vad gäller villighet till lärande och kompetensutveckling inom organisationen?
-

18. Vilka är fördelarna/nackdelarna med att använda Genombrottsmetodiken i förbättringsarbetet?

-
- Skapar användningen av denna metodik några problem eller svårigheter för er eller ert arbete?
 - Tycker du att ni bör fortsätta använda Genombrottsmetodiken i förbättringsarbetet?
-

19. Vilka är, tycker du hinder för att metodiken skulle spridas ut och användas inom hela verksamheten?

20. På vilket sätt tycker du att Genombrottsmetodiken skulle kunna införas som en förbättringsmetod inom hela verksamheten?

Kompatibilitet

21. Hur skulle du beskriva personalens villighet att lära sig nya arbetsmetoder/lärande?

22. Tänk i fall man tar fram en innovation i form av ett hjälpmedel för läkemedelshantering där IT och personalen står i centrum. Kommunikationen skulle skötas elektroniskt och tanken är att uppdatering av läkemedelslistor, ordinerings av medikamenter, registrering av medicinering etc. skulle skötas med hjälp av datorer. Läkarna skulle kunna t.ex. gå in och ordinera de medikamenter som den enskilde behöver, personalen skulle kunna läsa detta och dela ut mediciner till de enskilda samt kunna gå in och registrera detta etc.

Hur skulle du förhålla dig till en sådan innovation?

-
- Skulle du adoptera denna innovation?
-
- Vilka villkor skulle du tänka dig ställa innan du adopterar denna innovation?
-