



THE JÖNKÖPING ACADEMY

FOR IMPROVEMENT OF HEALTH AND WELFARE

# **Mellan system och patient Situationer av ambassadörskap, självrannsakan och ”fristad” hos deltagare i ett förbättringsprojekt**

**Malin Sootalu**

Examensarbete, 30 HP, masteruppsats

Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa, vård och omsorg

Jönköping, juni 2015

Handledare: Mattias Elg, Professor

Examinator: Boel Andersson Gäre, Professor

# Sammanfattning

Varje år drabbas 4000 personer av malignt melanom i Sverige. Prognosen är god vid tidig upptäckt. Ändå dör ca 20 % av de som drabbas. Ett förbättringsarbete initierades för att utveckla vårdprocesser för dessa patienter. Denna studie har syftat till att utveckla kunskaper om situationsbaserade erfarenheter av vad processen i förbättringsarbetet har inneburit i relation till sjuksköterskors, läkares och medicinska sekreterares egna insatser för projektmålen och en personcentrerad vård. För studien av förbättringsarbetet har Critical Incident Technique (CIT) används som metod. 84 situationer samlades in från projektdeltagare genom korta återkommande intervjuer under projektiden. Resultatet visar att deltagarna befinner sig i situationer av ambassadörskap, självrannsakan och fristad. Situationer av ambassadörskap är viktiga för projektets riktning framåt men dessa situationer är inte oberoende av situationer av självrannsakan och situationer av ”fristad”. Det är snarare relationen dem emellan som har en viktig dynamisk kraft. Slutsatsen i studien av förbättringsarbetet är att när deltagare i ett förbättringsarbete får möjlighet att ändra på logistik och struktur som bygger på ”stuprörstänk”, professionsorientering och funktion så får det positiva konsekvenser för ett personcentrerat arbetssätt, i arbete med patienter och i arbete med projekt.

Nyckelord: personcentrerad vård, hälso- och sjukvård, malignt melanom, förbättringsarbete, innovation.

# Summary

Every year 4,000 persons are diagnosed with malignant melanoma in Sweden. The prognosis is good if it is detected early. Nevertheless, about 20% of those who are diagnosed die of the disease. An improvement project was initiated for developing care processes for these patients at a local clinic in central Sweden. This study aimed to describe the knowledge derived from participants in the project regarding their own situated efforts to achieve a person-centered care for these patients. Critical Incident Technique was used as a method. 84 incidents were gathered from the participants through recurrent interviews during the project process. The results show that participants find themselves in situations of being ambassadors for the project where everything flows forward in the project, being in situations of self-examination and doubt about own achievements in the project and finally being in situations of sanctuary as a temporary moral refuge and stress release concerning the project. Situations of ambassadorship are important for the project's direction forward toward the project goal but these situations are not independent of situations of self-examination and situations of sanctuary. The relation between these situations has an important dynamic force that need to be further explored.

Keywords: “flipping” health care, population health, malignant melanoma, improvement, performance measurement.

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
Syfte.....	3
<b>Metod</b> .....	<b>4</b>
Förutsättningar och kontext för förbättringsarbetet .....	4
Metoder för förbättringsarbetet.....	5
Mätmetoder för förbättringsarbetet.....	7
Studien av förbättringsarbetet - Critical incident technique som metod.....	8
Val av informanter, material och analys .....	9
Etiska överväganden .....	10
Teoretisk inramning och analysförfarande.....	11
<b>Resultat</b> .....	<b>14</b>
Situationer av ambassadörskap - när allt faller på plats.....	16
Situationer av självrannsakan – när tvivlet tar överhand.....	17
Situationer av ”fristad”- när det är ”någon annans” ansvar .....	19
Förändringar i processen.....	20
<b>Diskussion</b> .....	<b>23</b>
“Handlingens kraft” - en expressiv beröring.....	23
Att vara en ”gapande gulfisk” - med mandat att förändra.....	25
Slutsatser .....	26
Metoddiskussion .....	27
Implikationer för praktik .....	28
Implikationer för forskning.....	29
<b>Referenser</b> .....	<b>30</b>
<b>Bilagor</b> .....	<b>32</b>

# Inledning

“I’m more than you know, I’m more than you see here, I’m more than you let me be I’m more than you know, a body and soul, you don’t see me but you will I am not invisible I am here” (U2 Invisible- RED).

Rockgruppen U2:s texttrader beskriver den känsla av osynlighet man kan uppleva i en kärleksrelation eller en vänskapsrelation, men texten är också allmängiltig på ett medmänskligt plan. Texten säger något om personens strävan att bli sedd, att bli synlig och vara betydelsefull i relationen. Texten kan också beskriva och ge uttryck för det paradigmskifte som sker på olika sätt i vårdsverige idag, såväl som i en internationell kontext. Personcentrerad vård (PCV) har under 2000-talet brutit mark inom hälso-och sjukvårdssektorn och det finns en omfattande forskning och en pluralisering av dess innebörd och betydelse.

Samtidigt som insatserna för ökad delaktighet för patienter diskuteras har cancervården fått stor uppmärksamhet i media. Landstingen kritiserar för stora skillnader i behandlingsformer, väntetider och skiftande och bristande rutiner och resurser. I public service har program som Uppdrag granskning och Debatt diskuterat konsekvenserna, bland annat ur de drabbades perspektiv. Ett specifikt fokus på cancerformen malignt melanom har förekommit i den pågående debatten. En av de drabbade, Lina som medverkat i det offentliga rummet har lyckats skapa stor debatt kring den svenska cancersjukvården i TV, tidningar och andra nyhetsflöden. Lina har lyckats sätta fokus på de långa vårdköerna som enligt henne gör att patienter dör både för tidigt och i onödan. I ett reportage i tidningen *mama* beskrivs hennes upptäckt av sin sjukdom:

Det hela började med ett födelsemärke på benet som Linas barnmorska tyckte att hon skulle undersöka. Lina väntade då Elis. – Men läkarna på vårdcentralen lugnade mig, och sa vid två olika tillfällen att det inte var någon fara. Barnen kallade det för ”russinet” och ibland blödde det. Efter en tid såg jag att födelsemärket växt på höjden och jag bestämde mig för att ta bort det av kosmetiska skäl. Men jag hade inte särskilt bråttom, eftersom läkarna sagt att det var ofarligt. (Öberg, 2014)

Trebarnsmamman Lina fick senare diagnosen cancer med metastaser i njurar, lungor och andra vitala organ. Rockgruppen U2:s texttrader får även i relation till Linas berättelse en alldeles särskild och tragiskt innebörd. Förutom det allmänmänskliga säger det något om den specifika osynlighet som uppstår mellan vårdgivare och patienter, och som kan få ödesdigra konsekvenser.

Varje år drabbas ca 4000 personer av malignt melanom i Sverige. Prognosen är god vid tidig upptäckt. Ändå dör ca 20 % av de som drabbas (Cancerfonden, 2014; melanomföreningen, n.d). Detta arbete ska handla om malignt melanom och specifikt om den vårdprocess som patienterna befinner sig i från att de själva likt Lina i beskrivningen ovan upptäckt en hudförändring till att den kirurgiskt åtgärdats. Förbättringsarbetet handlar dock inte enbart om själva vårdprocessen och om hur den kan förbättras. Det handlar lika mycket om den osynlighet som är en del av denna vårdprocess. Framförallt handlar arbetet om vad deltagarna i förbättrings-

arbetet lärt sig under arbetet med att förändra vårdprocessen som också har betydelse för att verkligen se personen som drabbats ur det som brukar benämnas patientens perspektiv.

Samtidigt med att förändringar sker i vår omvärld som omformulerar uppdraget för vårdgivaren, blir det synligt att vårt hälso- och sjukvårdssystem är uppbyggt och kretsar kring sig självt (jmf McCrae, 2013; Mate & Salinas, 2014; Nundy & Oswald, 2014). Ett sätt att förändra det är att skapa förutsättningar för delaktighet. Att vända på perspektiven vid utformandet av nya system i hälso- och sjukvården. Det handlar om att reformera logistik och praktik, att byta ut professionsorientering och ”stuprörfunktioner” i verksamheter och att istället låta patienter påverka och ta fram sjukvårdssystem som tar utgångspunkt i personens behov, att vända på perspektiven och ”flippa tanken” (jmf Mate & Salinas, 2014). För i ljuset av den debatt som förs idag om personcentrerad vård, saknas det sammanhang som tar sin utgångspunkt i personens behov av vård. Det är snarare föråldrade system eller organisationer med professionsorientering, funktion och ”stuprörstänk” som står i centrum för vården.

Det går att urskilja två spår i genomgången av litteraturen kring personcentrerad vård, där det ena handlar om en sorts medgörlighet, gott bemötande och vänligt omhändertagande, ett paternalistiskt förhållningssätt (Bisognano & Kenney, 2012; Eldh et al, 2006; Elmqvist et al, 2012; Elwyn et al, 2003; Haigh & Ormandy, 2011; Kirkley et al, 2011; Sahlsten et al, 2009; Schipper & Abma, 2011; Hill, 2008; Thomas, 2014). Det andra spåret handlar om en ökad patientmakt, att personcentrerad vård i grunden är en fråga om att förvandla våra hälso- och sjukvårdssystem utifrån aspekter på transparens, struktur och logistik (se t.ex. Fölster, 2014; Wald, 2004).

Vi vet att tidig upptäckt och operation av malignt melanom (MM) är viktigt för prognos och överlevnad (Olofsson, 2013; Ilmonen, 2005; Svetomir et al, 2007). Vi vet också att ett förbättrat omhändertagande och värdeskapande i processen bidrar till ett säkrare flöde och en tryggare situation för patienten (se Bergman & Klefsjö, 2011; Nelson et al, 2007). Men att i rätt tid få en bedömning och en första behandling av hudförändringen på rätt plats och med rätt kompetens är en utmaning (jmf Börve et al, 2012; Börve et al, 2013). Vi vet, att i den kontext som föreligger för förbättringsarbetet, går personen som drabbats av MM igenom diagnos, behandling och uppföljning som följer ett i stort sett givet mönster. Vi känner väl till, att personer som drabbats av MM får vänta ibland i upp till tre månader för diagnos och kan behöva flera besök för att bli färdigbehandlade.

För personen som drabbats av MM, är det betydelsefullt att kunna erbjuda den primära operationen tidigt. Men det finns relativt lite kunskap om hur ett projekt som ett förbättringsarbete påverkar en förskjutning i perspektiv från professionsorientering, funktion och ”stuprörstänk” till aspekter på personcentrerad vård. McCrae (2013) menar att ett (av flera) hinder för organisationer att verkligen lyckas se personens behov av vård, och ta utgångspunkt i detta vid uppbyggnad av ”nya” system där patienters delaktighet är central, är att nuvarande system tar utgångspunkt i ett paternalistiskt förhållningssätt (se också Olson & Flordal, 2015). Det handlar om att nuvarande system snarare bygger på ”stuprörstänk” där funktion och professionsorientering är viktigare än att verkligen se patienten eller personens behov, vid utformandet av vårdprocesser. Olson & Flordal menar att för kunna förändra förutsättningar för att bygga nya system i vården så behöver patienterna bli mer involverade, och att en viktig utgångspunkt i detta är att professionen utvecklar sin förmåga till delaktighet, både mellan yrkesgrupper men också mellan profession och patient. Därav denna studie. Den övergripande ambitionen med studien av förbättringsarbetet har varit att få mer kunskap om denna process av vändpunkter och ”spegelvänt tänkande” i vårdarbete (se Mate & Salinas, 2014; Nundy & Oswald,

2014). Avsikten med studien har varit att ta fram värdefull information kring vad man bör utgå från vid förbättringsarbeten där patienten och patientens behov (där personens behov av vård) är centrala.

## **Syfte**

Föreliggande arbete utgår från ett förbättringsarbete som genomförts på en kirurgklinik med det övergripande målet att för nyupptäckt misstänkt malignt melanom korta ledtider för den primära operationen, från i genomsnitt 35 dagar till att vara inom bedömning och behandling inom sju dagar. Syftet med studien är att beskriva deltagarnas egna situationsbaserade erfarenheter av vad processen i förbättringsarbetet har inneburit i relation till deras egna insatser för projektmålen och en personcentrerad vård.

# Metod

Här redovisas forskningsmiljö, metoderna för förbättringsarbetet och studien av förbättringsarbetet samt etiska överväganden. I slutet av avsnittet beskrivs och redovisas den teoretiska inramningen samt analysförfarandet för studien av projektet.

Beskrivningen av metoden för förbättringsarbetet inleds med en presentation av förbättringsarbetets kontext, det vill säga det sammanhang i vilket förbättringsarbetet har genomförts. Med det menas dess mönster, medarbetare, problem och syfte eller mål med projektet (se Bergman & Klefsjö, 2011; Coghlan & Casey, 2001; Nelson et al, 2007:). Mätmetoder i förbättringsarbetet introduceras också och hur dessa på olika sätt har ökat förståelsen för möjligheter och utmaningar i projektet (Elg, 2013). Metoder för lärande och metoder för arbetsformer för arbetsmöten beskrivs och där har Senge's (2006) modell för lärande organisationer samt beskrivningar av utvecklandet av "det personliga mästerskapet" varit vägledande liksom Gustavssons (2013) metoder för agil projektledning. Gustavssons (a,a) metoder har fungerat som utgångspunkt vid projektupplägg.

Därefter beskrivs metoden för studien av förbättringsarbetet. Det är studiens forskningsansats, material och metod (Benner, 2001; Flanagan, 1954). Avslutningsvis i denna del finns en beskrivning av den teoretiska inramning som ringar in några begrepp och som förklarar den förskjutning av utgångspunkter för hälso- och sjukvård, som är nödvändig för att kunna reformera struktur, logistik och praktiskt handlande i vården (McCrae, 2013).

