JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

JÖNKÖPING ACADEMY
For Improvement of Health and Welfare

Användbar och tillgänglig webbkatalog för habiliteringens kursutbud

Ett förbättringsarbete för tillgänglig webbkatalog och en studie av vilka faktorer som har betydelse för hur den används

HUVUDOMRÅDE: *Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd*

FÖRFATTARE: *Anette Winberg*

HANDLEDARE: *Ann-Charlott Norman*

JÖNKÖPING Juni 2018

Sammanfattning

Bakgrund
Kunskap om den egna eller närståendes funktionsnedsättning och dess konsekvenser underlättar vardagslivet. Habiliteringen erbjuder ett femtiotal kurser/grupper varje termin. Kursutbudet presenteras i en webbkatalog, vilket minskat kostnader och kursadministrativ tid. Digitaliseringen förväntades öka tillgängligheten till kursutbudet. Patienter/närstående/nätverk och personal upplevde motsatsen.

Syfte
Förbättringsarbetets syfte var att förbättra tillgängligheten till kursutbudet genom att göra webbkatalogen mer tillgänglig och användarvänlig.

Studiens syfte var att ur ett verksamhetsperspektiv beskriva vilka faktorer på mikro-, meso- och makronivå som påverkade hur webbkatalogen användes i verksamheten.

Metod
Förbättringsarbetet planerades och genomfördes med stöd av förbättringsrampen och Nolans förbättringsmodell.

Datainsamling till studien gjordes via fokusintervjuer och analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Koppling till mikro-, meso- och makronivå gjordes med The Clinical Adoption Framework (CAF) som teoretisk referensram.

Resultat
Förbättringsarbetet ledde till förbättringar men nådde inte de uppsatta målen. Innehållsanalysen definierade sex faktorer som kunde sorteras till mikro- och mesonivå.

Slutsatser
För att ett digitalt verktyg ska uppfattas användbart behövs kunskap hos ledningen om verksamheten och dess processer på mikronivå innan beslut fattas, så att rätt förutsättningar och stöd kan ges på mesonivå. Personalens delaktighet är en viktig faktor.

Nyckelord: psykoedukation, e-hälsa, delaktighet, implementering

Summary

Useful and accessible e-catalogue for courses at the habilitation center: A QI-project for an available e-catalogue and a study of the factors that influence how it is used

Background
Knowledge about one's current disability and its consequences makes everyday life easier. The habilitation center offers approximately fifty courses each semester. The program was recently digitized which decreased costs and administration time and expected to increase accessibility and user-friendliness. Target groups and staff experienced the opposite.

Purpose
The QI-project aimed to improve the availability to the courses by making the e-catalogue more accessible and user-friendly.

This study aimed to describe the staff's perception of the factors affecting the functioning of the e-catalogue at a micro, meso and macro level. The study was delimited to include the business perspective.

Method
The improvement ramp and the model of improvement. Focus interviews was analyzed with qualitative content analysis and linked to micro, meso and macro level with The Clinical Adoption Framework (CAF) as a theoretical reference frame.

Results
The QI-project didn't meet its objectives in full. The content analysis identified six factors at micro and meso level.

Conclusions
For a digital tool to be perceived as useful, knowledge about the organization and its processes at a micro level is required, so that the right conditions and support can be given at a meso level.

Key words: psychoeducation, e-health, participation, implementation

Begreppsförklaringar för kursverksamheten

Begrepp	Förklaring
LegaOnline	Namnet på det webb-verktyg som används för administration av habiliteringens kurser. I arbetet benämns verktyget ”webbkatalogen” även då det gäller de administrativa funktionerna som hanteras av olika medarbetare.
Kursadministrationen	Organisatorisk benämning av kursadministratörens och kurssamordnarens gemensamma arbete.
Kursadministratör	Huvudsaklig administratör och publicerare i webb-verktyget LegaOnline där habiliteringens kurser publiceras och avpubliceras. Meddelar inställda kurser, ändring av lokal etc. via mail till alla anmälda via webbkatalogen. Är webbredaktör för kursverksamhetens webbsidor såväl externt som på intranätet och tar fram statistik över antalet besök på sidorna. Publicerar även nyheter om kursverksamheten på Facebook. Ger support kring webb-verktyget och kursverksamheten.
Kurssamordnare	Ansvarar för den länsövergripande samordningen av kursverksamheten. Sammanställer och analyserar utvärderingar av kurserna och återrapporterar detta till verksamheten. Har kunskaper för att administrera och publicera kurser i webb-verktyget LegaOnline. Är sammankallande i redaktionsrådet (fick ansvaret under förbättringsarbetets gång). Ger support kring webb-verktyget och kursverksamheten.
Kursansvarig	Medarbetare i verksamheten som ansvarar för att underlag för vad som ska publiceras i webbkatalogen kring den specifika kurs hen har ansvar för kommer till kursadministratören. Ansvarar också för det administrativa för-, under- och efterarbetet kring den specifika kursen.
Redaktionsråd	Har ett övergripande uppdrag att ta fram underlag för beslut i verksamhetsledningen angående frågor kring kursverksamhetens rutiner, riktlinjer, innehåll etc. Gruppen är sammansatt av tre enhetschefer, kurssamordnare, kursadministratör samt två vana kursansvariga. (Har förändrats till denna sammansättning under förbättringsarbetet).

Innehållsförteckning

1. Inledning 8
2. Bakgrund 8
   2.1 Det lokala problemet – bristande tillgänglighet till kursutbudet 8
   2.2 Förbättringsgap 10
3. Kunskapsläget 10
   3.1 Habilitering 10
   3.2 Psykoedukation 11
   3.3 Tillgänglighet en förutsättning för delaktighet 11
   3.4 Digitalisering och e-hälsa 12
   3.5 Kunskapsvinster med studien 12
4. Rationale 13
   4.1 Förbättringsvetenskap 13
   4.2 Förbättringskunskap 13
   4.3 Mikro- meso- och makrosystem 14
5. Syfte 15
   5.1 Syfte och mål med förbättringsarbetet 15
   5.2 Syfte med studien av förbättringsarbetet 15
6. Material och metod 15
   6.1 Kontext 15
      6.1.1 Kursverksamhetens mikrosystem enligt 6 P 15
   6.2 Författarens roll 18
   6.3 Metod för förbättringsarbetet 18
      6.3.1 Förbättringsarbetets design 18
      6.3.2 Organisation av förbättringsarbetet 20
      6.3.3 Projektgrupp 20
      6.3.4 Projektmöten och loggbok 20
      6.3.5 Kartläggning 20
      6.3.6 Process- och resultatmått 20
   6.4 Metod för studien av förbättringsarbetet 21
      6.4.1 CAF - ett ramverk för digital teknik i klinisk verksamhet 21
      6.4.2 Intervjuguide 22
      6.4.3 Urval och datainsamling 22
      6.4.4 Kvalitativ innehållsanalys 22

6.4.5 Latent analys till mikro-, meso- och makronivå 23
6.5 Etiska överväganden 23
7. Resultat 23
7.1 Resultat av förbättringsarbetet 23
7.1.1 Skapa förutsättningar 23
7.1.2 Förbättrad tillgänglighet 24
7.1.3 Upplevelse av tillgänglighet och användarvänlighet 26
7.2 Resultat av studien 29
7.2.1 Manifest innehållsanalys 29
7.2.2 Webbkatalogens användbarhet 31
7.2.3 Anpassning till arbetssätt 31
7.2.4 Förväntningar 31
7.2.5 Support 32
7.2.6 Delaktighet 32
7.2.7 Organisation och förutsättningar 32
7.2.8 Latent tolkningsnivå 33
8. Diskussion 34
8.1 Metodutvärdering 35
8.1.1 Författarens roll 35
8.1.2 Metodutvärdering förbättringsarbetet 35
8.1.3 Metodutvärdering studien 36
9. Slutsatser 37
10. Referenser 38
11. Bilagor 41
1 Process Kursadministration
2 PDSA kartläggning
3 Fiskbensanalys och påverkansdiagram
4 PDSA 1
5 Intervjuguide
6 Diagram enkätsvar kursansvariga

1. Inledning

”Diagnoskunskap. Som förälder har jag fått men inte sett nåt för X [barnet][1] förrän den här kursen. Det var hjälp då att få den kursen, att få lära sig. Fanns kurs för närstående."

”En detalj: kurskatalogen. Hur svårt är det att skicka ut ett mail?? Info om att den kommit ut. Man ska gissa: har den kommit? Sen går det inte att välja. Sen är det försent.”

Citat från fokusgruppsintervju med föräldrar till barn med autism utan intellektuell funktionsnedsättning

Citaten är hämtade från fokusgruppsintervjuer som genomfördes på habiliteringen i Uppsala i samband med ett prioriteringsarbete för att säkerställa utbudet av insatser till målgruppen personer med autism utan intellektuell funktionsnedsättning. Att leva ett aktivt och delaktigt liv med funktionsnedsättning underlättas av om personen och dess nätverk[2] har kunskap om funktionsnedsättningen och dess konsekvenser i vardagen. Individens behov är avgörande för val av habiliteringsinsatser, men det är ofta nödvändigt att patienten, närstående och nätverk har grundläggande kunskap om funktionsnedsättningen för att habiliteringsinsatserna ska ge effekt. I habiliteringens uppdrag ingår att utbilda patienter, deras anhöriga och nätverk om funktionsnedsättningen, så kallad psykoedukation. Habiliteringen ska också ge råd, stöd och information om habilitering och andra samhällsfunktioner som är viktiga för personer med funktionsnedsättning (Hälsa och habilitering, 2017). Det är vanligt att denna form av utbildning till såväl patienter som till anhöriga och nätverk sker i form av kurs- och gruppverksamhet. Även mer riktade insatser för att öka individens färdigheter och möjlighet till ett fungerande vardagsliv kan ingå i kurs- och grupputbudet, t ex ”Håll koll med mobilen” och ”Lär dig cykla på två hjul” (Region Uppsala, 2018). Föreliggande rapport beskriver ett förbättringsarbete som genomfördes inom habiliteringen i Uppsala under ett år för att förbättra tillgängligheten till verksamhetens kursutbud. Studien av förbättringsarbetet inriktades på att undersöka vilka faktorer på mikro-, meso- och makronivå som uppfattades vara viktiga för att webbkatalogen skulle vara användbar i verksamheten.

Rapporten är skriven med inspiration av SQUIRE 2.0, publiceringsriktlinjer för studier av förbättringsinsatser (Goodman et al, 2016; Ogrinc et al, 2017; Ogrinc et al, 2016).

2. Bakgrund

2.1 Det lokala problemet – bristande tillgänglighet till kursutbudet

Under en termin erbjuder habiliteringen i Uppsala i genomsnitt ett femtiotal olika kurser/grupper till olika målgrupper vilket innebär mellan 1200 – 1500 deltagare per år. Fram till 2016 planerades kursverksamheten i så kallade programgrupper. De var sammansatta av alla professioner involverade i det direkta patientarbetet och organiserade utifrån habiliteringens målgruppers funktionsnedsättningar.

[1] Författaren har förtydligat citat genom att i hakparentes [ ] beskriva utelämnade ord eller vilken fråga/vilket sammanhang som berördes.

[2] Nätverk är benämning av personer i den funktionshindrades närhet som inte är familj, men som har betydelse för hur vardagslivet fungerar, t ex förskole-/skolpersonal, assistenter, personal på boende.

Under 2016 avslutades programgruppsarbetet och i stället infördes ett redaktionsråd bestående av en kursadministratör och tre enhetschefer. Det medförde svårigheter både vad gällde samordning av utbud och bemanning av kurser samt kring administrationen av dem.

Varje kurs har en kursansvarig[3] med en del administrativa uppdrag. Den ska se till att manus med kursens syfte, mål, målgrupp och innehåll förmedlas till en kursadministratör som gör kursen tillgänglig för målgrupperna att anmäla sig till. Kursansvarig ska också ta emot och bekräfta anmälningar, registrera närvaro samt hantera intyg.

Tidigare presenterades kursutbudet i tryckta papperskataloger vilka skickades med post till ca 5 500 adresser per termin. Administrationen motsvarade totalt tre till fyra veckors arbetstid för kursadministratören. Som ett led i den digitala utvecklingen presenteras Habilitering Uppsalas kursutbud sedan hösten 2016 i en webbkatalog (Region Uppsala, 2018). Övergången har inneburit en besparing på drygt 200 000 kr/år i uteblivna tryck-och portokostnader samt avsevärt mindre administrativ tidsåtgång för kursadministratören. Digitaliseringen förväntades öka tillgängligheten till kursutbudet men såväl patienter, närstående och nätverk[4] som personal upplevde motsatsen.

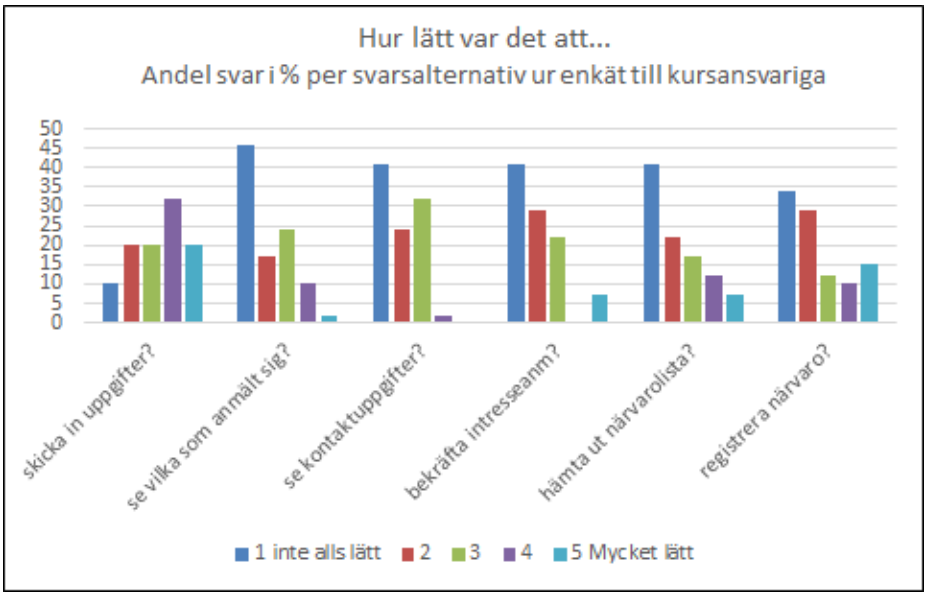
Inför bytet till webbkatalog fick målgrupperna under våren 2016 information om förändringen i samband med utskick av den sista papperskatalogen. Dessutom fanns tryckt material med information utlagd i väntrum och på enheterna, vilket personalen kunde dela ut. Det tryckta materialet informerade om webbkatalogens adress men gav ingen information eller vägledning om hur webbkatalogen skulle hanteras vare sig när det gällde att söka eller att anmäla sig till en kurs. När kursdeltagare år 2015 i samband med kursutvärderingar tillfrågades om hur de hittat den kurs de deltagit i svarade 26 % att de hittat den i katalogen [papperskatalog]. 2017 hade den siffran sjunkit till 12 % [webbkatalog]. 2015 var det 39 % av kursdeltagarna som fått information om kursen från habiliteringens personal. 2017 hade den siffran stigit till 45 %. Samtidigt uppgav kursansvariga att de hade svårt att få överblick över vilka kurser som gavs, var och när.

När webbkatalogen infördes medförde det förändringar i kursansvarigas utförande av de administrativa uppgifterna. Underlag till kursadministratören skulle ske som tidigare, men kursansvariga förväntades använda webbkatalogen som ett administrativt verktyg för att hantera kursanmälningar, registrera närvaro och skriva ut kursintyg. Inom verksamheten utbildades kursadministratören till ”super-användare” i webbverktyget och fick därmed ett stort ansvar för kunskapsspridningen. Hen försökte på olika sätt nå ut med information om webbkatalogen till personal i verksamheten och gav stöd till kursansvariga och andra medarbetare genom att svara på deras frågor. Vid en enkätundersökning till kursansvariga som genomfördes våren 2017 ställdes frågor om upplevelsen av de olika administrativa momenten som de skulle göra i webbkatalogen. Resultaten visade att mer än 60 % av de kursansvariga tyckte att de olika momenten var svåra (figur 1).

Kursadministratören fick ta emot många klagomål från medarbetare som också förmedlade klagomål från patienter, närstående och nätverk. Klagomålen handlade t ex om att det var svårt att få en överblick av utbudet och svårt att söka fram rätt kurs. Personalen hade också svårt att ge patienterna stöd i att använda verktyget när de skulle anmäla sig till kurser. Gemensamt för de olika klagomålen var upplevelsen av försämrad tillgänglighet till kursutbudet.

[3] De olika rollerna i kursverksamheten finns beskrivna i begreppsbeskrivning på sidan 5.

[4] Framöver används begreppet målgrupper när patienter, närstående och nätverk åsyftas samtidigt.



Figur 1. Diagram över enkätsvar från kursansvariga angående de administrativa uppgifterna kring webbkatalogen.

2.2 Förbättringsgap

För att patienter, närstående och nätverk ska få tillgång till nödvändig kunskap behöver utbudet av kurser vara lätt att hitta, lätt att förstå och lätt att anmäla sig till. När processen kring kursverksamheten inte fungerar påverkar det tillgängligheten till kursverksamheten och det finns risk för att habiliteringens patienter inte kan tillgodogöra sig övriga habiliteringsinsatser. Det minskar möjligheterna till god, effektiv och jämlik vård och ökar risken för missnöje hos patienter, närstående och nätverk. Även medarbetare riskerar att påverkas i form av ökad arbetsbörda och försämrad arbetsmiljö. Internt behöver det finnas en tydlig organisation kring kursverksamheten med tydliga roller och tydlig ansvarsfördelning för såväl kursutbud, kursinnehåll, administration och uppföljning. Vid förbättringsarbetets start saknades en sådan organisation i verksamheten. Förändringar behövdes för att minska gapet mellan det kursutbud som erbjöds och patienters, närstående och nätverkens möjlighet att hitta till det och kunna anmäla sig till det, så att möjligheterna att få psykoedukation och riktade kurs-/gruppinsatser utifrån behov förbättrades.

3. Kunskapsläget

3.1 Habilitering

Socialstyrelsens definition av begreppet habilitering är:

> *insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i* samhällslivet
>
> (Socialstyrelsen, 2018)

Habilitering är en specialiserad verksamhet som med kompetens om funktionsnedsättningar och vilka konsekvenser de medför för individer i vardagen utgör ett komplement till den hälso- och sjukvård som

alla i Sverige har rätt till (Föreningen Sveriges Habiliteringschefer, 2018). Vilka diagnosgrupper en habiliteringsverksamhet vänder sig till kan skilja sig åt mellan olika landsting och regioner. Det gemensamma är att målgrupperna har varaktiga funktionsnedsättningar som är medfödda eller har uppstått i tidig ålder. Funktionsnedsättningarna kan t ex innebära svårigheter att röra sig, se, höra, förstå, relatera till andra människor eller kombinationer av dessa, vilket kan påverka individens möjlighet till aktivitet och delaktighet i samhället. Habiliteringen erbjuder utredande, behandlande och kompenserande åtgärder/insatser[5] men arbetar också förebyggande och hälsofrämjande (ibid.). Det kan t ex innebära att ge riktat stöd till närstående och/eller nätverk i form av utbildning för att förebygga ohälsa hos patienten. Insatserna kan ske såväl enskilt som i grupp utifrån patientens förutsättningar och vad som bedöms göra bäst nytta utifrån evidens och beprövad erfarenhet. I enlighet med svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning (SFS 2017:30, *Hälso – och sjukvårdslag;* SFS 2014:821, *Patientlagen*) ska Habiliteringen i Uppsala erbjuda insatser som har stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet, ha god tillgänglighet och erbjuda jämlik vård över hela länet (Hälsa och habilitering, 2017).

