

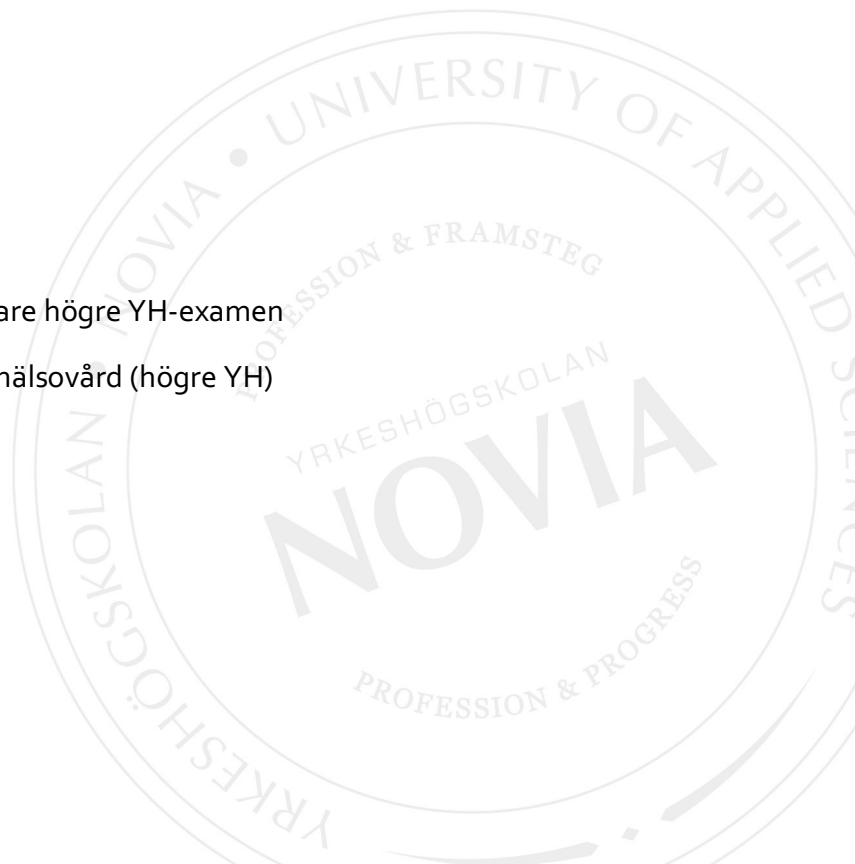
Personalinvolvering och positivt tänkande – ett recept för en bättre förändringprocess?

Monica Essén

Examensarbete för sjukskötare högre YH-examen

Utbildning inom social- och hälsovård (högre YH)

Åbo 2019



EXAMENSARBETE

Författare: Monica Essén

Utbildning och ort: Utbildning inom social- och hälsovård, högre YH, Åbo

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Utveckling och ledarskap

Handledare: Pia Liljeroth

Titel: Personalinvolvering och positivt tänkande – ett recept för en bättre förändringsprocess?

Datum 7.11.2019 Sidantal 79

Bilagor 6

Abstrakt

Detta arbete sätter fokus på en av många förändringsprocesser som personalen på barn- och ungdomskliniken vid Åbo universitets centralsjukhus står inför i samband med flytten till en ny sjukhusbyggnad i början av år 2022. Arbetets mål var att producera en gemensam kompetenskartan och skolningsplan, vilka kan användas som hjälpmedel vid den partiella sammanslagningen av avdelningen för barn- och ungdomskirurgi samt intensivvårdsavdelningen för barn och unga.

Arbetet utfördes som ett tvådelat projektarbete: en kompetenskartläggning och därpå följande workshoparbete, där medskapande och positiva arbetsmetoder lyftes fram. Syftet med kompetenskartläggningen var att synliggöra kompetenskillnaderna mellan avdelningarna och därefter använda resultaten till att sammanställa en plan för kompetensökande åtgärder som samtidigt ökar sammanhållningen mellan avdelningarna. Därtill hade skribenten som mål att konkret involvera personalen i förändringsprocessen samt lyfta fram nyttan med att använda sig av positiva och medskapande metoder vid förändringsprocesser. Ett delmål var även att synliggöra personalens tankar om arbetsrotation och starta en produktiv diskussion om hur arbetsrotationens negativa klang kan vändas till mera positiv.

Enligt litteraturen om bl.a. förändringsledarskap och lyckade förändringsprocesser är det speciellt känslan av att ha kontroll som påverkar hur medarbetarna förhåller sig till en förändring på sin arbetsplats. Förenklat kan det konstateras att medskapande och positiva metoder skapar möjligheter till aktivt deltagande, leder till djupare förståelse för förändringen och inger en känsla av att ha kontroll. Ökad förståelse leder i sin tur till acceptans och minskat motstånd.

Med hjälp av resultaten från kompetenskartläggningen och workshoparbetet kunde en för avdelningarna gemensam kompetenskartan samt en preliminär skolningsplan fastställas. Skolningsplanen kommer att tas i bruk fr.o.m. hösten 2019. Viss verksamhet som ökar sammanhållningen mellan avdelningarna har redan påbörjats under sommaren 2019. Diskussionen om hur personalen kan uppmuntras till arbetsrotation fortsätter på avdelningarna.

Språk: Svenska

Nyckelord: organisationsförändring, förändringsprocess, kompetenskartläggning, medskapande, positiv förändring

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Monica Essén

Koulutus ja paikkakunta: Sosiaali- ja terveysala (ylempi AMK), Turku

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Kehittäminen ja johtaminen

Ohjaaja(t): Pia Liljeroth

Nimike: Henkilökunnan osallistaminen ja positiivinen ajattelu – resepti paremmalle muutosprosessille?

Päivämäärä 7.11.2019 Sivumäärä 79

Liitteet 6

Tiivistelmä

Tämä työ keskittyy yhteen monista muutosprosesseista, joita Turun yliopistollisen keskussairaalan lasten- ja nuorten klinikan henkilökunta kohtaa tulevassa muutossa uuteen sairaalarakennukseen vuoden 2022 alussa. Tavoitteena oli tuottaa lasten- ja nuorten kirurgiselle- sekä lasten- ja nuorten teho-osastolle yhteinen osaamiskartta ja koulutussuunnitelma, joita voidaan käyttää apuvälineenä osastojen osittaisessa yhdistymisprosessissa.

Työ suoritettiin kaksiosaisena projektityönä: molempien osastojen osaamiskartoituksena ja sitä seuraavana työpajatyöskentelynä. Työpajoissa korostettiin osallistavaa ja positiivista työtettä. Osaamiskartoituksen tarkoituksena oli todentaa erot osastojen välisessä osaamisessa ja käyttää saatuja tuloksia osaamista kartuttavan koulutussuunnitelman laatimiseen, samalla edistäen osastojen välistä yhteishenkeä. Lisäksi tarkoituksena oli osallistaa henkilökuntaa muutosprosessiin ja nostaa esiin positiivisten sekä osallistavien työtapojen edut muutosprosessissa. Tavoitteena oli myös tuoda esiin henkilökunnan ajatukset työkierrosta ja aloittaa keskustelu siitä, miten työkierron mainetta saadaan parannettua.

Hallinnan tunne on mm. muutosjohtamista ja onnistuneita muutosprosesseja käsittelevän kirjallisuuden mukaan tekijä, joka vaikuttaa eniten työntekijöiden suhtautumiseen työpaikan muutokseen. Yksinkertaistettuna voidaan todeta, että työntekijöitä osallistavat ja positiiviset menetelmät, jotka luovat mahdollisuuksia aktiiviseen osallistumiseen, johtavat syvempään ymmärrykseen muutoksesta ja antavat tunteen hallinnasta. Kasvanut ymmärrys lisää osaltaan hyväksyntää ja vähentää vastustusta.

Osaamiskartoituksen tulosten ja työpajatyöskentelyn avulla tuotettiin osastoille yhteinen osaamiskartta ja alustava koulutussuunnitelma. Koulutussuunnitelma otetaan käyttöön syksyllä 2019. Joitakin henkilökunnan yhteishenkeä lisääviä aktiviteetteja on jo toteutettu kesän 2019 aikana. Keskustelu siitä miten henkilökuntaa voidaan kannustaa osallistumaan työkiertoon, jatkuu osastoilla.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: organisaatiomuutos, muutosprosessi, osaamiskartoitus, yhteiskehittäminen, positiivinen muutos

MASTER'S THESIS

Author: Monica Essén

Degree Programme: Social and Health Care (Master's degree), Turku

Specialization: Development and Leadership

Supervisor(s): Pia Liljeroth

Title: Involving the Personnel and Positive Thinking – a Recipe for a Better Change Process?

Date 7.11.2019 Number of pages 79

Appendices 6

Abstract

This thesis focuses on one of many ongoing change processes at the Department of Pediatrics and Adolescent Medicine at Turku University Hospital due to the forthcoming move to a new building in the beginning of 2022. The aim of this thesis was to produce a competence map and a skill development plan, which can be used as a developmental tool at the partial merging of the units for pediatric surgery and pediatric intensive care.

This work was carried out as a project with two separate parts: a competence mapping and subsequent workshops focusing on co-creation and positivity. The aim of the competence mapping was to visualize the differences in skills between the units, use the results to compile a plan for how to increase the skills and concurrently creating greater social cohesiveness among the personnel of the two units. The goal was to involve the personnel in the change process and to emphasize the benefits of using positive and co-creative methods in an organizational change process. A minor goal was also to highlight the personnel's thoughts on work rotation and start a productive discussion about how to steer negative preconceptions in a positive direction.

According to the literature about change management and successful change initiatives the sense of being in control has the biggest impact on how people relate to changes at work. In simple terms: methods that emphasize co-creation and positivity generates opportunities to actively participate in the change process. It leads to better understanding of the change and gives a sense of control. Increased understanding in turn leads to acceptance and decreased resistance.

A shared competence map and a preliminary plan for skill development was created with the help of the results from the competence mapping and the workshops. The skill development plan will be put in use from the autumn of 2019 onwards and some activities that increase the cohesiveness among the personnel have already started during the summer of 2019. The discussion about how to encourage the personnel to take part in work rotation is continuing in the units.

Language: Swedish

Key words: Organizational change, process of change, competency mapping, co-creation, positive change

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund	3
3	Organisationer i en föränderlig värld	5
3.1	Organisationsförändring	6
3.1.1	Definition på organisationsförändring	7
3.1.2	Förändringsmodeller.....	8
3.1.3	Organisationsförändringar i sjukhuskontext	9
3.1.4	Organisationsförändring och ledarskap	10
3.2	Medarbetarna i relation till en organisationsförändring	12
3.2.1	Motstånd.....	13
3.2.2	Motivation	15
3.3	Positiv organisationsförändring	16
3.3.1	Förändringskommunikation	17
3.3.2	Personalinvolvering	18
3.4	Positiv och styrkebaserad förändring	19
3.4.1	Medskapande metoder	21
3.4.2	Användning av uppskattande utfrågning som medskapande metod	22
3.5	Kompetens i dagens arbetsliv	25
3.5.1	Kartläggning av kompetens.....	25
3.5.2	Självutvärdering.....	26
3.5.3	Kompetenskartor	27
3.5.4	Kompetensökning.....	27
3.5.5	Arbetsrotation.....	28
3.5.6	Allmänna principer för arbetsrotation.....	29
3.5.7	Arbetsrotation på barn- och ungdomskliniken	29
4	Syfte, mål och frågeställningar	31
5	Metodbeskrivning	32
5.1	Kompetenskartläggning.....	33
5.1.1	Problemformulering och operationalisering.....	34
5.1.2	Kvantitativ undersökning.....	36
5.1.3	Datainsamling.....	37
5.1.4	Dataanalys	39
5.2	Litteraturstudier.....	40
5.3	Workshoparbete	41
5.4	Metoder för kollektiv kreativitet	42
5.4.1	Sex tänkande hattar.....	42

5.4.2	Brainstorming.....	43
6	Tillvägagångssätt och resultat.....	44
6.1	Kompetenskartläggningen.....	44
6.2	Workshoparbetet.....	45
6.3	Workshop 1.....	46
6.3.1	Användningen av Clinisoft.....	47
6.3.2	Patientgrupper.....	48
6.3.3	Bemötande och handledning av anhöriga.....	50
6.3.4	Assistering av läkare.....	50
6.3.5	Specialinstrument, användning och skötsel.....	51
6.3.6	Förflyttning av patienter.....	53
6.3.7	Provtagning.....	54
6.3.8	Allmänt.....	55
6.3.9	Vätske- och läkemedelsbehandling.....	55
6.4	Workshop 2.....	56
6.5	Workshop 3.....	57
6.6	Workshop 4.....	59
6.6.1	Fastställd kompetens och nivå.....	60
6.6.2	Skolningsplan.....	61
6.7	Avslutande möte.....	61
7	Etiska överväganden och arbetets trovärdighet.....	63
7.1	Forskningsetisk prövning.....	63
7.2	Kompetenskartläggningen.....	64
7.3	Workshoparbetet.....	66
8	Diskussion.....	68
	Källförteckning.....	74

Bilaga 1	Kompetensmätaren
Bilaga 2	E-post till personalen
Bilaga 3	E-post om workshoparna till projektgruppen
Bilaga 4	Ord om arbetsrotation
Bilaga 5	Kompetenskarta
Bilaga 6	Skolningsplan

1 Inledning

Dagens organisationer är en del av ett större samhälleligt sammanhang och kan därför aldrig helt isolera sig från sin omgivning. Den ömsesidiga kontakten formar organisationerna till vad de är nu och vad som förväntas av dem i framtiden. Omställningar i den omgivande världen förutsätter för det mesta även omställningar i organisationer (Arnold & Randall, 2010, 669). De lättaste förändringarna är små och sker oftast nästan obemärkt. Men vad händer då det uppkommer krav på större förändringar i verksamheten?