## Förutsättningar och kontext för förbättringsarbetet

En arbetsgrupp tillsatt på uppdrag av hälso- och sjukvårdsledningen på det landsting där föreliggande förbättringsarbete genomförts, har under de senaste två åren arbetat med att ta fram en smidigare vårdkedja för personer som drabbas av malignt melanom (MM). Sammanfattningsvis identifierades två övergripande förbättringsområden, en mer effektiv handläggning samt ett mer personcentrerat arbetssätt. Delar av arbetsgruppen deltog i ett projekt om personcentrerad vård. De insikter om perspektiv på personcentrerad vård som delades där har tagits tillvara och använts i förbättringsarbetet.

Medlemmarna i arbetsgruppen för förbättringsarbetet i föreliggande projekt, och studie, har varit sjuksköterskor, medicinska sekreterare och läkare på en kirurgisk klinik på ett länssjukhus i Mellansverige. Vid kliniken behandlas i genomsnitt två till tre personer i veckan för malignt melanom. På kliniken arbetar 65 personer i olika professioner. Det är sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, undersköterskor, medicinska sekreterare, läkare, specialistläkare och överläkare.

Verksamheten styrs av en verksamhetschef, som i sin ledningsstab har överläkare, enhetschefer och verksamhetstutvecklare knutna till sig. Tillsammans med denna stab av nära medarbetare styrs verksamheten med olika subkirurgiska specialiteter. Det övergripande uppdraget för kliniken är att tillgodose det kirurgiska behovet i länet, med målet om en jämlik vård samt ett personcentrerat arbetssätt, jämte hög medicinsk kvalitet. Utbildning, fortbildning och forskning har också stort fokus vid kliniken, som deltar i flera nationella och internationella forsk-



ningsprojekt. Flera olika processer som avser att förbättra tillgänglighet, utbildning, samverkan och att hitta samverkansvinster inom den egna organisationen såväl som med olika samarbetspartners, pågår i olika omfattning inom verksamheten.

## Metoder för förbättringsarbetet

Med hjälp av metoder och tekniker som PDSA-cykler (se t.ex. figur 1) och fiskbensdiagram (figur 2) har projektgruppen ”mejslat fram” olika idéer och förbättringar i processen och i förbättringsarbetet (Bergman & Klefsjö, 2011; Deming, 1993, Nelson et al, 2007). Andra metoder har varit tvärprofessionella möten och studiebesök på andra kliniker vilka har fungerat som goda exempel (se tabell 1 för en övergripande beskrivning av aktiviteter i projektet). Ett viktigt arbete i projektet har varit att skapa tvärprofessionella samarbeten och förutsättningar för delaktighet mellan professioner.

Genom lärandeformer som att förbereda och hålla föredrag hos andra kliniker och intressenter och genom aktiv medverkan i olika idéseminarier och konferenser för förbättringsarbete har projektet kommunicerats både internt och externt. Att införa rutiner och förändrade arbetsätt utifrån ett personcentrerat kunskapsparadigm är ett förhållandevis nytt sätt att tänka. Att tala om, berätta och beskriva nya insikter om projektet för andra, gjorde att projektet och dess ”nya” kunskapsparadigm blev tydligare under processen med förbättringsarbetet för projektmedlemmarna själva.

De arbetsformer för möten som praktiserats i projektet har varit korta avstämningsmöten varje vecka (”scrummöte” eller ”stå-upp”-möte) (Gustavsson, 2013) samt två gånger per termin längre möten för mer strategisk planering (Tonnqvist, 2012). Vid dessa strategiska möten har också projektets intressenter medverkat. Projektledaren har regelbundet stämt av projektet med verksamhetschefen.

I tabellen nedan (tabell 1) beskrivs övergripande aktiviteter i förbättringsarbetet, som metod för förändringar, logistik och kommunikation. PICOMM som nämns i tabellen, är en akronym för Patienten i Centrum i Malignt Melanom processen.

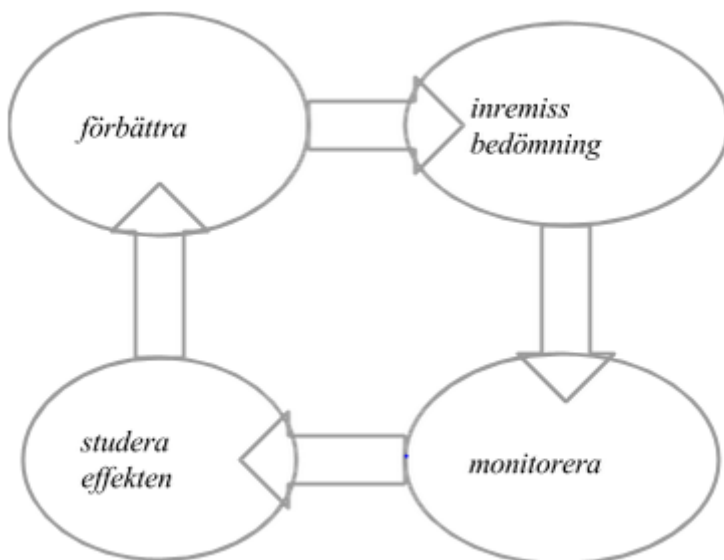
Tabell 1; övergripande aktiviteter i projektet uppställt efter tidsaxel, fritt efter Demings modell för förbättringsarbete.

Tidslinje	Planera	Göra	Studera/implementera
Kvartal 1	Förankra projektet hos verksamhetschef (VEC)	Möte mellan projektledaren och VEC	Smidig vårdprocess Säker vårdprocess Patientens behov centralt i projektet
	Arbetsgruppen bildas	Möteslogistik beslutas med projektmedlemmar	”Stå-upp” möte varje vecka med arbetsgruppen PICOMM*
	Enkätutvärdering patienter	Telefonintervjuer genomförs inom ramen för utvärdering av befintlig verksamhet	Kommunikation och information viktigt. Patienter upplever en långsam process
Kvartal 2	Utbildning av sjuksköterska att operera maligna melanom	Utbildningsplan och genomförandeplan tas fram	Utbildningsplanen förankras och implementeras
Kvartal 3	Ett snabbt omhändertagande	Se över struktur och lo-	Rutiner för att boka patient

	med bättre tillgänglighet för primär operation	gistik på den egna mottagningen	till sjuksköterskan implementeras
Kvartal 4	Patienter kan bokas direkt till sjuksköterskan för primär op	Medicinsk sekreterare får tider med 2-3 veckors fram-förhållning	Förändrad struktur för schemaplanering med "tomma tider"
	Rutiner för inremiss-bedömning	Ta fram och förankra mall för inremiss	Medicinsk sekreterare monitorerar aktivt patienter med stark misstanke om maligna melanom
	Möte med viktiga samarbetspartners	Gemensamt studiebesök för planering av ett tvärprofessionellt arbetssätt	Förbättrad primär diagnostik så att "rätt" patienter monitoreras för primär operation

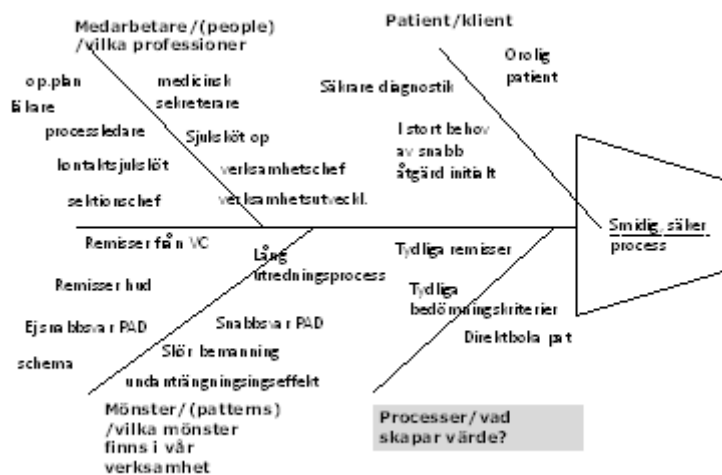
\*PICOMM- en akronym för *patienten i centrum i malignt melanom processen*

Förändringar i förbättringsarbetet har testats och prövats enligt Demings modell för förbättringsarbete plan, do, study, act (PDSA) (se också Bergman & Klefsjö). Figuren nedan (figur 1) beskriver ett exempel där arbetssättet med att arbeta med en förändring i processen har utgått ifrån principen plan-do-study-act (Deming, 1993).



Figur 1; Modifierad förbättringscykel enligt Demings (1993) modell, att utdela ansvar i processen prövas; den medicinska sekreteraren monitorerar inremisser.

Figuren (figur 1) beskriver PDSA- cykeln som modell vid test av att utdela ansvar i processen till den medicinska sekreteraren. Metoden kompletteras ofta framgångsrikt med andra redskap för förbättringsarbete. I det här projektet användes "fiskbensdiagram" eller "orsak- verkan" diagram (Bergman & Klefsjö, 2011), för att visualisera problemområden i processen. Fiskbensdiagrammet nedan (figur 2) användes som förbättringsverktyg för att identifiera områden i processen utifrån aspekter på medarbetare, patient, mönster och processer. Metoden är ofta effektiv utifrån aspekter på övergripande syfte eller mål med förbättringsarbete, och att se orsak och verkans - samband i processen (a.a, 2011).



Figur 2. Fiskbensdiagram användes som analysverktyg för att identifiera problemområden i processen.

Genom att hela tiden ställa sig frågan om värdeskapande och icke värdeskapande aktiviteter i processen gick det att effektivt kondensera viktiga förändringar i förbättringsarbetet. Fiskbensdiagrammet var också ett verktyg som var användbart till att hela tiden avgränsa och tydliggöra målet med förbättringsarbetet.

## Mätmetoder för förbättringsarbetet

I projektet har mätningar varit ett viktigt styrmedel (Elg, 2013; Perla et al, 2010). Wheeler (Elg, 2013) menar att med data presenterat på ett visst sätt, och med hjälp av rätt uttolkare, går det att få processen att "tala". Med mätningar som arbetsredskap och metod synliggörs processen i sin helhet. Men data i sig leder inte till förbättringar utan det är först när data är tolkade och analyserade som det kan leda till förändringar. För det arbetet krävs rätt uttolkare av data, och en praktisk kännedom om verksamheten. Samtidigt är det nödvändigt med en kultur med "ständiga förbättringar" (a, a, 2013; Bergman & Klefsjö, 2012; Argyris, 1991; Nelson et al, 2007).

I projektet har ledtiden mätts från registrerad inremiss till enheten där föreliggande förbättringsarbete har genomförts, till bedömd eller "monitorerad" remiss och tills dess att den primära operationen är utförd på enheten (se tabell 2). Genom att mäta ledtiden från registrerad inremiss till bedömd remiss gick det att se hur ledtiden påverkades av en fördröjd handläggning och hur ledtiden kunde förbättras, och förkortas, genom att pröva nya rutiner och förändrade arbetssätt. Ledtiden har också mätts från inregistrerad remiss och tills dess att den primära operationen är utförd, för att kunna följa processen över tid och se om de förändringarna om att utdela ansvar i processen (medicinska sekreteraren monitorerar patienten) och att utbilda sjuksköterskan att primärt operera maligna melanom, ledde till kortare ledtider.

Tabell 2; aktiviteter, förändringar och mått i projektet.

Aktivitet	Förändring	Mått
Logistik	Utdela ansvar i processen	Ledtiden mäts från registrerad inremiss till bedömd och monitorerad patient
Utbildning	Utöka antalet mottagningspass	Ledtiden mäts från registrerad inremiss till primärt opererad patient vid enheten

Med mätningar som metod har det gått att visa, på ett systematiskt sätt, vilka förändringar i processen som har genomförts. Att visualisera mätningarna i projektet har använts för att kommunicera förbättringsarbetet med olika intressenter. Med tidseriegraf går det att visualisera om variation i processen är slumpmässig eller systematisk, på ett effektivt sätt (Elg, 2013). I projektet har tidseriegrafen mätt ledtider från inremiss och bedömd remiss till operation på mottagningen. Elg (a, a) menar att med hjälp av styrdiagram går det att visa de underliggande systemen i den egna verksamheten och förstå variation i processen. Med styrdiagram går det också att följa processen över tid och göra beräkningar med hjälp av statistiska data och regler för "run-charts" (se även Perla et al, 2010). I projektet har variation i processen på ett effektivt sätt gått att problematisera i relation till hur det går att arbeta med mer genomgripande förändringar i verksamheten.

Argyris (1991) talar om "dubbel-loop" lärande. Med begreppet går det att förstå hur en organisation och hur organisationsförändringar fungerar, när människor är öppna inför det okända, och vågar ge sig hän för att utforska en annan, okänd kunskap. Med "dubbel-loop" lärande går det också att förstå det omvända, vilka hinder som behöver formuleras, förstås och utmanas. Inställningen är nödvändig, menar Argyris, för att kunna nå genomgripande och ofta nödvändiga förbättringar i en verksamhet, om utgångspunkten för förbättringar är systemförändringar.

Detta som Argyris beskriver som ett ständigt lärande i organisationer har varit en viktig utgångspunkt i arbetet med projektet. Det har handlat om att bredda perspektiven på vad ett personcentrerat arbetssätt innebär i förbättringsarbetet. Att personcentrerad vård handlar om att förändra system och att genomföra förbättringar i vårdprocesser med utgångspunkt i att verkligen se personens behov av vård. För projektets studiedesign kommer dess kontext och analysförfarande beskrivas nedan under rubriken "Critical Incident Technique" som metod att samla in "vändpunkter".