3.2 Psykoedukation

Information, kunskap och verktyg till föräldrar om barnets funktionsnedsättning har en positiv inverkan på barnets utveckling (Ferrin et al, 2014; Hedberg et al, 2010). Det kan också medföra att föräldrarna mår bättre, vilket i sin tur gynnar deras barn. Föräldrar till barn med inlärningssvårigheter fick mer förståelse och positiva känslor för sina barn efter utbildning (Uslu, Erden & Kapci, 2006). När föräldrar i Indien, vars barn hade olika former av autismspektrumtillstånd (AST), fick psykoedukativa insatser reducerades deras stress i förhållande till funktionsnedsättningen (Patra, Aran & Chavan, 2015). I det proaktiva arbetet erbjuder habiliteringen utbildning kring olika funktionsnedsättningar till övriga nätverket, t ex personal på förskola, skola eller boende. Det ger dem bättre möjlighet att själva lösa situationer kring sina elever/boende, t ex personer med AST (Rosvall & Norrström, 2016). När föräldrar i Indien, vars barn hade olika former av autismspektrumtillstånd (AST), fick psykoedukativa insatser reducerades deras stress i förhållande till funktionsnedsättningen (Patra, Aran & Chavan, 2015). I det proaktiva arbetet erbjuder habiliteringen utbildning kring olika funktionsnedsättningar till övriga nätverket, t ex personal på förskola skola eller boende. Det ger dem bättre möjlighet att själva lösa situationer kring sina elever/boende, t ex personer med AST (Rosvall & Norrström, 2016).

3.3 Tillgänglighet en förutsättning för delaktighet

Tillgänglighet kan betyda olika saker i olika kontexter. Inom myndigheter används begreppet för att beskriva hur bra lokaler, verksamhet och information fungerar i förhållande till personer med funktionsnedsättning (Post och Telestyrelsen [PTS], 2018). Målet är att alla ska kunna delta i samhället på jämlika villkor (Myndigheten för delaktighet [MDF], 2018). ”Det som är bra för personer med funktionsnedsättning är bra för alla” (ibid.)

Artikel 9 i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som Sverige antog 2009, beskriver åtaganden inom tillgänglighetsområdet som ska följas för att leva upp till mänskliga fri- och rättigheter för personer med funktionsnedsättning (Ds 2008:23). EU antog 2016 ett direktiv om tillgänglighet avseende offentliga myndigheters webbplatser och mobila applikationer (EU-direktivet 2016/2012) Alla medlemsstater ska ha lagar utifrån direktivet på plats i september 2018 (PTS, 2018), varför Sverige utarbetat ett lagförslag (Ds 2017:60 *Genomförande av webbtillgänglighetsdirektivet)*. Det finns också många andra lagar som reglerar tillgänglighets- och delaktighetskrav när det gäller webbutveckling och digital teknik (PTS, 2018). I Sverige arbetar såväl Myndigheten för delaktighet

[5] I texten används fortsättningsvis ”*insatser* ” för båda begreppen (Socialstyrelsen, 2018.)

(MFD) som Post och Telestyrelsen (PTS) för att öka tillgängligheten till webben för personer med funktionsnedsättning, bland annat genom kunskapsspridning.

3.4 Digitalisering och e-hälsa

Digitalisering och e-hälsa får allt större betydelse inom sjukvården (Gard & Melander-Wikman, 2012; Lilford, Foster & Pringle, 2009; Socialdepartementet, 2010). Regeringen har tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) kommit överens om en gemensam vision för att de möjligheter som digitaliseringen erbjuder:

> *År 2025 ska Sverige vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet.*
>
> Citat från ”Vision e-hälsa 2025”, s 3
> (Socialdepartementet, & Sveriges Kommuner och landsting [SKL], 2016)

För att hälso- och sjukvården ska göra det möjligt att erbjuda vård av hög kvalitet behövs en digital arbetsmiljö som stöder de processer medarbetarna verkar i (ibid.). Den digitala utvecklingen och införandet av e-hälsa medför att personal i offentlig sektor behöver lära sig många olika digitala verktyg och förändrade arbetssätt. Såväl den nationella e-hälsostrategin som Vision e-hälsa 2025 pekar på individen och vård- och omsorgspersonal som viktiga målgrupper för insatser om målen ska nås (Socialdepartementet, 2010; Socialdepartementet & SKL, 2016). Kunskapen om framgångsfaktorer och hinder vid implementering av e-hälsa och digital teknik är uppdelad på många specialiteter och kontexter vilket gör det svårt att hitta vad som passar bäst för den egna verksamheten (Ross, Stevenson, Lau, & Murray, 2016). Systematiska litteraturöversikter visar att frågan är komplex men det saknas koncensus om vad som är ”best practice” (Abbot, Foster, Marin, & Dykes, 2014; Ross et al., 2016). Det finns en rad tekniska, sociala och organisatoriska överväganden som måste göras för att tekniska innovationer ska bli användbara för både patienter och verksamhetens processer (Cresswell & Sheikh, 2013; Kukafka, Johnson, Linfante, & Allegrante, 2003). Ramverk för att utvärdera vad som bidrar till upplevelse av nytta och användbarhet av hälsoinformationssystem (HIS) har utarbetats (Lau, Hagens, & Muttitt, 2007; Lau, Price, & Keshavjee, 2011; Price & Lau, 2014; Ross et al, 2016). Ett sådant ramverk är *”The Clinical Adoption Framework”* (CAF) som beskriver viktiga faktorer att ta hänsyn till på såväl mikro-, meso- och makronivå för att ett HIS ska användas och skapa nettovinster i form av kvalitet, tillgänglighet och produktivite (Lau et al., 2011). Kunskapen om vilka faktorer som är viktiga för att andra typer av digitala verktyg än HIS ska upplevas vara användbara och ge nytta behöver utforskas vidare.

Region Uppsala har antagit en strategi för digital utveckling och e-hälsa (Region Uppsala, 2017) där man slår fast att ”det digitala ska vara standard” och att Region Uppsala ska vara ledande inom e-hälsa i Sverige (ibid.). Webbkatalogen är ett led i den digitala utvecklingen och en återgång till kurskataloger i pappersformat får ses som uteslutet. Det är därför av största vikt att webbkatalogen upplevs tillgänglig och användarvänlig av såväl dem kursutbudet vänder sig till som av personal som ska ha den som arbetsverktyg.

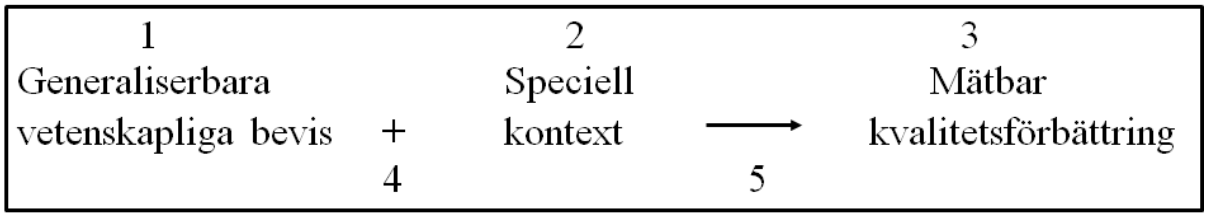
3.5 Kunskapsvinster med studien

Kunskap om olika sätt att implementera digital teknik och e-hälsa på ett effektivt och hållbart sätt så att det medför patientnytta är av intresse för hela den offentliga sektorn. Metoder för att få interaktionen mellan patienter, medarbetare och organisation att fungera så att allas behov kan tillgodoses behöver prövas i olika kontexter. Studien av förbättringsarbetet förväntades bidra med kunskap om vilka faktorer på mikro-, meso- och makronivå som upplevdes viktiga för att ett digitalt verktyg skulle bli användbart i en verksamhet, i det här fallet en webbkatalog i en habiliteringsverksamhet.

4. Rationale

4.1 Förbättringsvetenskap

Förbättringsvetenskap är ett ungt forskningsområde som fokuserar på hur olika kvalitetsförbättringar inom hälso- och sjukvård ska kunna spridas och fungera i olika kontexter (Improvement Science Research Network [ISRN], 2017; Marshall, Pronovost & Dixon-Woods, 2013; Parry, Mate, Perla, & Provost, 2013;). Förbättringsvetenskapen kombinerar kunskap från olika forskningsfält för att åstadkomma förbättringar (Batalden & Davidoff, 2007;) (figur 2).



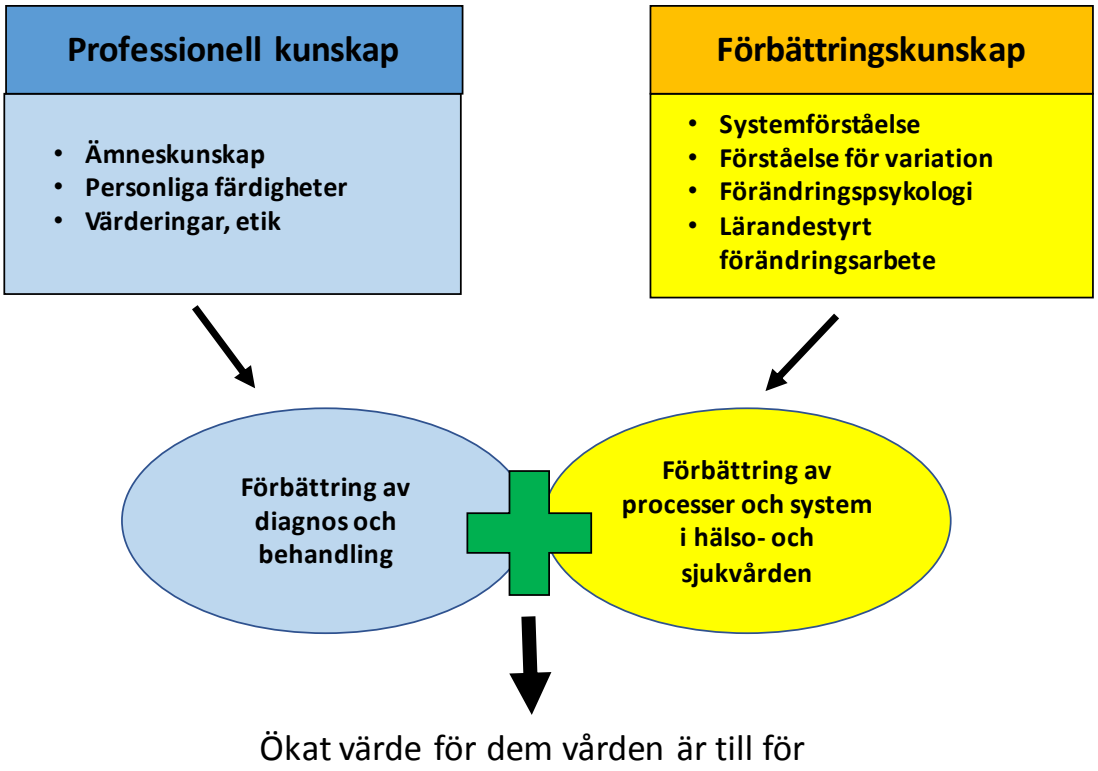
Figur 2. Formel som beskriver hur evidens från olika vetenskaper kombineras för att åstadkomma förbättringar. Utvecklad efter Batalden & Davidoff (2007, s. 2).

4.2 Förbättringskunskap

Hälso- och sjukvård är en komplex verksamhet med många aktörer som behöver vara involverade för att förbättringsåtgärder ska bli varaktiga. Batalden & Davidoff (2007) beskriver kvalitetsförbättring som

> *...the combined and unceasing efforts of everyone — healthcare professionals, patients and their families, researchers, payers, planners and educators — to make the changes that will lead to better patient outcomes (health), better system performance (care) and better professional development (learning)*
>
> (Batalden & Davidoff, 2007, s. 2)

Inom habiliteringen i Uppsala finns en stark tradition av att bedriva utvecklingsarbete och verksamheten har under lång tid haft en framstående position inom svensk habilitering. Fram till 2016 utfördes mycket av utvecklingsarbetet i programgrupperna. Dessutom har yrkesspecifikt utvecklingsarbete bedrivits i yrkesgrupperna eller av enskilda personer i någon yrkesgrupp med specifik kunskap kring en diagnos eller en funktionsnedsättning. Det är ett traditionellt sätt att utveckla vård (Batalden& Stoltz, 1993). Svårigheter att sprida resultat av utvecklingsarbetet till alla delar av verksamheten har uppmärksammats som en risk för ojämlik vård. För att nå hållbara kvalitetsförbättringar behövs en kombination av professionell kunskap och förbättringskunskap (ibid.) (figur 3). Sedan hösten 2016 har programgruppsarbetet ersatts med ”Utvecklingsenheten för habilitering” med uppdrag att bidra med förbättringskunskap och metodstöd vid kliniskt utvecklings- och förbättringsarbete. Enheten fick också ansvar för kursverksamheten. Genom att tillföra förbättringskunskap, samt den metodik och de metoder som förbättringskunskapen erbjuder, förväntades det aktuella förbättringsarbetet kring webbkatalogen få ett hållbart resultat i hela verksamheten.



Figur 3. Traditionellt har utveckling av vård skett med professionell kunskap som grund. Genom att tillföra förbättringskunskap ökar möjligheterna till ökat värde för patienterna. Utvecklad efter Batalden & Stolz (1993).

4.3 Mikro- meso- och makrosystem

Hälso- och sjukvården är ett system som består av olika strukturer vilka behöver fungera tillsammans för att åstadkomma bästa möjliga vård. Det direkta patientarbetet bedrivs i de kliniska mikrosystemen där patienter, familjer och vårdgivare möts (Nelson, Batalden & Godfrey, 2007). Mesosystemets uppgift är att ansvara för förutsättningar och stöd till det kliniska arbetet (ibid.), t ex med administrativt stöd, teknik och support. På makronivån fattas beslut för hela verksamheten och där finns ansvaret för verksamhetens övergripande resultat. För att lyckas med förbättringsarbete krävs kunskap om hur det egna systemet ser ut och hur de olika delarna i systemet påverkar varandra. På mikronivå kan systemet kartläggas med hjälp av metoden 5P (ibid.) vilket står för *purpose* (syfte), *patients* (patienter/målgrupper), *professionals* (personal), *processes* (processer) och *patterns* (mönster). Ett 6:e P i form av *passion* (drivkrafter) kan vara värdefull kunskap att ta hänsyn till när ett förbättringsarbete ska planeras.

5. Syfte

5.1 Syfte och mål med förbättringsarbetet

Det övergripande syftet med förbättringsarbetet var att öka tillgängligheten till psykoedukation som en del i habiliteringens övergripande mål kring tillgänglighet och effektivitet i form av ”rätt insats till rätt patient i rätt tid”[6]. Det specifika syftet var att förbättra tillgängligheten till kursutbudet för patienter, närstående och nätverk med hjälp av en tillgänglig och användarvänlig webbkatalog. Målet var att den 31 mars 2018 skulle

- deltagare som använt webbkatalogen svara minst 7 på en 10-gradig skala vid frågor om webbkatalogens tillgänglighet och användarvänlighet.
- antalet besök på kursverksamhetens webbsida vara minst 700/månad.
- inga kurser ställas in på grund av för få anmälningar.
- kursansvariga uppge minst 4 på en 5-gradig skala gällande användarvänligheten vid de olika administrativa momenten i webbkatalogen.

5.2 Syfte med studien av förbättringsarbetet

Syftet med studien var att ur ett verksamhetsperspektiv beskriva vilka faktorer på mikro-, meso- och makronivå som påverkade hur webbkatalogen användes i verksamheten.

6. Material och metod

6.1 Kontext

Habiliteringen i Uppsala län är organiserad i två verksamhetsområden (VO), Habilitering Uppsala och Habilitering Länet, vilka riktar sig till olika målgrupper. Det aktuella förbättringsarbetet och studien genomfördes i VO Habilitering Uppsala som vänder sig till personer med intellektuell funktionsnedsättning, rörelsenedsättning, flerfunktionshinder, förvärvad hjärnskada samt autism med stora svårigheter i vardagen (Hälsa och habilitering, 2017). VObestår av sju enheter över länet, varav tre är placerade i Uppsala. Dessa är funktionshinder-/diagnosindelade i *Habiliteringen för autism*, *Habiliteringen för intellektuell funktionsnedsättning och autism* samt i *Habiliteringen för rörelsenedsättning*. Övriga fyra enheter är placerade i Bålsta, Enköping, Tierp och Östhammar och tar emot samtliga habiliteringens målgrupper. Alla habiliteringsenheter i VO Habilitering Uppsala har uppdrag att medverka i kursverksamheten och omfattades därmed av förbättringsarbetet.

6.1.1 Kursverksamhetens mikrosystem enligt 6 P

Purpose (syfte)
Det övergripande målet med habiliteringsinsatser är att ge patienterna förutsättningar att leva ett så aktivt och självständigt liv som möjligt. Syftet med kursverksamheten är att på ett effektivt sätt nå grupper av patienter, närstående och nätverk med kunskap som de behöver för att det övergripande målet

[6] ”Rätt insats till rätt patient i rätt tid” är ett internt arbetsnamn på ett omfattande förbättringsarbete i Habilitering Uppsala där arbetet med kursverksamheten och webbkatalogens tillgänglighet ingår som en del.

ska kunna nås. Vissa kurser har som syfte att skapa möjligheter för deltagarna att få kontakt med andra i liknande situation som dem själva medan andra är riktade mot att individen ska lära sig nya färdigheter.

Patients (patienter/målgrupper)
Patienterna har någon form av funktionsnedsättning som verkar hindrande för dem i vardagen. Funktionsnedsättningen kan vara av såväl kognitiv, rörelsehindrande eller beteendemässig karaktär till följd av t ex intellektuell funktionsnedsättning, cerebral pares eller autism. För att tillgodogöra sig habiliteringens insatser behöver patienterna ha kunskap om sin funktionsnedsättning. Vissa patienter kan ha svårt att använda IT-lösningar och digitala verktyg till följd av sin funktionsnedsättning, medan andra föredrar dem framför personliga möten och telekommunikation. Förutom patienterna behöver andra personer runt patienten ha kunskap om funktionsnedsättningen för att kunna bidra med rätt bemötande och stöd. Det gäller t ex föräldrar, skolpersonal och personal på boenden.

Professionals (personal)
De anställda på enheterna har många olika yrken – arbetsterapeut, fritidspedagog, kurator, logoped, medicinsk sekreterare/sekreterare, psykolog, sjukgymnast/fysioterapeut, specialpedagog. På vissa enheter finns flera av samma yrkeskategori, medan andra kan vara den enda av sin sort på enheten. För att få stöd av varandra och för att utbyta yrkesspecifik kunskap finns professionsträffar några gånger per termin. Professionsträffarna leds av en professionsansvarig som är utsedd av verksamhetschefen. De professionsansvariga har regelbundna träffar med representanter från verksamhetsledningen i ett professionsråd.

All personal på habiliteringen som deltar i patientarbetet kan bli engagerade i kursverksamheten. De ska då bidra med kunskap kring den aktuella funktionsnedsättningen eller ämnet utifrån sin profession. Professionsträffarna kan användas för att utveckla professionsspecifikt innehåll i olika kurser. Viss kunskap är professionsöverskridande och kan förmedlas oavsett yrkesbakgrund. Det är viktigt att de som föreläser har erfarenhet av och är kunniga inom det aktuella området. Personal som medverkar i en kurs kan utses till kursansvarig för den kursen. För kurser som återkommer regelbundet kan kursansvaret kvarstå till dess vederbörande önskar avbryta eller till dess någon annan utses. Förutom de yrkesgrupper som finns inom verksamhetsområdet bedrivs nära samarbete med dietist och sjuksköterska anställda på *Habiliteringens medicinska enhet*[7]. Samarbete sker också med olika specialistläkare som är placerade på habiliteringen men har sin anställning på Akademiska barnsjukhuset. De kan alla bli engagerade att medverka i kurserna.