Världen ändras i snabb takt och hälso- och sjukvården står onekligen inför stora omvälvningar inom de närmaste åren. Trots att både planeringen och verkställandet av landskaps- och vårdreformen avbröts i mars 2019, finns det fortfarande ett behov att omforma och utveckla medborgarnas servicestrukturer inom hälso- och sjukvården (Statsrådet, 2019). Dessutom behöver vi även beakta den allt jämt pågående digitaliseringen och även robotiseringen av vår värld och vård. I en tid då organisationsförändringar är mer eller mindre ett måste är det viktigt att lägga energin på *hur* man genomför förändringen. Oberoende om förändringarna inom en organisation är små och planerade eller stora och plötsliga, kräver processen en hel del av hela arbetsgemenskapen. (Parsells, 2017).

Skalan på förändringar på barn- och ungdomskliniken vid Åbo universitetscentralsjukhus (ÅUCS) kommer att vara stor inom de närmaste åren på grund av de yttre, samhälleliga kraven, men framförallt tack vare en ny sjukhusbyggnad, det så kallade T3-sjukhuset, som ska enligt planerna vara färdigt mot slutet av 2021 och tas i bruk i början av år 2022 (VSSHP, 2018). De fysiska utrymmena planeras med ett perspektiv på framtida krav och behov inom vården, varför även den rådande verksamheten och arbetskulturen måste anpassas och förändras. Den pågående förändringsprocessen kan dock inte ske endast i små obemärkta och smärtfria steg, utan kommer även att kräva större omställningar på många plan inom verksamheten. Delvis styrs förändringarna av de fysiska utrymmena, men även ekonomin och samhället ställer krav som måste mötas.

Detta arbete har fokus på en av flera pågående förändringsprocesser på barn- och ungdomskliniken; den partiella sammanslagningen av avdelningen för barn- och ungdomskirurgi (i fortsättningen används termen barnkirurgiska avdelningen) och intensivvårdsavdelningen för barn och unga (i fortsättningen används termen barnintensiven). Verksamheten på en bäddavdelning skiljer sig givetvis från verksamheten på en intensivvårdsavdelning varför redan en partiell sammanslagning av processerna kräver

en hel del omorganisering och nytänkande. De existerande arbetsprocesserna och -kulturen på bägge avdelningar behöver därför ses om och förändras. För att utveckling ska kunna ske, bör dock den nuvarande kunskapsbasen kartläggas (Lakanmaa et al., 2015). Med tanke på hur personalen i fortsättningen kommer att förflytta sig från den ena avdelningen till den andra, ansåg översköterskan på barn- och ungdomskliniken att det fanns ett behov att kartlägga intensivvårdskompetensen bland sjukskötarna på båda avdelningarna. På gemensamt beslut gavs skribenten möjligheten att genomföra kompetenskartläggningen. Grunden för detta arbete lades därmed genom att kartlägga intensivvårdskompetensen bland samtliga sjukskötare på barnintensiven och barnkirurgiska avdelningen. Kartläggningen avgränsades till vårdverkligheten på barnintensiven.

Skribentens övergripande mål med detta arbete var att med hjälp av resultaten från kompetenskartläggningen utarbeta tillsammans med en utvald projektgrupp en plan som syftar till att stegvis höja intensivvårdskompetensen för sjukskötarna på båda avdelningarna. För att underlätta förändringsprocessen och sammanslagningen av avdelningarna var målet även att planera aktiviteter som ökar samarbetet över avdelningsgränserna och ökar därmed sammanhållningen bland personalen. Resultaten från kompetenskartläggningen användes som bas för workshoparbetet. Med tanke på det nya sjukhuset och avdelningarnas nya personalsammansättning har arbetsrotation använts målmedvetet på barn- och ungdomskliniken som en metod för kunskapsökning. Ur inlärningssynvinkel är arbetsrotation ett värdefullt redskap (Hankonen, 2015), men samtidigt väcker den ofta starka känslor. Därför hade skribenten som ett delmål att starta en produktiv diskussion om arbetsrotation och möjligen väcka tankar om hur arbetsrotationens negativa klang kan vändas till mera positiv.

Konsekvenserna av förändringarna faller oftast starkast på dem som arbetar inom organisationerna, varför fokus i alla förändringsprocesser borde ligga på att skapa förutsättningar för personalen att bli delaktiga av förändringen (Parsells, 2017). I detta arbete har skribenten använt sig av medskapande metoder och koncentrerat sig på positiva och styrkebaserade metoder för att möjliggöra aktivt deltagande och i slutändan inge personalen en känsla av att bli hörd och ha kontroll över förändringsprocessen.

2 Bakgrund

Åbo universitetscentralsjukhus är ett av Finlands fem universitetssjukhus. Första byggnaden på området började byggas år 1881 och det s.k. U-sjukhuset togs i bruk 1968 (Arkkitehtitoimisto Hanna Lyytinen Oy, 2014; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2014, 1). Barn- och ungdomskliniken har fungerat i U-sjukhusets utrymmen i mer än 50 år. Nu byggs en ny sjukhusbyggnad, den så kallade T3-byggnaden, som kommer att innefatta nya utrymmen för all verksamhet inom barn- och ungdomskliniken. (VSSHP, 2018). Trots att det nya sjukhuset är välkommet med nya, moderna utrymmen, innebär flytten oundvikligen också en stor omställning för hela personalen. Det nya sjukhuset byggs med åtanke på barnet och familjen, men också med tanke på den snabba utvecklingen av olika slags behandlingar inom bland annat cancer-, akut- och intensivvården (VSSHP, 2018).

I dagens läge består barn- och ungdomskliniken av sex ansvarsområden: sjukvård för barn och unga, sjukvård för nyfödda, behandling av blod- och cancersjukdomar hos barn och unga, barn- och ungdomskirurgi, barnneurologi samt intensivvård för barn och unga. Ansvarsområdena är indelade i åtta enskilda avdelningar och ett stort antal specialpolikliniker. (VSSHP, 2018). Varje avdelning ligger fysiskt avskilt på var sitt eget våningsplan eller i vissa fall på samma våning, men separerade från varandra med en trappuppgång och hissaula. I T3 kommer antalet våningar att vara färre. Däremot är våningarna betydligt större till ytan, vilket innebär att två eller flera av de nuvarande avdelningarna kommer att ligga på samma våningsplan. Verksamheten kommer att utgå från ett nytt synergiperspektiv som tar fasta på de fördelar större samverkande enheter kan uppnå. Visionen är att samspelet mellan avdelningarna ska bli gränsöverskridande, smidigare och en naturlig del av vårdverkligheten. (VSSHP, 2014; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2014, 4; Oksanen-Sainio, personlig kommunikation, september 2018).

Planerna för avdelningssammanslagningarna har fortskridit till ett skede där de fysiska utrymmena samt den kliniska verksamheten planeras ur den nya verksamhetssynvinkeln. Detta arbete har fokus på våning 4, dvs. den så kallade operativa våningen där den nuvarande barnintensiven och barnkirurgiska bäddavdelningen kommer att dela utrymmen i direkt kontakt med operationssalarna och uppvakningsenheten (VSSHP, 2018; TYKS, 2019). Barnkirurgiska avdelningen och barnintensiven kommer ur patientsynvinkel att existera som separata enheter även i fortsättningen, men med tanke på användningen av personalresurser samt ur administrativ synvinkel kommer en viss synergi att vara ett faktum. För att beskriva

denna synergi mellan avdelningarna används uttrycket ”partiell sammanslagning” i detta arbete.

Förändringsprocessen på barn- och ungdomskliniken är planerad och det finns ett tydligt mål med förändringen; förflyttningen till nybyggda utrymmen i början av året 2022. Förändringsprocessen ligger i ett skede där olika delar av förändringsprocessen redan är i gång. Som största tydliga åtgärd har personalens arbetsrotation startat och förverkligas i 3 månaders pass, där en sjukskötare från barnkirurgiska avdelningen byter med en sjukskötare från barnintensiven. Målet är delvis att bekanta sig med arbetet på den andra avdelningen, men samtidigt även att stärka kompetensen och förbättra samarbetet mellan avdelningarna.

Förändring och förändringsledarskap är nuförtiden en del av vardagen i de flesta organisationer och barn- och ungdomskliniken vid ÅUCS är här inget undantag. Tidigare präglades organisationsteorierna av studier om hur man uppnår stabilitet i organisationer, nu fokuserar studierna allt mer på hur man genomför en lyckad förändring (Jacobsen, 2011, 11). År 2013 genomgick Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt en omfattande organisationsförändring där bland annat den dåvarande indelningen till olika vårdkliniker omstrukturerades till åtta nya resultatområden. ÅUCS resultatområde indelades i flera verksamhetsområden och barn- och ungdomskliniken är ett av dessa (Lääkärilehti, 2011; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2019). Enligt sjukvårdsdistriktet kan en förändringsprocess kallas ”organisationsförändring” endast om det sker ansenliga strukturella och administrativa förändringar i verksamheten (Jääskeläinen, 2014). För att särskilja den pågående förändringsprocessen på barn- och ungdomskliniken från en mer omfattande omstrukturering av verksamheten och organisationsstrukturen används därmed ordet ”förändringsprocess” för att beskriva den i detta arbete beskrivna partiella sammanslagningen av barnkirurgiska avdelningen och barnintensiven. Samma ord används då skribenten hänvisar till den större pågående förändringen på barn- och ungdomskliniken (flytten till ny sjukhusbyggnad år 2022).

Trots att förändringarna på barn- och ungdomskliniken inte ur administrativ synvinkel kan benämnas som organisationsförändring behandlas begreppen organisationsförändring och förändringsledarskap ur ett teoretiskt perspektiv i de följande kapitlen. Även medarbetarnas reaktioner till och behov vid organisationsförändringar diskuteras. Dessutom beskrivs begreppet kompetens och förklaras hur en kompetenskartläggning kan bidra till processen vid en planerad förändring.

3 Organisationer i en föränderlig värld

John P. Kotter (2012), som är en känd förändringsteoretiker, pekar på en viktig detalj i dagens arbetsliv. Då tidigare generationer koncentrerade sig på att bygga upp samhället och nöjde sig med att upprätthålla det som fungerade bra, måste dagens aktörer klara av att överleva i en starkt dynamisk värld. Överlevnad och förändringar går ofta hand i hand. Förutom politiska, sociala och teknologiska faktorer präglas organisationerna på 2000-talet även av en allt starkare globaliserad marknadsekonomi. Det är lätt att förstå att globalt fungerande organisationer måste hållas i takt med den tekniska och ekonomiska frammarschen, men inte ens lokala aktörer så som skolor, sjukhus eller större eller mindre kommunala serviceproducenter undgår påverkningarna av globaliseringen. Utvecklingen av arbetsmarknaden framkallar ett tryck att förändras. (Kotter, 2012, 20–21; Parsells, 2017).

Den globala marknadssituationen har även direkta konsekvenser på den finländska ekonomin. Den globala ekonomiska tillväxten hotar att sjunka kraftigt redan under det närmaste året, vilket medför ett finansiellt underskott också i vårt land. På grund av den åldrande befolkningen och allt högre kostnader inom social- och hälsovården försvagas dessutom den offentliga ekonomin. (Valtiovarainministeriö, 2018). För att möta de hotbilder som den globala marknadssituationen samt den demografiska situationen i Finland föranleder för den finska social-, hälso- och sjukvården, har det redan länge funnits ett behov att effektivisera användningen av våra skattemedel (Statsrådet, uåa). År 2015 startade den dåvarande regeringen ett omfattande beredningsarbete för en vårdreform, vars syfte var att möta ovanstående hotbilder. Målet med reformarbetet var att omforma servicestrukturerna på ett sätt som skulle erbjuda jämlikare tjänster åt alla, minska välfärdsskillnader samt dämpa kostnadsökningarna. Detta skulle åstadkommas genom att förstärka basservicen, men även genom att utnyttja digitala medel på ett allt starkare sätt samt genom att minska på hållbarhetsunderskottet inom den offentliga ekonomin. Beredningsarbetet avbröts dock på våren 2019. (Statsrådet, 2019). I och med den nybildade regeringen startades beredningsarbetet på nytt hösten 2019 för att åstadkomma en ny reform av social- och hälsovården. Syftet med det nya programmet är att stärka basservicen genom att förändra verksamhetssätten och stärka samarbetet mellan olika aktörer inom social- och hälsovården. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2019).

Hälso- och sjukvårdsorganisationer, precis som alla andra aktörer, bör reagera på den rådande marknadsekonomi och hitta hållbara metoder för att svara på konkurrensen och förändras då samhället kräver det. (Parsells, 2017). Ur organisatorisk synvinkel innebär

globaliseringen med andra ord både en rad möjligheter och hotbilder, som i sin tur avspeglas som krav på allt starkare flexibilitet och förändringsförmåga. Trots att beredningen av den förra vårdreformen avbröts i mars 2019 (Statsrådet, 2019) och beredningsarbetet av en ny reform har just först påbörjats (Social- och hälsovårdsministeriet, 2019) är det ett faktum att förändringsprocesserna är i full gång runt om i vårt land. Enligt en finsk undersökning möter 98 % av hälso- och sjukvårdsledarna mycket eller 50 % till och med för mycket förändringar i sitt dagliga arbete. 55 % av ledarna ansåg att de inte klarar av det föränderliga arbetsfältet, samtidigt som de flesta ansåg förändringsledarskapet som en viktig del av sitt arbete. (Riekkinen, 2019). Parselles (2017) summerar att eftersom personalen är den kritiska länken mellan utsatta mål och utfall i förändringsprocesser, borde mera uppmärksamhet riktas på förändringsledarskap och speciellt på hur ledarna kan stöda och vägleda personalen i och genom förändringen. Extra stor vikt borde läggas på tydlig och meningsskapande kommunikation, säger Parselles.