## Studien av förbättringsarbetet - Critical incident technique som metod

För studien av förbättringsarbetet har "Critical Incident Technique" (CIT) används som metod. CIT är en metod som härrör från ambitionen att identifiera "kritiska händelser" för stridsflygare under andra världskriget och beskrevs först av Flanagan (1954). Metoden har sedan dess successivt funnits med och använts i såväl kvalitativ som kvantitativ omvårdnadsforsk-

ning samt samhällsvetenskaplig forskning. CIT utgör en systematisk och öppen strategi med vilken den studerar mänskligt beteende och samspel och möjliggör en analys av viktiga minnen och händelser i specifika situationer (se ex. Clamp, 1980; Cormack, 1983, 2000; Benner, 2001). Enligt Benner (2001) är CIT:s styrka att de insamlade händelserna kommer från situationer i verkliga livet och inte bygger på idéer eller antaganden. Benner (2001) skriver att *styrkan i denna metod ligger i att identifiera kompetens från praktiska situationer snarare än med hjälp av experter som förklarar kompetens från modeller eller hypotetiska situationer* (s.44). Ur detta perspektiv menar Benner (2001), kan metoden CIT avslöja skillnader och likheter, och artikulera de kunskaper som utvecklas genom erfarenhet.

CIT kan ses som en flexibel rad principer enligt vilka informanter ombeds att beskriva situationer och händelser som är avgörande och kan omfatta fem till sex relativt lika metodsteg beroende på hur man förhåller sig till Flanagans originalverk. Denna studie utgår från de fem steg som bland annat beskrivits av Cormack, 2000 och Elg et al, 2013 nämligen:

- 1) klargöra och definiera ett syfte med studien;
- 2) Utarbeta en plan för att samla incidenter med verksamheten;
- 3) Samla data;
- 4) Analysera data;
- 5) Tolka och sammanställa.

I denna studie användes CIT för insamling av erfarenheter och praxis rörande ”vändpunkter” och en ökad medvetenhet om betydelsen av personcentrerad vård för patienter/personer som drabbats av malignt melanom. Med ”vändpunkter” menas att “flippa tanken” (jmf Mate & Salinas, 2014). Att förändra perspektiven från ”stuprörstänk” där funktion och professionsorientering mera är i fokus, till att verkligen se personens behov av vård vid utformandet av nya och förändrade vårdssystem (se även Nundy & Oswald, 2014; Fölster et al, 2014). En utförligare presentation av detta kommer under rubriken ”Teoretisk inramning och analysförfarande”, men först ett stycke om val av informanter, material och analys under nästa rubrik.

## **Val av informanter, material och analys**

Urvalet av forskningspersoner baserades på individer som deltog i ett förbättringsarbete i vårdprocessen för personer som drabbats av malignt melanom. Det är läkare, sjuksköterskor och medicinska sekreterare som i sitt dagliga arbete möter personer som drabbats av, utreds, behandlas och följs upp inom ramen för vårdprocessen avseende personer som drabbats av malignt melanom. Medarbetarna är således olika varandra avseende profession, anställningsår, ålder och kön.

Ett informationsmöte om studiens syfte genomfördes av författaren där deltagarna i förbättringsarbetet tillfrågades om deltagande (se bilaga 4). Efter att ha förklarat projektets syfte samt tillvägagångsätt vid datainsamlingen vid informationsträffen samtyckte fyra medarbetare: två sjuksköterskor, en medicinsk sekreterare och en läkare till att delta i studien som informanter. Intervjuer enligt standarden för CIT genomfördes med informanterna under 22 veckor (se bilaga 1).

Frågorna var specifika om deras erfarenheter av projektet (se bilaga 3) och tidsåtgång för intervjuerna hölls kort. Varje intervjusituation tog mellan fem och tio minuter, och intervjuerna upprepades med jämna intervall om ungefär varannan vecka och projektledaren har anpassat sin närvaro och intervjutillfällena i relation till forskningspersonernas dagliga arbete. 84 beskrivna situationer tillfördes under intervjuerna och intervjudata bedömdes som tillräckligt saturerad och intervjuträffarna avslutades (se Flanagan, 1954). Efter transkribering av samtliga intervjuer påbörjades dataanalysen. Den analytiska proceduren för analys av data, kondensering av data och slutsatser baserade på data består av steg 4 och 5 i CIT metoden. Dessa två steg kan mer utförligt beskrivas innehålla fyra analytiska ställningstaganden i förhållande till det transkriberade materialet, nämligen (se exempelvis Elg et al, 2013):

1. Identifiering av varje kritisk händelse eller situation enligt vedertagna principer som finns beskrivna i litteraturen för CIT, berättelser eller utsagor som karaktäriseras av att innehålla en början, en mitt och ett slut;
2. Kodning av den kritiska händelsen baserad på mening och innebörd, en induktivt driven kategorisering av händelser härledd av aspekter på personcentrerad vård
3. Tematisering eller ”klustring” av relationer i mening och innehåll, samt
4. Ta fram underliggande betydelser i utsagor i förhållande till den teoretiska inramningen, i denna studie McCrae:s (2013) utgångspunkter för retorik och praktik i förhållande till PCV som kommer att beskrivas under rubriken Teoretisk inramning och analysförfarande.

Genom att följa steg 1-4 ovan har en analys, tolkning och sammanställning av kritiska händelser eller situationer samt vilken betydelse de har inom ramen för förbättringsarbetet genomförts. Detta arbete kommer att beskrivas mer utförligt under rubriken ”teoretisk inramning och analysförfarande”, men först en redogörelse om etiska överväganden under nästa rubrik.

## **Etiska överväganden**

Projektet är godkänt hos den regionala forskningsetiska kommittén, diarienummer 2014/1423-31/5. I projektet, har vetenskapsrådets anvisningar för humanistisk - och samhällsvetenskaplig forskning (2007) varit vägledande. Informationskravet och kravet på samtycke och sekretess har beaktats. Nedan beskrivs några av tillvägagångssätten.

Informanter som ombads att delta var alla självständiga, hade full beslutsförmåga och deltog inom ramen för sin yrkesroll. Men eftersom forskningen var inriktad på att studera verksamheten, kunde det eventuellt innebära ett visst obehag att betraktas av mig som arbetskamrat, eller att forska på sina medmänniskor. Att jag samlade in och dokumenterade för mig berättade ”kritiska” händelser eller avgörande situationer i det dagliga arbetet, och det eventuella obehag eller olustkänsla det kan ha fört med sig, beaktades därför. Modellen för periodisk insamling av data kunde också innebära en ”olustkänsla”, en upplevelse av ”kontinuerlig medverkan” (eller konstant observation).

Under intervjuerna var jag professionell men närvarande som medmänniska. Det innebar att under intervjuerna fanns det en beredskap, om de situationer som beskrevs upplevdes som obehagliga eller på annat sätt väckte känsla av obehag. Det fanns möjlighet att pausa, att helt

avbryta intervjun eller tillhandahålla annat stöd under och efter intervjun. Efter varje intervju-situation, vilken var relativt kort och exakt i sin design, fanns det utrymme också för ett samtal och reflektion om den beskrivna händelsen (Kvale, 1996).

## Teoretisk inramning och analysförfarande

McCrae (2013) menar att personcentrerad vård (PCV) handlar om att reformera paradig och struktur i hälso- och sjukvårdssektorn. McCrae har ringat in några begrepp som förklarar denna förskjutning av utgångspunkter för hälso- och sjukvård. Begreppens ”dualism” förklaras i tabell 3. För analysen av de insamlade händelserna eller situationerna har McCrae’s utgångspunkter för personcentrerad vård varit vägledande.

Tabell 3. Begreppen beskriver olika utgångspunkter för vårdande i ljuset av retorik och praktik för PCV, fritt tolkat efter McCrae (2013).

paternalism	autonomi
kollektivism	individualism
abstrakt patient	den konkreta patienten
teknokratisk struktur	engagemang
övergripande struktur “ordning”	agent - att verka som agent för patienten

Personcentrerad vård (PCV) är en fråga om hur vi förvandlar vårt system i förmågan att reformera exempelvis logistik i cancersjukvården. Att öka medvetenheten om betydelsen av personcentrerad vård, utifrån aspekter på att bygga system som tar utgångspunkt i personens behov av vård. Att vända på perspektiven (spegelvänt tänkande eller “flipped thinking”), från ”stuprörstänk”, funktion och professionsorientering vid utformandet av system i vården till ett personorienterat perspektiv (Mate & Salinas, 2014; Nundy & Oswald, 2014; Fölster et al, 2014). PCV kan tolkas och förklaras som en reaktion på ny, modern kunskap och en tidsålder som vi i en allt snabbare takt är på väg in. Denna ”nya” tidsålder handlar till exempel om hur människor hämtar information, eller hur tillgänglig data och uppgifter om sjukdom och hälsa enkelt och på bara några få sekunder distribueras till mottagaren. Sätter man det i relation till hur professionen bör utveckla sin förmåga att exempelvis förhålla sig till människors autonomi (se tabell 3) får det betydelse för hur ”nya” hälso – och sjukvårdssystem utformas (jmf t ex Fölster et al, 2014). Vi kan förvänta oss att denna nya tidsålder innebär ett paradigmskifte i hälso- och sjukvårdssystem som handlar om vilka ”kunskaper” som får kunskapsföreträde vid utformandet av nya system och förändrade strukturer (McCrae, 2013).

Därför är dessa ”vändpunkter” av betydelse för förbättringsarbeten eftersom det skapar förändringar som varar över tid. Denna aspekt av projektet, och som klargörs i syftet med studien, är att förbättringsarbeten i sig bör öka medvetenheten om betydelsen av personcentrerad vård.

Sammantaget samlades 84 situationer in. De avgörande situationerna har identifierats i relation till McCrae's (2013) teoribild om aspekter på vårdande från ett ”stuprörstänk” där funktion och professionsorientering är i fokus, till ett personcentrerat eller personorienterat arbetsätt. Detta gjordes genom att de 84 situationerna lästes igenom upprepade gånger samtidigt som noteringar i marginalen och understrykningar i texterna gjordes, för kategorisering av situationerna i relation till McCrae (2013), enligt ovan (tabell 3). De kategoriserade situationerna kodades sedan enligt steg 2 i analysprocessen; subjekt, aktör, berörd, mod och kontroll. 13 situationsbeskrivningar befanns inte inom ramen för kategoriseringarna och kodades därför inte av. Situationerna som beskrivs interagerar med varandra och är ibland överlappande. Med andra ord så kan flera situationer härledas till samma kategorier. Tabellen nedan beskriver översiktligt de kategoriserade och kodade situationerna.

Tabell 4. Exempel på ofta förekommande utgångspunkter för vårdande, beskrivna i situationer hos deltagare i studien

Exempel på utsagor i situationer	Kategorier; fritt efter McCrae (2013)	Utgångspunkter för vårdande relaterat till McCraes teoribild	Kod
<i>jag kände mig som en ”gapande gulfisk”</i>	Paternalism/ Autonomi	Del av helhet Osynlighet	Subjekt
<i>att vara ”doern” i det hela</i>	Kollektivism/Individualism	Professionalism Monitorera patienten	Aktör
<i>då känner jag ju att jag har gått in och gjort något som inte skulle ha hänt annars</i>	Abstrakt patient/den konkreta patienten	Personligt, det blir personligt	Berörd
<i>och det var ju ingen som opponerade sig där och då</i>	Teknokratisk struktur/Engagemang	Kompetens Tillfredsställelse	Mod
<i>Hon hade i släkten så... då skapade vi den här tiden</i>	Övergripande struktur ”ordning” / Agent – att verka som agent för patienten	Trygghet Bekräftelse	Kontroll

Tabellen ovan (tabell 4) visar hur McCraes teoriram som återfinns i kategorierna, har fungerat som utgångspunkt för att koppla deltagarnas situationer till det här ”spänningsfältet” från ”stuprörstänk” där funktion och professionsorientering står i fokus, till ett personcentrerat arbetsätt. Att befinna sig i sammanhang av att vara *del av en helhet*, eller upplevelse av en *”osynlighet”* i arbetet med patienten och projektet beskrivs i utsagor där man som projektdeltagare ser sig själv som betydelsefull i arbetet med patienten och projektet. Det är i sammanhang där det uppstår en ”spänning” mellan ett paternalistiskt förhållningssätt och ett förhåll-