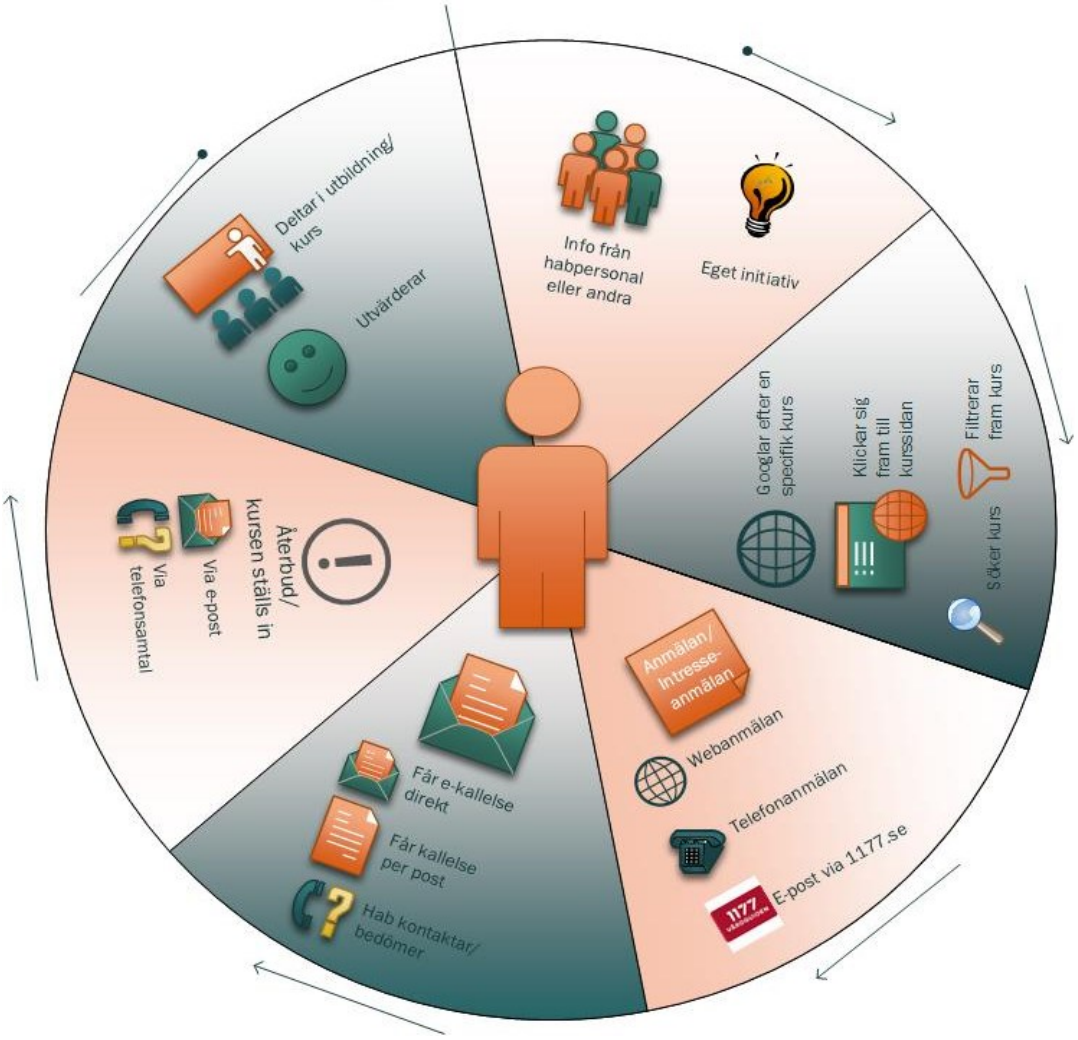
Processes (processer)
Vilka kurser som erbjuds varje termin bestäms i de sju habiliteringsenheterna och utbudet omfattar cirka femtio olika kurser per termin. Verksamhetsövergripande frågor rörande kursverksamheten hanteras i ett redaktionsråd på mesonivå bestående av kursadministratören, två enhetschefer från Habilitering Uppsala samt enhetschefen för Utvecklingsenheten för habilitering (sammankallande[8]).

För varje kurs utses en kursansvarig från någon av habiliteringsenheterna. För att bli tillgängliga för målgrupperna behöver kurserna administreras. Den processen startar med att kursansvarig skickar kursmanus digitalt till kursadministratör och slutar med att kursansvarig skriver ut närvarolistor och intyg, samt registrerar statistik. Däremellan ska målgrupper och medarbetare kunna hitta och få information om kurser/grupper och målgrupperna ska kunna anmäla sig till dem. I samband med att kursansvarig skickar in kursmanus ska hen avgöra om medverkan i den aktuella kursen ska journalföras

[7] Habiliteringens medicinska enhet är organiserad under ett annat verksamhetsområde i förvaltningen Hälsa och habilitering.

[8] I samband med att förbättringsarbetet startade delegerades ansvaret som sammankallande i redaktionsrådet till kurssamordnaren.

eller inte (bilaga 1). Det avgör hur övrig administration kring kursen ska gå till och hur målgrupperna ska anmäla sig. Förutom anmälan via webben kan anmälan ske via telefon eller via e-post på 1177.se (figur 4).



Figur 4. Bild av processen för de olika sätt kursdeltagare kan få information om en kurs, hitta den och anmäla sig till den för att delta.

Patterns (mönster)

Sedan programgrupperna lades ned och webbkatalogen infördes upplever medarbetarna svårigheter att få överblick över vilka kurser som ges under en termin. De tycker inte att webbkatalogen är tillgänglig och användarvänlig och de har svårt att hjälpa sina patienter/kunder tillrätta när det gäller att hitta webbkatalogen, söka bland kurserna och visa hur anmälan går till. De uppger att deras patienter/kunder påtalar samma svårigheter. I statistiken över träffar på kursverksamhetens externa webbsida, där webb-katalogen finns, syns en nedåtgående trend. Återkommande problem kring kursadministrationen är svårigheter att få in kursmanus i tid för publicering i webbkatalogen. Det är också svårt att få bemanning och kursansvariga till alla kurser och det saknas en tydlig struktur kring ansvar och beslutsvägar för

kursverksamheten. Till följd av flera omorganisationer har verksamheten haft en stor personalomsättning. Det har påvisat behovet av att kvalitetssäkra innehållet i kurserna då mycket av kunskaperna följt med dem som slutat, vilket har medfört kompetensbrist till vissa kurser och ökad arbetsbörda för dem som finns kvar.

Passion (drivkrafter)

Personalen är väldigt engagerade i sitt arbete och mycket måna om att göra det bästa för patienterna. De upplever att förändringen med nedläggningen av programgrupperna och införandet av webbkatalog har medfört försämringar för patienterna, vilket skapat frustration hos personalen. De har en stark drivkraft att arbeta med utveckling och förbättring och vill gärna ha tid och utrymme för det i sitt arbete.

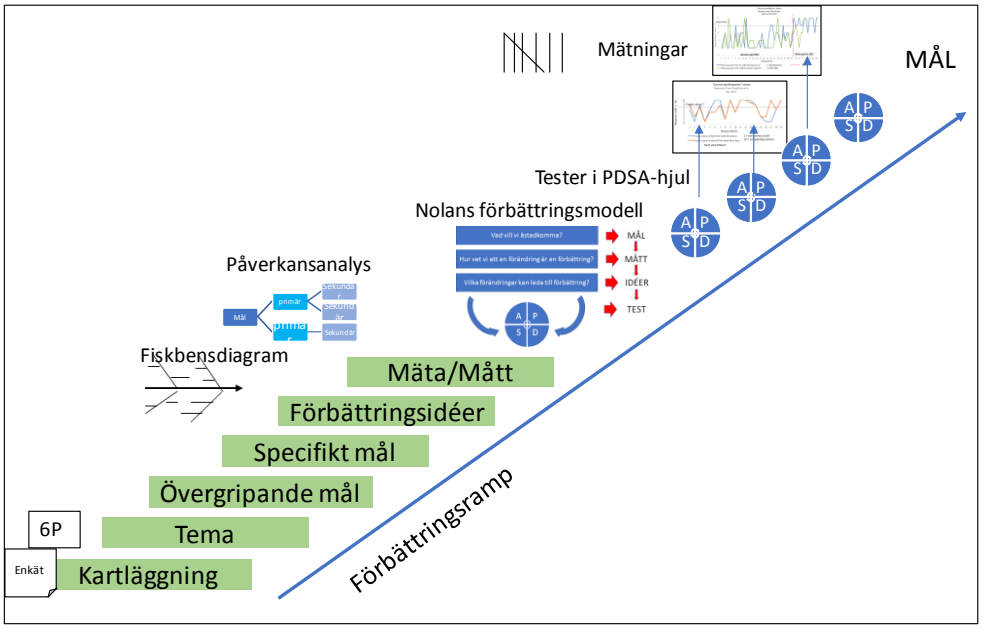
6.2 Författarens roll

Författaren har inom ramen för ordinarie arbete som enhetschef för Utvecklingsenheten för habilitering (under senare delen tillförordnad verksamhetschef för Habilitering Länet) och som masterstudent på Hälsohögskolan i Jönköping varit ansvarig för genomförandet av förbättringsarbetet och studien av detsamma. Under förbättringsarbetets genomförande har författaren agerat coach till projektgruppen genom att bidra med förbättringskunskap och tips om användbara förbättringsverktyg. Vid studien av förbättringsarbetet har författaren haft rollen som forskare. Författaren har haft god kännedom om forskningsmiljön och både projektgruppen och deltagarna i studien har haft kännedom om författarens olika roller i sammanhanget.

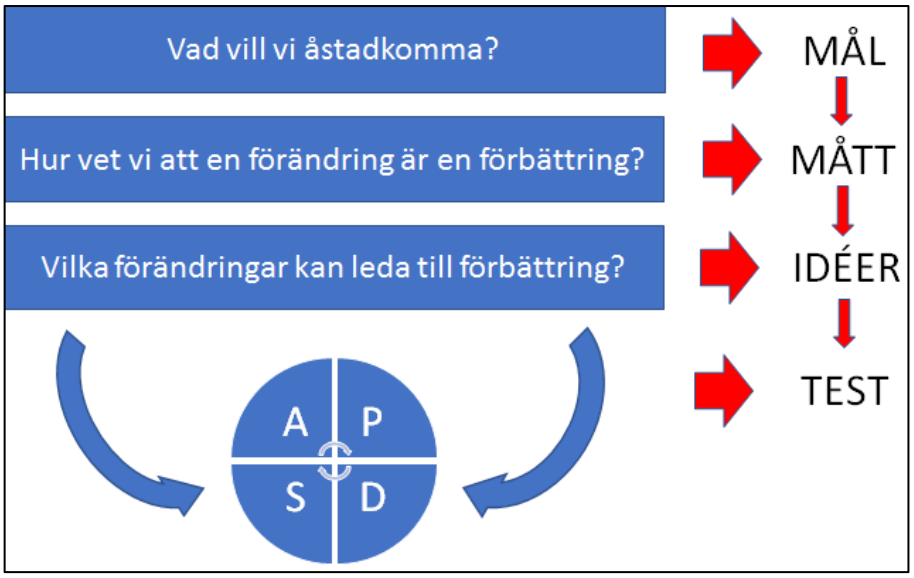
6.3 Metod för förbättringsarbetet

6.3.1 Förbättringsarbetets design

Förbättringsarbetet planerades och genomfördes med stöd av *”the Darthmouth microsystem improvement ramp”* (Nelson et al., 2007) (figur 5) och Nolans förbättringsmodell (Langley et al., 2009) (figur 6). Under de olika stegen i förbättringsrampen användes olika förbättringsverktyg som 6P, fiskbensdiagram och påverkansanalys (Nelson et al., 2007). Genom att besvara frågorna i Nolans förbättringsmodell definierades mål med förbättringsarbetet, vad som skulle mätas för att påvisa förbättringar samt vilka idéer som skulle testas. Testerna gjordes systematiskt genom att använda metoden PDSA-hjul (Langley et al., 2009; Nelson et al., 2007).



Figur 5. Översiktlig bild av förbättringsarbetets design och metoder som användes med utgångspunkt i förbättringsrampen (Nelson et al., 2007) och Nolans förbättringsmodell (Langley et al., 2009).



Figur 6. Nolans förbättringsmodell utvecklad efter Langley et al. (2009).

6.3.2 Organisation av förbättringsarbetet

Förbättringsarbetet genomfördes inom uppdraget för *Utvecklingsenheten för habilitering* vilken startades i september 2016 och blev bemannad med utvecklingsledare i samband med starten av förbättringsarbetet. I enhetens uppdrag ingår ansvar för administration och samordning av kursverksamheten, varför en av de nytillsatta utvecklingsledarna fick i uppdrag att på 50 % av sin tjänst vara kurssamordnare och sammankallande i redaktionsrådet.

6.3.3 Projektgrupp

Projektgruppen bestod av kurssamordnaren och kursadministratören med författaren som ytterst ansvarig och som coach. En utvecklingsledare i utvecklingsenheten agerade ”bollplank” i vissa frågor för att insatserna runt kursverksamheten skulle kunna samordnas med andra förbättringsprojekt som samtidigt pågick i verksamheten, och där beröringspunkter fanns. Alla i projektgruppen arbetade på mesonivå i verksamheten, men hade god kännedom om hur kursverksamheten fungerade på mikronivå. I slutet av förbättringsarbetet bytte kurssamordnaren tjänst och avslutade sitt arbete i projektgruppen. I sin nya befattning var hen ersättare för en av enhetscheferna i redaktionsrådet och fortsatte att ingå i redaktionsrådet under de sista tre månaderna av projektet. Redaktionsrådet fungerade, i kraft av sin funktion i verksamheten, som en kombinerad referens- och styrgrupp till projektet, även om den inte var formellt utsedd till det.

6.3.4 Projektmöten och loggbok

Projektgruppen hade regelbundna avstämningsmöten med coachen då genomförda aktiviteter togs upp och analyserades och fortsatta åtgärder planerades. Alla planerade och genomförda insatser registrerades av projektgruppen i en loggbok, som även coachen hade tillgång till.

6.3.5 Kartläggning

Kartläggningen planerades enligt PDSA-mallen (bilaga 2) och genomfördes med hjälp av en webbenkät till kursansvariga, samt genom att kurssamordnaren intervjuade tidigare programgruppsansvariga. Svaren på de administrativa frågorna till kursansvariga i webbenkäten utgjorde baslinje för förbättringsarbetet (figur 1). I enkäterna fanns möjlighet att lämna fritextsvar. Innehållet i dessa grupperades i ett fiskbensdiagram (bilaga 3). Förbättringsidéer utifrån de olika områdena sorterades i ett påverkansdiagram (bilaga 3). Kartläggningen bidrog till beskrivningen av Habilitering Uppsalas kursverksamhet på mikrosystemnivå enligt modellen 6P (Nelson et al., 2007).

6.3.6 Process- och resultatmått

I samband med att förbättringsidéerna togs fram bestämdes hur de skulle mätas och följas upp. För att följa processen över tid planerades att webb-enkäten från baslinjemätningen skulle skickas till kursansvariga efter varje genomförd kurs under hösten 2017. För att mäta hur förbättringsåtgärderna uppfattades av dem som var målgrupp för syftet med förbättringsarbetet utarbetade projektgruppen en webbenkät som skulle skickas via e-post till alla kursdeltagare efter avslutad kurs. Andra mätningar som ansågs relevanta för arbetet var antalet besök på såväl den interna som externa webbsidan, hur många anmälningar som inkom till kurserna via webbkatalogen samt hur många kurser som behövde ställas in på grund av för få anmälningar. Kursadministratören hämtade resultaten från den interna och externa webbstatistiken samt från LegaOnline. Författaren sammanställde resultaten i olika typer av diagram. Projektgruppen dokumenterade alla frågor de fick angående webbkatalogen och kursadministrationen. Frågorna grupperades utifrån innehåll och pinnstatistik fördes för att kunna följa om det fanns mycket frågor kring något område och för att fånga upp ytterligare förbättringsbehov.

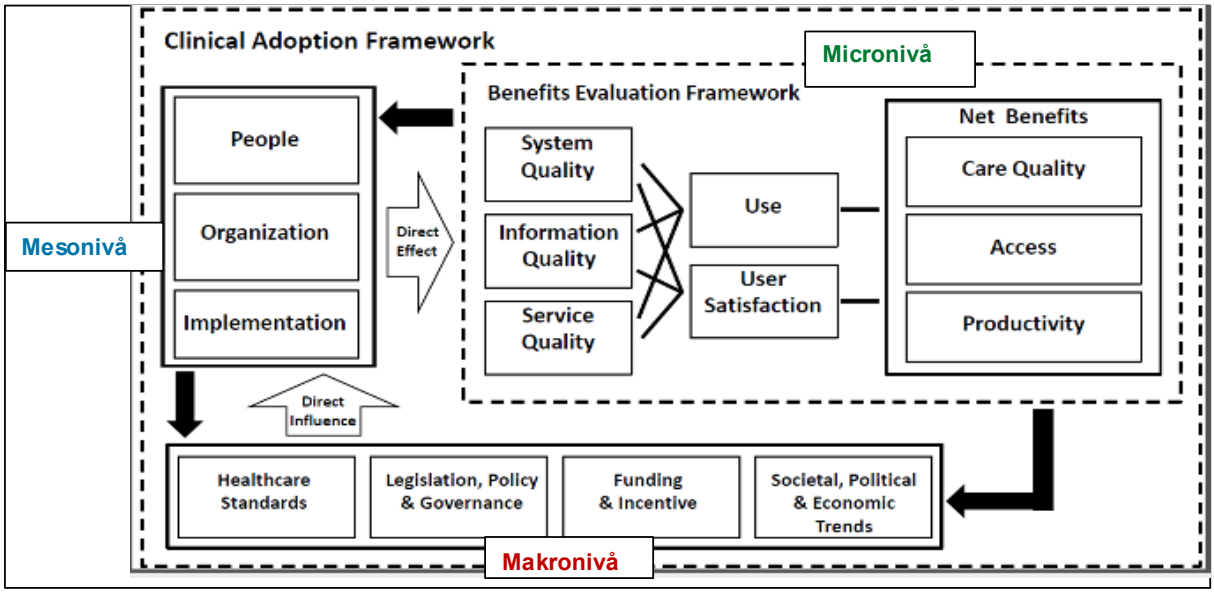
Målvärden för de olika måtten bestämdes utifrån vad projektgruppen ansåg kunde vara realistiskt och samtidigt en utmaning. Resultatmåttet för frågorna till kursansvariga sattes utifrån baslinjemätningen. Målvärdet för antal besök på webbsidan sattes utifrån ur många besök sidan hade när webbkatalogen infördes.

6.4 Metod för studien av förbättringsarbetet

I förbättringsarbetet användes enkäter för baslinjemätningen, med möjlighet till fritextsvar. Förslag och synpunkter som framkom gav ibland fler frågor än svar. För att få en djupare insikt i respondenternas uppfattning kring webbkatalogen genomfördes studien som en fallstudie med induktiv ansats (Bryman, 2002; Graneheim, Lindgren, & Lundman, 2017) och kvalitativ forskningsdesign (Henricsson & Billhult, 2012). Det är en lämplig metod för att få förståelse för ett fenomen i en speciell kontext (ibid.) Datainsamlingen bestod av fyra semistrukturerade fokusintervjuer (Bryman, 2002; Wibeck, 2012). Det är en kvalitativ metod som kan användas såväl för individuella intervjuer som vid gruppintervjuer (Bryman, 2002). Analysen av intervjumaterialet gjordes i två steg. Först gjordes kvalitativ innehållsanalys av all transkriberad intervjutext till manifest nivå (Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004). För att kunna analysera och tolka det kategoriserade resultatet utifrån ett mikro-, meso- och makroperspektiv gjordes en kunskapsresearch över olika modeller för införande och utvärdering av digital teknik inom hälso- och sjukvård. Clinical Adoption Framework (CAF) (Lau et al., 2011) valdes som teoretisk referensram för att ge stöd vid tolkningen av hur det manifesta resultatet av intervjuerna kunde kopplas till mikro-, meso- och makronivå.