3.1 Organisationsförändring

Eftersom organisationerna i dagens läge kontinuerligt måste förändras för att hållas med i samhällsutvecklingen, bör man börja se organisationsförändringar mera som ett normaltillstånd än ett undantag. Organisationsteorierna, som tidigare fokuserade på att producera stabilitet, har allt mer utvecklats till teorier om hur man kan skapa förändring (Jacobsen, 2013, 14).

Organisationsförändringarna är inte alltid dramatiska eller ens tydligt märkbara. Ofta är förändringarna konstant pågående, inte tydligt avgränsade, processer som kan ha mer eller mindre dramatiska påföljder för de involverade. (Rissanen & Lammintakanen, 2017, 148). Att beskriva och kategorisera en specifik organisationsförändring kan därmed vara svårt. Enligt Rissanen och Lammintakanen (2017, 149–150) kan en organisationsförändring i vissa fall även benämnas som organisationsutvecklingsprocess eller -reform. Skillnaden ligger i tankegången i att en utvecklingsprocess är stramare definierad, har sitt ursprung i organisationsledningen och är ofta mer målmedveten och aktiv till sin karaktär. Samtidigt påpekas det att ordet utveckling har en positivare klang än förändring. En förändring ses ofta som en mer omfattande process som innehåller en eller flera separata utvecklingsprocesser. (Rissanen & Lammintakanen, 2017, 149–150). Luoma (2011, 27–28) diskuterar meningen med orden utveckling, förbättring och förändring och menar att dessa tre kan ses i förändringssammanhang som synonymmer.

3.1.1 Definition på organisationsförändring

Den enklaste definitionen på organisationsförändring är att när situationen i en organisation är en annan och arbetets utförs på ett annat sätt än tidigare, har en förändring skett. (Melén Fäldt, 2010, 29; Rissanen & Lammintakanen, 2017, 148). Förändringsprocesserna är dock alltid situationsspecifika och ingen förändringsprocess är lik den andra (Arnold & Randall, 2010, 651). Därför är det skäl att försöka definiera varje organisationsförändring skilt för sig, beskriva vad det är frågan om och i vilket kontext det sker. Enligt Jacobsen och Thorsvik (2014, 357–358) bör organisationsförändringen relateras till innehållet i förändringen. Förändringen kan gälla organisationens existerande uppgifter, teknik, mål eller strategi. Likväl kan det vara frågan om förändringar i organisationens struktur, kultur eller processer. I vissa fall kan förändringarna kopplas till organisationens demografiska förhållanden. Oberoende av innehållet i förändringen är det dock alltid frågan om en process som kräver organisering, ledning och medverkan. Maktförhållandena i organisationen spelar en central dimension i förändringsprocessen.

En förändring kan vara planerad eller oplanerad och initiativet till förändring kan komma påtvingat utifrån eller uppifrån (eng. top-down) eller börjas på eget initiativ inom organisationen (eng. bottom-up). En del av förändringsprocesserna är frivilliga. Andra är obligatoriska och kan vara påtvingade av samhällsliga krav (t.ex. förändrade lagar eller stramare samhällsekonomi). Förändringen kan vara liten eller stor, men också ytlig eller djup. En stor, djupgående förändring leder ofta till ändringar i själva organisationskulturen och kan i vissa fall till och med ses som ett paradigmskifte. Lika ofta sker förändringarna mer eller mindre obemärkt, som en naturlig del av organisationen och dess processer. (Rissanen & Lammintakanen, 2017, 148–150).

Förändringsprocessen på barn- och ungdomskliniken utgår ifrån ett tydligt utvecklings- och förändringsbehov varför den kan ses följa en rationell och episodisk förändringsmodell. Några eller flera personer har analyserat situationen och kommit fram till att nya lösningsmodeller bör utarbetas för att möta de kommande kraven som de nya utrymmena, och den därmed förändrade verksamheten, kommer att medföra. (Jacobsen, 2011, 20–21). Omställningarna på barn- och ungdomskliniken är dels omfattande och innehåller flera samtidiga, men separata utvecklingsprocesser (Rissanen & Lammintakanen 2017, 149–150). Förändringarna sker utan omstruktureringar i organisationsstrukturen (Jääskeläinen, 2014). Därmed har skribenten valt att använda ordet ”förändringsprocess” i stället för ”utvecklingsprocess” eller ”organisationsförändring” i detta arbete.

3.1.2 Förändringsmodeller

I litteraturen åtskiljs förändringsprocesserna ofta ur ett tidsperspektiv, där det tas fasta på om processen är avgränsad till en viss tidsperiod eller sker över en lång tid (Rissanen & Lammintakanen, 2017, 149). Förändringsprocesserna kan då kallas kontinuerliga eller episodiska. Vissa benämner förändringarna evolution och revolution, utformning och omformning, konvergens och omorientering eller förändring av första och andra ordningen (Jacobsen, 2011, 115). Trots att benämningarna varierar, syftar de alla till samma sak, dvs. de ger en bild av förändringens omfattning.

Kontinuerliga, eller evolutionära, förändringar är som ordet säger, hela tiden pågående förändringar. Oftast är de kontinuerliga förändringarna mindre påtagliga för individen eftersom de består av mindre finjusteringar inom hela organisationen. Enligt Jacobsen (2013, 44–45) handlar det om att kontinuerligt skapa en balans mellan omgivningens krav och organisationsformen. Förändringsprocessen betraktas mera som en naturlig utveckling och anpassning till det omgivande samhället och handlar framförallt om konkurrens och resurser, men även utveckling inom branschen. I sjukhusmiljö handlar de evolutionära förändringsprocesserna ofta om allmän kunskapsutveckling inom medicin och omsorg och förändringarna startar därmed ofta utanför organisationen. (Jacobsen, 2011, 27–31).

De episodiska förändringarna anses däremot vara begränsade till en viss tidsperiod och bestå av planerade förändringsaktioner med utgångspunkt i på förhand identifierad och uttalad problematik. Organisationen förändras avsiktligt och rationellt för att uppnå ett nytt mål. (Jacobsen, 2011, 20–21). Jacobsen och Thorsvik (2014, 359) talar om planerade och hierarkiskt styrda förändringar med en grund i strategisk ledning. Förändringen sker oftast via en rationell beslutsprocess och har ett igenkännbart mål. Processen har också en tydlig början och ett slut. De episodiska förändringarna benämns därmed ofta som både planerade och rationella. Van de Ven och Poole som Jacobsen refererar till kallar dessa förändringar för teleologiska. (Jacobsen, 2011, 21, 40). Sammanfattningsvis kan det sägas att planerade förändringar strävar medvetet till att ändra något i den existerande organisationen och har oftast i förhand definierat mål, innehåll och strategi (Johansson, 2011, 260).

Jacobsen (2011, 23, 32, 34, 39) påpekar att förändringarna kan klassificeras även enligt förändringsnivå och -logik. Förutom den ovan nämnda evolutionära och episodiska planerade processen, kan ytterligare tre modeller urskiljas: förändring som resultat av tillfälligheter, förändring som en dialektisk process och maktkamp samt förändring som livscyklar. Gemensamt för dessa tre sist nämnda förändringsmodellerna är att de inte är lika

påtagliga som de evolutionära och episodiska förändringarna. Samtidigt bör ihågkommas att de flesta förändringar har inslag av ett eller flera andra perspektiv. För klarhetens skull behandlas därmed förändringsprocessen som barn- och ungdomskliniken genomgår för tillfället, och som detta arbete syftar till, som en planerad episodisk förändringsprocess; med en begränsad tidsram och med ett tydligt identifierbart slutmål.

3.1.3 Organisationsförändringar i sjukhuskontext

Sjukhusverkligheten bygger oftast på ett strukturinriktat synsätt som betraktar organisationen som en del av ett samhälls- och värdesystem som styr organisationens utformning och därmed även behovet till förändring (Ellström & Hultman, 2004, 244–245). Eftersom aktiviteten på dagens sjukhus till stora delar bygger på att anpassa sig till yttre krav balanseras verksamheten av evolutionära förändringar, dvs. förhållandevis små, men kontinuerliga, justeringar som har som mål att förbättra och finslipa verksamheten. Vid relativt stabila omständigheter kan *status quo* därmed upprätthållas med smärre förändringar av strategin, kulturen och strukturen. När det sedan sker större brytningar, exempelvis vid samhällseliga (politiska och ekonomiska) omställningar, kan inte organisationen stanna kvar i de gamla och inkörda spåren. Då blir en större episodisk organisationsförändring ett måste för långsiktig framgång och överlevnad. (Jacobsen, 2011, 126–127).

Oberoende om förändringarna är stora strategiska omvälvningar eller mindre, evolutionära, förändringar, utgör de ett dilemma för arbetsamfundet. Jacobsen (2011, 126–127) nämner nämligen att organisationer som är bra på evolutionära förändringar har ofta svårt med episodiska förändringar. Sjukhusverksamheten, som är starkt styrd av den institutionella omgivningen (offentliga myndigheter) och av stora professionsorgan (läkare och sjukskötare) är ofta bra på evolutionära förändringar eftersom förändringarna riktar sig på att göra det man redan gör, men på ett bättre sätt. Den konserverande effekten på organisationen som den institutionella omgivningen och de starka professionsorganen medför, fungerar dock oftast också som ett hinder vid episodiska förändringar (Jacobsen, 2011, 153–156).

I en fokusgruppundersökning med 167 sjukhusledare i USA tog Longenecker och Longenecker (2014) fasta på orsaker till att organisationsförändringar ofta misslyckas i sjukhusomgivning. Som viktigaste fallgrorpar nämndes oklart fokus, brist på en realistisk plan och svagt motiverad förändring samt ineffektivt ledarskap. Det upplevda ineffektiva ledarskapet återspeglades bland annat i form av bristande och enkelriktad (uppifrån

neråtriktad) kommunikation och bristande förtroende till ledningen. Vuorinen (2008, 113) undersökte däremot i sin avhandling hur avdelningssköterna och sjuksköterna på ett finskt universitetssjukhus upplever förändringsledarskap. Vuorinen påpekar att det finska ledarskapet präglas av ett mera konserverande angreppssätt än av risktagande och innovativt tänkande som är mera kännetecknade för det amerikanska samhället. Samtidigt är det finska ledarskapet mera humant och ger större frihet till sjuksköterna. Förändringsledarskapet på ett finskt universitetssjukhus kännetecknades enligt Vuorinen framförallt av att ge mandat åt medarbetarna, men även av att dela med sig av visionen samt av att ge vägledning och uppmuntran.

3.1.4 Organisationsförändring och ledarskap

Organisationsförändringar är sällan enkla, logiska, kausalt framåtskridande eller tidsmässigt lineära processer och det sägs att 70–75 % av alla förändringsprocesser misslyckas helt eller delvis (Stanleigh, 2008; Maurer, 2010, 76; Juuti, 2011a, 68). Inte ens planerade omställningar undgår det kaos som oftast präglar organisationsförändringar, varför det inte heller existerar en enda enkel form eller definition på förändringar eller förändringsledarskap. (Rissanen & Lammintakanen, 2017, 158–159).

Förändringen kräver mycket arbete av alla involverade parter. För ledarens del behövs det både insikt och kompetens att leda och genomföra en förändring på ett planerat och aktivt sätt (Jacobsen, 2013, 20–21). Ledaren ska nämligen sträva efter att ändra motståndet och i bästa fall den passiva acceptansen till målmedveten aktivitet mot det nya målet och förändringen (Riekkinen, 2019). Arnold och Randall (2010, 670) påpekar i sin tur att för en lyckad förändring behövs förståelse om organisationens strategi, strukturer, kultur och processer, men även involverade människor. Alla dessa komponenter bidrar till tröghet och motstånd till förändringar eller alternativt sporrar till effektiv förändring. Ledaren behöver förstå sin egen roll i processen, men lika viktigt är det för ledaren att förstå medarbetarnas roll (Pearson, 2014).

Medarbetarnas inställning till omställningen är med andra ord en viktig led i att lyckas och därför är det viktigt att skapa positiv mening och förståelse i relation till förändringen, menar Melén Fäldt, (2010, 10–11). Denna tanke stöds av Arnold och Randall som nämner att framgångsrika förändringsprocesser oftare initieras och verkställs i riktningen nerifrån upp (eng. bottom-up) än uppifrån ner (eng. top-down). (Arnold & Randall, 2010, 669–670). Även Kotter (2012) poängterar vikten av att ge kraft och motivation åt personalen och hur

denna kraft kan förkrossa den tröghet som ofta förekommer i förändringsprocesser. Detta kan åstadkommas endast genom högklassigt ledarskap. Utmärkt chefskap räcker inte, påpekar Kotter. (2012, 22). Kotters samt Arnolds och Randalls tankegång om att ge makten i förändringsprocessen åt personalen stöds ytterligare av det faktum att maktförhållandena i det finska samhället, så som i de andra skandinaviska länderna, är av egalitär karaktär. Detta innebär att vi inte lätt accepterar ensidig maktutövning från ledningens sida. (Jacobsen, 2011, 159). För en framgångsrik förändring är det därför viktigt att ledaren klarar av att tydliggöra allas ställning i processen till alla involverade individer (Pearson, 2014).

Gareth Morgan (1999, 293–295) talar i sin bok om organisationsmetaforer om hur ledarnas grundläggande funktion i det kaos som organisationer medför är att skapa och forma en meningsfull kontext i varje given situation. Ledaren bör ha förmågan att hantera och styra stabilitet, men likväl skapa instabilitet och förändring. Kotter (2012, 23, 29) poängterar att i stunden av förändring kan ingen ledare föra fram en förändringsprocess ensam och lyckas. Betydelsen av att fungera som ledare och inte som en chef, tydliggörs vid förändringsprocesser, menar Kotter. Även Vuorinen (2008, 15) betonar att traditionellt ledarskap måste ersättas av nytt tankesätt och nya ledarskapsmodeller. Endast genom att ta med hela projektgruppen och dela med sig visionen och målet, kan en ledare skapa den atmosfär som behövs för en lyckad förändring. Vikten av teamarbete och kommunikation understryks. (Pearson, 2014). Vuorinen (2008, 113) understryker att ledarskap alltid är ett samarbete. I förändringsledarskap framhävs vikten av att förmedla visionen, skapa gemensamma mål och värderingar. Ledarskap är gemensamt ansvarstagande, säger Vuorinen.