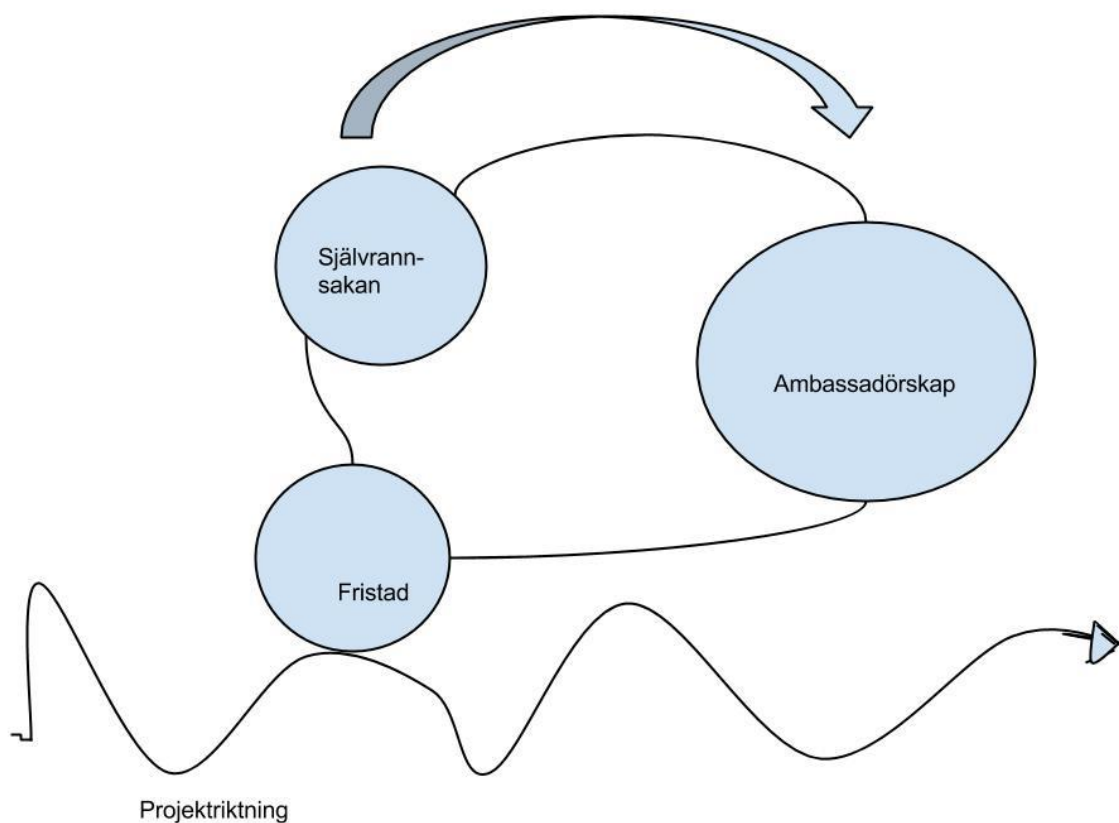
ningsätt där patienten och projektdeltagaren är autonom. *Professionalism och att monitorera* patienten är sammankopplat med den rörelse som sker från ett kollektivistiskt till ett individualistiskt arbetssätt. Att monitorera patienten innebär att aktivt följa och koordinera processen vilket är förbundet med att det blir personligt. I sammanhang där arbetet med patienten och projektet *blir personligt*, är patienten konkret. Denna rörelse mellan abstrakt och konkret patient är tätt förbundna med att vara berörd. *Kompetens och tillfredställelse* i arbetet med patienten berör regelbrytande mot de strukturer som projektet avser förändra eller motverka. Det handlar om sammanhang där teknokratisk struktur ställs i relation till ett specifikt engagemang för projektet och i arbetet med patienten, sammanhang där arbetet med patienten och projektet ”ställs på sin spets”. Sammanhang av *trygghet, bekräftelse* karaktäriseras av att verka som agent för patienten. Att vara patientens närmast förbundna, oavsett förutbestämda ordningar och regler.

De kategoriserade och kodade situationerna lästes sedan igenom (igen) upprepade gånger och lades i olika boxar i relation till dess underliggande och sammanhängande betydelse. Slutligen visade denna ovan beskrivna tematisering och ”klustring” av situationerna (steg 3-4 i analysprocessen) tre typer av situationer; 1) situationer av ambassadörskap, 2) situationer av självrannsakan och 3) situationer av ”fristad”. Dessa är de underliggande sammanhängande betydelser av utgångspunkter för vårdande och personcentrerad vård som slutligen framkom i analysprocessen (se tabell 4). I klustringen av dessa teman blev situationer av ambassadörskap den mest frekvent förekommande under förbättringsarbetet (43 situationer) följt av situationer av självrannsakan (15 situationer) och slutligen situationer som handlar om att hitta en ”fristad” under förbättringsarbetet (13 situationer). Dessa tre typer av situationer som förekommit under förbättringsarbetet beskrivs närmare under nästa rubrik, ”Resultat”.

# Resultat

Under denna rubrik redovisas resultatet av projektet samt situationerna som framkommit i intervjuerna under projektets genomförande.

En övergripande tolkning av de samlade resultaten är att projektet är mer att betrakta som ett ”drama” som böljar fram och tillbaka snarare än en rak linjär process som hela tiden leder i den initierade projektriktningen. En övergripande tolkning är också att de olika situationerna starkt relaterar till riktningen i detta böljande drama. Baserat på intervjuerna, storleken på klusteranalysen i situationerna samt resultat från förändringar i processen (figur 4) kan de sammanvägda projektresultaten övergripande och överskådligt illustreras i figuren nedan (figur 3).



Figur 3. Situationer och projektet. Situationer av ambassadörskap innebär att företräda patienten och projektet, projektets riktning och böljande rörelsemönster ger projektet en unik, mänsklig och dynamisk kraft.

Deltagarna har i intervjuer berättat både om lyckade och mindre lyckade situationer under sin projektmedverkan. De har berört frågor om styrning, resurser och förankring av måluppfyllelse bland både de medverkande samt hos medarbetare och omgivning som inbegripit allt från entusiasm till skepticism kring hur projektet ska lyckats.

Situationer av ambassadörskap verkar vara avgörande för projektets riktning mot måluppfyllelse, situationer som präglas av aktörskap för projektet och i arbetet med patienten. Men situationer av ambassadörskap är inte oavhängigt de andra utan det är snarare relationer mellan de olika situationerna som verkar vara avgörande för projektets riktning framåt.

Kortfattat går det att beskriva att situationer av ambassadörskap präglas av en känsla av att både företräda patienten och projektet. De präglas av aktörskap, kreativitet och ofta ett regelbrytande mot de strukturer som projektet avser förändra eller motverka. Ambassadörskap verkar också innebära både ett visst mått av mod och ifrågasättande men också tillfredsställelse hos deltagarna i projektet. Det är situationer där "bitarna faller på plats". Självvranssakan däremot, är situationer fyllda av tvivel. Tvivel både till sin egen förmåga, men också till projektet som helhet. Situationer av självvranssakan präglas också av en vilshenhet i relation till den struktur, den organisation och de regler man är verksam i. Den övergripande "ordningen" verkar övermäktig och engagemanget ter sig på många sätt "lönlöst". På många sätt är situationer av självvranssakan ambassadörskapets motpol. I denna rörelse av situationer återfinns också situationer av "fristad". Situationer av fristad karaktäriseras av insikten om projektets betydelse för patienten men samtidigt en medvetenhet om att det som bör göras är "någon annans" ansvar, antingen i projektet eller på kliniken. Fristad handlar om ett engagemang i projektet och dess mål samtidigt som patienten är abstrakt, det vill säga man vet vad som skulle behöva göras i situationen men bestämmer sig för att det är någon annans ansvar att genomföra det.

Gemensamt för samtliga situationer är att de alla utgår från ett personligt ansvar, för projektet och ett personligt ansvar för patienten. Sammanfattande för situationerna som beskrivs i mötet med patienten är också att projektet är närvarande, både i betydelsen av att vara just betydelsefullt men också i en expressiv mening eller handling. Detta är signifikant med en rörelse mot ett personcentrerat arbetssätt, i arbetet med patienten och i arbetet med projektet. Det ger en dynamisk kraft till projektet och ger projektet en unik roll i det vardagliga mötet med patienter men också kolleger emellan. Denna dynamiska kraft verkar ha betydelse för att reflektera över sin egen roll i mötet med patienten, men också i förmågan att i stunden känna in och sätta ord på själva kontexten för förbättringsarbetet. Det kan handla om att hitta olika kreativa lösningar på ett problem, eller att göra skillnad i den enskilda situationen som uppstår. Dessa situationer handlar också om mod, och om att känna att man uppbär kompetens för projektet samt en personlig tillfredsställelse. Det handlar om kontroll och att se sig själv som subjekt i projektet; att vara betydelsefull i projektet.

I situationerna är olika händelseförlopp också på olika sätt förbundna med situationer av medvetna handlingar eller reflektioner som tar sin utgångspunkt i en vilja till att göra skillnad. Denna vilja att göra skillnad verkar ha en särskild plats under deltagandet i förbättringsarbetet. Vilja till att göra skillnad blir relevant i aspekter på ett personcentrerat arbetssätt. En alldeles särskild plats och drivkraft verkar vara att utgå ifrån patientens behov. Mötet med patienterna, modet att vilja bli berörd, blir en viktig drivkraft för projektet och i arbetet med patienten.

Karaktären på de olika beskrivna situationerna ser olika ut. Detta kommer att beskrivas under resultatet av analysen av de tre situationerna ambassadör, självvranssakan och situationer av "fristad".

## Situationer av ambassadörskap - när allt faller på plats

Situationer som beskriver händelser av att vara projektets ambassadör innebär att vara representant och en ”god ambassadör” för projektet och projektets idéer. Som projektets ambassadör beskrivs situationer som innefattar att vara projektets representant, eller särskilda ”sändebud”. Det kan vara situationer som utspelar sig både i relation till patienter men också i relation till kolleger, chefer och andra intressenter till projektet, inom den egna verksamheten men också gentemot externa aktörer.

I följande situation där en projektmedlem kontaktar en presumtiv patient beskrivs hur detta att vara projektets ambassadör kan ta sig i uttryck, i arbetet med patienten:

Patienten avbokade två gånger och efter andra gången ringer jag upp honom för att berätta att det kan vara ett förändrat födelsemärke (...) så att då stod vi ju där. Jag berättade för honom vad som stod i remissen att det står faktiskt att det kan vara ett förändrat födelsemärke så var det ju utformat och då ville han ju gärna ta den tiden (...) och det var väl för utredning för diagnos jag tror att det var den patienten som man ville ha en diagnos på, för han hade i släkten eller om han tidigare hade haft ett melanom in situ (N24)

I situationen beskriver informanten ett eget initiativ till att ta kontakt med patienten. Informanten säger *att då stod vi ju där*. Det uttrycker en oro för patienten, patienten blir i situationen konkret. Som projektets ambassadör verkar kontakten ha sin utgångspunkt i något personligt - det blir personligt. Det går att förklara initiativet till att ta kontakt med patienten med en rörelse från ett funktions – eller professionsorienterat arbetssätt som bygger på ”stuprörstänk” till ett mer personorienterat arbetsätt, i situationen som uppstår. Handlingen korresponderar också med en aktivitet som påminner om ett ”agentskap” för patienten.

Situationen uttrycker också på många sätt delaktighet mellan informanten och patienten på ett horisontellt plan. Ett jämbördigt förhållande mellan patienten och vården. Begreppet delaktighet blir i situationen centralt. Mod och att våga och vilja bli berörd är också centrala innebörder i situationen.

I situationen nedan beskrivs hur detta ambassadörskap kan ta sig i uttryck i arbetet med patienten där det sker en rörelse från ett perspektiv som beskriver ett teknokratiskt strukturellt förhållningssätt till att istället känna ett engagemang för patienten, och för projektet. I situationer av ambassadörskap innebär det att vid tillfällen som erbjuds ta ansvar för projektet och agera utifrån detta alldeles särskilda ansvar som att vara deltagare i projektet verkar innebära.

Jag visste att patienten skulle på ett återbesök för inskrivning inför operationen så jag kontrollerade efteråt vad det bestämdes och då upptäckte jag att

operationen var prioriterad med tre månader med andra ord ingen prioritering alls. Jag tog med en gång kontakt med ansvarig. Det visade sig då att det var några undersökningar som behövde göras före operationen. Då sa jag att det ser vi till så att det blir gjort men prioriteringen (för operation) den måste vara inom två veckor. Sedan tänkte jag att vad viktigt det är att vi får ut ett PM om detta, för självklart kommer det här att hända igen annars. Detta hade ju inte uppmärksammats annars om jag inte... Jag hade planerat in att patienten skulle ha en snar återbesökstid, jag visste inte exakt när, jag går in och kollar och ser då att patienten var bokad för inskrivningsbesöket och efter det gick jag in och kontrollerade vad som blev bestämt vid det aktuella besöket och det var då jag upptäckte det här. Jag tänkte direkt när jag såg det att jag behövde göra något. Jag förstod att det handlar om ett kunskapsglapp och jag kände att det var viktigt att rätta till eftersom det kortar ju ledtiderna. Jag sökte upp ansvarig på en gång som ändrade prioriteringen direkt det var ju inga problem (N17).

I situationen beskrivs ett agenskap för patienten och för projektet och ett aktörskap som innefattar att vara betydelsefull, att se sig själv som subjekt i projektet. Men också i det att vara betydelsefull i den meningen i sitt agerande gentemot patienten. Informanten säger *sedan tänkte jag att vad viktigt det är att vi får ut ett PM om detta*. Situationen visar på kompetens och kunskap om projektet och där agerandet leder till konkreta ändringar i planeringen för patienten, men också för projektet som helhet.

I berättelserna ovan som beskriver situationer av ambassadörskap framträder det personliga engagemanget tydligt, både i situationer där patienten är konkret men också i förhållande till projektet som helhet. Det personliga engagemanget och "beröringen" i det vardagliga mötet är centralt. I händelser eller berättelser som innefattar situationer av självvranssakan, framträder det personliga engagemanget och beröringen gentemot patienterna, ännu tydligare.

## **Situationer av självvranssakan – när tvivlet tar överhand**

Nedan beskrivs en situation som handlar om självvranssakan och informanten beskriver sin egen roll och betydelse i projektet och hur det kan ta sig i uttryck i situationer som innehåller reflektioner och agerande som handlar om att vara betydelsefull för projektet.