6.4.1 CAF - ett ramverk för digital teknik i klinisk verksamhet

CAF är ett ramverk som utarbetats för att följa upp nyttan av hälsoinformationssystem (HIS) (Lau et al., 2011). Ramverket är en utveckling av *The DeLone and McLean Model of Information Systems Success* (Delone & McLean, 2003*)* och *The Benefits Evaluation Framework* (BEF) (Lau et al., 2007). I CAF beskrivs nyckelfaktorer på mikro-, meso- och makronivå som har betydelse för hur väl ett HIS tas emot och fungerar i en verksamhet (Lau et al, 2011; Lau et al., 2012) (figur 7). Det påverkar i sin tur såväl vårdens kvalitet som patienternas tillgång till effektiv och säker vård (Lau et al, 2011). Hur systemet används samt hur nöjda användarna är på mikronivå påverkas av systemets kvalitet, kvaliteten på den information användaren kan få via systemet och av servicenivån (ibid.). Införande av digital teknik innefattar såväl att anpassa tekniken efter verksamhetens behov som vilken approach projektledningen har vid införandet (ibid.). Modellen stämmer bra överens med de förutsättningar som nämns i den nationella e-hälsostrategin (Socialdepartementet, 2010) och Visionen för e-hälsa 2025 (Socialdepartementet & SKL, 2016).



Figur 7. Clinical Adoption Framework (CAF) utvecklad efter Lau et al, 2012 (s.3) med markering av mikro-, meso- och makronivån. Ramverket visar mesonivåns direkta påverkan på hur användarna på mikronivå upplever systemet vilket påverkar hur de använder det och hur nöjda de är. Graden av användning och tillfredsställelse har betydelse för den totala nyttan med systemet.

6.4.2 Intervjuguide

Vid semistrukturerade intervjuer används en intervjuguide med frågeområden (Danielson, 2012b). Intervjuguiden utarbetades av författaren med inspiration av CAF (bilaga 4).

6.4.3 Urval och datainsamling

Två fokusintervjuer (Bryman, 2002) genomfördes individuellt och två i grupp. Informanter vid de individuella intervjuerna var kurssamordnaren och kursadministratören medan kursansvariga och enhetschefer intervjuades i grupp. Kurssamordnaren och kursadministratören tillfrågades personligen av författaren medan kursansvariga och enhetschefer tillfrågades via mail.

Antalet möjliga informanter i gruppen kursansvariga var 45 personer. I samband med förfrågan om att delta i studien skickades en doodle-länk där olika tider för genomförande erbjöds, och där kursansvariga uppmanades att fylla i när de hade möjlighet att delta. Litteraturen beskriver olika uppfattningar om hur många deltagare en fokusgrupp bör innehålla med förslag från tre (Toner, 2009) upp till sexton (Wibeck, 2012). En fokusgrupp bör inte vara för stor om alla ska få möjlighet att komma till tals (ibid.). Författaren gjorde bedömningen att en lämplig gruppstorlek var fyra till åtta personer. Fokusgrupp skulle utses genom att välja den erbjudna tid som först fick minst sex deltagare, vilket förväntades räcka som marginal för eventuella bortfall. Den erbjudna tid som fick flest anmälningar bestod av tre kursansvariga med olika professioner och olika lång erfarenhet i verksamheten. Den aktuella tiden skickades till alla övriga kursansvariga men ingen ytterligare anmälde intresse eller möjlighet att delta, varför fokusgruppen kom att omfatta tre kursansvariga.

Enhetscheferna tillfrågades via mail om möjligheten att använda en timme av ett ordinarie enhetschefsmöte till fokusgrupp, vilket accepterades av samtliga. Gruppen bestod av fem enhetschefer då den tillförordnade enhetschefen som intervjuats som kurssamordnare inte deltog vid gruppintervjun. Alla intervjuer genomfördes av författaren i ett rum i verksamhetens lokaler och spelades in på iPad och/eller iPhone.

6.4.4 Kvalitativ innehållsanalys

Den kvalitativa innehållsanalysen genomfördes med inspiration från Graneheim och Lundman (2004) och Danielson (2012a). Författaren lyssnade igenom varje intervju innan materialet transkriberades, vilket skedde i nära anslutning till varje intervju. Det transkriberade materialet lästes igenom ett flertal gånger. Meningsbärande enheter från det transkriberade materialet lades in i ett Excel-dokument där varje intervju fick en färg. Materialet bearbetades i meningsbärande enheter där huvudbudskapet formulerades i kondenserade meningsenheter. Varje kondenserad meningsenhet abstraherades och märktes med en kod. Koderna jämfördes och sorterades utifrån likheter och skillnader. Utifrån de sorterade koderna hittades kategorier vilka genom ytterligare sortering och bearbetning kunde grupperas i subkategorier och kategorier till ett manifest innehåll (Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 1. Kvalitativ innehållsanalys genomfördes med hjälp av ett analysschema i ett Excel-dokument. Excel-verktyget medgav sortering utifrån varje rubrik.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Man får en helt annan kontroll över inflödet av anmälningar	Bra kontroll över anmälningar	Ger kontroll	Digitala teknikens användbarhet	Upplevelse av nytta
Logiskt, att klickar man på det så ska det leda till det som ska leda till det	Tekniken ska vara lätt att förstå	Lättförståelig teknik		
Jamen man kan inte sitta med patienten och titta i datorn	Patient vid datorn går inte	Inte patient vid datorn	Anpassning till arbetssätt	
Nu om jag tänker att jag ska erbjuda föräldrar nånting, då drar jag ut det, från nätet, och ger ett papper i handen	Föräldrar behöver papper i handen	Papper till förälder		

6.4.5 Latent analys till mikro-, meso- och makronivå

De subkategorier som framkom vid den kvalitativa innehållsanalysen sorterades till mikro-, meso- och makronivå genom latent analys (Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004). De dimensioner, kategorier och förslag till mätningar som beskrevs i CAF (Lau et al., 2007; Lau et al., 2011) användes som stöd och teoretisk referensram.

6.5 Etiska överväganden

Etiska överväganden har gjorts under såväl planering som genomförande av förbättringsarbetet och studien av detsamma (Kjellström, 2012). Särskild vikt har lagts vid att säkerställa anonymitet och konfidentialitet för deltagarna i studien. Alla deltagare i studien fick information om syftet med studien och upplysning om att deltagandet var frivilligt. De fick också information om att resultatet skulle redovisas på gruppnivå på ett sådant sätt att det inte kunde härledas till person, men att det skulle framgå att studien genomförts vid habiliteringen i Uppsala. Alla informanter erbjöds också att läsa resultatet av intervjuerna och vid behov göra rättningar innan det publicerades. Enligt anvisningar från Hälsohögskolan genomfördes en etisk egengranskning vilken inte medförde någon anledning till ytterligare granskning av den lokala forskningsetiska kommittén.

7. Resultat

7.1 Resultat av förbättringsarbetet

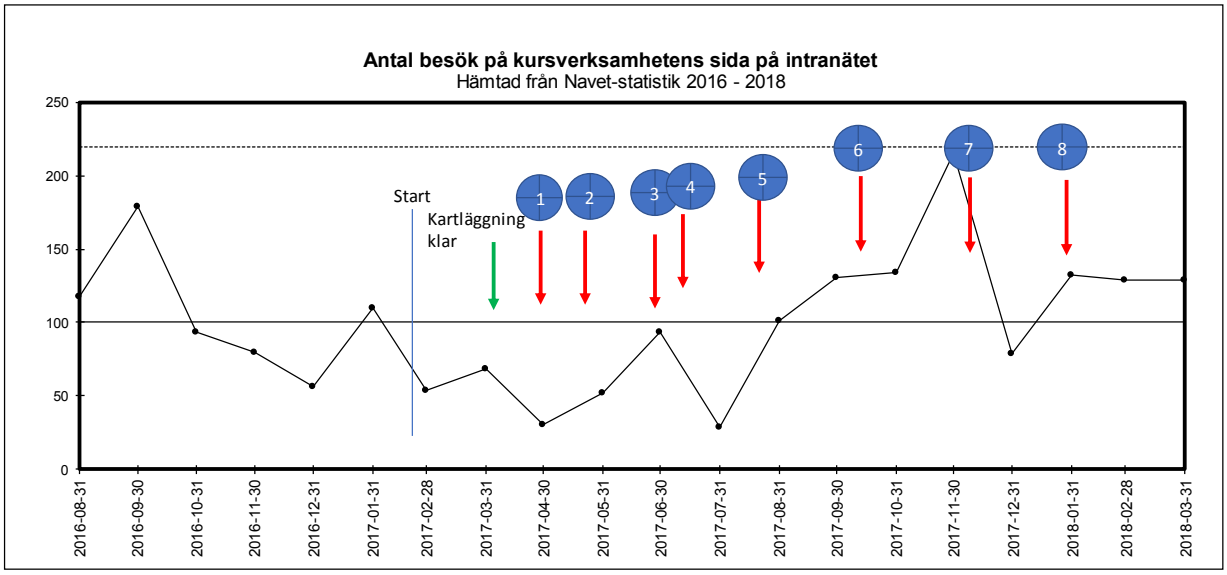
Kartläggningen med hjälp av fiskbensdiagram och påverkansanalys (bilaga 3) visade på fyra huvudsakliga områden för förbättring:

- Administrativa rutiner
- Information/kännedom
- Överblick
- Sökbarhet

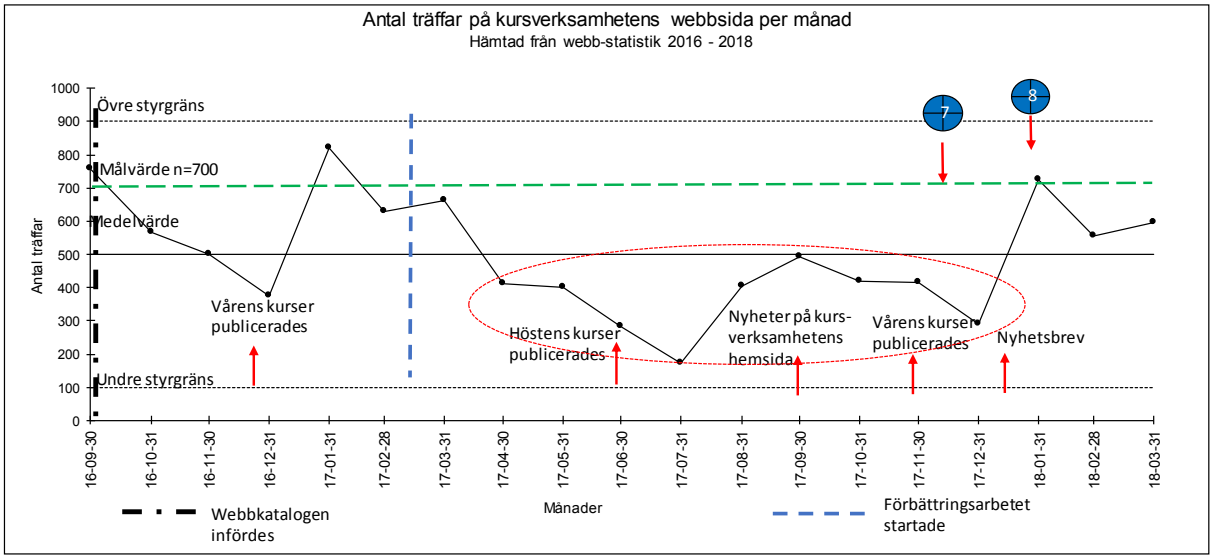
Överblick och sökbarhet var direkt kopplat till svårigheter med webbverktyget, medan administrativa rutiner handlade om organisationen av kursverksamheten inkluderande ansvarsfördelning och roller. Information/kännedom handlade om svårigheter för såväl personal som målgrupper att känna till kursutbudet och personalens upplevelse av att kunna sprida kunskap om kursutbudet till målgrupperna. Projektgruppen bedömde att ett antal åtgärder behövde göras internt i verksamheten och i webb-verktyget för att skapa förutsättningar för bättre tillgänglighet. Varje åtgärd bildade ett PDSA-hjul och resultatet av insatserna följdes via olika mätningar. (figur 8; 9; 10; 11)

7.1.1 Skapa förutsättningar

Första åtgärden blev att förbättra organisationen kring kursverksamheten genom att tydliggöra ansvarsfördelningen, stärka redaktionsrådet med två professionsansvariga med erfarenhet av att vara kursansvariga, utarbeta rutiner, riktlinjer, checklistor och tydliggöra den administrativa processen. (PDSA 1, figur 8; bilaga 4). Förändringarna introducerades av kurssamordnaren och kursadministratören vid fysiska möten i varje habiliteringsenhet innan höstens kursutbud skulle läggas in i webbkatalogen (PDSA 2, figur 8). Webbverktyget utvecklades med bättre sökfunktion och överblick samt med förbättrade administrativa funktioner för att förbättra användarvänligheten för såväl externa användare som för personal (PDSA 3, figur 8). Ett årshjul publicerades på intranätet för att åstadkomma bättre överblick (PDSA 4, figur 8). Hemsidans utformning anpassades och nyheter informerades via hemsida och mail (PDSA 5, figur 8). Kursadministrationen gjorde därefter nya besök i enheterna för att informera om nyheterna (PDSA 6, figur 8). Det noterades att färre kurser än brukligt, 39 mot vanligtvis ett femtiotal, lades in i webbkatalogen under juni månad 2017. Vid PDSA 5 började en förändring synas angående antalet besök på intranätet och efter besöken i enheterna syntes ett större intresse för sidan (figur 8). Insatserna visade inte samma förändring på kursverksamhetens sida på webben (figur 9).



Figur 8. Antal besök på kursverksamhetens sida på intranätet kopplat till när olika åtgärder genomfördes i förbättringsarbetet. Varje åtgärd redovisas som ett PDSA-hjul med nummer.



Figur 9. XmR-diagram över antalet besök på kursverksamhetens webbsida per månad under förbättringsarbetet. Antalet punkter under medelvärdet indikerar en varaktig minskning av antalet besök på webbsidan från april till december 2017.

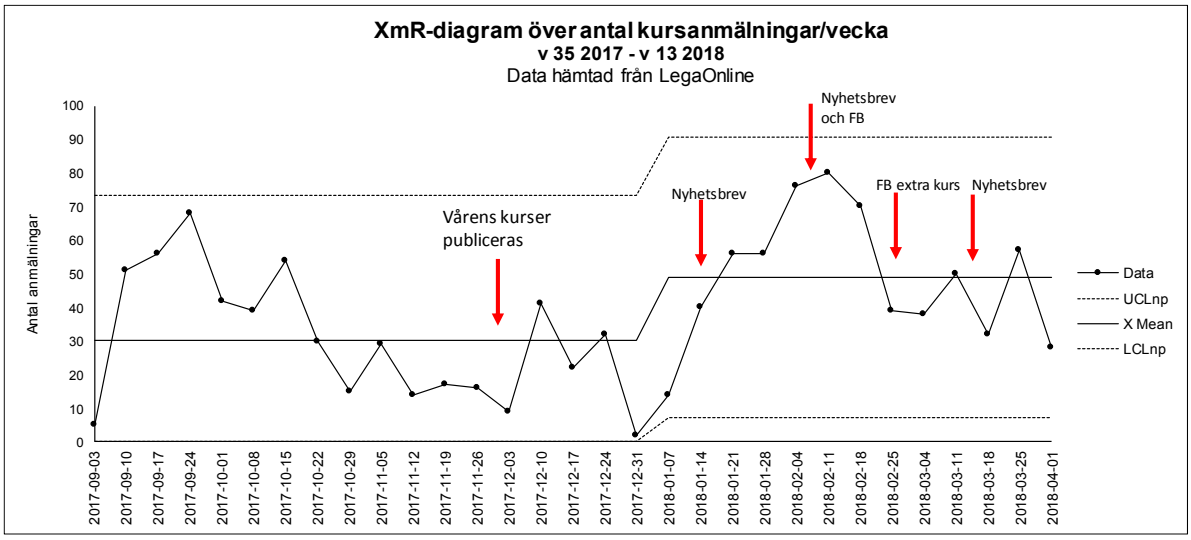
7.1.2 Förbättrad tillgänglighet

Under våren 2017 visade mätningarna en kraftig minskning av antalet besök på webbsidan vilket syntes som en påvisbar förändring i styrdiagrammet (figur 9). För att ta del av de förbättringar som gjorts för att webbkatalogen skulle bli lättare att använda behövde målgrupperna veta om att sidan fanns och hur de kunde hitta till den. Webb-adressen förenklades och olika informationsåtgärder som väntrums-TV och visitkort introducerades. Informationsmail skickades till alla som deltagit i kurser via anmälan i

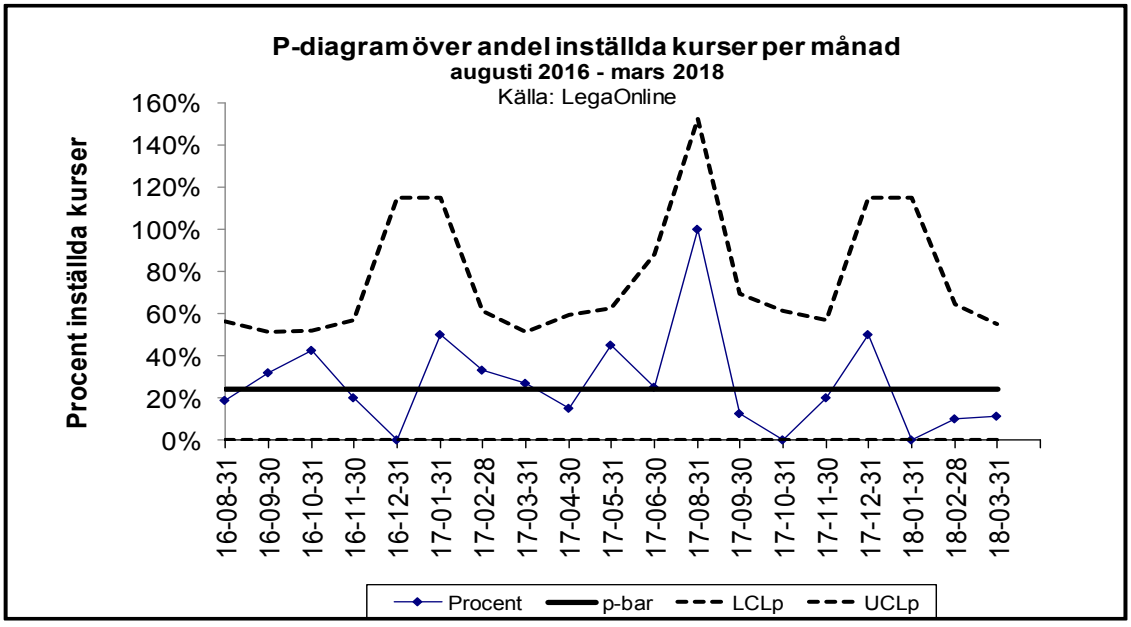
webbkatalogen (PDSA 7, figur 8 och 9). Ytterligare informationsinsatser infördes i form av återkommande nyhetsbrev samt information på sociala medier i form av Facebook-inlägg (PDSA 8, figur 8 och 9).