Både Johansson (2011, 263) och Rissanen och Lammintakanen (2017, 160–161) lyfter fram tanken om att ledarens viktigaste roll i en förändringsprocess är att fungera i konstant interaktion med alla involverade parter och förmedla en så korrekt och fullständig bild av förändringen som möjligt. Även Parsells (2017) betonar att personalen behöver förstå förändringen och uppfatta dess värde för en själv. Detta åstadkoms genom att sätta upp realistiska mål och kommunicera förväntningarna tydligt till medarbetarna. Det är även viktigt att utsätta uppnåbara och konkreta delmål och uppmuntra medarbetarna att kontinuerligt ta steg framåt på förändringens stig. Strömberg (2017a) poängterar även att ledaren ska vara tillgänglig och nära personalen samt ha en förmåga att både ge och få återkoppling. De mest centrala elementen i förändringsledarskap innefattar med andra ord god förändringskommunikation samt stark delaktighet av personalen. Ledaren bör

framförallt fungera som en möjliggörare, och inte som en ensam framdrivare, av förändringen.

3.2 Medarbetarna i relation till en organisationsförändring

Speciellt inom hälso- och sjukvården finns det idag ett stort behov att hållas med i utvecklingen, både på ekonomiskt, socialt, politiskt som teknologiskt plan. Oftast startas planerade förändringsprocesser som svar på dessa direkta yttre krav eller av ett behov att adapteras till en kommande samhällelig eller inre organisatorisk förändring. Förändringarna är därmed ofta påtvingade, men planerade. Påtvingade förändringsprocesser förorsakar alltid reaktioner, vissa förväntade, andra mindre förväntade. Likväl föder planerade förändringar reaktioner som ledningen bör vara medveten om. (Lewis, 2016, 66–68, 205). Oberoende om en förändring är planerad, påtvingad eller bägge, menar Lewis (2016, 205) att själva förändringsprocessen leder lätt till att personalen tappar intresset för att försöka påverka; de blir passiva, omotiverade och missmodiga och börjar förvänta sig att bli tillsagda vad som ska göras.

Förändringar är i dagens värld mer en regel än ett undantag, varför motstånd och motivation till förändringar är viktiga aspekter att ta hänsyn till vid varje förändringsprocess. (Formosa, 2015; Parsells, 2017). Melén Fäldt (2010, 29–32) menar att särskilt i samband med episodiska förändringar uppstår det ofta förändringsmotstånd eller åtminstone ses en skiftande villighet att stödja förändringen. Därmed bör man komma ihåg att då organisationsförändringen ses som episodisk anses individens hållning vara i direkt relation till hur förändringsprocessen lyckas eller misslyckas. Stanleigh (2008) påpekar dessutom att oberoende av typen av förändring genomgår personalen de klassiska faserna av förnekande, motstånd, utforskning och engagemang. Allt för ofta glömmes ledningen bort att beakta personalens diversitet och det faktum att alla inte ligger samtidigt i samma fas under processen. Trots att en är redan fullt engagerad, kan den andra fortfarande förneka hela tanken om förändring. Medarbetarna upplever förändringen väldigt olika vid samma given tidpunkt och en kris är oftast ett faktum. (Parsells, 2017).

Bland annat Bolman och Deal (2008, 396) samt Parsells (2017) poängterar att organisationsförändringar förorsakar starka känslreaktioner hos personalen och att dessa inte kan åsidosättas. Förändringsarbetet väcker alltid starka känslor. Det kan vara frågan om nyfikenhet och glädje, men likaväl kan det uppkomma känslor av oro, ilska, rädsla, ångest och irritation (Forslund, 2016, 323). Förändringen påverkar också individens förmåga att

känna sig effektiv och uppskattad. Känslor av osäkerhet och förvirring inför framtiden samt en känsla av förlust skapar alla i sin tur känslor av att förlora kontrollen. Bolman och Deal påpekar att om dessa känslor inte behandlas bildar de ett effektivt ankare i nuet. Förankringen hindrar i sin tur progression och utveckling. Med andra ord: alla dessa känslor skapar ett starkt behov att få en tydlig motivering och förklaring till förändringen, men även ett behov av direkt involvering i förändringsprocessen. Genom att bilda arenor för diskussion och omtänkande, som Bolman och Deal kallar det, får personalen möjlighet att sörja sin förlust, men även hylla det nya och en plattform för en lyckad förändring kan byggas. (Bolman & Deal, 2008, 396).

En organisationsförändring är en lång process och kräver konstant adaptering (Ponteva, 2010, 20). Processen tröttnar därmed lätt ut personalen (Juuti & Luoma, 2009, 163). Ledarens uppgift blir därför att till en del väcka personalen och hålla upp intresset, men samtidigt hitta medel som sporrar alla, oberoende av ursprungligt intresse för förändringen (Korhonen & Bergman, 2019, 152). Precis som Lewis (2016, 195) säger bör organisationer ses som sociala konstruktioner, uppbyggda av dess medlemmar. Därmed bör även organisationsförändringar ses som sociala arrangemang, uppbyggda av alla involverade.

3.2.1 Motstånd

Organisationer är sociala konstruktioner, uppbyggda av enskilda kännande individer varför förändringsprocesserna alltid innehåller även en mänsklig och emotionell aspekt (Jacobsen, 2011, 190, 194; Lewis, 2016, 195). Nya idéer och förändringar ses ofta ses som hot mot organisationen, men framförallt ses det som ett hot för den enskilda individen. Organisationsförändringar sätter igång en process där människan förväntas börja tänka och agera på ett nytt sätt. Samtidigt har människan ett fundamentalt behov att hålla fast vid det bekanta, varför en förändring nästan alltid ses som något negativt. (White, 2016). Förändring skapar känslor och känslor skapar reaktioner. Reaktionerna kan vara positiva, likgiltiga eller negativa. Motstånd ses dock oftast som en krisreaktion (Forslund, 2016, 340).

Motståndet som uppstår kan vara av politisk karaktär och grunda sig på intressekonflikter, men ofta är det frågan om en känslomässig reaktion (Jacobsen, 2011, 190–191). Jacobsen (2011, 194–204) summerar att motståndsreaktionerna kan ha sitt ursprung i individuella och sociala förhållanden, men likväl i organisationens strukturella och teknologiska förhållanden. Som individuella förhållanden kan räknas bland annat tidigare erfarenheter om förändringsarbete inom organisationen (Strömgren, 2017a), men likväl basala känslor av

rädsla för det okända (Jacobsen, 2011, 196). Den sociala tillhörigheten och stabila maktförhållanden på en arbetsplats är också väldigt viktiga och rädslan av att förlora dessa kan leda till motstånd. En anmärkningsvärd aspekt är det så kallade psykologiska kontraktet som de flesta utvecklar i interaktion med sina medarbetare, men framförallt med sin arbetsgivare. Det psykologiska kontraktet är ett informellt avtal mellan människor och innefattar osagda subjektiva regler om rättigheter, skyldigheter och förväntningar om en själv, medarbetarna och arbetsgivaren. Ett brott mot det psykologiska kontraktet leder ofta till starkt motstånd. (Arnold & Randall, 2010, 281–284; Jacobsen, 2011, 200–201). Allmänt sett innefattar en organisations strukturella och teknologiska förhållanden använda maskiner och apparater, men även den kunskap personalen bär. I så kallade professionella organisationer, så som sjukhus, är kunskapskapitalet ett av de viktigaste instrumenten som används i det dagliga arbetet. Jacobsen (2011, 204–206) påpekar att speciellt i organisationer med starka professioner föreligger det en stor risk för tröghet och motstånd för förändringar eftersom professionen har lagt mycket arbete på sin kunskap och sin position. I en förändring ser de dem gå förlorade.

Motstånd är en naturlig reaktion, men inte alltid enbart illasinnad. Den kan uppstå ur en personlig kris, men kan likväl bero på andra faktorer. (Forslund, 2016, 243). Enligt Maurer (2010) finns det tre grundläggande orsaker till varför människor förhåller sig negativt till förändringar och uttrycker motstånd. Den enskilda individen förstår kanske inte förändringens idé eller tycker inte om vad förändringen representerar eller för med sig. Responsen knyts till starka känslor. I vissa fall kan det även vara frågan om att individen inte tycker om eller litar på den som sätter igång förändringsprocessen. I första fallet är det frågan om brist på information. Den andra reaktionen utgår från emotioner, den tredje från brist på förhållande eller tillit. (Maurer, 2010, 58–60, 66, 69, 72).

Utveckling och förändring utan motstånd är dock omöjligt. Istället ska man se motståndet som en paradox som skyddar de involverade från att göra fel och ger energi åt hela processen. (Maurer, 2010, 62). Därför ska inte motstånd heller ses som ett enbart negativt fenomen (Forslund, 2016, 340). Om ledaren klarar av att möta och svara på motståndet i ett tidigt skede och på ett konstruktivt sätt, kan motståndarna övergå från att uppträda som hot, till att vara en viktig resurs i förändringsprocessen (Engle, 2018). Maurer (2010, 62–64) använder kampsporten Aikido som en metafor och menar att den negativa kraften som motståndet påtvingar kan återskapas till en framåt drivande kraft; istället för att attackera och slå ner motståndet, kan ledaren ta del av motståndarens energi och ändra riktning på den. Ledaren skyddar därmed samtidigt sig själv och motståndaren. Jacobsen (2011, 210–211) menar att

motståndet borde i stället ses som en kontinuerlig debatt om den ifrågavarande situationen och dess möjliga lösningsalternativ. En klok ledare dödar inte debatten utan accepterar de avvikande uppfattningarna och anammar i stället den öppna och kritiska diskussionen som ett drag av något positivt. Motstånd övergår därmed till stöd och möjligen även till motivation.

3.2.2 Motivation

Faktum är att de emotionella reaktionerna kräver mer än hårda fakta och grafer. Maurer (2010, 64) menar att genom att ge tillräckligt med uppmärksamhet och respekt kan motstånd vändas till stöd. Speciellt viktigt är känslan av att vara uppskattad, säger White (2016). Strömgren (2017a; 2017b, 43) betonar tillit och medarbetarengagemang. Kotter (2012, 37–38) talar om att inrätta en känsla av nödvändighet för förändringen inom organisationen. Engle (2018) kallar det för att marknadsföra och sälja sina idéer. Den sammankopplande tanken i alla ovanstående påståenden är att då personalen inser och känner vikten av förändringen, minskar motståndet och motivation kan i stället växa fram. Maurer (2010, 162) sammanfattar tankegången och säger att *”It’s not enough to understand that something must change, people must feel it.”*

Motivation i sig har många definitioner, beroende på om man ser på saken från exempelvis mekanisk, juridisk eller psykologisk synvinkel. Ur synvinkeln arbetspsykologi ses motivation som en kombination av inre och yttre faktorer som skuffar eller drar oss till handling. Motivationen på arbetsplatsen sägs bestå av tre komponenter: riktning, insats och uthållighet. (Arnold & Randall, 2010, 309–310). En person som hamnar mitt i en förändringsprocess har med andra ord nog motivation, men frågan är hur ledaren styr riktningen. Är riktningen mot eller för förändringen?

Motivationen påverkas enligt Arnold och Randall (2010, 318–325) bland annat av känslan av rättvisa och förväntan av en belöning. Forskning har även visat att en person kan motiveras att göra saker bara hen har en möjlighet att påverka processen, trots att personen vet att slutmålet inte ändras. Omvänt ses en tydlig sänkning i motivationen om personens åsikter om och om igen ignoreras. Viktigaste poängen är att inse att om arbetstagaren ser sig själv och sitt arbete som en del av den förnyade organisationen, kan hen motiveras och förbindas till förändringsprocessen. Ponteva (2010, 18) summerar tankegångarna med att påpeka att ingen kan tvingas till förändring, motivationen till förändringen kommer inifrån var och en av oss. Ledaren kan emellertid hjälpa arbetstagaren att hitta den undangömda

förändringsmotivationen. Viktigast av allt är att ledaren förmedlar samma tankegång åt alla: organisationsförändringen är en positiv sak och berikar hela arbetssamfundet.

3.3 Positiv organisationsförändring

De första vetenskapliga teorierna om förändringsledarskap föddes för mer än 70 år sedan, då bland annat Kurt Lewin introducerade sin berömda trestegsmodell för förändring; upptining (eng. unfreeze), förflyttning (eng. change) och frysning (eng. freeze) (Forsslund, 2016, 329–330). Lewins förändringsprocessmodell ligger som grund för många av dagens förändringsmodeller. I slutet på 1940-talet då Lewin formulerade sina första teorier om förändring och ledarskap, låg visserligen tyngdpunkten på kortvariga planerade förändringsprocesser. Den organisatoriska vardagen präglades av stabilitet och avbröts endast av korta förändringsepisoder varför det var enkelt att introducera en systematisk modell med tre tydliga steg. (Forsslund, 2016, 329–330; Lewis, 2016, 20). Lewis (2016, 21) påpekar att dagens arbetsliv inte består mera av tydliga perioder av stabilitet, utan är mera ett kontinuum av förändrings- och utvecklingsprocesser. Förändringarna, som numera är en permanent del av organisationernas vardag, bör därför bemötas och behandlas på ett mera övergripande sätt för att lyckas.