Så gick jag tillbaka och tittade efter vad vi hade för mål då (...) jag tog ju för givet att det skulle fungera och har sedan inte fördjupat mig så mycket för jag har inte haft den tiden. Det känns inte alls bra men det är ganska skönt att bena ut vad de är som blir ett problem för att då kan man släppa det och så börja om på något sätt och istället se hur man kan lösa det och då kommer ju hela det här arbetet vad du kan göra för att det verkligen ska flyta på, nu när det står still (...) Men det är ett väldigt nederlag men så är det kanske i processer först går man framåt tre steg och sen blir det två steg tillbaka så får man ladda om... (N63)

I situationen beskrivs hur informanten reflekterar kring vilka mål som är satta i projektet och vad som har uppnåtts utifrån målen, och det verkar ha sin utgångspunkt i ett personligt ansvar. Innebörden av situationer av självrannsakan verkar ha betydelsen av just ett eget ansvar i projektet. Det blir personligt. Situationen speglar också denna rörelse mellan kollektivism och individualism (utifrån aspekter på personcentrerad vård) när informanten uttrycker *och då kommer ju hela det här arbetet vad kan du göra för att det verkligen ska flyta på*. Processarbetet som modell för förändringen beskrivs i situationen samtidigt med det personliga ansvaret. Att dra lärdomar av och reflektera över projektet hitintills, verkar vara en viktig aspekt i arbetet med patienten och med projektet. Informanten säger *bena ut va de är som blir ett problem* och sätter egna ord på hur det går att monitorera och följa utvecklingen över tid, utifrån en processbeskrivning. I orden *jag tog ju för givet att det skulle fungera* går det att se ännu mera tydligt att projektet är en del av en helhet som inte går att ta ur sitt sammanhang, sin kontext. Situationen nedan beskriver hur självrannsakan också kan ta sig i uttryck som ett personligt misslyckande.

Situationen här nedan beskriver och ger exempel på hur arbetet med projektet inte är oberoende av förbättringsarbetets kontext.

Tiden för att arbeta med projektet har inte räckt till (...) det blev då uppenbart och det fick mig att känna att nej nu ger jag upp nu orkar jag inte (...) och de här känns helt värdelöst man känner att det är ett misslyckande (N34)

Situationer av självrannsakan innehåller uttryck som speglar ett personligt ansvar för projektet och ett engagemang som blir personligt. Uttrycket *det här känns helt värdelöst man känner att det är ett misslyckande* berättar om ett djupt personligt misslyckande, när det inte går som man har tänkt sig. Detta starka känslomässiga uttryck verkar ha sin utgångspunkt i en rörelse från ett paternalistiskt förhållningssätt till ett mera autonomt perspektiv, eller spänningen mellan en mera teknokratiskt struktur till att verkligen vilja känna och arbeta engagerat i projektet och i arbetet med patienten. I situationer av självrannsakan speglas en viktig mänsklig potential i projektet och i arbetet med patienten.

Situationen nedan beskriver hur detta engagemang för projektet kan ta sig i uttryck i arbetet med patienten. I situationen beskriver informanten hur arbetet med patienten blir personligt också på ett strukturellt, övergripande plan.

Vi måste få till ett PM nu vet jag inte exakt vad det var som hade gått fel här för just alla inblandade i den här patienten vet ju hur de borde gå till men nånstans blir det fel ändå (...) men det kan varit jag ja jag vet inte (...) (N55).

I situationen går det att se hur arbetet med patienten blir personligt. Informanten uttrycker att den övergripande strukturen behöver förändras och i det arbetet blir den konkreta patienten betydelsefull. I situationen uttrycks betydelsen av trygghet och kontroll, att skapa system som

innehåller kontroll och ordning för patienterna. Trygghet därför att informanten uttrycker *men det kan ha varit jag ja jag vet inte* (alltså trygghet för projektmedlemmen själv) och att genom att ta fram ett PM går det att skapa kontroll över liknande situationer, så att det inte uppstår fel i processen.

Under situationer av självrannsakan beskrivs insikter hos informanten som verkar ge en dynamisk kraft till projektet. Situationer av självrannsakan är på ett logiskt sätt förbundna med situationer av "fristad". I situationer av "fristad" skapas en plats där det tillfälligt går att ställa sig vid sidan av projektet och arbetet med patienten.

## **Situationer av "fristad"- när det är "någon annans" ansvar**

I situationer av "fristad" befästs detta specifika personliga engagemang i projektet ytterligare. Situationer av fristad verkar ha betydelser och innebörder av att skapa en tillfällig frist att härberga både inre och yttre konflikter i projektet. Man vet vad som behöver göras men det kan utföras av någon annan. Patienten blir här i projektet abstrakt, och aktörskapet blir mer att förhålla sig till processen men på "behörigt avstånd". Man skapar till sig själv en tillfällig "fristad" i projektet och i arbetet med patienten.

Jag brottas faktiskt inte så mycket med detta för att jag valt själv att inte göra det (...) men det förstår jag att det är ett problem när man ser ur patientens synvinkel men just där och då lider jag inte så mycket av det (N53).

Till skillnad från situationer av självrannsakan eller situationer av ambassadörskap som innehåller ett proaktivt aktörskap så verkar situationer av "fristad" innehålla ett distanserat förhållande till patienten och till projektet. Det går att förklara situationer av fristad med aspekter på moralisk stress. Moralisk stress är ett begrepp som belyser ett önskat etiskt förhållningssätt, men som av olika anledningar leder till "fel" beslut eller en känsla av otillräcklighet, i strategier eller i stunden som handlingen sker. Genom att ställa sig vid sidan om och betrakta delar av projektet på det viset som beskrivs i situationen ovan, i situationer av fristad, så går det att undvika situationer som skulle kunna innebära moralisk stress. Innebörden av att vara en "del av en helhet" blir relevant i situationer av fristad.

I situationen nedan beskriver informanten olika strategier för att kunna vara i denna "fristad".

Patienten tog ganska mycket av min kraft så jag tänkte att jag inte tar kontakt nu så länge. Jag har koll men utan att vi talas vid just nu och det går att ta kontakt med mig om det skulle vara så. Men visar jag mig nu är risken är att ja, att det "blir för mycket" igen då tänker jag att då ligger jag lite lågt det är ingen som är bortglömd, det är ingenting som jag har eller att något har blivit fördröjt nu. (N 33).

I situationen beskrivs ett engagemang och ansvar för patienten, men informanten väljer att hitta strategier som innebär att inte ha en omedelbar kontakt. Det går att förklara situationen med en rörelse mellan kollektivism och individualism. Det kollektivistiska uttrycks genom att

det går att förhålla sig till patienten så som det uttrycks i situationen, medan det individualistiska förhållningssättet mera uttrycker en specifik förmåga att se patientens behov. Informanten uttrycker *visar jag mig nu är risken att det blir för mycket*, att det borde vara bäst att ta den här kontakten och följa upp en relation med patienten men informanten väljer att inte göra det. Därför speglar situationen en konflikt eller en spänning mellan de båda utgångspunkterna. I situationen går det att se hur informanten befinner sig i en rörelse mellan abstrakt och konkret patient, mellan paternalism och autonomi och vilka strategier informanten väljer för att vara i situationen av "fristad".

Under förbättringsarbetet har deltagarna i projektet delat med sig av och beskrivit situationer i förbättringsarbetet, parallellt med att förändringar i projektet har genomförts. Situationerna har berört frågor som innefattar styrning, resurser och förankring av måluppfyllelse, hos projektmedlemmarna själva men också hos medarbetare och omgivning. På många sätt beskriver situationerna ett sorts "utanförskap" där man som deltagare i projektet befinner sig mellan system och patient.

Ett sätt att visa hur de olika interventionerna i processen har påverkat projektet har varit att mäta data och att följa data över tid. Nedan, under rubriken "Förändringar i processen" följer en redovisning av resultatet av förbättringsarbetet av de ledtider som följts i projektet.

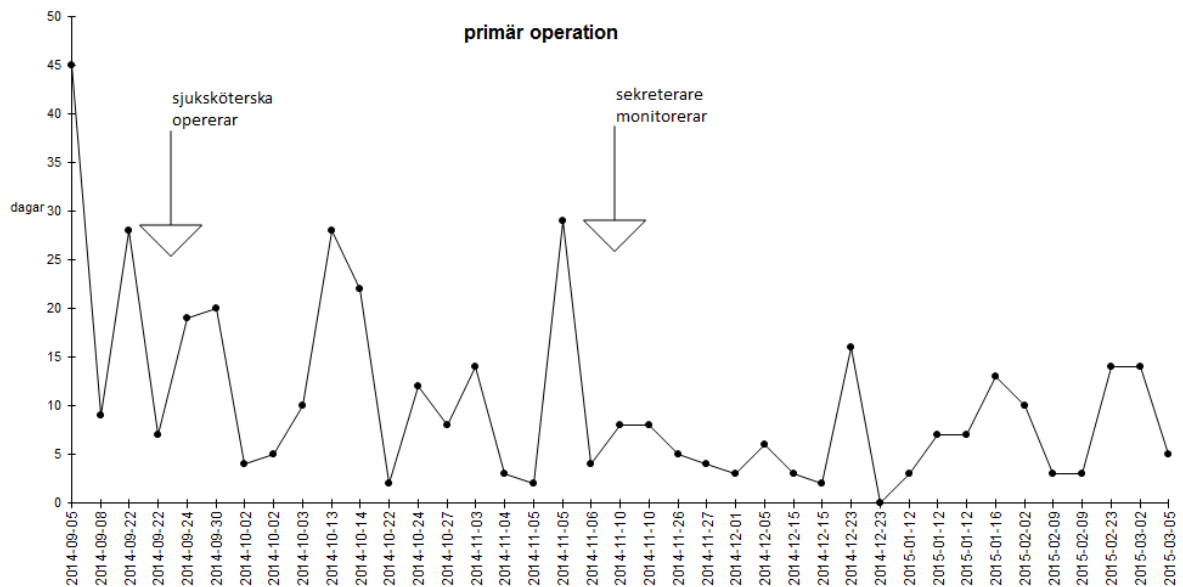
## **Förändringar i processen**

Under arbetet med att förbättra omhändertagandet av personer som drabbats av malignt melanom har mätningar i projektet genomförts parallellt med arrangemangen av intervjusituationerna. Detta har inneburit att samtidigt med pågående förbättringsarbete så har projektmedlemmarna följt processen, analyserat och utvärderat processen, under tiden som intervjuer om projektet genomförts (se bilaga 1). Kortfattat går det att beskriva resultatet utav mätningarna i projektet med att interventionen att utbilda sjuksköterskan tydliggjorde behovet av att förändra arbetssättet redan tidigare i processen. Att också förbättra på vilket sätt patienten monitoreras inför operationen. Båda arbetssätten präglas av ett regelbrytande mot de strukturer som projektet avser att förändra. Interventionerna i projektet speglar en större flexibilitet tväremot "stuprörstänk" och "professionsorientering" som präglas av funktion och "teknokratisk struktur". Begrepp som mod, kontroll blir relevant tillsammans med engagemang för projektet och för patienten.

Sammantaget redovisas i graferna här nedan två viktiga och avgörande interventioner i projektet; utbildning och genomförande av strukturförändringar på enheten där sjuksköterskan opererar den primära operationen samt att den medicinska sekreteraren aktivt "monitorerar" patienter inför operationen.

Tidsseriegrafan (figur 4) löper under tidsperioden 2014-09-05 till 2015-03-05 (antal patienter =39). Den första mätpunkten visar en patient som fick vänta 45 dagar på operationen. Operationen var den 5:e september. Grafen visar tydligt med vilken styrka det är att redovisa och beakta variationen i processen, som är slumpmässig.

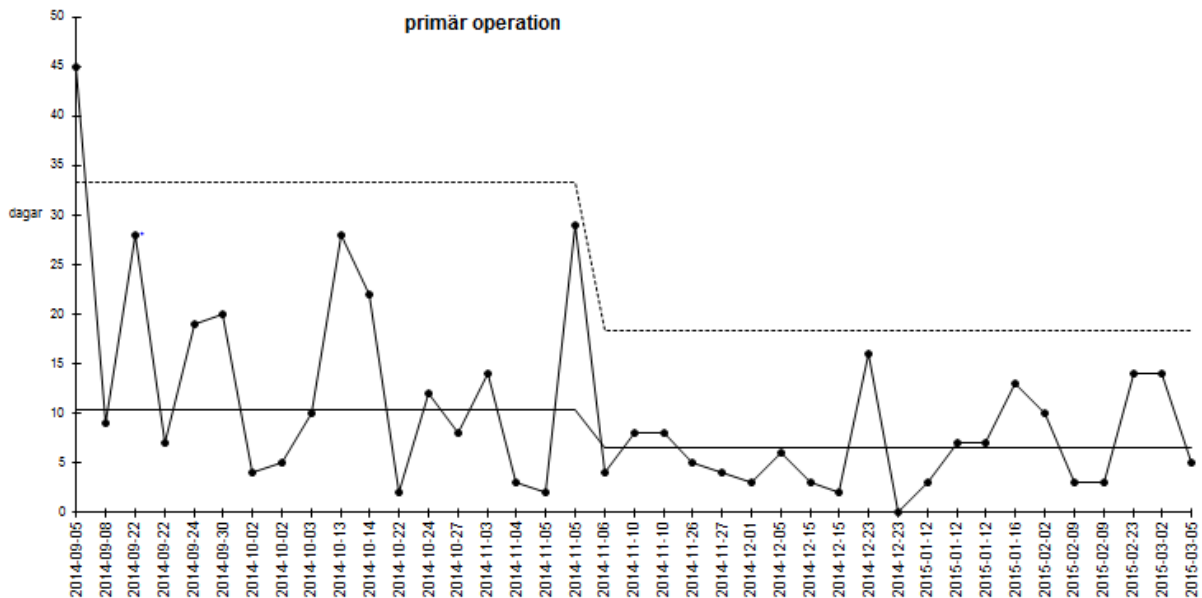




Figur 4. Sammanställning över processen redovisar antal dagar från att remiss ankommer till kirurgmottagningen till primär operation för varje patient över tid från 2014-09-05 till 2015-03-05 för alla patienter i kronologisk ordning per operationsdatum (antal patienter =39)

Tiden från att patientens inremiss ankommer till enheten tills dess att operationen är utförd, varierar från 0 dagar till 45 dagar. En patient har alltså väntat 45 dagar för att få operationen utförd. Ett förändrat arbetssätt infördes under september. Det skapades mottagningstider för den primära operationen vid misstänkt malignt melanom. Sjuksköterskan och den medicinska sekreteraren skapade tillsammans en logistik kring bokning av patient. Arbetssättet infördes under september och oktober. Men trots det förändrade arbetssättet med fler tillgängliga tider på mottagningen förbättrades inte ledtiden för alla patienter. Under oktober påbörjades därför diskussioner i projektet om att utdela ansvar tidigare i processen till den medicinska sekreteraren. I november går det att se resultatet av den interventionen.