Informationsinsatserna i PDSA 7 och 8 påverkade besöken på kursverksamhetens webbsida positivt men vid rapporteringstillfället för förbättringsarbetet fanns för få mätningar för att säga att det blivit en varaktig förbättring. Målet med 700 besök/månad på kursverksamhetens webbsida var inte uppnått (figur 9).

Tillgängligheten till kursutbudet mättes i antalet anmälningar per vecka vilket visade en påvisbar förbättring (figur 10), samt i andelen inställda kurser på grund av för få anmälningar (figur 11). Under de tre första månaderna 2018 hade fler personer anmält sig än vad antalet deltagare var under hela hösten 2017. I samband med nyhetsbrev via mail till alla som registrerat sig i webbkatalogen blev en del av vårens kurser fullbokade och extra kurstillfälle sattes in för att tillgodose behoven. Andelen inställda kurser hade sjunkit från 33 % höstterminen 2016 till 10 % under de tre första månaderna 2018.



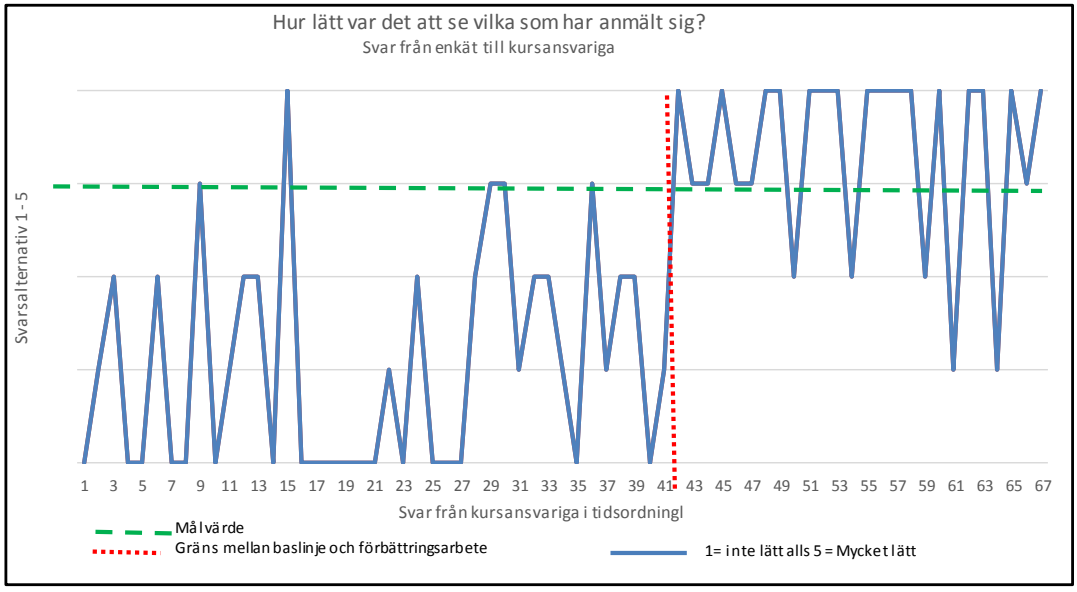
Figur 10. XmR-diagram över antal kursanmälningar per vecka mellan vecka 35 2017 och vecka 13 2018.



Figur 11. P-diagram över andelen inställda kurser per månad från augusti 2016 till mars 2018.

7.1.3 Upplevelse av tillgänglighet och användarvänlighet

Uppföljningen med enkäter till kursansvariga om upplevelsen av de olika administrativa momenten som de skulle göra i webbkatalogen startade i december 2017 och skickades till alla som varit kursansvariga under hösten och sedan efter varje genomförd kurs. Fram till 31 mars 2018 hade totalt 31 svar inkommit. Varje fråga hade bortfall då respondenten svarat ”ej aktuellt”. De svar som inkom redovisas med hjälp av linjediagram fråga för fråga och per respondent i den ordning som svaren inkom (figur 12; bilaga 6). Ingen av frågorna nådde målet på minst fyra på den femgradiga skalan. Vid jämförelse av medelvärde före och efter förbättringsarbetet hade det ökat för alla frågor och två frågor nådde målvärdet fyra eller bättre (tabell 2).



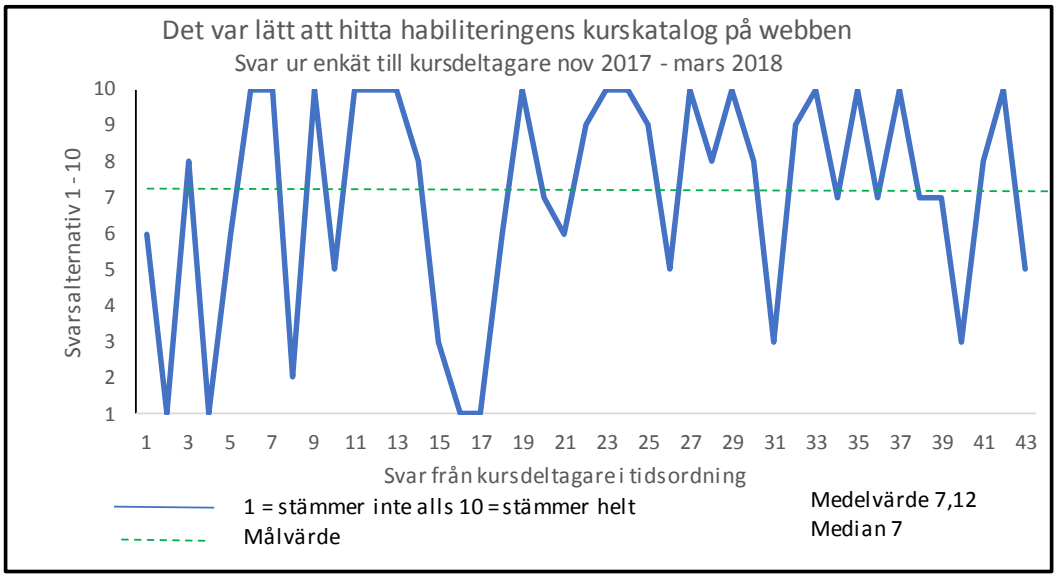
Figur 12. Linjediagram över svar från kursansvariga på frågan ”Hur lätt var det att se vilka som har anmält sig?”. Svaren är redovisade i den ordningsföljd de inkom.

Tabell 2. Jämförelse av medelvärde för varje fråga till kursansvariga om de administrativa uppgifterna i webbkatalogen före och efter förbättringsarbetet. Inom parentes redovisas antal svar som ligger till grund för medelvärdet. 1= inte lätt alls och 5= mycket lätt.

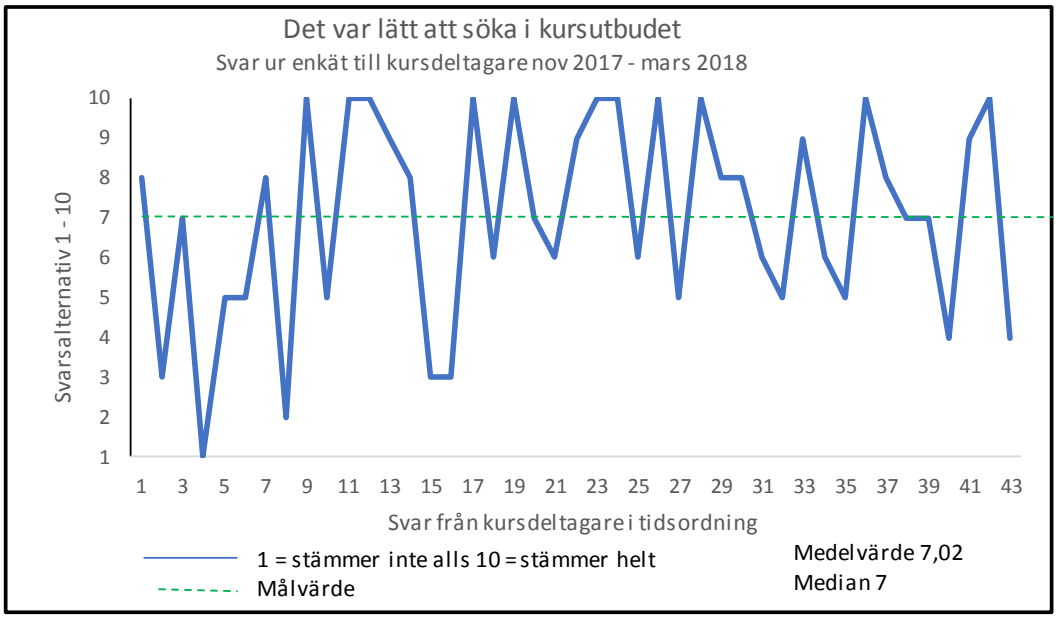
Fråga	Medelvärde baslinje	Medelvärde förbättringsarbete
Hur lätt var det att skicka in uppgifter?	3,31 (41)	3,61 (23)
Hur lätt var det att se vilka som anmält sig?	2,05 (41)	4,35 (26)
Hur lätt var det att se kontaktuppgifter?	2 (41)	3 (25)
Hur lätt var det att bekräfta intresseanmälan?	2,02 (41)	3,18 (11)
Hur lätt var det att hämta ut närvarolista?	2,22 (41)	4 (20)
Hur lätt var det att registrera närvaro?	2,41 (41)	3,33 (18)

Pinnstatistiken som kursadministrationen förde över frågor som inkom från verksamheten visade att såväl antal frågor som områden de berörde blev färre under förbättringsarbetets gång.

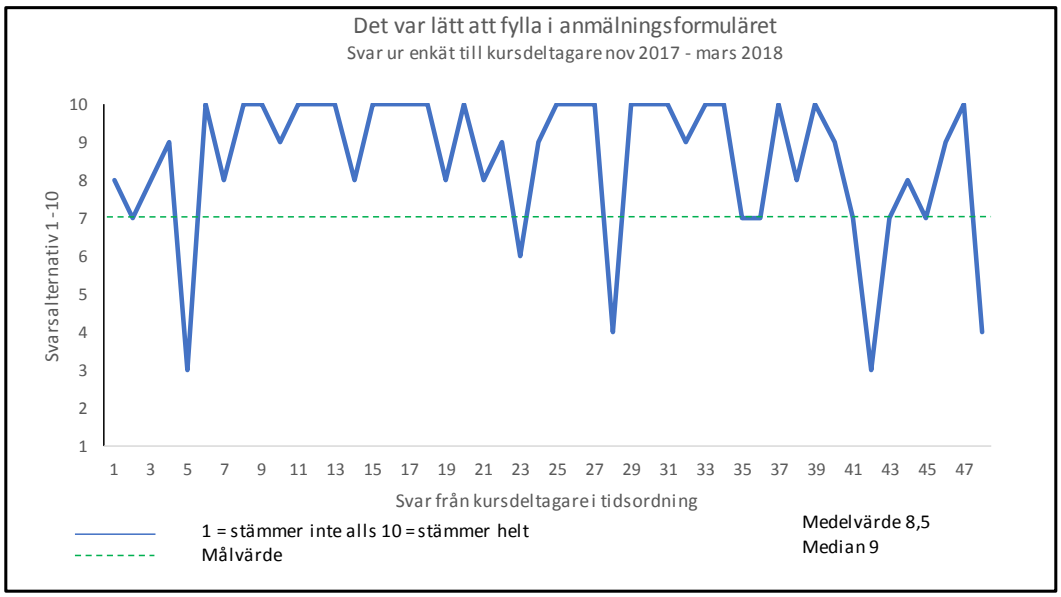
Från november 2017 till mars 2018 inkom 60 svar på enkäten till kursdeltagare. 12 respektive 17 personer hade svarat ”vet ej” på de olika frågorna vilket gav bortfall i resultatet. Målet att alla kursdeltagare skulle svara minst sju på en tio-gradig skala nåddes inte för någon av frågorna, medan såväl medelvärde som medianvärde visade sju eller högre för alla frågor (figur 13, 14, 15; tabell 3). Bäst resultat visades för frågan ”Det var lätt att fylla i anmälningsformuläret” (figur 15; tabell 3).



Figur 13. Linjediagram över svar från kursdeltagare på påståendet ”Det var lätt att hitta habiliteringens kurskatalog på webben”.



Figur 14. Linjediagram över svar från kursdeltagare på påståendet ”Det var lätt att söka i kursutbudet”.



Figur 15. Linjediagram över svar från kursdeltagare på påståendet ”Det var lätt att fylla i anmälningsformuläret”.

Tabell 3. Jämförelse av medelvärde för varje fråga till kursdeltagare om tillgänglighet och användarvänlighet. Inom parentes redovisas antal svar som ligger till grund för medelvärdet/medianvärdet. Svarsalternativen var 1 – 10. 1= stämmer inte alls och 10= stämmer helt.

Påstående	Medelvärde	Medianvärde
Det var lätt att hitta habiliteringens kurskatalog på webben	7,12 (43)	7 (43)
Det var lätt att hitta i kursutbudet	7,02 (43)	7 (43)
Det var lätt att fylla i anmälningsformuläret	8, 5 (48)	9 (48)

7.2 Resultat av studien

I resultatet redovisas de viktigaste fynden för att beskriva respondenternas uppfattning om webbkatalogen och vad som påverkade hur den användes i verksamheten. Först redovisas resultatet av den kvalitativa innehållsanalysen till manifest nivå (Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004). Därefter exemplifieras resultatet med citat i kursiv stil under respektive subkategori. Alla intervjuer har bidragit med citat men av hänsyn till respondenternas integritet och konfidentialitet redovisas inte från vilken intervju respektive citat är hämtat. Avslutningsvis redovisas en mer latent tolkning (ibid.) av hur resultatet förhåller sig till mikro-, meso- och makronivå med CAF som teoretisk referensram.

7.2.1 Manifest innehållsanalys

Den kvalitativa innehållsanalysen resulterade i två kategorier, *upplevelse av nytta* samt *ledning och styrning*. Kategorierna utgjordes av sammanlagt sex underkategorier där *delaktighet* bedömdes ha betydelse för båda kategorierna. I tabell 4 redovisas exempel på koder som abstraherats från kondenserade meningsenheter för att sedan bilda kategorier och subkategorier. Hela analysen ligger nära det ursprungliga textinnehållet och är att betrakta som manifest (Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 4. Den kvalitativa innehållsanalysen resulterade i två kategorier och sex subkategorier vilka exemplifierats med koder från det bearbetade intervjumaterialet.

KATEGORI	**UPPLEVELSE AV NYTTA**					**LEDNING OCH STYRNING**
Subkategori	**Webbkatalogens användbarhet**	**Anpassning till arbetssätt**	**Förväntningar**	**Support**	**Delaktighet**	**Organisation och Förutsättningar**
Koder	Ger kontroll Snabb informationsväg Lättförståelig teknik Aktuell information Lättanvänd Översikt saknas Inte utskriftsvänlig Kan nås hemifrån Tillgänglig för alla Anpassad för patienterna Teknikkunskap krävs Alternativ informationsväg behövs Inställda kurser pga. få deltagare Kräver tillgång till teknik	Papper till förälder Inte patient vid datorn Passar inte kulturen Papperskatalog ett samtalsstöd Verktyg måste man lära sig Måste träna själv Lågteknologisk behöver alternativ	Tilltalande layout Webbkatalog komplement Rolig katalog Förbättra med bilder Enklare Översikt på årsbasis	Stöd uppskattas Hjälp väl använd tid Får snabb återkoppling Får bra service vid behov Behöver påminnas Väntrums-TV bra och publik Visitkort som marknadsföring Kunskap bra för patienterna	Synpunkter påverkat Kan påverka utveckling Tillgång till information Oklart varför webbkatalog Förankring	Kaos efter programgrupperna Dålig tajming vid införandet Kunskapsbrist hos ledningen Otydlig organisation runt kurser Svåra processer Osäkerhet kring rutiner Otydlig beslutsgång Oklarhet kring kursutbudet Långtidsplanering Kompetensmatris Produktionsplanering Coacher behövs Kursvärd saknas Samverkan med andra aktörer Intern samverkan

7.2.2 Webbkatalogens användbarhet

Svårigheten att få överblick över kursutbudet och att innehållet inte var utskriftsvänligt var de vanligaste invändningarna mot användbarheten. När personalen inte hade överblick över kursutbudet blev de osäkra och tyckte inte att de kunde ge patienterna rätt och bra information. När de väl hittat den information de ville förmedla önskade de kunna skriva ut den för att ha något påtagligt och konkret att sätta i händerna på patienterna, som ett bildstöd.

> *Ja det är väl största frustrationen …har varit… att inte ha översikt över vad vi erbjuder. Och då kan man inte förmedla det heller till patienterna*

Det fanns också en oro över att patienter/närstående inte hittade eller klarade av webbkatalogen och att det bidrog till färre anmälningar och därmed fler inställda kurser. Upplevelsen var att kurser som av tradition brukade vara populära och med många deltagare fick ställas in på grund av för få anmälningar, vilket kopplades till svårigheter att hitta och använda webbkatalogen. Olika arbetsgrupper ägnade mycket tid till att diskutera hur de skulle komma tillrätta med problemet och hittade på egna lösningar för att nå ut med information. Ibland resulterade det i att extra arbetsinsatser gjordes. Dubbelarbete förekom genom att personal skickade inbjudningar till presumtiva kursdeltagare via brev trots att den aktuella kursen fanns i webbkatalogen.

Respondenterna gav också uttryck för en del fördelar med webbkatalogen vilket var positivt för användbarheten. Att den var lättillgänglig och att patienterna kunde använda den hemifrån var en fördel. Det sågs också som värdefullt att informationen alltid var aktuell och att det gick lätt och snabbt att nå ut med information. Samtidigt påpekades att det var bra för dem som klarade av tekniken.

> *…men det är ju beroende på om patienten klarar av den tekniken…det ger till nytta för dem som klarar av tekniken*

7.2.3 Anpassning till arbetssätt

Webbkatalogen krävde ett annat arbetssätt med patienterna i förhållande till hur arbetet bedrivits med hjälp av papperskatalogen. Papperskatalogen hade ofta använts som ett samtalsstöd när man träffade patienter och tillsammans satt och bläddrade i den och diskuterade kring olika kurser. Förändringen upplevdes som jobbig och respondenterna upplevde inte att de erbjudits alternativa lösningar. Att sitta vid datorn med en patient var inte en acceptabel lösning. Respondenterna menade också att det kunde vara olämpligt att ha patienten vid sitt skrivbord om det inte var ordentligt undanplockat då det t ex kunde finnas dokument eller anteckningar där som inte patienter skulle se. De önskade att webbkatalogen i högre utsträckning kunde anpassas till det invanda sättet att arbeta på och menade att det för många som arbetat väldigt länge var en kulturkrock att införa en webbkatalog i verksamheten. Respondenterna menade också att det krävdes kunskap och övning för att lära sig tekniken så att arbetet kunde bedrivas på annat sätt. Alla i verksamheten kände sig inte bekväma med tekniken och därför behövdes såväl information som träning för att känna sig så säker med verktyget att man praktiskt kunde visa patienterna.

> *Jag tror, om det ska vara en webbkatalog så ska skulle det va en som, som man inte skulle behöva. . .söka, utan bara bläddra i också, tror jag*

7.2.4 Förväntningar

Respondenterna beskrev besvikelse över att de förväntningar de haft på att webbkatalogen skulle medföra förbättringar i förhållande till papperskatalogen inte hade infriats, vilket påverkade upplevelsen av

nyttan med webbkatalogen. En förväntning som inte infriades var tillgång till bilder i webbkatalogen. Bilder ansågs förhöja kvaliteten så att kurskatalogen kunde upplevas mer tillgänglig i form av att vara rolig att titta i. Det fanns också förväntningar på att webbkatalogen skulle göra arbetet enklare, vilket respondenterna inte upplevde. En annan förväntan som inte infriades var möjligheten att få överblick över kursutbudet på helårsbasis, vilket hade uppfattats vara en viktig anledning till att över huvud taget övergå till en webkatalog. Det framkom också att man förväntat sig att webbkatalogen skulle vara ett komplement till papperskatalogen och att båda systemen skulle finnas parallellt. När det stod klart att webbkatalogen ersatte papperskatalogen direkt medförde det besvikelse och missnöjdhet hos personalen.