Trots att väldigt många förändringsprocesser fortfarande misslyckas, finns det också bevis på att förändringar kan lyckas. Enligt John P. Kotter (2008, vii-viii) kunde vissa gemensamma drag ses i alla lyckade förändringsprojekt. Kotter summerade sina iakttagelser till en åtta-stegs modell vars grundtanke är att effektfulla förändringar byggs upp av en process som skapar styrka och motivation med hjälp av högklassigt ledarskap, involvering av personalen och kommunikation. Motivationen som skapas fungerar som motpart för motståndet och åsidosätter trögheten. (Kotter, 2012, 22–23). Även Johansson (2011, 263–264) lyfter fram Kotters samt Eldrods och Tippetts tankar om ledarens kommunikativa roll vid förändringsprocesser och framhäver vikten av att tydliggöra målen, skapa en känsla av angelägenhet och uppnå förståelse för förändringen.

Cynthia Formosa (2015) beskriver tankegångarna om förändring och traditionella maktförhållanden inom hälso- och sjukvården av filosoferna Michel Foucault och Jurgen Habermas. Båda teoretikerna har enligt Formosa visat att den traditionella hierarkin kan och bör ifrågasättas för att uppnå bättre resultat vid förändringsprocesser. Organisationskulturer som understryker grupp tillhörighet och samarbete, men även god kommunikation och

koordinering, har visats ha betydligt bättre möjligheter att uppnå goda resultat vid implementeringen av förändringar, menar Formosa.

Den sammankopplande tanken i Kotters (2012), Johanssons (2011), Morgans (2016) och Formosas (2015) utsagor om vad en lyckad förändringsprocess innefattar, är i all enkelhet: tydlig kommunikation och involvering av personalen i processen. När organisationsförändringen och reaktionerna till den kan ses genom emotionella och kognitiva linser, finns det en möjlighet att ingripa i processen och ge styrka och makt åt alla involverade. Känslan av att ha kontroll motiverar dem som mest påverkas av förändringen, summerar Lewis (2016, 68–69).

3.3.1 Förändringskommunikation

Personalen önskar ofta mera kontakt med ledningen redan under den normala vardagen. Då organisationen går in i en förändringsprocess ökas behovet ytterligare. Korhonen och Bergman (2019, 122) påpekar att eftersom den gemensamma förståelsen föds ur interaktionen mellan ledningen och personalen, ökar behovet till kontakt och kommunikation vid organisationsförändringar. Förändringen betyder olika saker för olika människor, varför förmedling av saklig, tydlig och noggrann information samt öppen, ärlig och regelbunden kommunikation utgör grunden för allt förändringsledarskap (Rissanen & Lammintakanen, 2017, 160–161). Förenklat kan det sägas att ledarskap vid förändringar består i grund och botten av ständig interaktion med medarbetarna och dubbelriktad kommunikation. (Korhonen & Bergman, 2019, 121–123). Parsells (2017) påpekar att genom att använda sig av mellanmänsklig kommunikation kan ledaren öka förståelsen för förändringen, både på en underförstådd och konkret nivå. Kommunikationen blir meningsskapande när den å ena sidan minskar rörligheten och å andra sidan ökar förståelsen för förändringsprocessen.

Kommunikation och dess värde vid organisationsförändringar har påvisats i många undersökningar och ofta beror misslyckade förändringar på bristande kommunikation, menar Johansson (2011, 257). God kommunikation har däremot visats vara relaterat till minskad osäkerhet och ångest gällande förändringen samt förbättrad förmåga att klara av osäkerheten. Personalen har även påvisats förbinda sig bättre till förändringen samt understöda och acceptera den om förändringskommunikationen har fungerat väl. Det finns även tecken på att bra kommunikation kan ha haft positiva effekter på det allmänna psykiska välbefinnandet ännu långt efter själva förändringsprocessen. Med hjälp av aktiv

kommunikation ger ledaren personalen möjlighet att förutsäga framtiden och delta i beslutsfattandet. Känslan av att ha kontroll bemyndigar personalen, vilket i sin tur ökar känslan av tillit till ledningen och ger en känsla av rättvisa. (Jimmieson & White, 2011; Parsells, 2017; Rissanen & Lammintakanen, 2017, 160–162).

Kommunikationen kan enligt Parsells (2017) vara antingen programmatisk eller deltagande. I den programmatiska strategin går kommunikationen enkelriktat uppifrån ner, i den deltagande placeras personalen i den aktiva rollen. Kommunikationen ska fortsättningsvis möjliggöras från ledaren till medarbetarna, men likväl från medarbetarna till ledaren. Den bipolära kommunikationen, eller dialogen, ger medarbetarna en möjlighet att få sin röst hörd och få svar. Ledaren ger påverkningsmöjligheter och en känsla av att kunna utöva inflytande på förändringsprocessen. Den deltagande kommunikationen ses därmed som demokratisk och ger deltagarna möjligheten att själv skapa mening till processen. (Rissanen & Lammintakanen, 2017, 160–161; Strömgren, 2017a).

Johansson (2011, 264–265) diskuterar kommunikationens roll vid organisationsförändringar och säger att förändringar skapas, upprätthålls och styrs med och genom kommunikation. Hon påpekar också att i och med att organisationer är sociala konstruktioner, ökar kommunikationens och speciellt dialogens värde vid förändringar. Den intima kopplingen mellan förändring och deltagande kommunikation som bland annat Johansson (2011, 265) och Parsells (2017) förespråkar, ligger som grund för förändringsprocesser som tar vara på gemensamma värderingar i hela organisationen och skapar en allmän atmosfär av uppskattande interaktion. Även Juuti och Luoma (2009, 164) betonar vikten av äkta dialog vid förändringsprocesser. Dialogen borde enligt Juuti och Luoma vara förstående och avvikande åsikter respekteras. Då olikheterna ses som en rikedom kan kreativitet, innovationer och motivation, som alla är drivkrafter i en förändring, växa fram.

3.3.2 Personalinvolvering

Varje människa har ett fundamentalt behov av att (förutom att få sina fysiska behov tillfredsställda) höra till en grupp, vara uppskattad och känna sig trygg. Enligt Abraham Maslows (1943) klassiska behovshierarki ligger självförverkligande högst upp på behovstrappan, som det sista som behöver tillfredsställas, men ändå som en viktig komponent att beakta. (Bolman & Deal, 2008, 124; Hallin & Karrbom Gustafsson, 2012, 158).

Kända organisationsförändringsteoretiker så som Kotter (2012), Bolman och Deal (2008) samt Cooperrider (1987) har alla tagit vara på synen om människan som en helhet, som bör behandlas som en helhet vid förändringar. De är alla överens om att genom att ignorera någon aspekt, kan hela processen gå förlorad. När organisationsförändringar behandlas ur synvinkeln positiv psykologi tydliggörs aspekten om människan som en helhet och hans behov till att höra till en grupp, vara trygg och uppskattad samt hans behov till självförverkligande - även i förändringsprocesser. Lewis (2016, 88–90) påpekar att idén om personalinvolvering i form av deltagande ledarskap (eng. Participative Management) uppkom redan på 1960-talet. Teorierna byggde på tanken om att involvera och aktivera hela personalen och inte endast ledningen i en organisation. I slutet av 1980-talet och på 1990-talet gick teoretikerna vidare i tankegångarna om personalinvolvering och insåg vikten av dubbelriktad kommunikation vid organisationsförändringar. Lewis (2016, 89) summerar att allt eftersom organisationerna har börjat ses som dynamiska och icke lineära sociala konstruktioner har förändringsmodellerna allt starkare tagit vara på vikten av god kommunikation och stark personalinvolvering. Lewis kallar det medskapande (eng. co-creation).

Medskapande erbjuder ett alternativ till påtvingade planerade förändringar, menar Lewis (2016, 88–90). Medskapandet motverkar den passivering som planerade och problemfokuserade förändringar ofta medför och ger medarbetarna istället en möjlighet att påverka sin framtid genom att vara en aktiv del av processen. Lewis (2016, 195) påpekar att guldkanten i en medskapande infallsvinkel i förändringsprocesser är att den kan tas i bruk när som helst under processen. Poängen är att den erbjuder medarbetarna en möjlighet att dela med sig av sitt kunnande och tillsammans hitta jordnära lösningar som fungerar i praktiken och inte enbart i teorin.

3.4 Positiv och styrkebaserad förändring

Förändringsprocesserna är sällan enkla och forskningen har ofta fokuserat på hur ledarna kan genomföra effektfulla förändringar (t.ex. Ojasalo et al., (2009), Kotter (2012) och Niiranen et al., (2014)). Butterfield, Borgen, Amundson och Erlebach (2010) undersökte däremot hur arbetstagarna upplever förändringsprocesser och vad som fungerar som hjälpande och hindrande faktorer. Ledarskap och arbetsmiljön räknades upp som kategorier med största hindrande effekten för en bra förändringupplevelse. När respondenterna fick berätta vad de önskade av ledarna och arbetsmiljön för att känna tillfredsställelse trots pågående förändring, önskades bland annat bättre kommunikation och tydligare tidsramar.

Samtidigt önskades möjlighet att själv vara en aktiv deltagare i förändringsprocessen. 76 % av respondenterna gav till känna att en känsla av att ha optimism och insikt i processen samt en känsla av att ha ansvar över sitt eget liv, gav styrka och möjliggjorde positivt utfall i förändringsprocessen.

Traditionellt sett har ledarna i en organisation startat, genomfört och avslutat förändringsprocesserna samtidigt som personalens roll har innefattat passivitet, negativitet och brist på motivation. Melén Fäldt (2010, 30) påpekar att Kurt Lewins ”iskubsperspektiv” (upptining-förändring-återfrysning) vid organisationsförändringar var det härskande synsättet ända fram till 1980-talet. Uppfattning om att individen mer eller mindre alltid motsätter sig en organisationsförändring och hur denna motsättning fungerar som hinder för en lyckad förändring, har länge styrt tankarna om förändringsledarskap. Bland annat John P. Kotter talade om hur man kan minimera motståndet för att lyckas med en förändring (Melén Fäldt, 2010, 31). Samtidigt talar han dock också om att bemyndiga personalen (Kotter, 2012, 105). Där Kotter stärkte personalens makt via en ren ledarskapsmodell, gick bland annat Cooperrider och Srivastva (1987) vidare i tankegångarna och fördelade makten i förändringsprocessen jämnare mellan ledningen och personalen. Cooperrider och Srivastva erbjöd ett berikande perspektivskifte till förändringsprocesserna. De skapade en metod (Appreciative Inquiry, AI) som framkallar en positiv framtidsbild och inger en känsla av att ha kontroll över den kommande förändringen (Whitney, Trosten-Bloom, Cherney & Fry, 2012, 3; Morgan, 2016).

Problembaserade förändringsmodeller har som sagt så småningom fått ge vika för mera lösningsfokuserade modeller. Det finns bevis på att om en organisation närmar sig förändringsprocessen från en mer lösningsfokuserad vinkel och attityden under processen är positiv samt präglas av en ”vi kan”-anda, kan de involverade individerna få en känsla av att vara i kontroll över sin egen framtid och öde. Slutresultatet accepteras därmed oftast bättre än om den vore serverad och styrd enbart uppifrån av ledningen. (Morgan, 2016). Enligt litteraturen påverkar faktiskt personalens känslor den allmänna motivationen, hur hen förbinder sig till organisationen och hur hårt hen vill kämpa mot ett gemensamt mål. Positiva känslor har även visats öka på samarbetsförmågan och flexibiliteten. Korhonen och Bergman (2019, 153) påpekar att eftersom positivism för framåt ska även ledaren själv våga vara positiv. Med tanke på den ambiguitet som förekommer i förändringsprocesser är det därmed av värde att komma ihåg att positiva känslor har visats få personalen, men även ledaren, att tåla otydliga situationer bättre. (Katsaros & Nicolaidis, 2012; Meneghel, Salanova & Martnez, 2016). Och förändringsprocesser är ju just det; otydliga situationer.

Förutom positivism, behövs det kommunikation. God kommunikation konkretiserar förändringen och skapar en gemensam berättelse av processen (Korhonen & Bergman, 2019, 123). Berättelsen skapas av de involverade individerna, men också av olika grupper inom organisationen. Berättelserna skapar i sin tur nya identiteter. Ponteva (2010) menar att om ledaren kan se förändringen som en sammansmältning av enskilda identiteter och berättelser, lyckas förändringarna bättre. Ponteva poängterar dessutom vikten av positivt tänkande och påpekar att positiva utsagor finns till för att väcka motivationen och hålla förändringsprocessen i gång. (Ponteva, 2010, 20–21; Whitney et al., 2012, 3). Meningsfullt arbete inspirerar och inspiration växer fram ur positiva, konkreta, tolkningar av arbetet och förändringen. Ledaren fungerar därmed som en möjliggörare, förmedlare och tolk, men även som en tränare, som kan ta fram det bästa i alla involverade. (Arnold & Randall, 2010, 674; Korhonen & Bergman, 2019, 150).

3.4.1 Medskapande metoder

I alla organisationer finns det element som fungerar och element som inte fungerar. Genom att medvetet lyfta fram det som är bra och fungerar, ges det utrymme för och en röst åt de berättelser som sår frön till en positiv förändring. En förändring som baserar sig på styrkor och inte på problem. (Egan & Feyerherm, 2005).

Medskapande metoder utnyttjar kollektiv intelligens och skapar möjligheter till aktivt deltagande i processens alla faser. Direkt deltagande leder till djupare förståelse av förändringen, vilket i sin tur påverkar hur medarbetarna förhåller sig till förändringen. Lewis (2016, 195–196) påpekar att medarbetare som ges en möjlighet att delta i beslutsfattandet är mera benägna att acceptera slutresultatet än de som påtvingas en förändring, utan möjligheter att bli hörda och genuint uppskattade. Medskapande bygger dessutom upp värdefullt socialt kapital inom organisationen. Lewis menar nämligen att människor som har arbetat tillsammans i positiv anda, mot ett gemensamt mål som är viktigt, bygger upp starkare sociala band. Nätverket av sociala band inom organisationen bildar tillsammans organisationens sociala kapital. Socialt kapital betyder i sin tur större tillit mellan olika aktörer samt bättre och smidigare informationsbyte. Tilliten och öppenheten som det sociala kapitalet medför leder i slutändan till mera sammanhängande och koordinerade förändringsprocesser.