Med styrdiagrammets hjälp går det att ytterligare förstå processen, som filtrerar ”bruset” som den slumpmässiga variationen ger. I styrdiagrammet (figur 5) presenteras medelvärde eller centrumlinje samt övre styrgräns.



Figur 5. Sammanställning över processen redovisar antal dagar från att remiss ankommer till kirurgmottagningen till primär operation för varje patient över tid från 2014-09-05 till 2015-03-05 för alla patienter i kronologisk ordning per operationsdatum (antal patienter =39)

Varje mätvärde i styrdiagrammet visar individuellt uppmätta ledtider. Styrkan i att presentera data i ett styrdiagram är att det representerar systemet. I styrdiagrammet presenteras medelvärdet för patienternas väntetid från remissankomst till operation som är 12 dagar, fram till omkring den femte november. Styrdiagrammet är ett effektivt verktyg att ”processtyra” verksamheten. Det går att se ett skift omkring den 10:e november, och en ny styrgräns och ett nytt medelvärde beräknas och förs in i diagrammet (regel 1 enligt Perla et al, 2010). Det nya medelvärdet är sju dagar, vilket motsvarar det specifika värde som projektgruppen satt som mål.

Här följer konklusion och slutsatser beträffande måluppfyllelsen i projektet. Aspekter på ett personcentrerat arbetssätt i arbetet med patienten och i arbetet med projektet har framkommit i de sammanvägda resultaten. Resultatet av mätningarna redovisar initialt en medeltid på 12 dagar, och efter skiftet omkring den 10:e november sjönk medelvärdet till sju dagar. Målet var satt till att vid misstanke om malignt melanom vara inom bedömning och behandling inom sju dagar, vilket uppnåddes för mer än hälften av patienterna efter 2014-11-10. Huvudsyftet med arbetet har varit att beskriva deltagarnas egna situationsbaserade erfarenheter av vad processen i förbättringsarbetet har inneburit i relation till deras egna insatser för projektmålen och en personcentrerad vård. I studien av förbättringsarbetet har en kartläggning och analys av vändpunkter för ett personcentrerat arbetssätt redovisats. Inledningsvis fick Bono, i rockgruppen U2, beskriva och sätta ord på hur en betydelsefull relation kan röra sig från osynlighet till att bli sedd. Studien av förbättringsarbetet har visat och breddat idéer och tankar kring hur det går att arbeta med perspektiv på personcentrerad vård.

## Diskussion

Analysen av de samlade resultaten visar att projektet hela tiden rör sig, ”böljar”, fram och tillbaka mer än att projektet är singulärt processorienterat. Projektet rörde sig inte i en rak linjär process. Situationsbeskrivningarna visar också att situationer av ambassadörskap, situationer av självrannsakan och situationer av fristad, är starkt förbundna av varandra snarare än åtskilda, och att denna ”förbundenhet” också verkar ha en dynamisk kraft. Projektet är mer att betrakta som ett ”drama” som böljar fram och tillbaka snarare än en rak linjär process som leder i den initierade projektriktningen. Detta ”drama” som utspelar sig i utsagor om projektet i situationsbeskrivningarna är närmast en politisk kraft, där projektdeltagarna i exempelvis situationer av ambassadörskap är med och formar en ny vårdkultur och en ny organisation. Det är med andra ord en demokratisk process som pågår och som handlar om att reformera logistik, paradigmen och strukturen i förbättringsarbetets kontext.

Studien av förbättringsarbetet visar att det är i situationer som kretsar kring att verkligen se patientens perspektiv och patientens roll i processen och i projektet som en verklig och mänsklig potential i projektet och i arbetet med patienten speglas. Samtidigt visar resultatet att i projektet förekommer både lyckade och mindre lyckade situationer. Resultatet visar att det är i dessa situationer som en framåtrörelse sker. Misströstan, engagemang och personliga insikter om projektets behov av strukturella förändringar i processen gör skillnad har betydelse för projektet som helhet.

Så vad är då innebörden av de förändringar som genomförts och vilka beröringar finns explicit hos dessa initiativ och processer, och som visar aspekter på personcentrerad vård och ett personcentrerat arbetssätt? Vari ligger den verkliga potentialen och dess dynamiska kraft? Och vilka hinder och också möjligheter finns beskrivna i dessa stunder av ambassadörens kraft, under stunder av självrannsakan eller i ”rum” av fristad? Resultatet visar att med förändringar i en patientprocess skapas det dynamiska effekter som kan leda till större och mer genomgripande förändringar, ett paradigmskifte vilket var en central och viktig utgångspunkt i projektet som helhet. Det handlar om att vända på perspektiven, att reformera logistik, paradigmen och strukturen vid utformandet av nya system i vården. Studien visar att det var i den personliga beröringen som avgörande betydelse för projektet och i arbetet med patienten skedde. Det är en sorts ”handlingens kraft”; det är i situationer av praktiskt handlande som genomgripande förändringar kan ske.

### “Handlingens kraft” - en expressiv beröring

Denna ”handlingens kraft” blir också relevant i perspektiv kring ”dubbel-loop” lärande. Enligt Argyris (1991) krävs det systemförändringar för att kunna nå genomgripande förändringar i en verksamhet. Hälso- och sjukvårdsorganisationen är en hierarkiskt ordnad verksamhet. Mot bakgrund av mångåriga traditioner (Lynöe et al, 2009) som egentligen letar sig tillbaka ända till Hippokrates tid, så styrs sjukvården av professionen själv och det innefattar ofta läkaren som i det sammanhanget blir den högst ställda referensen. Det är med andra ord ”medicinens öga” som styr och sätter agendan för viktiga, strategiska och avgörande beslut inom hälso- och sjukvårdssektorn, det tror jag att vi med ganska stor säkerhet kan slå fast (se också McCrae, 2013). Samtidigt förekommer initiativ till att förändra denna ”världsordning” eller samhällsordning (jmf exempelvis Fölster et al, 2014). I läkarnas egen facktidning Läkartidningen, förekommer också inlägg i debatten som handlar om att just inrätta rutiner för hur

prestigelösa samarbeten kan leda till bättre förutsättningar för att utforma framtidens hälso- och sjukvård, i takt med samhällets utveckling och nya krav på samordning och effektiv vård (Olson & Flordal, 2015).

Förbättringsarbeten är många gånger bra exempel på, hur verksamheter genom att inrätta tvärprofessionella förbättringsteam på olika sätt kan förändra sina arbetssätt. Om vi tänker oss professionalism som ett solsystem där ”medicinens öga” eller ”paternalism” är den största stjärnan i det solsystemet, så förhåller sig medarbetare och medborgare hela tiden till den stjärnan. För att förändra den bilden måste man sluta spegla sig i denna och gå sin egen väg. Som medarbetare i hälso- och sjukvårdssektorn behöver man lära sig att gå patientens väg (jmf t.ex. Mate & Salinas, 2014; Bisognano & Kenney, 2012). Kort sagt, vill man förändra en samhällsordning behöver man slå hål på förutfattade uppfattningar och meningar. Denna förändring kan göras just med denna ”en handlingens kraft”, som deltagarna i förbättringsarbetet har visat prov på. Flera ”mindre” förändringar i logistik och struktur skapar tillsammans en dynamisk kraft. Studien visar flera sådana exempel på förändringar. Andra exempel är hur man pratar om projektet med andra eller hur man ändrar på regler i struktur och logistik för att lyfta fram denna specifika patientgrupp. Det är ansträngningar som driver en rörelse framåt och iallafall för projektdeltagarna själva inneburit ”dubbel-loop” lärande. Denna en ”handlingens kraft” i förbättringsarbetet verkar tangera en sorts medmännisklighetens kraft, vilket också är signifikant och synonymt med perspektiv på retorik och praktik för personcentrerad vård (jmf McCrae, 2013).

Med ett långsiktigt arbetssätt för förändringsarbete kan övergripande strukturer och kultur på en arbetsplats förändras. Förutsättningarna för projektgruppen har varit att i en kontext som bygger på gamla och hierarkiska strukturer skapa miljöer för patienters inflytande, makt och påverkan. Detta har gjorts med hjälp av nyvunna kunskaper kring personcentrerad vård och rollen som projektledare har varit att på olika sätt stödja ett sådant ”nytt” sätt att tänka om den organisation eller verksamhet som man är verksam i. Som projektledare har det varit centralt att göra det övergripande målet begripligt, genom att sätta det i sammanhang som har betydelse för det mer vardagliga arbetet med patienterna. Med täta återkommande ”stå upp” möten har dessa vardagliga bekymmer kunnat resoneras om och begreppsliggjorts och det arbetssättet har gjort att de förändringar som prövats har kunnat beskrivas för varandra och också kommuniceras utåt. Att börja kommunicera en ståndpunkt omedelbart, istället för att internt först behandla och sedan komma till beslut för att först långt senare kommunicera en ”färdig” idé, har inneburit att projektet har blivit tydligt både för oss själva men också, vilket har varit minst lika viktigt, tydliggjort projektet internt och för externa intressenter.

Genom att ”snickra på” att ändra människors syn på patienters roll, går det att förändra grundläggande värderingar. I arbetsgruppen har vi tillsammans sått detta frö till ett omdanande arbetssätt med förändrade perspektiv genom att synliggöra strukturella brister och förändra dessa. Resultatet visar att genom att bjuda in värden som patienters rättigheter, eller för den delen också närståendes roll och kompetenser, så skapas också en grund och förutsättningar för ett mer långsiktigt förändringsarbete, där ett paradigmskifte för personcentrerad vård är centralt.

## Att vara en ”gapande gulfisk” - med mandat att förändra

På många sätt har projektgruppen ”varit fel, på alla punkter”. Att känna sig som en ”gapande gulfisk”, som en av informanterna uttrycker det beskriver på ett målande sätt just detta ingenmansland, där projektet i uttrycklig mening verkar ha stannat av men där reflektionen, eftertänksamheten och projektets övergripande inriktning ändå blir centralt. Att vara en ”gapande gulfisk” - med mandat att förändra, uttrycker en viktig och avgörande politisk agenda. Det är en sorts ”rörelse” där viktiga strategiska beslut först tar sin början i människors tänkande och personliga uppfattningar. Att vara en ”gapande gulfisk” innebär att något nytt tar sin början, där en acceptans inte längre godtas. Studien visar varför det är viktigt att arbeta med långsiktiga förändringsprocesser och där det också blir viktigt med mandat att förändra.

Det innebär också att vara noggrann med det man vill förändra eftersom trycket är stort både internt men också externt, när mer genomgripande förändringar genomförs. Genom mätningar i projektet har det gått att visa processen visuellt. Det har varit värdefullt också för projektmedlemmarna själva. Styrkan i att presentera data i ett styrdiagram är att det representerar systemet (Elg, 2013). I de diskussioner som förs kring förändrade yrkesroller och nya arbetsätt blir det viktigt att själva, som projektdeltagare, få möjlighet att sätta agendan. Att visualisera data i projektet har framgångsrikt hjälpt till att föra resonemang kring systemets roll, men att samtidigt med detta formulera en alternativ problembeskrivning, till exempel genom att skapa ett annat bildspråk.

Patienten eller personens behov av vård är ett sådant exempel, där språket och hur vi uttrycker oss, har betydelse. Genom att använda uttrycket patient, eller patientperspektivet, eller patientcentrerad vård, befästs bilden av patienten som någon i underläge medan personcentrerad vård eller uttryck som personens behov av vård snarare synliggör att denna ”patient” har ett mänskligt värde; att det är någon med autonomi och med egna personliga erfarenheter som uppsöker vården och som också förväntar sig att detta tas tillvara på olika sätt. I det här projektet har personcentrerad vård handlat om att sätta personens behov främst, att samordna resurser och kompetens för en förbättrad vårdprocess och tidigt omhändertagande. Så, att använda begrepp som personcentrerad vård eller personens behov av vård ger en alternativ problembeskrivning, och en viktig grundläggande omdefiniering av ordets betydelse.

Som ambassadörer för projektet, har projektmedlemmarna intagit en roll som ”varumärkesarrangör”. Genom att tala om och beskriva personcentrerad vård, eller personens behov av vård, i ”pratet” och i praktisk handling när man talar om ”patienten”, så beskrivs samtidigt ett förändrat synsätt på vården och vårdens uppdrag. Det är ett politiskt projekt eftersom viktiga strategiska beslut först tar sin början i människors tänkande och personliga uppfattningar. Det innebär att ta in nya förhållanden i vården och omsorgen kring ”patienten”, att se nya möjligheter och att ställa de frågor i kontexten som känns relevanta och viktiga, med utgångspunkt i just personens behov av vård. Resultatet visar att informanterna ifrågasatte den gamla ”ordning” som hälso- och sjukvårdssektorn vilar på. Uttryck som *”då känner jag ju att jag har gått in och gjort något som inte skulle ha hänt annars”* eller *”vara ”doern” i det hela”*... beskriver just detta. Med små förändringar i det vardagliga mötet skapas en alternativ problem-

beskrivning. Att ”*känna sig som en gapande guldfisk*” beskriver också på ett suveränt sätt en sorts instängdhet, att vara inlåst i ett system.