> *För jag trodde att man skulle förbättra katalogen och sätta dit fler bilder, och göra den mer tillgänglig och att man skulle utveckla den [paus] utvecklat och gjort en rolig katalog*

7.2.5 Support

Lättillgängligt stöd och support betraktades som viktigt för att underlätta arbetet och minska frustrationen när svårigheter uppstod. Att få dela med sig av information och kunskap uppfattades vara väl använd tid och ett led i att förbättra för patienterna. Förbättringsinsatserna med väntrums-TV och visitkort nämndes som bra stöd i arbetet med att marknadsföra kurserna och uppfattades underlätta det egna arbetet. Visitkorten användes som ett snabbt kommunikationssätt när det fanns lite tid att informera patienterna och upplevdes som effektivt för att nå ut med budskap. De underlättade även personalens eget ”komihåg” när det gällde t ex rätt webbadress.

> *Och på det sättet kommer det till nytta för patienterna också, om personalen kan, så är dom bra ambassadör för det, till patienterna*

> *Nej men dom här korten som vi fick, dom fick jag ganska nyligen. Dom tycker jag var en bra grej för då kan man säga gå in här och kolla på kurser.*

7.2.6 Delaktighet

Delaktighet bedömdes ha betydelse både för upplevelsen av nytta med webbkatalogen och ledning och styrning. Det gemensamma var behov av relevant information, bli lyssnad till och att ha möjlighet att påverka. Återkoppling och feedback på förbättringsförslag ansågs mycket viktigt. Det gällde såväl om förbättringarna gick att genomföra eller inte. Utan återkoppling var det svårt att sluta tänka på det som upplevdes svårt och jobbigt med webbkatalogen. Förankring ansågs vara en framgångsfaktor. Att få vara med och påverka och bli lyssnad på gjorde personalen mer samarbetsvillig och positivt inställd. Upplevelsen var att det fanns brister i förankringsarbetet när webbkatalogen skulle införas. Det uppfattades som ett påbud från ledningen där syftet med webbkatalogen inte var tydligt kommunicerat.

> *Man vill va med lite, och tycka till innan va som, vad skulle va bra, <u>då ställer folk upp!</u> Så att det blir lite förankrat så där, tror jag.*

7.2.7 Organisation och förutsättningar

Organisationen av kursverksamheten och de ingående processerna upptog mycket tid i intervjuerna. Det fanns en gemensam upplevelse av att det saknades en tydlig ersättning i organisationen till det arbete programgrupperna tidigare utfört, vilket handlade om arbetet innan kurserna kom in i webbkatalogen. Det var otydligt hur kursutbudet skulle se ut under ett år och vem/vilka som skulle besluta om

det, vilka som hade kompetens för att hålla kurser och hur medarbetare till kurser skulle utses. Respondenterna uttryckte att förutsättningarna för hur webbkatalogen togs emot påverkades negativt av att det sammanföll med nedläggningen av programgrupperna och att det pågick en omorganisation i verksamheten. Problem som uppstod i samband med dessa omorganisationer kom att förknippas med webbkatalogen även om den egentligen inte var orsaken eller en påverkansfaktor. Det medförde att webbkatalogen upplevdes som ett ”skällsord” bland personalen.

> *Det som jag tycker är svårast är administrationen innan kurserna faktiskt hamnar i katalogen*

> *Sen så genomfördes det ju [införande av webbkatalogen] som sagt när programgrupperna hade försvunnit också, så det var ju rörigt i största allmänhet*

Det framkom många idéer till förbättringar av kursverksamheten och hur den skulle kunna organiseras för att skapa bättre förutsättningar. Det var inte fokus för den här studien och behandlas därför inte vidare i resultatet.

7.2.8 Latent tolkningsnivå

Resultatet av den manifesta innehållsanalysen beskrevs i subkategorier och kategorier. Författaren bedömde att subkategorierna var faktorer som kunde kategoriseras till mikro-, meso- och makronivå. Med CAF som teoretisk referensram (Lau, 2007; Lau 2011) bedömdes några subkategorier vara kopplade till både mikro- och mesonivå. Däremot förekom inte någon subkategori på makronivå utifrån CAF.

Mikronivå

Webbkatalogens användbarhet hade en nära koppling till det direkta patientarbetet och därmed till mikronivån. Hur ett HIS används och hur nöjd användaren är på mikronivå påverkas enligt CAF av hur funktionellt, säkert och tillförlitligt systemet är (Lau, 2007). Det påverkar i sin tur upplevelsen av såväl patientnytta som verksamhetsnytta, vilket framkom i analysen av webbkatalogens användbarhet. Hur nöjd användaren är påverkas också av vilka förväntningar som finns på systemet, vilken kunskap och kompetens användaren har samt av tillgången till support och tekniskt stöd (Lau, 2007). Flera av dessa punkter återfanns under subkategorierna *förväntningar* respektive *support*.

Mesonivå

På mesonivå lyfter CAF fram dimensionerna *people, organization och implementation* som förutsättningar som har direkt påverkan på hur väl mikrosystemet fungerar (Lau et al., 2012; Lau et al, 2011) *People* innefattar såväl användarnas uppfattning om vikten av det digitala systemet som förväntningar på hur det kan förbättra/underlätta, samt användarnas personliga kunskaper och erfarenheter. Subkategorierna *anpassning till arbetssätt* och *förväntningar* hade innehåll som kunde kopplas till denna dimension.

Subkategorin *organisation och förutsättningar* var inte direkt överförbar till dimensionen *organization* i CAF, utan innehöll också delar av dimensionen *implementation* i form av att skapa förutsättningar för implementering (Lau, 2011).

I CAF hittades inget riktigt stöd för subkategorin *delaktighet* som eget begrepp. I den manifesta analysen beskrevs delaktighet både i förhållande till ledningen, vid införande av webbkatalogen, och i förhållande till kursadministrationen vid utvecklingen av den. Genom sin påverkan på mikrosystemet bedömdes delaktighet tillhöra mesonivån.

8. Diskussion

En tillfredsställande upptäckt har varit att resultatet av studien stämde väl överens med hur förbättringsarbetet planerades och genomfördes. De faktorer som framkom i studien fanns på mikro- och mesonivå. Mesonivån innehöll delar som handlade om att skapa förutsättningar och tydliggöra processer samt bidra med kunskap och stöd, vilket var insatser som projektgruppen bedömde var viktiga att starta med i förbättringsarbetet.

Upplevelsen av nytta påverkades av flera faktorer där projektgruppens support till medarbetarna var en framgångsfaktor för förbättringsarbetet. Samtidigt var det förvånande att personalen uppfattade visitkort och väntrums-TV som support. För dem var avlastning av arbetsuppgiften att informera om kurserna en form av support som studien har lyft fram. För att slutanvändare ska uppleva att de har nytta av HIS finns en utbredd uppfattning om att de behöver ha tillgång till olika former av support (Shachak, Barnsley; Tu, Jadad, & Lemieux-Charles, 2011). I ett teoretiskt ramverk för support till slutanvändare beskrivs fem olika dimensioner av vad support kan vara och på vilket sätt det kan ges, såväl personellt som tekniskt (Shachak et al, 2011). Det finns skäl att tro att det gäller även andra digitala verktyg, t ex webbkatalogen. När ett digitalt verktyg ska införas i en verksamhet är det viktigt att stödfunktioner som kan ge support på många olika sätt finns med i planeringen redan från början. Risken är annars överhängande att användarna stöter på problem som gör att de blir negativt inställda. Över huvud taget har studien visat att det behöver finnas en grundlig plan med såväl kartläggning som plan för den administrativa och supportande organisationen innan ett digitalt verktyg införs i hälso- och sjukvården. Tyvärr är erfarenheten annorlunda och det är många digitala system att lära sig och förhålla sig till inom vården idag. Får personalen inte lära sig dem bra från början finns risk att det tar tid från patientarbetet i stället för att minska den administrativa tiden, vilket ofta är förhoppningen.

En annan viktig faktor som framkom i studien var delaktighet. För att förstå problemen och kunna ge rätt support behöver det finnas möjlighet till delaktighet. Där har den supportande organisationen och de som är i behov av support och feedback ett ömsesidigt ansvar att få det att fungera. Det finns annars risk att det blir envägskommunikation från vardera håll. Vid intervjuerna framkom att respondenterna inte visste att vissa förbättringsförslag som personalen önskat hade genomförts, trots att de hade kommunicerats såväl vid personliga besök i enheterna som i nyhetsbrev och på kursverksamhetens webbsida. Om medarbetare inte tar del av information om förändringar och förbättringar, och inte deltar vid möten där de kan få feedback på sina förslag, påverkar det möjligheterna att tillgodose behoven och upplevelsen av delaktighet.

Delaktighet är viktigt även i planeringsfasen, innan ett digitalt verktyg köps in Delaktighet var inte en faktor som beskrevs i CAF, och inga faktorer identifierades på makronivå. När det handlade om beslut om införande av webbkatalogen fanns en koppling till makronivån. Om ledningen låter medarbetarna vara delaktiga tidigt i processen ökar möjligheterna att förstå hur arbetsprocessen ser ut så att ”kulturkrockar” kan undvikas innan införandet är ett faktum. Det bidrar sannolikt också till att medarbetarna får mer realistiska förväntningar, vilket var ytterligare en faktor för upplevelsen av nytta.

I subkategorin webbkatalogens användbarhet tänkte personalen ofta utifrån patientperspektivet. När patienter förväntas bli mer digitala i vården är det väldigt viktigt att även de ges möjlighet att vara delaktiga så att rätt förutsättningar kan ges. Det är nödvändigt att vi inom vården är innovativa om vi ska klara den demografi vi står inför med ökad andel äldre i befolkningen. Gör vi inte på rätt sätt riskerar vi att stå där med både gamla och nya arbetssätt som kräver resurser vilket minskar tiden vi kan skapa värde för patienterna.

8.1 Metodutvärdering

8.1.1 Författarens roll

I förbättringsarbetet fungerade den kombinerade rollen bra. Projektgruppen var aktiv och inspirerade med mycket drivkraft, och nyfikenhet att lära sig det nya sättet att arbeta. Det hände att projektgruppen infört nya idéer i loggboken utan att vi hunnit diskutera hur insatserna skulle mätas, men det gick bra att ta upp frågan och komma vidare och det låg ett lärande i arbetet.

I kvalitativ forskning är det svårt att vara helt objektiv även om det ska eftersträvas (Persson, 2006). Samtidigt kan god kunskap om det som studeras underlätta samtalet och ge djup till följdfrågorna och på så sätt öka trovärdigheten i svaren (ibid.). Medvetenhet har funnits om att författarens olika roller kan ha påverkat objektivitet och neutralitet i studien. För att minimera denna påverkan har ett transparent förhållningssätt i beskrivningarna av tillvägagångssätt och vid tolkning av resultaten använts. Vad gäller de ursprungliga besluten om införandet av webbkatalogen var författaren inte delaktig i dem vilket var positivt för neutraliteten. Det kan däremot ha varit en nackdel att intervjuerna genomfördes av mig utan att ha en oberoende observatör närvarande. Den goda insikten i förbättringsarbetet gjorde att jag vid ett par tillfällen kunde känna mig lite provocerad och ställde följdfrågor som skulle kunna uppfattas ifrågasättande av respondenterna. Om de t ex tog upp ett problem med webbkatalogen som jag visste var åtgärdat hände det att jag frågade om de inte sett eller hört att den funktionen nu fanns, eller påpekade att det var åtgärdat. En intervjuare med mindre kunskap om förbättringsarbetet hade förmodligen inte hamnat i den fällan. Samtidigt kan det stärka studiens trovärdighet att respondenterna tog upp dessa saker eftersom det fanns en risk att de kunde uppleva att de var i en sådan beroendeställning att de enbart tog upp sådant de trodde att jag ville höra (Persson, 2006). Om det varit möjligt att engagera en från förbättringsarbetet oberoende intervjuare hade jag ändå föredragit det och i stället själv haft rollen som observatör.

8.1.2 Metodutvärdering förbättringsarbetet

De olika stegen i förbättringsrampen (Nelson et al., 2007) och Nolans förbättringsmodell (Langley et al., 2009) bidrog till att skapa förståelse för problemen och vad som behövde göras. Samtidigt var det svårt att hitta lämpliga sätt att mäta om de förbättringar som gjordes på mesonivå hade någon effekt. De processmått som visade bäst utfall var andelen anmälningar till kurser och andelen inställda kurser. Resultaten säger ingenting om vilka kurser som erbjöds under de olika terminerna och om det i så fall finns mer eller mindre populära kurser. Genom att fortsätta följa processmåtten över längre tid kan en säkrare bild av den normala variationen tas fram och förbättringar synas. De processmått som användes genom att mäta antal besök på webbsidan gav litet utfall till dess att insatser började göras mer direkt på mikronivå. Det tog också tid innan så mycket förbättringar införts att det ansågs värdefullt att göra uppföljande mätningar genom att skicka enkäter till kursansvariga och kursdeltagare. Om kursdeltagarna hade fått enkäter kontinuerligt från början hade det bidragit till en baslinje inför det fortsatta arbetet, vilket varit värdefullt. En lärdom är att när förbättringsinsatser behöver starta på mesonivå måste det finnas tålamod i såväl projektgruppen som hos uppdragsgivaren eftersom det kan ta tid innan effekterna syns i processmått. Det är därför önskvärt att försöka hitta mått som utgår från olika perspektiv. Där kan värdekompassen (Landstingsförbundet, 1997) vara ett bra stöd.

Inget av målen för förbättringsarbetet nåddes utifrån de mått som valdes. Andra beräkningar av resultaten, t ex i medelvärden eller medianvärden, gav bättre måluppfyllelse. Ett exempel på det är svaren från kursdeltagare. Den typen av resultat kan vara till nytta för att hålla motivationen i en projektgrupp uppe, eller vid återkoppling till verksamheten, för att visa att arbetet är på väg åt rätt håll även om det ännu inte syns tydligt i ett linje- eller styrdiagram. Att redovisa båda typerna av resultat tillsammans är värdefullt för att inte förledas tro att målet är uppnått när medel- eller medianvärdet nått målet. De olika formerna av linjediagram bildar bra underlag för diskussion kring resultatet och om behov av fortsatta förbättringar.

Det var svårt att få in svar från mikronivån, det vill säga kursdeltagare och kursansvariga. Synpunkter från kursansvariga inkom på olika andra sätt till projektgruppen under hela förbättringsarbetet och frågorna minskade vartefter förbättringsinsatser gjordes. Det hade varit värdefullt att få in fler synpunkter från kursdeltagare, men annan form än enkäter behöver prövas, t ex fokusgrupper.

8.1.3 Metodutvärdering studien

Induktiv ansats valdes för att låta det insamlade materialet förutsättningslöst leda till resultatet (Danielson, 2012a). Intervjutexterna analyserades till en manifest nivå, vilket innebär att analysen ligger nära innehållet i texten (Graneheim & Lundman, 2004). Det är en lämplig start första gången metoden används, vilket var fallet i den här studien. Analysen har skett i flera steg. Det kan tyckas vara en mer abduktiv design, vilket övervägdes vid metodvalet. Abduktion innebär att induktiva och deduktiva metoder varvas för att komplettera och fördjupa förståelsen av resultaten (Graneheim et al., 2017). Det intressanta fokuset för studien fanns i empirin och valet föll därför på induktiv ansats. CAF användes som en teoretisk referensram för sorteringen till de olika nivåerna i systemet utan att någon djupare tolkning av materialet gjordes (ibid). Resultatet av studien är väldigt empirinära, vilket stärker valet av metod.

Det önskade antalet respondenter i fokusgruppen med kursansvariga gick inte att få ihop inom den tid som var möjlig för att genomföra studien. Valet stod mellan att göra ytterligare tre individuella intervjuer eller använda den lilla gruppen på tre personer. I den här gruppen fungerade det bra och alla kom till tals och förde ett samtal med varandra. En fördel var att de varit olika länge i verksamheten och hade olika yrkesroller.

Om CAF kan fungera för utvärdering av andra digitala verktyg än HIS har inte undersökts och kräver nya studier för att ge svar. Trots att CAF är utvecklat för utvärdering (Lau et al., 2011) fungerade den som stöd för att kategorisera de framtagna faktorerna till mikro- och mesonivå. För att inte riskera att ett tänkt digitalt verktyg inte passar kulturen på arbetsplatsen, eller att det inte finns tydliga processer och en organisation för implementeringsarbetet, skulle CAF kunna användas som modell för stöd i planeringsarbetet vid införande av digitala verktyg. En brist var att den saknar en viktig dimension av processer som ligger mellan boxarna i modellen, som delaktighet. Det finns andra modeller som påvisat viktiga faktorer för implementering av HIS och e-Hälsa. En väl beforskad sådan är the Consolidated Framework For Implementation Research (CFIR) (Damschroder et al., 2009; Ross et al, 2016). Alla subkategorier som framkom i studien finns representerade i CFIR, även delaktighet. Det tydliga stödet för studiens resultat i CFIR bidrar till studiens trovärdighet. Alla respondenter har tagit del av resultatet utan invändningar vilket bidrar till resultatens tillförlitlighet (Bryman, 2002). Det är alltid svårt att återupprepa en fallstudie eftersom den är väldigt kontextberoende (ibid.). Genom att grundligt beskriva kontexten, urvalsmetoder och tillvägagångssätt för studien finns möjlighet för andra att avgöra om en upprepning av studien i den egna kontexten är möjlig och vad som skulle kunna påverka eventuella skillnader i resultaten (Persson, 2006).

Fallstudier med begränsat urval kan utgöra ett problem när det gäller generaliserbarheten av kvalitativa studier (Bryman, 2002). När det gäller digital teknik och e-hälsa har som tidigare beskrivits mycket forskning genomförts vad gäller implementering, vilket till stor del verkar vara kontext-oberoende. Studiens resultat i förhållande till CFIR talar för att resultaten är generaliserbara vad gäller olika digitala verktyg. De faktorer som framkom som viktiga för tillgänglighet och användbarhet på mikro, meso- och makronivå kan tillämpas i vilken kontext som helst och kan på det sättet anses vara generella och oberoende av kontext. Inför den fortsatta digitaliseringen i vården kan studien bidra med värdefull kunskap om faktorer av betydelse för att införandet ska bli lyckat. Varje verksamhet som står i begrepp att införa ett digitalt verktyg måste själva avgöra vilka åtgärder som ska vidtas för att förebygga att problem uppstår utifrån de faktorer som framkom i studien.

Trots att många studier gjorts kring implementering av HIS och e-Hälsa i olika vårdmiljöer är det få som beskriver att patienterna varit delaktiga vid införandet (Ross et al, 2016). Även denna studie avgränsades till att omfatta verksamhetens perspektiv. Det hade varit intressant om det varit möjligt att genomföra en fokusgrupp med patienter i studien för att få ytterligare ett perspektiv på användbarheten. Det är ju möjligt att patienterna/målgrupperna har andra synpunkter än personalen. Möjligheten finns att inhämta de synpunkterna i den ordinarie verksamheten framöver, inom det fortsatta förbättringsarbetet. Vid framtida införande av digital teknik där vårdtagaren förväntas vara en aktör vore det intressant att ha med patienterna från början, redan inför valet av verktyg.