Lewis (2016, 205) menar att genom att använda sig av en synvinkel på förändringar som framhäver positivism, dialog och medskapande, kan en förändringsprocess bli motiverande

och engagera alla involverade, istället för att passivera. Det finns ett flertal metoder som kan kallas för medskapande och positiva. Sådana är bland annat *Appreciative Inquiry (AI)*, *Open Space*, *Simu-Real*, *World Café* (Lewis, 2016, 205) eller t.ex. *PATH* (eng. Planning Alternative Tomorrows with Hope) (Morgan, 2016). Bland annat med hjälp av PATH kan organisationen forma en positiv bild av framtiden efter förändringen. I PATH används lösningsfokuserade frågor vars mål är att identifiera den önskade organisatoriska framtiden (Morgan, 2016). Även metoden AI utgår från berikande och värdeskapande frågor vars uppgift är framförallt att måla en positiv bild av framtiden, men även stärka förbindelserna mellan människorna i organisationen och bilda starkare nätverk (också över avdelningsgränser och olika formella befattningar). AI är ett praktexempel på hur man genom att medvetet välja värdeskapande frågor, kan styra förändringsprocessen i en mer positiv riktning. Genom att ändra perspektivet från brister och problem till styrkor och potential, kan organisationens förmåga att lyckas förstärkas i och med bättre samarbete, större kreativitet och engagemang. (Whitney et al., 2012, 2–4).

Lewis (2016, 203–205) nämner att alla de ovan nämnda värdeskapande metoderna kan användas skilt eller i kombination med varandra. Dessutom påpekar hon att trots att en förändringsprocess redan är i gång, kan en metod sättas in mitt i processen, där den lämpar sig bäst. Viktigast är att se möjligheterna där processen och människorna kan styras mot ett mera positivt tankesätt. Lewis (2016, 205) säger att ”Jobba med dem du kan, alltid när det går, för att ändra fokus från vad vi *kan göra* till vad vi *kan påverka*.” (fritt översatt från engelska). Eftersom den övergripande förändringsprocessen på barn- och ungdomskliniken är i full gång och detta arbete har fokus på en liten del av den, valde skribenten att använda sig av en metod som kändes lämplig för just den delen av förändringsprocessen. AI används som en ledstjärna och ram i arbetet, inte som en strikt metod.

3.4.2 Användning av uppskattande utfrågning som medskapande metod

Appreciative inquiry (AI eller fritt översatt; uppskattande utfrågning) är en förändringsfilosofi och -metod ursprungligen utvecklad av David Cooperrider och Suresh Srivastva (1987) i slutet på 1980-talet. AI är en avsiktligt positiv och styrkebaserad modell som kan användas till t.ex. teambildning eller till att ge ny riktning åt ett förändringsarbete (Egan & Feyerherm, 2005; Watkins, Mohr & Kelly, 2011, 2). Den centrala tanken i AI är att varje organisation har en positiv kärna, som innefattar styrkor, bästa tillvägagångssätt, framgångstunder och höjdpunkter. Cooperrider och Srivastva ansåg att genom att synliggöra den positiva kärnan och därefter koncentrera sig på den, kan en positiv förändring

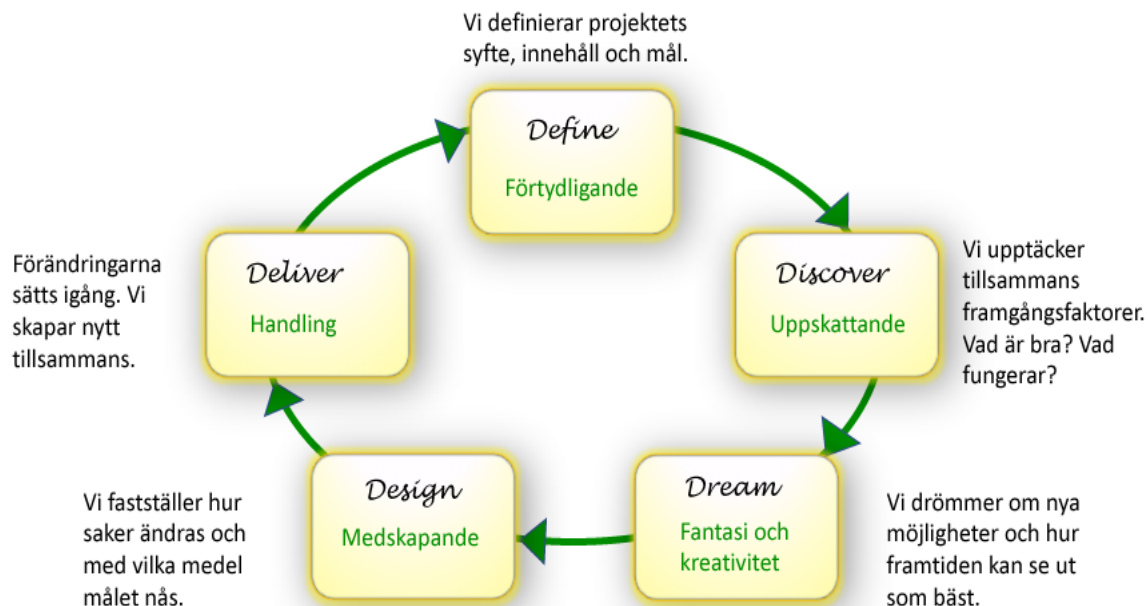
uppnås. (Kelm, 2011; Whitney et al., 2012, 3). Även Korhonen och Bergman (2019, 154) ser vikten i att leta efter framgångstunder i organisationens vardag, lyfta fram dem och fira dem.

AI understryker värdet i att diskutera, kommunicera och respektera olika åsikter (Egan & Feyerherm, 2005; Kelm, 2011). Grundtanken är att människor gärna pratar om sina framgångar. Genom att koncentrera sig på det som fungerar bra och dela den synen med så många som möjligt, får man andra att tänka mera positivt och rikta tankarna på en mera positiv syn på framtiden (Townsin, 2013). Priest et al. (2013) påpekar att styrkan till en bestående och effektiv förändring fås från den positiva drivkraft som åstadkoms med positiva och styrkebaserade frågor. Tanken bakom AI är att utgå från värdeskapande frågor och med hjälp av dem producera positiva berättelser som avspeglar organisationens styrkor och potential, istället för problem och brister. Angreppssättet är lösningsinriktat, inte problembaserat. (Whitney et al., 2012, 3; Townsin, 2013; Priest, Kaufman, Brunton & Seibel, 2013). Förändringsberättelserna förtydligar individernas tankar om den pågående processen och om berättelserna har en positiv grundton, kan även förändringen bli positiv (Ponteva, 2010, 12).

Eftersom AI inte är en teknik utan ett nytt angreppssätt kan den användas som metod i alla situationer och system där människor är inblandade, menar Watkins et al. (2011, 70). Med hjälp av den så kallade 4D-cykeln ville Cooperrider och Srivasta åskådliggöra AI-tankegången. I ett senare skede tillsattes ett femte steg till för att illustrera förberedelse- och planeringsfasen i projektet. (Watkins et al, 2011, 85–86). Genom att använda sig av 5D-cykeln kan tankarna i organisationen eller t.ex. projektgruppen styras mot en mer positiv vision och mål. Tanken är att när man får tag i det som fungerar bra i organisationen, strävar man efter att bygga på det redan existerande goda (Salyers, Firmin, Gearhart, Avery & Frankel, 2015). I detta arbete används 5D-cykeln som illustreras i figur 1 (se sid 24).

5D-processen börjar med steget definiera (*Define*), där man ställer frågan ”vad vill vi ha mera av?”. Projektets syfte, innehåll och mål definieras. Till nästa upptäcker (*Discover*) man tillsammans vad som är positivt och betydelsefullt i organisationen samt hurudana styrkor och höjdpunkter organisationen innefattar. I den tredje fasen drömmar (*Dream*) man om den nya förändrade framtiden och hurudana möjligheter den för med sig. I följande fasen (*Design*) koncentrerar sig gruppen på att planera hur och med vilka medel saker kan ändras. I den sista fasen (*Destiny/Delivery*) implementeras planerna. En evaluering av projektet

startar cykeln om igen. (Kelm, 2011; Ruhe & et al., 2011; Priest, Kaufman, Brunton & Seibel, 2013).



Figur 1. Den så kallade 5D-cykeln. Anpassad från den ursprungliga 4D och 5D-modellen av David Cooperrider och Suresh Srivastva. (Cooperrider & Srivastva, 1987; Whitney, Trosten-Bloom, Cherney & Fry, 2012, 3; AI Commons, uå).

När arbets sättet som AI understryker lyckas, leder nytänkandet till innovation och framgång, menar Whitney et al. (2012, 4). Dessutom utvecklas kommunikationen inom gruppen samtidigt som samverkan över avdelningsgränserna ökar och ledarskapet effektivteras. 5D-modellen ger helt enkelt bättre beredskap att lyssna och höra. Den gemensamma undersökningsfasen bygger grund för öppenhet och tillit samt inger positiv energi. Genom att drömma tillsammans uppnås innovativt tänkande och hoppet förstärks. Projektgruppen stärks av att man planerar framtiden tillsammans och genom att komma överens om ansvarsområden. I den sista fasen där planerna implementeras förvandlas medlemmarna i projektgruppen till positiva ledare eller så kallade navigatorer som själv för fram förändringen via positivismen och styrkan som kan härledas från den. AI:s fundamentala idé är att genom att hålla fast vid och förstärka det som redan är bra, kan man i stället för att vara offer till förändringen producera positivt inriktade navigatorer som för fram förändringen. (Priest et al., 2013).

3.5 Kompetens i dagens arbetsliv

Kunnandet spelar en allt större roll i dagens arbetsliv (Rissanen & Lammintakanen, 2017, 250). Enligt Pentti Sydänmaanlakka (2009, 42–43) kan kompetens beskrivas som överföring av kunnandet till praktiken. Ordet ”kompetens” är i sig självt ett mångfacetterat ord och har ett stort antal beskrivande synonymer: duglighet, skicklighet, kvalifikation, sakkunskap, sakkännedom, know-how, behörighet, befogenhet, förmåga och merit (Synonymer.se, uå). I vår yrket är kompetens dock mycket mer än skicklighet eller rent kliniskt kunnande. Kompetensen relateras även till sjukskötarens etik, förmåga till samarbete och ledarskap, men även till ålder, arbetserfarenhet och hur ofta en viss kunskap används (Lakanmaa, Suominen, Ritmala-Castren, Vahlberg & Leino-Kilpi, 2015). Kompetensen består därmed av klinisk kunskap, färdigheter, attityder, erfarenheter och kontakter som möjliggör goda prestationer. Hätönen (2011, 9) beskriver kompetensen som individens förmåga att kombinera kunskap och färdigheter på ett mångsidigt och kreativt sätt, med samtidig förmåga att fungera i grupp, vara flexibel och klara av att anpassa sig till förändringar. Dessutom består kompetensen ofta av en stor mängd så kallad tyst information; information som framkommer som en del av organisationskulturen, etiskt förhållningssätt och andra underförstådda sätt att fungera inom arbetsgemenskapen (Rissanen & Lammintakanen, 2017, 251). I detta arbete används ordet ”kompetens” för att beskriva sjukskötarens kunnande gällande kliniskt intensivvårdsarbete.

3.5.1 Kartläggning av kompetens

Enligt Lakanmaa et al. (2015) baserar sig kompetensen för en intensivvårdssjukskötare på kunskap, skicklighet, attityder och värden samt erfarenhet. För att utveckling kan ske, bör kunskaperna kartläggas, säger Lakanmaa et al. All kompetensutveckling ska förstås även vara kopplad till organisationens strategi eftersom det slutliga målet med kompetensutvecklingen är att personalen ska kunna utföra de uppgifter som strategin förutsätter. Samtidigt bör man ha en tillräckligt klar bild av organisationens verksamhet, mål och kommande förändringar samt läget av den nuvarande kompetensen. För att kunna utveckla och öka kompetensen behövs det med andra ord information om vad personalen kan idag och vad som kommer att krävas i framtiden. (Hätönen, 2011, 6, 16).

Precis som Viitala (2015, 182) nämner kan man med hjälp av en kompetenskartläggning precisera och analysera kunnandet och därmed få nödvändiga referensramar för att utarbeta effektiva utvecklingsplaner. En kompetenskartläggning kan därför ses som en metod för

diagnostisering av kompetensen. På basen av diagnosen kan en plan för kompetensökning formas och förverkligas. Kompetens kan mätas bland annat som självutvärdering, kunskapstest, objektivt strukturerade kliniska test, observationer, utvecklingssamtal eller som en så kallad 360°-utvärdering. (Hätönen, 2011, 16-17; Lakanmaa et al., 2015). I detta arbete kommer kartläggningen att ske i form av en självutvärdering.

Lakanmaa et al. (2015) påpekar att en kompetenskartläggning och därpå följande kompetensutveckling är viktiga redskap för sjukskötarens professionella tillväxt. Eftersom sjukskötarens kompetens är i direkt relation till patientens fysiologiska och psykologiska utfall är kompetens och dess utveckling en viktig del av varje sjukskötares arbete. Genom att identifiera styrkor och svagheter i det egna arbetet kan sjukskötaren skapa en tydligare bild av sina egna kunskaper och kan därmed spurras till att själv aktivare delta i utvecklandet av sina kunskaper och kompetens, menar Meretoja et al. (2004).