Resultatet visar att genom att ta fram nya arbetssätt som tydligt utgår från personens behov av vård skapas de nödvändiga strategier som krävs för att vända på perspektiven och utveckla vårdprocesser där exempelvis tillgänglighet, samordning och delaktighet är centrala utgångspunkter. En förändrad kultur, ett paradigmskifte där ”patienten” är medskapare av vården och nya vårdssystem.

## Slutsatser

En viktig slutsats i förbättringsarbetet är att ledtiden för det primära omhändertagande vid enheten för förbättringsarbetet har kortats avsevärt, från i genomsnitt 35 dagar 2013, till efter skiftet 2014-11-10 ned mot 7 dagar.

En ökad medvetenhet om värdet av att verkligen se personens behov vid utformandet av nya system är också en viktig slutsats som går att dra, vid enheten där föreliggande förbättringsprojekt genomförts.

En viktig slutsats för studien av förbättringsarbetet är att ett projekt inte sällan böljar fram och tillbaka snarare än hela tiden och kumulativt leder i den initierade projektriktningen. Jag menar att det är en viktig kunskap som bekräftar det vi redan känner till om förbättringsarbete.

Studien visar att det i förbättringsarbete uppstår situationer som förbättringsdeltagare kliver i och ur, snarare än att det är olika ”arketyper” som tillsammans för förbättringsarbete framåt. Med den kunskapen går det att som förbättringsledare ta tillvara sådana uttryck, som studien av förbättringsarbetet visar, vara lyhörd för och stödja de olika situationerna som uppstår i ett förbättringsprojekt.

En slutsats av situationerna som redovisats i resultatet av studien är att situationer av ambasadörskap är viktiga för projektets riktning framåt men att dessa situationer inte är oberoende av situationer av självrannsakan och situationer av ”fristad”. Det är snarare relationen dem emellan som bär en viktig dynamisk kraft.

Men den viktigaste och mest betydelsefulla slutsatsen i projektet och i studien av förbättringsarbetet är att när deltagare i ett förbättringsarbete får möjlighet att ändra på logistik och struktur som bygger på ”stuprörstänk”, professionsorientering och funktion, och istället verkligen ser personens behov, vid utformandet av nya system och vårdprocesser så får det positiva konsekvenser för ett personcentrerat arbetssätt, i arbete med patienter och i arbete med projekt. De förändringar i processen som genomförts, att sjuksköterskan opererar och att den medicinska sekreteraren monitorerar och bokar operationen och som återspeglas i projektets mätningar, har präglats av ett regelbrytande mot de strukturer som projektet avsåg att förändra.

## Metoddiskussion

I projektet har situationer som påverkar en förskjutning mot ett personcentrerat arbetsätt samlats in och karlagts. I arbetet med att korta ledtider för det primära omhändertagandet, den primära operationen av hudförändringen hos personer som drabbats av maligna melanom, har arbetsgruppen synliggjort och genomfört viktiga systemförändringar, i arbetet med patienterna. Samtidigt med förbättringsarbetet har insikter om ett personcentrerat arbetssätt, vad det har för betydelse i praktiskt handlande i arbetet med patienten, varit vägledande.

Under arbetet med analysen av materialet från studien av förbättringsarbetet, erbjöds möjlighet till att informera om resultaten, så att varje informant kunde ge sin syn på materialet. En term för detta arbetssätt kallas ibland att betrakta informanter som ”medforskare” (Coghlan & Casey, 2001). Som projektledare gick det att med det arbetssättet garantera att inte ”dra saker för långt”, eller att dra ”felaktiga slutsatser” om ett uttryck, situation eller en berättelse.

CIT som metod i vårdvetenskaplig och samhällsvetenskaplig forskning är väl använd och utvecklad under många år (Benner, 2001; Grant, et al, 1993; Clamp, 1980; Cormack, 2000). Metoden används för att identifiera situationer, särskilja händelser mellan positivt och negativt och dess styrka ligger i att verbalisera och skilja ut erfarenhet och praxis (se ex Benner, 2001). Med CIT som metod för att undersöka avgörande händelser har det varit just de situationer som beskrivs som varit i fokus för undersökningen. Under intervjusituationerna har det varit min ambition att försöka förhålla mig neutral till de händelser eller de utsagor som delgivits. Metoden med datainsamling av situationer under tiden som förbättringsarbetet pågår, har också inneburit att både projektet som helhet och målet med förbättringsarbetet har gått ”upptäckens väg”. Studien av förbättringsarbetet har därför drag av ”aktionsforskning” (Coghlan & Casey, 2001).

Överförbarheten till andra kontext är begränsad. Resultatet av projektet är relaterat till det sammanhang och de förutsättningar under vilka projektet har genomförts. Men trots begränsningar i överförbarheten av resultatet ger de kunskaper om klustrade situationer som beskrivs, viktiga kunskaper om hur arbete med att genomföra förändringar påverkar deltagare i ett förbättringsarbete i olika riktningar. I situationerna finns det beskrivet både negativa och positiva händelser vilket också indikerar värdet av datainsamlingen och CIT som metod för datainsamling och analys, därför att särskiljandet mellan positivt och negativt tydligt framkommer (Flanagan, 1954; Benner, 2001; Cormack, 2000).

Under arbetet med förbättringsarbetet fördes anteckningar, mål sattes upp, reviderades och ersattes av nya mål. Anteckningarna fördes i dagboksform, och sida för sida växte projektet fram. Nya arbetssätt och former implementerades samtidigt som idéer om förbättringar i processen väcktes. Data och mätpunkter samlades in för att kunna utvärdera och förstå om förändringarna som prövats leder till förbättringar. På vägen växte ett förnyat omhändertagande och en förändrad vårdprocess fram. Metoder som ”stå-upp” möten varje vecka framförallt initialt i projektet men även under förändringsarbetets gång (jmf Gustavsson, 2013; Tönqvist, 2012) har varit ett effektivt sätt att hela tiden hålla projektet ”levande”. För detta ändamål har dessa ”ständiga samtal” och ventilerandet av vardagliga erfarenheter hos projektdeltagarna om att ”vända på perspektiven”, varit viktiga och avgörande. Modellen plan-do-study-act (Nelson et al, 2007) har hjälpt till att fokusera på valda delar i projektet och utvärde-

rat förändringarna som genomförts. Dock har modellen inte synliggjort brister i systemet, utan verkar mera av och till under förbättringsarbetets genomförande ha bidragit till en känsla av misslyckande, när till synes enkla förändringar i processen inte har fallit ut såsom önskat eller först skissat eller planerat. Goda idéer och skarpa förslag om förändringar i processen har ”kommit på skam”, när det blivit uppenbart att förslagen inte varit så enkla att driva igenom så som först var tanken. Därför har modeller för mätningar på olika sätt varit ett effektivt sätt att exponera brister i systemet som en rörelse mot ett mer personcentrerat arbetssätt synliggör. Det har till exempel varit organisatoriska brister som inneburit att icke värdeskapande tid vid bedömning av remisser synliggjorts och förändrats, på ett effektivt sätt. Studien har visat varför det är viktigt att vända på perspektiven från ”stuprörstänk”, professions- och funktionsorienterat arbetssätt till ett personorienterat arbetssätt när det gäller att lyfta in viktiga strategiska förslag till beslut på mer organisatorisk nivå.

Tidsseriegrafan visade att variationen i processen var slumpmässig. Att använda styrdiagram för att visualisera data i processtyrning är ett effektivt sätt att visa hur systemet fungerar (Elg, 2013). Styrdiagrammet visade hur ledtiden och dess variation minskade – förbättrades – under slutet av datainsamlingsperioden vilket bekräftades av en ny beräkning av centrumlinje och styrgränser.

## **Implikationer för praktik**

För framtida projekt har föreliggande studie och förbättringsarbete visat att det är viktigt att det finns utrymme för eftertanke och reflektion om projektet. De beskrivna situationerna i studien av förbättringsarbetet visar att stunder för eftertanke är viktigt för att samla kraft och mod, men också för att reflektera över den egna rollen, i arbetet med projektet och i arbetet med patienten. Resultatet visar att situationer av ambassadörskap, situationer av självranstänkan samt situationer av ”fristad” är starkt förbundna med varandra. Reflektionen och tiden för eftertanke verkar bidra till en viktig mänsklig och dymanisk kraft och som är av betydelse för att lyckas med projektet.

Situationer av ambassadörskap är fyllda av kreativitet och engagemang för projektet, och i arbetet med patienten. Råd för liknande förbättringsarbeten är att ta tillvara på sådana uttryck som situationer av ambassadörskap och situationer av att företräda projektet uttrycker. Studien visar varför det är viktigt att som projektledare och beslutshavare entusiasmera, engagera och vara lyhörd i dessa situationer. Studien visar också att det är viktigt att ge utrymme för medverkan vid olika interna och externa arrangemang där det finns tillfälle för projektmedlemmar att berätta om projektet för andra.

En betydelsefull aspekt för situationerna som beskrivits i resultatet är att det är situationer som bär erfarenhet från alla projektdeltagarna och vid olika tidpunkter. Det innebär att också vara lyhörd och ha en förståelse för att deltagare i ett projekt kliver i och ur de olika beskrivna situationerna under projektets gång.

Utrymme för delaktighet också mellan professioner är centralt. De sammanvägda resultaten visar att de förändrade arbetssätten och tillvaratagandet av kompetens på arbetsplatsen har varit viktigt för projektets resultat. Råd för liknande förbättringsarbete är att det i organisationen skapas förutsättningar att ”bygga broar” och ”kliva över trösklar” och hitta arbetssätt som öppnar de dörrar som stänger inne en förändringsvilja. Ett sätt att göra det på är att ha



öppna forum och en öppen dialog om det arbete som pågår. Som beslutshavare är det också viktigt att målinriktat och stringent hela tiden föra fram de alternativa lösningarna.

Det är viktigt att identifiera underliggande system i processen, för att på ett effektivt sätt kunna förändra roller och funktion i verksamheten. Detta projekt har visat att just detta har fått avgörande betydelse, genom att skapa den här delaktigheten mellan yrkesprofessioner. Det har bidragit till att motverka ”stuprörstänk” i organisationen som bygger på professions- och funktionsorientering och istället lägga grund för ett teamorienterat arbetssätt där patientens roll blir central och en viktig utgångspunkt vid framtagandet av nya system.

## **Implikationer för forskning**

De olika situationerna som beskrivs i resultatet, är baserade på händelser som är direkt kopplade till berättelser eller utsagor där deltagare i projektet har uppfattat situationen som kritisk eller avgörande i arbetet med patienten och projektet. Det är alltså händelsen eller situationen som är i fokus, och studien har handlat om att skilja ut dessa erfarenheter och handlingar i förbättringsarbetet.

Situationer av ambassadörskap, situationer av självrannsakan och situationer av ”fristad” beskriver att deltagande i ett förbättringsarbete innebär ett engagemang för själva projektet. Men det uttrycker också ett personligt ansvar gentemot patienten. Detta ansvar verkar vara betydelsefullt och avgörande för projektets resultat.

Resultatet visar att det ser ut som om att det är i det personliga engagemanget som den unika mänskliga potentialen finns i arbetet med patienten. Jag menar därför att de olika situationsbeskrivningarna ger värdefull kunskap om mänskligt beteende och samspel på arbetsplatser, både mellan professioner och mellan profession och patient. Enligt min åsikt är det av betydelse för utvecklingen av kunskaper om förbättringsarbete att ytterligare studera hur deltagare i ett förbättringsarbete uttrycker och beskriver dessa kunskaper som utvecklas genom erfarenhet. Det behövs fler studier som visar på just dessa kunskaper, vilka olika faktorer som finns och som har avgörande betydelse och påverkar ett projekt i de olika riktningarna som resultatet i föreliggande studie visar.

## Referenser

- Argyris, C. (1991). Teaching smart people how to learn, Reflections. *Harvard Business Review*, 2(4), 4-14.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Commemorative ed Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall
- Bergman, B. & Klefsjö, B. (2011). *Kvalitet, från behov till användning*, Lund, Studentlitteratur AB.
- Bisognano, M. & Kenney, C. (2012). Patient-centered leadership: More than a score. *Healthcare Executive*. 27(6), 70-74.
- Börve, A. Holst, A. Gente-Lidholm, A. Molina Martinex, R. & Paoli, J. (2012). Use the mobile phone multimedia messaging service for tele dermatologi. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 18, 292-296.
- Börve, A. Terstappen, K. Sandberg, C. & Paoli J. (2013). Mobile teledermoscopy – there’s an app for that! *Dermatology Practical & Conceptual*, 3(2), 41-48.
- Cancerfonden. (2014). *Malignt melanom*. Hämtad 2015-01-15 från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Malignt-melanom/>
- Clamp, C. (1980). Learning through incidents. *Nursing Times*, 76 (40), 1775–1758.
- Coghlan, D. & Casey, M. (2001). Action research from the inside: issues and challenges in doing action research in your own hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 674-682.
- Cormack, D. (1983). *Psychiatric Nursing Described*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Cormack, D. (Ed.). (2000). *The research process in nursing* (4th ed.). London: Blackwell Publishing.
- Deming, W.E. (1993). *The new economics for industry, government and education*, Massachusetts, MIT center for advanced engineering study.
- Eldh, A.C. Ekman, I. & Ehnfors, M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing Ethics*, 13(5), 503-514.
- Elg, M. Palmberg, K. & Kollberg, B. (2013). Performance measurement to drive improvements in healthcare practice. *International Journal of Operations & Produktion Management*, 11/12(33), 1623-1651n.
- Elg, M. (2013). *Mätningar för bättre styrning, att synliggöra och hantera variation för styrning och förbättring av offentlig verksamhet*, Stockholm, Sekretariatsrapport, Innovationsrådet, statens offentliga utredningar.
- Elmqvist, C. Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2012). On a hidden game board: the patient’s first encounter with emergency care at the emergency department. *J. Clin. Nurs.* 21, 2609–2616.
- Elwyn, G. Todd, S. Hibbs, R. Thapar, A. Edwards, P. Webb, A. Wilkinson, C. & Kerr, M. (2003). A “real puzzle”: the views of patients with epilepsy about the organisation of care. *BMC Fam. Pract.* 4, 4–4.
- Flanagan, J. (1954). *The critical incident technique*. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327–358.
- Fölster, S. Ohlsson, S. Renstig, M. & Wiigh, L. (2014). *Den sjuka vården 2.0 - från nollvision till patientrevolution*, Tallin, Samhällsförlaget.
- Gustavsson, T. (2013). *Agil Projektledning. 2:a upplagan*, Stockholm, Sanoma utbildning.
- Grant, N.K. Reimer, M. & Hrycak, N. (1993). Critical incident technique: a clarification. *Journal of Advanced Nursing*, 18(12), 2020–2022.
- Haigh, C. & Ormandy, P. (2011). Evaluation of the organisation and delivery of patient-centred acute nursing care. *Contemp. Nurse J. Aust. Nurs. Prof.* 37, 253–264.