9. Slutsatser

Inför den fortsatta digitaliseringen i vården har studien bidragit med kunskap om vad som behövs på mikro- och meso- och makronivå för att ett digitalt verktyg som webbkatalogen ska uppfattas som användbart. Habiliteringar och andra verksamheter som funderar på att övergå till webbkatalog kan ha nytta av resultaten, men de kan nog anses generaliserbara även till andra digitala verktyg. Innan ett verktyg köps in behövs kunskap hos ledningen om verksamheten och dess processer på mikronivå innan beslut fattas, så att rätt förutsättningar och stöd kan ges på mesonivå. Personalens delaktighet är en viktig faktor. Studien visade att många av de faktorer som framkom ligger nära faktorer som tagits fram inom implementeringsforskning (Damschroder et al., Ross et al, 2016) Trots den omfattande forskningen misslyckas organisationer ofta med implementeringen. (Vimarlund & Keller, 2014). Studien har visat att förbättringskunskap kan vara ett sätt att arbeta systematiskt för att omsätta dessa teorier i praktiken. Det vore intressant att i kommande studier kombinera en implementeringsmodell med förbättringskunskapen för att se om det kan ge bättre effekt på användningen. I en sådan studie skulle även patienten involveras.

10. Referenser

Abbott, P. A., Foster, J., Marin, Hde. F., & Dykes, P. C. (2014). Complexity and the science of implementation in health IT—Knowledge gaps and future visions. *International Journal of Medical Informatics, 83*(7), e12-e22. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2013.10.009

Batalden, P. B., & Davidoff, F. (2007). What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Quality and Safety in Health Care, 16*(1), 2-3. https://doi.org/10.1136/qshc.2006.022046

Batalden, P. B., & Stoltz, P. K. (1993). A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 19*(10), 424-447

Bryman, A. (2002). *Samhällsvetenskapiga metoder* (B. Nilsson, övers.). Malmö: Liber AB.

Cresswell, K., & Sheikh, A. (2013). Organizational issues in the implementation and adoption of health information technology innovations: An interpretative review. *International Journal of Medical Informatics, 82*(5), e73-e86. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2012.10.007

Damschroder, L.J., Aron, D. C., Ketih, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A., & Lowery, J.C. (2009). Fosterng implementatione of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation sciense. *Implementation Science.* 4:50. https//doi.org/10.1186/1748-5908-4-50

Danielson, E. (2012a). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 163-174). Lund: Studentlitteratur

Danielson, E. (2012b). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 329-343). Lund: Studentlitteratur.

Delone, W. H., & McLean, E. R. (2003). The DeLone and McLean Model of Information Systems Success: A Ten-Year Update. *Journal of Management Information Systems, 19*(4), 9-30. https://doi.org/10.1080/07421222.2003.11045748

Ds 2008:23. *FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning*. Hämtad från https://www.regeringen.se/contentassets/0b52fa83450445aebbf88827ec3eecb8/fns-konvention-om-rattigheter-for-personer-med-funktionsnedsattning-ds-200823

Ds 2017:60. *Genomförande av webbtillgänglighetsdirektivet*. Hämtad från https://www.regeringen.se/rattsdokument/departementsserien-och-promemorior/2017/11/ds-201760/

EU-direktivet 2016/2012. Hämtad 2018-05-22 från http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2016.327.01.0001.01.ENG&toc=OJ:L:2016:327:TOC

Ferrin, M., Moreno-Granados, J., Salcedo-Marin, M., Ruiz-Veguilla, M., Perez-Ayala, V., & Taylor, E. (2014). Evaluation of a psychoeducation programme for parents of children and adolescents with ADHD: immediate and long-term effects using a blind randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry, 23*(8), 637-647. https://doi.org/10.1007/s00787-013-0494-7

Föreningen Sveriges Habiliteringschefer. (2018). Hämtad 2018-05-20 från http://habiliteringisverige.se/habilitering

Gard, G., & Melander Wikman, A. (2012). *E-hälsa: innovationer, metoder, interventioner och perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Goodman, D., Ogrinc, G., Davies, L. G., Baker, G. R., Barnsteiner, J., Foster, T. C., . . . Thor, J. (2016). Explanation and elaboration of the SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) Guidelines, V.2.0: examples of SQUIRE elements in the healthcare improvement literature. *BMJ Quality & Safety*. https://doi:10.1136/bmjqs-2015-004480

Graneheim, U. H., Lindgren, B-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today, 56*, 29-34. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*(2), 105-112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hedberg, E., Keit Bodros, G., Lindquist, B., Rosenkvist, L., Spjut Janson, B., & Broberg, M. (2010). *Föräldrastöd inom barn- och ungdomshabilitering*. Umeå:Föreningen Sveriges habiliteringschefer.

Henricson, M., Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 129-137). Lund: Studentlitteratur.

Hälsa och habilitering. (2017). *Uppdrag för Habiliteringens specialistområde, Hälsa och habilitering i Region Uppsala*. Internt styrdokument.

Improvement Science Research Network. (2017). UT Health San Antonia https://isrn.net/about/improvement_science.asp

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-92). Lund: Studentlitteratur

Kukafka, R., Johnson, S. B., Linfante, A., & Allegrante, J. P. (2003). Grounding a new information technology implementation framework in behavioral science: a systematic analysis of the literature on IT use. *Journal of Biomedical Informatics, 36* (3), 218-227.

Landstingsförbundet. (1997). *Värdekompass & orienteringsblad. För förbättringsarbete inom hälso och sjukvården. Arbetsmaterial*. Stockholm: Informationsavdelningen

Langley, G. J., Moen, R. D., Nolan, K. M., Nolan, T. W., Norman, C. L., & Provost, L. P. (2009). *The Improvement Guide* (1 ed.): Jossey-Bass.

Lau, F., Hagens, S., & Muttitt, S. (2007). A proposed benefits evaluation framework for health information systems in Canada. *Healthcare Quarterly, 10*(1), 112-116, 118.

Lau, F., Price, M., Boyd, J., Partridge, C., Bell, H., & Raworth, R. (2012). Impact of electronic medical record on physician practice in office settings: A systematic review. *BMC Medical Informatics and Decision Making, 12*(1). https://doi.org/10.1186/1472-6947-12-10

Lau, F., Price, M., & Keshavjee, K. (2011). From benefits evaluation to clinical adoption: making sense of health information system success in Canada. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.), 14*(1), 39.

Lilford, R. J., Foster, J., & Pringle, M. (2009). Evaluating eHealth: How to Make Evaluation More Methodologically Robust. *PLoS Medicine, 6*(11). https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000186

Marshall, M., Pronovost, P., & Dixon-Woods, M. (2013). Promotion of improvement as a science. *The Lancet*, Volume 381, No. 9864, p419–421. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61850-9

Myndigheten för delaktighet [MDF]. (2018). Hämtad 2018-05-22 från http://www.mfd.se/

Nelson, E. C., Batalden, P. B., & Godfrey, M. M. (2007). *Quality by design a clinical microsystems approach* (1st ed.). Lebanon, NH] : San Francisco: Lebanon, NH : Center for the Evaluative Clinical Sciences at Dartmouth ; San Francisco : Jossey-Bass/Wiley.

Ogrinc, G., Davies, Louise, Batalden, P., Davidoff, F., Goodman, D., & Stevens, D. (2017). SQUIRE 2.0 Guidelines. Hämtad från http://squirestatement.org/index.cfm?fuseaction=Page.ViewPage&pageId=504

Ogrinc, G., Davies, L., Goodman, D., Batalden, P., Davidoff, F., & Stevens, D. (2016). SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a

detailed consensus process. *BMJ Quality & Safety, 25*(12), 986-992. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411

Parry, G., Mate, K., Perla, R., & Provost, L. (2013). Promotion of improvement as a science. *The Lancet*, Volume 381, Pages 1902-1903. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61159-9

Patra, S., Arun, P., & Chavan, B. (2015). Impact of psychoeducation intervention module on parents of children with autism spectrum disorders: A preliminary study. *Journal of Neurosciences in Rural Practice, 6*(4), 529-535. https://doi.org/10.4103/0976-3147.165422

Persson, R. S. (2006). *Pragmatisk analys: Att skriva om och tolka kvalitativa data*. Morrisville, N.C: Lulu Publishing.

Post och telestyrelsen. (2018). *Vägledning för webbutveckling*. Hämtad 2018-05-22 från https://webbriktlinjer.se

Price, M., & Lau, F. (2014). The clinical adoption meta-model: a temporal meta-model describing the clinical adoption of health information systems. *BMC Medical Informatics and Decision Making, 14*, 43-43. https://doi.org/10.1186/1472-6947-14-43

Region Uppsala. (2017). *Strategi för digital utveckling och e-hälsa i Region Uppsala* (version 2017-01-23). Internt styrdokument.

Region Uppsala. (2018). *Sök bland habiliteringens kurser*. Hämtad 2018-05-22 från https://sites.legaonline.se/hoh/kurser

Ross, J., Stevenson, F., Lau, R., & Murray, E. (2016). Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). *Implementation Science, 11*(1), 146. https://doi.org/10.1186/s13012-016-0510-7

Rosvall, P.-Å., & Norrström, A. (2016). En habiliterings samverkan med skolor och föräldrar: organisering – rådgivning – hierarkier. *Socialmedicinsk Tidskrift, 93*(1), 97-105.

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Hämtad 2018-05-20 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

SFS 2017:30. *Hälso - och sjukvårdslag*. Hämtad 2018-05-20 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Shachak, A., Barnsley, J., Tu, K., Jadad, A. R., & Lemieux-Charles, L. (2011). Understanding end-user support for health information technology: a theoretical framework. *Inform Prim Care, 19*(3), 169-172.

Socialdepartementet. (2010). *Nationell eHälsa– strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg*. Hämtad 2018-05-22 från https://www.regeringen.se/49bbd3/contentassets/6ccc07793ab841b888fb343a49d75d54/nationell-ehalsa---strategin-for-tillganglig-och-saker-information-inom-vard-och-omsorg

Socialdepartementet., & Sveriges Kommuner och Landsting. (2016). *Vision e-hälsa 2025.- gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård.* Hämtad 2018-05-22 från https://www.regeringen.se/4a1f04/contentassets/79df147f5b194554bf401dd88e89b791/vision-e-halsa-2025.pdf

Socialstyrelsen. (2018). *Termbanken*. Hämtad 2018-05-20 från http://termbank.socialstyrelsen.se/

Toner, J. (2009). Small is not too Small: Reflections Concerning the Validity of Very small Focus Groups (VSFGs).*Qualitative Social Work*, *8*(2), 179-192. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1177/1473325009103374

Uslu, R., Erden, G., & Kapci, E. G. (2006). Psychoeducation and Expressed Emotion by Parents of Children with Learning Disorders. *Psychological Reports, 98*(2), 291-306. https://doi.org/10.2466/pr0.98.2.291-306

Vimarlund, V., & Keller, C. (2014). *The many faces of implementation*. Jönköping: Vinnova

Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 193-214). Lund: Studentlitteratur.

11. Bilagor

1 Process Kursadministration

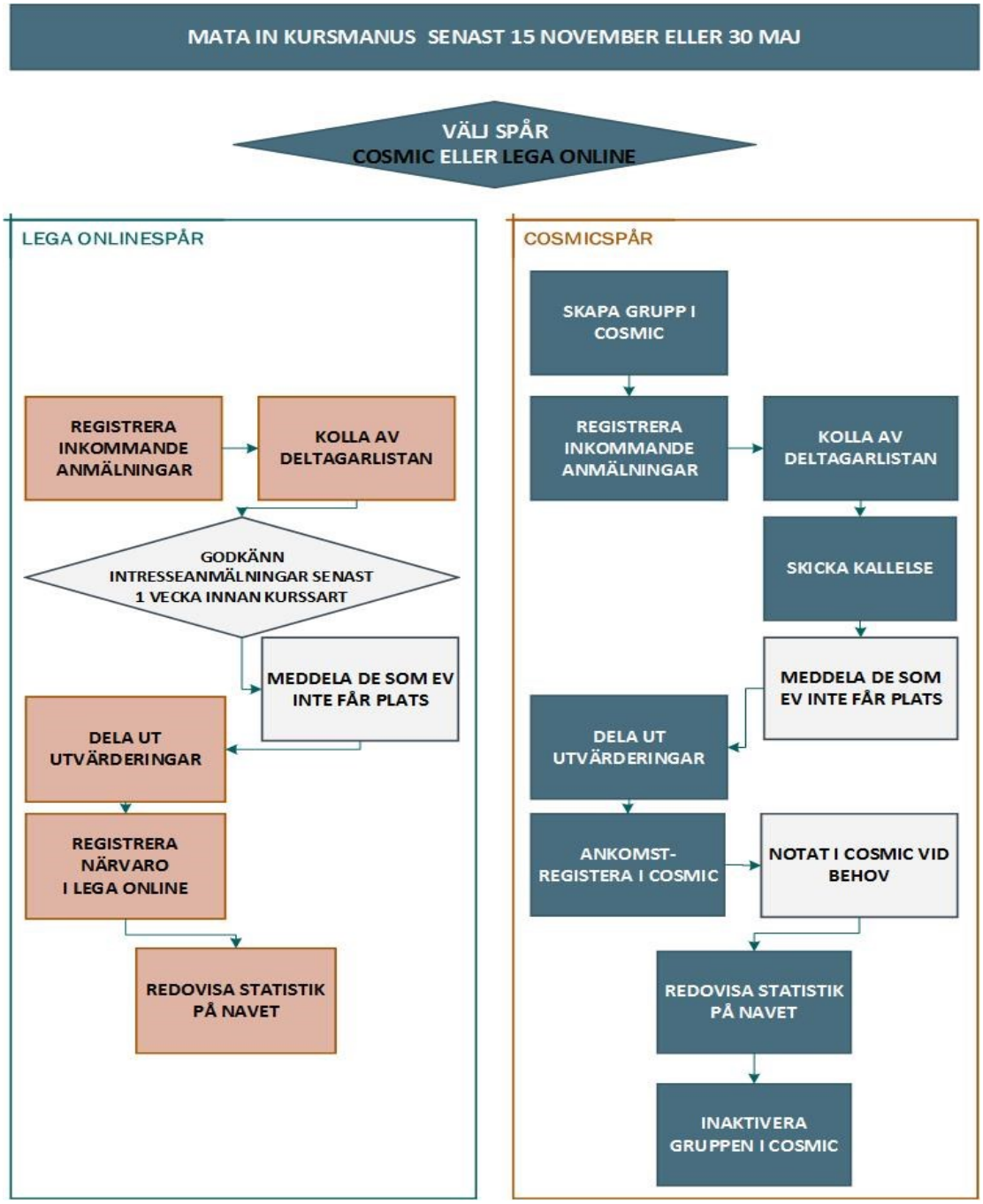
2 PDSA kartläggning

3 Fiskbensanalys och påverkansdiagram

4 PDSA 1

5 Intervjuguide

6 Diagram enkätsvar kursansvariga


MATA IN KURSMANUS SENAST 15 NOVEMBER ELLER 30 MAJ
VÄLJ SPÅR
COSMIC ELLER LEGA ONLINE
LEGA ONLINESPÅR
REGISTRERA INKOMMANDE ANMÄLNINGAR
KOLLA AV DELTAGARLISTAN
GODKÄNN INTRESSEANMÄLNINGAR SENAST 1 VECKA INNAN KURSSART
MEDDELA DE SOM EV INTE FÅR PLATS
DELA UT UTVÄRDERINGAR
REGISTRERA NÄRVARO I LEGA ONLINE
REDOVISA STATISTIK PÅ NAVET
COSMICSPÅR
SKAPA GRUPP I COSMIC
REGISTRERA INKOMMANDE ANMÄLNINGAR
KOLLA AV DELTAGARLISTAN
SKICKA KALLELSE
MEDDELA DE SOM EV INTE FÅR PLATS
DELA UT UTVÄRDERINGAR
ANKOMST-REGISTERA I COSMIC
NOTAT I COSMIC VID BEHOV
REDOVISA STATISTIK PÅ NAVET
INAKTIVERA GRUPPEN I COSMIC

PDSA kartläggning Bilaga 2

Verksamhet, process: Habilitering Uppsala, Kursverksamheten
Förbättringsområde: Webbkatalogen/webbverktyget LegaOnline

Ansvarig: Anette Winberg
Övergripande mål: Rätt patient/person (=kund) får rätt kurs i rätt tid.

Förändring att testa: Enkät till kursansvariga
Nuläge/baslinje: Många klagomål på webbkatalogen men vi känner inte till omfattningen av problemet

Startdatum: 2017-03-01
Mål för testet: Få mått på vad som fungerar bra/dåligt för kursansvariga. Samla in idéer till förbättringar

Agera: **Vilka slutsatser drar vi av testet? Vilka förändringar bör göras mot bakgrund av resultatet?**

- Många av de kursansvariga tycker det är svårt att använda webb-verktyget LegaOnline.
- Få har fått ordentlig introduktion i LegaOnline.
- Som medarbetare saknar de funktioner som skulle underlätta för dem att informera patienter/nätverk om kurser/grupper.
- Återgång till papperskatalog är inte aktuellt.
- Alla medarbetare och enhetschefer behöver får mer information om hur webbkatalogen fungerar och hur man ska göra som kursansvarig (PDSA)
- Tydliggöra processerna och utarbeta riktlinjer och rutiner för hur kurser ska administreras – Cosmic eller LegaOnline (PDSA)
- Förbättra funktioner i webb-verktyget med hjälp av tillverkarna (PDSA)
- Utarbeta översikt över kursverksamheten (PDSA)

Ovanstående punkter är underlag för nästa PDSA

Planera: **Enkätundersökning om webbverktyget LegaOnline till kursansvariga**

Mål: Vi vet omfattningen av vad kursansvariga tycker är lätt/svårt i webbverktyget LegaOnline och vilka förslag till förbättringar de har.
Varför? Vi behöver få mått på vad som fungerar bra/dåligt för kursansvariga för att kunna följa om förändringar blir förbättringar.
Vi tror de har idéer och förslag till förbättringar som vi vil få del av.
Vem ska göra vad, var och när?

- Anette och X formulerar frågor till enkät. Klart 1/3.
- X konstruerar webropol-enkät och skickar ut till kursansvariga. Klart 15/3. Svarsperiod till 27/3.
- Anette analyserar resultaten och tar fram mätetal i diagramform. Klart april 2017.

X och Y analyserar resultaten och formulerar idéer till förbättringar som rör webbverktyget LegaOnline. Klart april 2017.