Med tanke på att det inom social- och hälsovårdsbranschen är människorna, inte maskinerna, som står för produktionen av servicen, är den personbundna kompetensen den absolut viktigaste resursen för organisationen. Stark kompetens är i sin tur en förutsättning för högklassig service. (Thylefors, 2016, 57; Rissanen & Lammintakanen, 2017, 237). Därmed är det skäl att värna om den existerande kompetensen, men likväl möjliggöra en alltjämt ökande kompetens (Hauta, 2018, 4). Utvecklandet av den personbundna kompetensen är viktigt ur organisatorisk och yrkesmässig synvinkel, men lika viktigt är det på individnivå för varje enskild arbetstagare. Kompetensutvecklingen leder enligt Rissanen och Lammintakanen (2017, 252) till känslan av att lyckas, som i sin tur ökar arbetets meningsfullhet samt stärker arbetstillfredsställelsen och välbefinnandet. En nöjd, välmående arbetstagare, förbinder sig starkare till organisationen och dess verksamhet. Ledarens uppgift blir framförallt att sammankoppla den organisatoriska synvinkeln på kunnande med den individuella och få dem att stöda varandra. För att förstärka kunnandet och i slutändan höja kompetensen på det individuella planet bör utvecklingsarbetet dock ske på organisatorisk nivå och koncentreras allt mer på grupper, säger Rissanen och Lammintakanen (2017, 250).

3.5.2 Självutvärdering

Ofta utförs en kompetensutvärdering av någon utomstående; av ledaren eller i början av karriären av t.ex. en handledare eller mentor. Hätönen (2011, 32) påpekar emellertid att självutvärderingen är en viktig kunskap i dagens arbetsliv och är ett av de viktigaste verktygen för ökning av kompetens och professionell utveckling. Hon menar att

självutvärderingen är det effektivaste och snabbaste sättet att reda ut organisationens utvecklingsbehov. Med hjälp av självutvärderingen produceras information som kan användas till professionell utveckling för enskilda individer. Informationen har dock även ett indirekt värde för hela organisationen då utvärderingarna oftast lyfter fram kunskapsområden som lätt blir dolda i de dagliga rutinerna. Kunskapsområden som många *de facto* skulle behöva stöd och utveckling i.

Självutvärdering innebär att personen själv kritiskt granskar sitt lärande, kunnande och sina arbetssätt i förhållande till färdigt uppgjorda kriterier. Till en början kan det vara svårt för många. Resultatet av självutvärderingen påverkas bland annat av personens egna krav för sitt jobb, men också av hur tydligt uttalade kompetenskraven är. En viktig aspekt för en lyckad självutvärdering är att utvärderingsprocessen förklaras åt personalen och att instruktionerna i själva utvärderingen är tydliga och klara. (Hätönen, 2011, 32–33).

3.5.3 Kompetenskartan

All utvärdering utvecklar kunnandet inom organisationen, men precis som Hätönen (2011, 18–19, 32) säger ska kriterierna för kunnandet vara tydliga för att en utvärdering ska ha fullt värde. I en kompetenskartan skildras vilka kunskaper som krävs av personalen och på vilken kunskapsnivå. Kunskapsskildringarna bör innehålla information om vad som krävs nu, men även vad som kommer att krävas i framtiden. Med hjälp av en tydlig kompetenskartan har personalen möjlighet att kontinuerligt evaluera sin kompetens och kan därmed även lättare identifiera gränserna för sitt kunnande.

Kompetenskartan ger ramar för utvecklingen av hela personalen varför kartan bör innefatta relevant information om organisationens nuvarande visioner och strategi, men även om framtida förändringar. Hätönen (2011, 18) poängterar att kartan bör helst sammanställas av en så heterogen professionsgrupp som möjligt för att uppnå en så heltäckande bild av kunskapsområdena som möjligt. En kompetenskartan kan innefatta alla kunskapsområden inom organisationen, men likväl kan kartan konstrueras för en specifik grupp eller avdelning. Detta arbete har som mål att skapa en gemensam kompetenskartan för personalen på barnintensiven och barnkirurgiska avdelningen på barn- och ungdomskliniken.

3.5.4 Kompetensökning

Kompetens är inte ett statiskt tillstånd utan förändras över tid och allt efter att individens erfarenhet växer. Patricia Benner (1993) beskriver hur sjukskötarens kompetens utvecklas

genom erfarenhet och med tid från novis till expert. Novisen har inte erfarenhet av den givna situationen och måste handla på basen av utifrån styrda regler och riktlinjer. Experten har däremot en förmåga att fokusera på det centrala, men samtidigt sammankoppla enskilda regler och riktlinjer till en helhet och handla därefter. Benner påpekar dock att tid och erfarenhet inte leder automatiskt till ökat kunnande. Expertkunnande uppnås endast med en kombination av tid, erfarenhet, teoretisk kunskap, personlighet samt möjlighet till nätverksbildning och skolning. (Benner, 1993, 10–11). Djupt kunnande och kompetens kräver förutom mycket erfarenhet även goda kontakter och nätverk. Kompetensen formas inte utan sociala nätverk och medarbetare. (Sydänmaanlakka, 2009, 42–43).

I dagens läge finns många metoder för ökning av personalens kunnande och kompetens. Det kan handla om direkt inläring från böcker eller annat tryckt material, kurser och skolningar. Allt oftare sker dock kompetensökningen med hjälp av utvecklingssamtal, arbetsrotation, mentorskap, tilldelning av ansvarsområden, projektarbeten eller andra indirekta former. Rissanen och Lammintakanen (2017) nämner dock att ett stort problem för spridningen av kompetensen inom hälso- och sjukvården är den starka gruppidentiteten som ofta försvårar informationsbytet mellan yrkesgrupper. Samma fenomen kan även ses mellan avdelningar. Utmaningen för ledarna blir med andra ord att känna igen individernas och enhetens kunnande, men likväl hur kompetensen tilldelas och används på ett adekvat sätt. (Rissanen & Lammintakanen, 2017, 251–253).

3.5.5 Arbetsrotation

Benner (1993, 44–45) beskriver expertsjukskötarens kunnande som intuitivt och säger att överföringen av hans kunskaper är därigenom svårt. Denna så kallade tysta informationen som de mer erfarna sjukskötarna innehar är därför särskilt svår att ta fasta på i sedvanliga skolningar, och kan inte heller läras ut med hjälp av böcker. Benner säger nämligen att skickliga sjukskötare undervisas bäst med fallstudier och inte med hjälp av teori. Enligt Heli Hauta (2018, 21) menas med ”inläring i arbetet” alla sådana metoder där individen lär sig genom att observera, göra, prova, öva och jobba tillsammans med någon annan. Arbetsrotation är ett exempel på denna typ av inläring och möjliggör strategiskt planerad inläring i arbetet (eOSMO-hanke, 2011). Hauta (2018, 26) påpekar att med hjälp av arbetsrotation kan den erfarna sjukskötaren omvandla den tysta informationen till specifik kunskap som andra sedan kan använda sig av.

Arbetsrotation är en effektiv och kostnadseffektiv inlärningsmetod. På personligt plan lär sig sjukskötaren nya kunskaper och får nya infallsvinklar till sitt arbete. Förståelsen för vårdprocessen ökas och samarbetet mellan avdelningar och enskilda arbetstagare förbättras i och med den utvidgade insikten. (Ho, Chang, Shih & Liang, 2009; eOSMO-hanke, 2011; Hauta, 2018, 25–26). Tack vare arbetsrotationen förhåller sig personalen även mer öppet till annan rörlighet inom organisationen (Hauta, 2018, 24–25).

Studier har visat att en lyckad arbetsrotation ökar på lång sikt individens arbetstillfredsställelse och förbinder personalen starkare till organisationen. (Ho et al., 2009; Chen, Wu, Chang & Lin, 2015). Om arbetsrotationen dessutom integreras som en bestående del bland organisationens fortbildningsmetoder kan man tala om kompetensökande arbetsrotation som utvecklar individens kunnande, men likväl hela organisationens kunnande (eOSMO-hanke, 2011).

3.5.6 Allmänna principer för arbetsrotation

Arbetsrotationen bör planeras noga och ska vara frivillig. Planen ska vara individuell och grunda sig på verkliga inlärningsbehov som stöder den enskilda sjukskötarens yrkesmässiga tillväxt. (Hankonen, 2015). Vid planeringen bör det även ihågkommas att kvalitet är viktigare än kvantitet (Ho et al., 2009).

En viktig poäng är också att inse att trots att arbetsrotationen planeras och förverkligas på individplan gynnas både den mottagande avdelningen och den utlåande avdelningen av utbytet (Hauta, 2018, 29). En arbetsrotation som planeras väl och utgår från organisationens och/eller arbetstagarens behov gynnar med andra ord både arbetstagaren och arbetsgivaren, och i slutändan även hela arbetssamfundet (Hauta, 2018, 25).

3.5.7 Arbetsrotation på barn- och ungdomskliniken

Förutom ett välfungerande system med rondande personal, som ersätter plötsliga, men även långvarigare resursbrister på barn- och ungdomskliniken, används även ett så kallat personallånesystem. Personalresurserna och mängden jobb kan från dag till dag vara väldigt ojämnt fördelade inom kliniken. Om akut resursbrist uppstår på en avdelning, förväntas det att någon i personalen från en annan avdelning hoppar in och hjälper till. Flexibel rörlighet fordras därmed av hela personalen inom barn- och ungdomskliniken. (Tuominen, 2015).

Personallån från en avdelning till annan för givetvis sjukskötarna bort från komfortzonen och väcker uppenbarligen starka känslor och motstånd. Enligt Hankonen (2015) ökar arbetsrotation beredskapen att adapteras till nya situationer och förflytta sig från en arbetsuppgift till en annan, varför hela personalen på barn- och ungdomskliniken har uppmuntrats till arbetsrotationer. Tuominen (2015) påpekar att redan en kort arbetsrotation, ökar sjukskötarens möjligheter att klara sig på en främmande avdelning. Förutom dessa kortvariga inhopp på en annan avdelning, står personalen inför det faktum att när verksamheten förflyttas till T3-sjukhuset på vintern 2022, ändras även vårdverkligheten. Förändringsförmåga krävs av alla i dagens dynamiska arbetsliv och så också inom specialsjukvården (Hankonen, 2015).

Barn- och ungdomskliniken följer eOSMO:s (eOSMO-hanke, 2011) modell för arbetsrotation i anpassad form. Arbetsrotationen förverkligas som så kallad ömsesidig rotation vilket innebär att bytet sker planenligt mellan två förutbestämda avdelningar och varje sjukskötare har en motpart som byter avdelning för en lika lång period. Arbetsrotationen är även målinriktad och planeras i samråd med avdelningsskötarna från respektive avdelning. Längden på utbytet har fastställts till tre månader. Barnintensiven fungerar som motpart till barnkirurgiska avdelningen.

4 Syfte, mål och frågeställningar

Syftet med detta arbete var dels att kartlägga kompetensnivån ur synvinkeln intensivvård bland sjukskötarna på avdelningarna för barn- och ungdomskirurgi och intensivvård för barn och unga. Målet var att på basen av erhållna resultat sammanställa en gemensam kompetenskarta för dessa avdelningar. Kompetenskartans syfte är att tydliggöra vad en sjukskötare, vare sig hen jobbar permanent på intensivvårdsavdelningen eller hoppar in från barnkirurgiska avdelningen för enstaka arbetspass, ska kunna för att högklassig vård kan försäkras. Målet med detta arbete var även att producera en skolningsplan som syftar till att höja intensivvårdskompetensen för sjukskötarna på båda avdelningarna samt en plan för åtgärder med vars hjälp sammanhållningen kan ökas över avdelningsgränserna och därmed underlätta den kommande sammanslagningen. Dessutom hade skribenten som mål att lyfta fram positiva och medskapande arbetsmetoder som kan användas vid förändringsprocesser. Ett delmål var även att synliggöra personalens tankar om arbetsrotation och starta en produktiv diskussion om hur arbetsrotationens negativa klang kan vändas till mera positiv.

Frågeställningar: Vilken är den nuvarande nivån av intensivvårdskompetens bland sjukskötarna på barnintensiven och barnkirurgiska avdelningen? Vilka är minimikraven för att en sjukskötare ska kunna jobba på barnintensiven? Med vilka åtgärder ska man säkerställa att en gemensamt överenskommen kompetensnivå uppnås bland personalen?

5 Metodbeskrivning

Arbetet utfördes som ett projektarbete som bestod av två delar; en bakgrundsutredning och kompetenskartläggning samt därpå följande workshoparbete och avslutande möte med överskötare och alla avdelningsskötare på barn- och ungdomskliniken. Tidtabellen och delarna i arbetet åskådliggörs i figur 2.



Figur 2. Tidtabell och arbetsordning för arbetet.

Bakgrundsutredningen bestod av litteraturstudier, utredning av användbara kompetensmätare och slutligen skapandet av en egen kompetensmätare. Själva kompetenskartläggningen skedde efter att forskningslov hade erhållits från Turku CRC i november 2018. Workshoparbetet förbereddes genom att bilda en projektgrupp i samråd med bägge avdelningsskötarna och fastslå en tidtabell för mötesdagarna. Överskötare allokerade arbetstid och ersättande personal för deltagarna till avdelningarna för de dagar som workshoparbetet var i gång.

Syftet med att kartlägga den existerande kompetensnivån var framförallt att synliggöra den kompetens som finns i dagens läge bland sjukskötarna på barnintensiven samt lyfta fram skillnader i kompetens mellan avdelningarna. Kartläggningen användes därmed som ett verktyg för fastställande av nödvändig kompetens för varje sjukskötare som jobbar permanent eller temporärt på avdelningen. Det grundläggande målet med workshoparbetet var att skriva ut en kompetenskarta samt att göra upp en plan för hur och med vilka medel kompetensen kan förstärkas till en gemensamt fastställd nivå.