- Hill, H. (2008). Talk but no walk: barriers to person-centered care. *J. Dement. Care* 16, 21–24.
- Kirkley, C. Bamford, C. Poole, M. Arksey, H. Hughes, J. & Bond, J. (2011). The impact of organisational culture on the delivery of person-centred care in services providing respite care and short breaks for people with dementia. *Health Soc. Care Community*, 19, 438–448.
- Kvale, S. (1996). *Interviews; an introduction to Qualitative Research Interviewing*, Sage, Thousand Oaks, CA.
- Lynöe, N. Engström, I. & Löfmark, R. (2009). Från läkarpaternalism till patientautonomi, *Läkartidningen*, 52(106).
- McCrae, N. (2013). Person-centred care: rhetoric and reality in a public healthcare system. *Br. J. Nurs.* 22, 1125–1128.
- Mate, K. & Salinas, G. (2014). Flipping primary health care: A personal story, *Healthcare* 2 280–283.
- Melanomföreningen, (n.d) malignant melanom. Hämtad 2015-05-02 från <http://melanomforeningen.se/>
- Nelson, E.C. Batalden, P.B. Godfrey, M.M. (2007). *Quality by Design: A Clinical Microsystems Approach*, San Francisco, Jossey-Bass/Wiley.
- Nundy, S. & Oswald, J. (2014), Relationship-centered care: A new paradigm for population health management, *Healthcare* 2, 216–219.
- Olson, U.J. & Flordal, P.A. (2015). Vem är jag? Dagens svenska läkare på jakt efter en identitet, *Läkartidningen*, 13(112).
- Perla, R.J. Provost, L.P. Murray, S. K. (2010). The run chart: a simple analytical tool for learning from variation in health care processes. *BMJ Quality Safety*, 46 - 51.
- Sahlsten, M.J.M. Larsson, I.E. Sjöström, B. & Plos, K.A.E. (2009), Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (23), 490-497.
- Senge, P. (2006). *The fifth discipline, The art and practice of the learning organization* (Rev. and updated ed.). London; Currency Doubleday.
- Schipper, K. & Abma, T.A. (2011). Coping, family and mastery: top priorities for social science research by patients with chronic kidney disease. *Nephrol. Dial. Transplant. Off. Publ. Eur. Dial. Transpl. Assoc. - Eur. Ren. Assoc.* 26, 3189–3195.
- Thomas, S. (2014). Drawing on patient expertise to inform commissioning. *Prim. Health Care* 24, 30–33.
- Tönnqvist, B. (2012). *Projektledning*, 4:e upplagan, Riga, Sanoma utbildning.
- Wald, J. Middleton, B. Bloom, A. Walmsley, D. Gleason, M. Nelson, E... & Bates, D. (2004), A Patient-Controlled Journal for an Electronic Medical Record: Issues and Challenges, *MEDINFO*, 1166 – 1170.
- Vetenskapsrådet. (2007). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*, Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Öberg, S. (2014). Jag tror inte att jag lever i höst. *Mama*, 2014(4). Hämtad 2015-01-15 från <http://www.mama.nu/Artiklar/Cancersjuka-Lina-Jag-tror-inte-att-jag-lever-i-host>

# Bilagor

Här redovisas examensarbetets bilagor i nummerordning.

Bilaga 1.

Protokoll över antal intervjusituationer, uppställt efter månad, antal, tematisering och profession. Varje punkt i protokollet motsvarar en (1) beskriven situation (kolumn 1).

Antal intervju situationer	Månad	Profession
●●●●●	Augusti	Medicinsk sekreterare Sjuksköterska Läkare
●●	Oktober	Medicinsk sekreterare Sjuksköterska Läkare
●●●□□×××××	November	Medicinsk sekreterare Sjuksköterska Läkare
●● ●● ●-	December	Medicinsk sekreterare Sjuksköterska Läkare
●× ●●●●●●●●●×- ●●●●□□--	Januari	Medicinsk sekreterare Sjuksköterska Läkare
×- ●●●●●●●□□×-----	Februari	Medicinsk sekreterare Sjuksköterska Läkare
●● □ - ●●●□□□□□××- ●□□×	Mars	Medicinsk sekreterare Sjuksköterska Läkare

- = Ambassadör
- = Självvranssakan
- × = Fristad
- = "övrigt"

## Bilaga 2.

### Intervjuguide

#### En kritisk händelse, kännetecken

- En händelse där du verkligen kände att det du valde att göra, (eller inte göra), fick en stor betydelse för patienten; antingen direkt i stunden eller indirekt (t.ex. genom att hjälpa eller instruera andra)
- En händelse, sammanhang eller situation som gick ovanligt bra!
- En händelse som blev misslyckat eller som inte gick alls i den riktning som du hade tänkt dig. Som inte blev som planerat
- En händelse som är typisk eller ordinär, vanligt förekommande dagligt arbete
- En händelse som verkligen fångar det här med personcentrerad vård eller personcentrerat arbetssätt- som förklarar hur PCV fungerar i praktiken
- En händelse som var särskilt utmanande

#### Vad du kan tänka på att ta med/berätta om när du återberättar händelsen

- I vilken sammanhang (hemma, på jobbet, i mötet med patienten, i personalrummet, på konferensen, i bilen på väg hem, i bilen på väg till jobbet, direkt på morgonen, på eftermiddagen, osv)
- En detaljerad beskrivning om vad som hände;
- Varför händelsen är avgörande, viktig, ”critical”
- Vad dina tankar och funderingar landar i vid den tidpunkten (what your concerns were at the time)
- Berätta om hur eller vad du kände i situationen som uppstod
- Berätta om dina känslor efteråt
- Berätta om vad du valde att göra (eller valde att inte göra) i situationen som uppstod
- Berätta/beskriv om möjligt, vad du upplevde som mest utmanande i situationen som uppstod.

## Bilaga 3

### Frågeformulär

1. Kan du beskriva en händelse eller situation under den gångna veckan, då projektet var betydelsefullt i ditt arbete med patienten?
2. Kan du beskriva en händelse eller situation under den gångna veckan, då projektet hindrade dig i ditt arbete med patienten?

Beskriv så utförligt som möjligt vad som hände.

## Bilaga 4.

### INFORMATIONSBREV

Detta är ett informationsbrev om projektet ”Flipped thinking”, en fråga om demokrati – en “critical incident study” om att reformera logistik och struktur i svensk cancersjukvård, i vilken du tillfrågas att delta. Ta dig tid att noggrant läsa igenom detta informationsbrev.

Projektet är godkänt av den regionala etikprövningsnämnden; diarienummer 2014/1423-31/5

#### **1. Bakgrund och syfte**

Idag slussas personen som drabbats av misstänkt malignt melanom genom ett system av onödiga besök och till det kommer naturligtvis också onödiga väntetider. I praktiken innebär det att de värdeskapande processerna för patienten inte är tillräckligt kontexta. Mot bakgrund av dagens debatt om personcentrerad vård, finns det lite sammanhang som tar utgångspunkt i den enskildes vårdbehov under utredningsprocessen för malignt melanom. Det är snarare systemet eller organisationen som är i centrum för vården. Malignt melanom cancerprocess har som syfte att tillse värdeskapande processer, under utredning, vård och behandling samt uppföljning, för personer som drabbas av malignt melanom.

Det finns idag relativt lite kunskap om, hur ett projekt som malignt melanom cancerprocess, alltså mer specifikt om hur utvecklandet av vårdprocessen för personer som drabbats av malignt melanom, hur det kan inverka på, och påverka ett skifte i perspektiv från systemcentrerad vård till patient- eller person centrerad vård, i perspektivet om ett makt- och paradigmskifte i själva utformandet av vården. Därför är denna studie viktig.

Syftet med denna studie är att beskriva situationer där deltagandet i kvalitetsförbättring för personer som drabbas av malignt melanom leder till "vändpunkter" och en ökad medvetenhet om betydelsen av personcentrerad vård.

#### **2. Förfrågan om deltagande**

Du som tillfrågas att medverka i studien är på olika sätt inkluderad i ett förbättringsarbete om vårdprocessen för personer som drabbats av malignt melanom.

#### **3. Hur går studien till?**

Som deltagande i studien kommer du att tillfrågas om du under den gångna veckan har varit med om en situation som framgångsrikt eller mindre framgångsrikt påverkat projektet i någon riktning. Enligt den i vårdforskningssammanhang vedertagna metoden "Critical incident technique", kommer du att under intervjun ombidas att försöka beskriva dessa situationer så utförligt som möjligt.

Varje intervjusituation beräknas ta i tidsåtgång mellan 5-10 minuter, och intervjuerna kommer att upprepas med jämna intervall om

ungefär varannan vecka. Studien beräknas ”saturerad” vid mellan 75-100 beskrivna situationer, fördelat mellan flera informanter, och beräknas pågå under en period om ca 12 veckor.

Intervjuerna kommer att transkriberas vilket betyder att utsagan berättad under intervjusituationen kommer att skrivas ned i sin helhet. Vid några eller ett par tillfällen kommer du som informant att erbjudas att ta del av ditt bidrag till materialet, under analysprocessen, så att det blir möjligt att gemensamt tolka och förstå en utsaga, situation eller händelse.

Efter dessa tillfällen är din medverkan i studien över.

**4. Biobanksprover**

Det ingår inte blodprov eller andra mätningar i denna studie.

**5. Vilka är riskerna?**

Inga fysiska risker är förenade med denna studie. Om det skulle uppstå obehagliga minnen för dig i samband med intervjun finns det möjlighet att ta en paus eller helt avbryta intervjun.

**6. Finns det några fördelar?**

Ditt deltagande innebär varken fördelar eller nackdelar beträffande profession eller arbetsinsats på din arbetsplats. Deltagande är ändå högst värdefullt eftersom du bidrar till viktig kunskap som gagnar förståelsen för utvecklandet av ett förbättringsarbete, och särskilt med tonvikt på personcentrerad vård. Denna kunskapsvinst har positiv betydelse, både för professionen och för patienter.

**7. Hantering av data och sekretess**

Efter att intervjun har spelats in digitalt kommer den också att skrivas ner ordagrant. Både ljudfilen och textdokumentet kommer finnas tillgängligt för arkivering. För utomstående förvaras intervjuerna oåtkomligt och utlämnas inte till tredje part. För att förhindra att din berättelse kan kopplas direkt till dig kommer omskrivningar att göras beträffande specifika karakteristika och namn kommer att bytas ut. Arbetsgivare och arbetsledare på din enhet eller klinik kommer inte få meddelande att just du deltagit i studien och kommer endast kunna ta del av projektets resultat, såsom beskrivet nedan.

**8. Hur får jag information om studiens resultat?**

Projektets resultat kommer att presenteras som en rapport för en masteruppsats. Masteruppsatsen finns att tillgå via bibliotek när den har publicerats. Projektets resultat kommer också att presenteras på nationella konferenser.

**9. Försäkring, ersättning**

Du omfattas inte av någon speciell försäkring genom medverkan i studien. Projektet har inga ekonomiska möjligheter att utdela ersättning.

**10. Frivillighet**

Deltagandet bygger på frivillighet och du ska inte känna något tvång att delta. Oavsett om du först väljer att tacka ja, så har du full möjlighet att avbryta ditt deltagande när som helst utan att behöva berätta varför. Det som redan spelats in kommer fortfarande att användas för studien. Om du väljer att inte delta kommer det inte på något sätt att inverka på din framtida yrkeskarriär.

**11. Ansvariga**

Huvudansvarig är Professor Mattias Elg, Inst. för ekonomisk och industriell utveckling, Linköpings universitet, Linköpings universitet, 581 83 Linköping

+46 13 284401 [mattias.elg@liu.se](mailto:mattias.elg@liu.se).

Medansvarig är projektledare Malin Sootalu, verksamhetsutvecklare, kliniken för kirurgi och urolog, kirurgmottagningen, 63188 Eskilstuna [malinsootalu@gmail.com](mailto:malinsootalu@gmail.com) +46 706 19 55 09



***Samtyckesformulär***

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna undersökning/studie. Genom att underteckna formuläret intygas att du har tagit del av informationen i brevet samt muntligt av projektledaren, fått tillfälle att ställa frågor om projektet, fått dem besvarade och att du samtycker till deltagande i studien.

*underskrift deltagare*

*underskrift projektledare*