Studera:**Tolka och redovisa data. Summera lärdomar.**

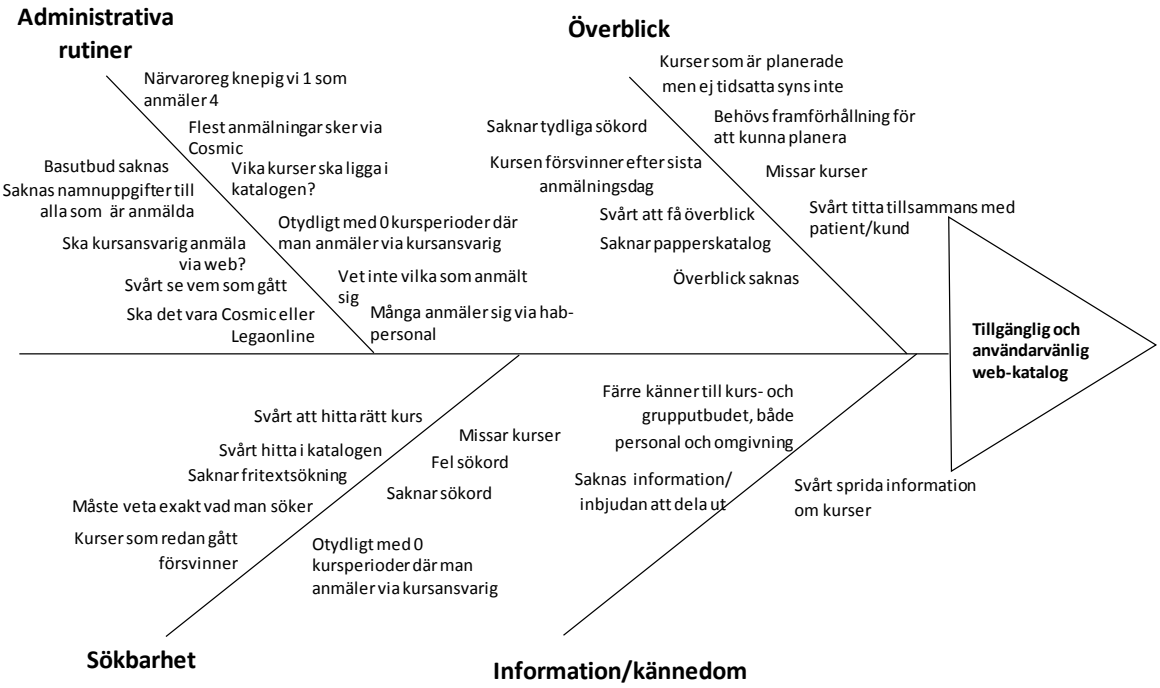
Vi summerade svaren som berörde kursansvarigas hantering av webbverktyget LegaOnline både i antal och andel svar/fråga för att kunna jämföra framöver. Svaren visade att mellan 60 – 70 % av de kursansvariga tyckte de olika momenten de skulle göra i webbverktyget var svåra.

- Det framkom att det saknas riktlinjer och rutiner för vilka kurser som ska hanteras i journalsystemet.
- Det framkom många förslag på förbättringar både rörande själva verktyget och i form av sökbarhet, behov av överblick över kurser osv.
- Flera hade önskningar om återgång till papperskatalog eller ”papperskatalog på webben”

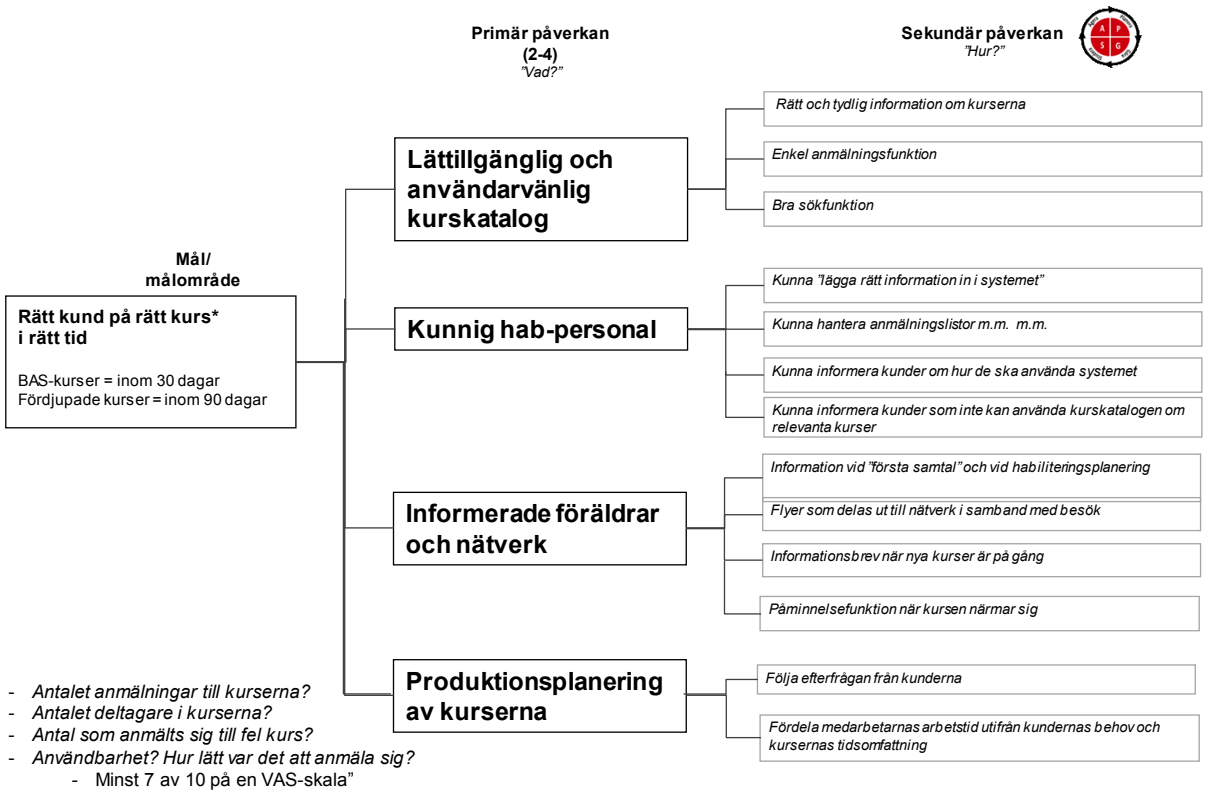
Gör: **Beskriv svårigheter, avvikelser från planen och oförutsedda effekter. Börja analysen av data.**

Vi beslutade ställa frågor om hela kursverksamheten i enkäten, vilket gjorde att det tog längre tid att formulera frågorna. Vi väntade in nyanställd utvecklingsledare (började 13/3) med ansvar för kursadministrationen som fick ha synpunkter på frågorna. Det gjorde att de blev klara lite senare, men enkäten gick ut i tid och besvarades i tid. 29 kursansvariga svarade på 41 kurser. Några var alltså kursansvariga för mer än 1 kurs. Vi valde att analysera alla 41 svaren när det gällde LegaOnline då samma person kunde ha svarat olika för olika kurser den varit ansvarig för.

Fiskbensdiagram



Påverkansanalys



- *Antalet anmälningar till kurserna?*
- *Antalet deltagare i kurserna?*
- *Antal som anmälts sig till fel kurs?*
- *Användbarhet? Hur lätt var det att anmäla sig?*
  - Minst 7 av 10 på en VAS-skala"

Frågeunderlag för semistrukturerade intervjuer individuellt och i grupp

Huvudfrågeområden

Patientnytta

- Vad är patientnytta när det gäller webbkatalogen?

- Vad är viktiga faktorer för att webbkatalogen ska bidra till patientnytta?

Verksamhetsnytta

- På vilket sätt kan webbkatalogen bidra till verksamhetsnytta?

- Vilken nytta/vilka hinder upplever respondenterna att de har av webbkatalogen i sitt arbete?

- Vad är viktiga faktorer för att webbkatalogen ska bidra till verksamhetsnytta?

Implementering

- Vad uppfattar respondenterna som viktiga faktorer för att införandet av en webbkatalog ska lyckas?

Förbättringsarbete

- Hur har respondenterna uppfattat att förbättringsarbetet påverkat dessa faktorer? (frågas i samband med varje frågeområde)

Ingående delar i CAF, underlag för stödfrågor.

Micro-nivå:

Nettovinster (Patient- och verksamhetsnytta)

- Vårdkvalitet
    - På vilket sätt kan webbkatalogen påverka upplevelsen av vården? Upplevelsen av vårdens kvalitet?
- Tillgång/ tillgänglighet
    - På vilket sätt påverkar webbkatalogen tillgången/tillgängligheten till kurser?
- Produktivitet
    - På vilket sätt kan webbkatalogen ha betydelse för produktiviteten?

Användarvänlighet (Patient- och verksamhetsnytta)

- Vad förknippar du/ni med användarvänlighet?
    - Användning
    - Användbarhet

Webbkatalogen/LegaOnline (Patient- och verksamhetsnytta)

- Vilka uppfattningar har de om webbkatalogen när det gäller
    - Systemets kvalitet
    - Informationskvalitet
    - Servicekvalitet

Meso- nivå

Förutsättningar (Implementering, förbättringsarbete)

- Människor
  - Vilka funktioner behövs, vilka roller och ansvar ska de ha?
- Organisation
  - Hur passar webbkatalogen verksamhetens behov och hur passar den in i kulturen?
- Implementering
  - Framgångsfaktorer och hinder

Makro-nivå (Implementering)

Vad uppfattar respondenterna var orsaken till/styrde införandet av en webbkatalog?

- Politiska beslut/Trend
- Ekonomi
- Ledning- och styrning, planering

Verksamhet, process: Habilitering Uppsala, Kursverksamheten
Förbättringsområde: Webbkatalogen/webbverktyget LegaOnline

Ansvarig: Anette Winberg
Övergripande mål: Rätt patient/person (=kund) får rätt kurs i rätt tid.

Förändring att testa: Tydliggöra kursadministrationen

Startdatum: april 2017
Mål för testet: Tydliga processer för hur kurser ska administreras – Cosmic eller LegaOnline

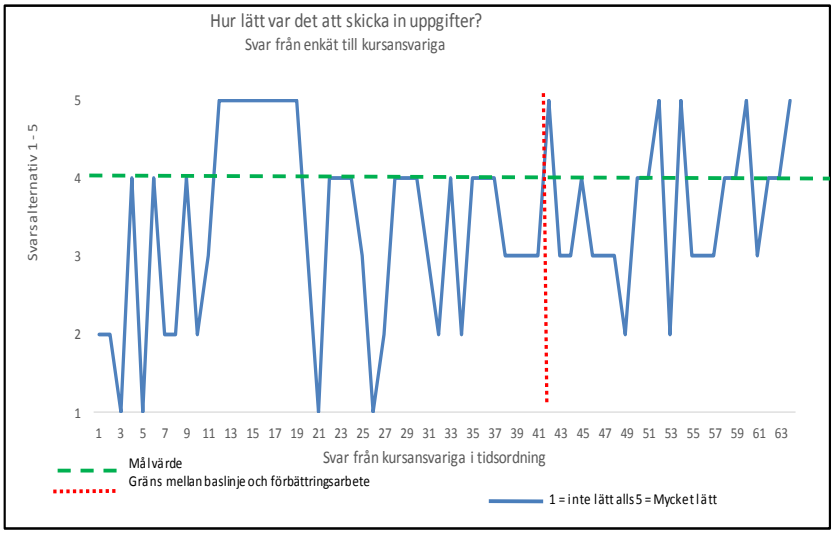
Nuläge/baslinje: Finns inte rutiner och riktlinjer och kursledarnas uppdrag är otydligt.

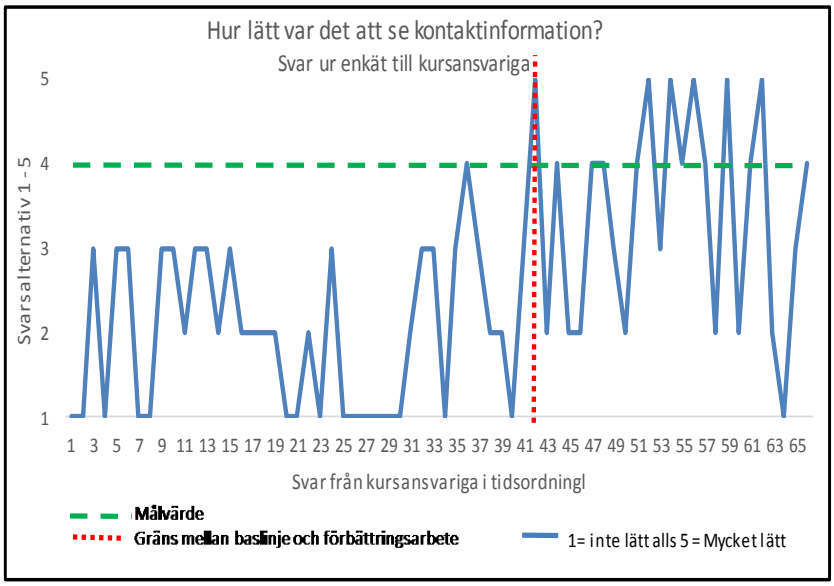
Agera: **Vilka slutsatser drar vi av testet? Vilka förändringar bör göras mot bakgrund av resultatet?**
Förbättra flera delar i webb-verktyget. Ta vara på de förslag som framkommit från medarbetare i enkäterna, från fd. programgrupps-ansvariga och vid mötena på enheterna. (Nytt PDSA)

Planera: Tydliggöra riktlinjer för kursadministrationen och de olika administrativa processerna (Cosmic och LegaOnline). Skapa en tydlig uppdragsbeskrivning för kursansvarig.
Mål: Medarbetarna vet hur de ska administrera kurser, gör det rätt och tycker det är lätt.
Varför? Medarbetarna är osäkra och gör fel. Det tar onödigt mycket tid för dem och det ställs många frågor till kursadministratörerna. Påverkar också patientsäkerheten när Cosmic-kurser inte registreras i journalen.
Vem ska göra vad, var och när?
XX och YY utarbetar underlag till redaktionsrådets möte i maj. Redaktionsrådet beslutar. XX publicerar riktlinjerna och processerna på Navet. Allt ska finnas på plats innan informationsmötena ute i enheterna.
XX och YY besöker alla enheter och informerar om riktlinjer, rutiner, och cesser i slutet av maj (finns kommunikationsplan). Alla ska ha fått info an inmating av höstens kurser som öppnar 1/6.

Studera:**Tolka och redovisa data. Summera lärdomar.**
Ovanligt få kurser matades in i kurskatalogen under juni månad (39 st. Brukar ligga runt 50 st)
Blev än mer tydligt att användarvänligheten i webbkatalogen måste förbättras.

Gör: **Beskriv svårigheter, avvikelser från planen och oförutsedda effekter. Börja analysen av data.**
Redaktionsrådet hade några synpunkter som behövde justeras, i övrig höll tidplanen.
Fanns en del frustration hos medarbetare i enheterna över problemen med webbkatalogen, ffa med svårigheterna till översikt av kurserna.
Vissa enheter hade väldigt kort tid att erbjuda och informationen fick ges snabbt.


Hur lätt var det att skicka in uppgifter?
Svar från enkät till kursansvariga
Svarsalternativ 1 - 5
Svar från kursansvariga i tidsordning
Målvärde
Gräns mellan baslinje och förbättringsarbete
1 = inte lätt alls 5 = Mycket lätt


Hur lätt var det att se kontaktinformation?
Svar ur enkät till kursansvariga
Svarsalternativ 1 - 5
Svar från kursansvariga i tidsordningl
Målvärde
Gräns mellan baslinje och förbättringsarbete
1= inte lätt alls 5 = Mycket lätt

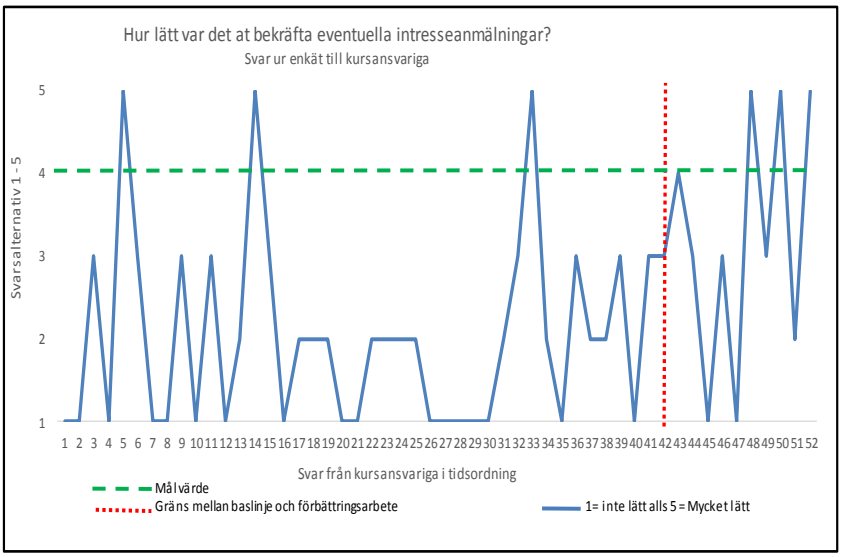
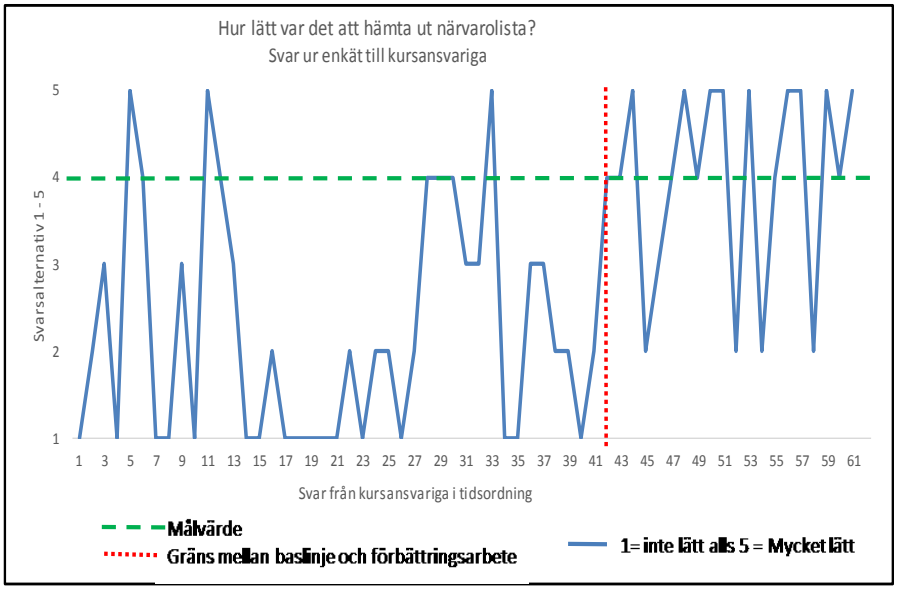
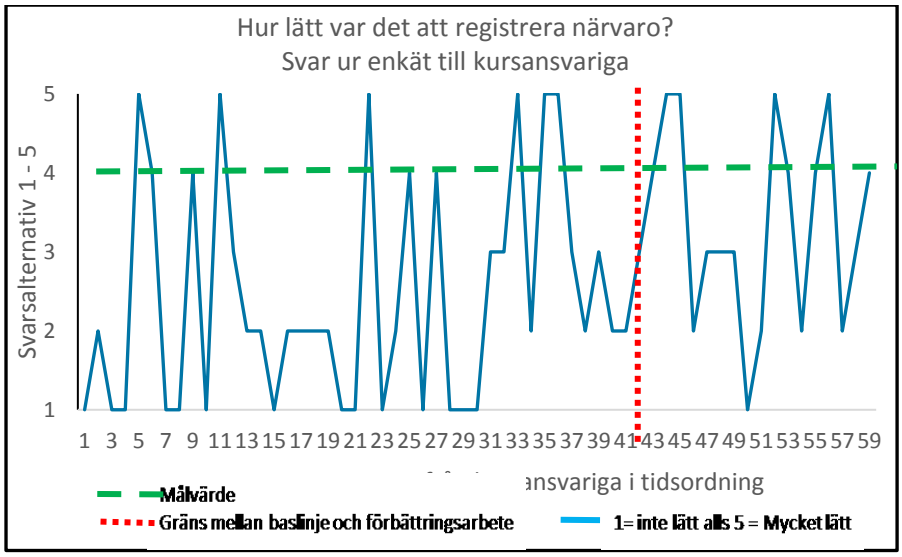

Hur lätt var det at bekräfta eventuella intresseanmälningar?
Svar ur enkät till kursansvariga
Svarsalternativ 1 - 5
Svar från kursansvariga i tidsordning
Målvärde
Gräns mellan baslinje och förbättringsarbete
1= inte lätt alls 5 = Mycket lätt

Diagram enkätsvar kursansvariga

Bilaga 6