Ett viktigt delmål för workshoparbetet utgjordes även av att utreda personalens tankar kring och inställning till arbetsrotation och synliggöra dem för projektgruppen. Trots att resultaten i kompetenskartläggningen kunde speglas mot om respondenten hade varit eller inte varit på arbetsrotation var det av värde att få direkt återkoppling av personalen. Personalen hade möjlighet i en veckas tid att anonymt vädra tankarna om arbetsrotation genom att skriva ord de associerar till arbetsrotation på post-it-lappar och lägga dem i en tillsluten låda i personalens kafferum på respektive avdelningar. Skribenten skrev ner de enskilda svaren och presenterade resultaten åt projektgruppen i form av en lista med ord eller påståenden. Ingen särskiljning av svar gjordes mellan avdelningarna och ingen enskild person kunde urskiljas från svaren.

Resultatet av workshoparbetet sammanställdes av skribenten till två enkla dokument: ett som illustrerar vilken kompetens som kan förväntas av varje sjukskötare som jobbar på barnintensiven samt ett dokument som beskriver hurudana kompetens- och samarbetsökande åtgärder projektgruppen föreslår. Eftersom det är viktigt att ett projektarbete sammanställs och avslutas formellt (Hallin & Karrbom Gustafsson, 2012, 195) överlämnades resultaten på ett regelmässigt avdelningsskötarmöte. Dessutom skedde en aktivering av följande skede i förändringsprocessen i och med att planerna godkändes för förverkligande av överskötaren.

5.1 Kompetenskartläggning

Den ursprungliga tanken var att använda sig av en färdig, validerad, kompetensmätare. Under våren och sommaren 2018 undersöktes tillgången till färdiga mätare. Som ett alternativ undersöktes möjligheten att använda den i Finland utvecklade Nurse Competence Scale (NCS) som är en självvärderingsmätare för sjukskötare. Frågeformuläret innehåller 73 frågor indelade i sju kategorier och är den mest använda kompetensmätaren i världen. (Meretoja, Isoaho & Leino-Kilpi, 2004; Meretoja, Flinkman & Leino-Kilpi, 2017). Efter närmare granskning fastslog dock skribenten och överskötaren i samråd att mätaren var för allmän till sin karaktär och var inte lämplig till att mäta konkret kunnande på barnintensiven på barn- och ungdomskliniken. Möjligheten att använda Basic Knowledge Assessment Tool (BKAT) undersöktes också. BKAT är en självvärderingsmätare utvecklad i USA specifikt för intensivvårdssjukskötare. För barnintensivvårdsarbete fanns PICU-BKAT6r tillgänglig. (Toth, 2019). Även denna kompetensmätare förkastades. För det första var mätaren på engelska och tid och resurser för översättningsarbete fanns inte. För det andra var mätaren ett så kallat kunskapstest (Lakanmaa, Suominen Ritmala-Castren, Vahlberg & Leino-Kilpi, 2015) och konstaterades därmed vara allt för teoretiskt.

5.1.1 Problemformulering och operationalisering

Eftersom de existerande kompetensmätarna inte fyllde de krav som överskötare och skribenten hade fastställt för mätaren, blev det enda alternativet att forma en egen mätare. Problemformuleringen (Eliasson, 2018, 10) utgick från frågeställningen som uppdragsgivaren hade formulerat: vilken är den nuvarande kompetensnivån bland personalen på barnintensiven och barnkirurgiska avdelningen? Problemformuleringen innehöll även antagandet att pågående arbetsrotationer kan ha en inverkan på personalens kompetensnivå. För att täcka frågeställningen i den sammansatta problemformuleringen valde skribenten att utföra kompetenskartläggningen i form av en självutvärdering av kvantitativ karaktär. Frågeformulärets uppgift var framförallt att samla information om nuläget på avdelningarna varför det var av värde att forma ett frågeformulär som gav svar på den ursprungliga frågeställningen, var lätt att tolka och kan upprepas vid behov. (Denscombe, 2016, 239–240).

Problemformuleringen kunde därefter operationaliseras av skribenten. Tanken var att varje enskild sjukskötare ska kunna utgå från sig själv och sina egna förutsättningar och därigenom avgöra var hen anser sig vara på en skala som beskriver hens kompetens på ett antal förutbestämda kunskapsområden. Operationaliseringen innebar att de begrepp som skribenten hade tänkt undersöka definierades och gjordes mätbara. För att undersökningen ska vara förståelig för fler än endast skribenten var det viktigt att göra definitionerna tillräckligt tydliga och formulera variablerna så att de var relevanta och täckte hela frågeställningen. (Eliasson, 2018, 12–14).

För att kunna rangordna svaren valde skribenten att använda sig av en ordinalskala som baserar sig på Patricia Benners (1993) novis till expert-modell. Benner utgår i sin kompetensskala från faktisk och teoretisk klinisk kunskap som finns i det dagliga omvårdnadsarbetet på sjukhus. Skalan grundar sig på den så kallade Dreyfusmodellen utarbetad av matematikern och systemanalytikern Stuart Dreyfus och filosofen Hubert Dreyfus. Modellen utarbetades ursprungligen för elever som utvecklas och lär sig nya färdigheter. Benner använde modellen för att fastställa skillnader i kompetensen mellan nyblivna sjukskötare och expertsjukskötare. I detta arbete användes modellen för individuell kompetenskartläggning av alla sjukskötare på barnintensiven och barnkirurgiska avdelningen. (Benner, 1993, 23, 32, 37–47).

Patricia Benner (1993, 37–46) benämnde utvecklingsnivåerna *novis*, *avancerad nybörjare*, *kompetent*, *skicklig* och *expert*. Till ifrågasvarande kompetensmätare tillsattes kategorin ”Har

ingen erfarenhet” varefter skalan bestod av siffror från 1 till 6. Kategorierna och Benners ursprungliga beskrivningar översattes till finska (se bilaga 1). Beskrivningarna om varje enskild kategori anpassades dessutom till arbetet på barnintensiven och förenklades för att fungera som ett förklarande element i enkäten.

Enligt Benner (1993, 37–38) saknar nybörjare erfarenhet i de uppgifter de förväntas utföra på en sjukhusavdelning. Nybörjaren behöver undervisning, vägledning och styrning. *Novisens* beteende är stelt och begränsat och hen saknar erfarenhet av de situationer hen möter. En *novis* beskrivs i kompetensmätaren (se bilaga 1) enligt följande (fritt översatt från finska): ”Jag har endast lite erfarenhet av saken. Jag behöver konstant handledning och hjälp i att utföra uppgiften.”

Avancerad nybörjare är enligt Benner (1993, 38–40) en sjukskötare som kan nått och jämt uppvisa godtagbara prestationer, genom att själv urskilja återkommande och betydelsefulla situationer i arbetet. Enligt beskrivningen i kompetensmätarens punkt 3 innebär det att vara en avancerad nybörjare följande: ”Jag behöver tidvis handledning och hjälp med att utföra uppgiften. Utvecklande sakkunskap.”. *Noviser* och avancerade nybörjare kan inte enligt Benner ha möjligheter att uppfatta hela situationer och behöver handledning och stöd för att lära sig att urskilja olika aspekter i arbetet.

Den *kompetenta* sjukskötaren beskrivs som ”Jag klarar av uppgiften nästan självständigt. Jag kan planera mitt arbete själv och klarar av uppgiften för det mesta utan stöd och i passlig tidsram.” Benner (1993, 40–41) nämner att den kompetenta saknar den skickligas snabbhet och anpassningsförmåga, men känner ändå att hon behärskar de flesta situationer. Även oförutsedda händelser.

Benner (1993, 42–43) säger att den *skickliga* sjukskötaren uppfattar situationer som helheter och handlingarna styrs av erfarenhet och nyss upplevda händelser. Den skickliga sjukskötaren har en erfarenhetsbaserad förmåga att se när något oväntat händer och kan hantera situationen med mindre ansträngning. Den skickliga beskrivs i punkt 5 på följande vis: ”Jag ser situationer som helheter. Jag kan planera mitt arbete helt självständigt och kan adaptera mitt handlande enligt tidigare erfarenhet.”

Experten har följande beskrivning i den sjätte punkten i kompetensmätaren: ”Jag kan tyda situationer och göra beslut självständigt. Jag fungerar flexibelt och smidigt. Jag kan analysera situationer och göra beslut självständigt.”. Enligt Benner (1993, 45–47) är det inte svårt att urskilja kliniska experter. Oftast gör de kliniska bedömningar eller löser komplexa

situationer med anmärkningsvärd framgång. Expertsjuksköterskan använder sig av sitt breda kunnande och grundliga förståelse av helhetssituationer genom att intuitivt analysera och lösa uppkomna händelser, säger Benner.

Ovanstående förklaringar för skalan 1–6 fanns återkommande i början av varje frågekategori för att underlätta svarandet. De engelska motsvarigheterna (*Novice*, *Advanced Beginner*, *Competent*, *Proficient* och *Expert*) till de ovannämnda kategorierna tillades till förklaringarna för att understödja förståelsen av den använda skalan.

5.1.2 Kvantitativ undersökning

Kompetensmätaren (se bilaga 1) gjordes i samråd med biträdande avdelningsskötare på barnintensiven som har 33 års klinisk erfarenhet på ifrågavarande avdelning. Frågorna i mätaren formulerades på basen av befintligt introduktionsmaterial från barnintensiven, samt tre möten i september–oktober á 1h med biträdande avdelningsskötare på barnintensiven. Som stöd användes även introduktionsmaterial från vuxnas intensivvårdsavdelning som även fanns till hands på barnintensiven. Återkoppling begärdes och erhöles per e-post av avdelningsskötarna på barnkirurgiska avdelningen och barnintensiven samt avdelningsläkaren på barnintensiven. Innan kompetensmätaren togs i bruk granskade även barn- och ungdomsklinikens överskötare kompetensmätaren och gav sitt godkännande. Arbetsspråket på barn- och ungdomskliniken är finska varför frågeformuläret gjordes enbart på finska.

Denscombe (2016, 246) påpekar att själva utformningen av frågeformuläret är en balansgång mellan att försäkra att alla relevanta frågor är inkluderade samtidigt som frågeformuläret ska vara så kort som möjligt för att vara respondentvänligt. Dessutom ska man använda korta, lättförståeliga meningar och undvika ledande frågor (Körner och Wahlgren, 2015, 14–16; Denscombe, 2016, 243). Mycket uppmärksamhet lades vid att forma lättförståeliga frågor och vid att gallra bort frågor som inte gav mervärde till undersökningen. Frågorna var till största delen slutna. Fördelen med slutna svarsalternativ är att de är lätta att bearbeta i numerisk form. I slutet tillades några öppna svarsalternativ för att ge möjlighet att formulera egna tankar och svar gällande tidigare skolningar. (Körner & Wahlgren, 2015, 25–26).

Med tanke på den snäva mängden respondenter (n=53) samt det faktum att alla var förpliktade att delta i kartläggningen, var totalundersökning det enda alternativet. Totalundersökning innebär att undersökningen görs på samtliga individer i en målpopulation. Fördelen med en totalundersökning är att man får en heltäckande bild av

målpopulationen och undersökningen kan lätt distribueras med hjälp av elektroniska hjälpmedel så som e-post eller som en web-baserad enkät. Förutsättningen för en webenkät är tillgången till uppdaterade e-postadresser till samtliga deltagare. Eftersom undersökningen var obligatorisk var inte individbortfall ett direkt orosmoment. Svartsbortfallen förhindrades genom att göra varje enskilt påstående obligatoriskt. (Körner & Wahlgren, 2005, 14, 21-22; 2015, 27, 33–34).

Reliabiliteten, dvs. tillförlitligheten av en undersökning beskriver hur pålitlig den är. Tanken är att kan man lita på de svar som man får från undersökningen och kan samma svar erhållas om undersökningen upprepas med samma variabler. Reliabiliteten bestäms av hur mätningarna utförs och hur svaren behandlas och bearbetas. Eliasson (2018, 14–15) påpekar att genom att förbereda undersökningen väl och ge klara och tydliga instruktioner till deltagarna kan reliabiliteten ökas. I frågan om kvantitativa data bör möjligheten till inmatningsfel minimeras. (Körner & Wahlgren, 2005, 15; 2015, 23–24).

Validitet i sin tur är ett mått på överensstämmelse mellan vad frågeformuläret menar att mäta och vad det verkligen mäter. Ju högre reliabilitet, desto större möjligheter till hög validitet. Målet med kompetensmätaren var att mäta den självuppfattade kompetensen ifråga om intensivvårdskunskaper. Genom ett noggrant formulera frågorna och be om utlåtande från andra samt genom att förklara hur man mäter det man vill definiera försäkrades validiteten i frågeformuläret. (Körner & Wahlgren, 2005, 15; 2015, 23–24; Eliasson, 2018, 16).

5.1.3 Datainsamling

Själva datainsamlingen skedde elektroniskt med hjälp av Webropol-programmet (Webropol Oy, uå). Skribenten hade tillgång till programmet via uppdragsgivaren. Frågeformuläret (se bilaga 1) bestod av 86 påståenden i 9 skilda huvudkategorier. Frågorna var konstruerade till slutna frågor med svarsalternativ som kunde rangordnas som ordinalvariabler (Eliasson, 2018, 36) enligt Benners (1993) modell på en skala från 2 till 6 (novis till expert). Som första variabel tillsattes kategorin ”Har ingen erfarenhet”. Varje enskilt påstående preciserades som obligatorisk med hjälp av tekniska medel i Webropol-programmet, vilket innebar att för att kunna gå vidare till nästa frågekategori måste varje enskilt påstående i föregående kategori vara svarat.

Frågekategorierna som arbetades fram i samråd med barnintensivens biträdande avdelningsskötare och antalet påstående per huvudkategori har illustrerats i tabell 1. Rubrikerna är fritt översatta från finska till svenska. De enskilda frågorna till varje

huvudkategori kan ses i bilaga 1. Frågorna i huvudkategorin ”Användningen av Clinisoft” strävar efter att kartlägga hur väl sjukskötarna kan använda patientdatasystemet Clinisoft som används enbart på barnintensiven. På barnkirurgiska avdelningen används patientdatasystemet Miranda. Bemötande och handledning är en viktig del av vardagen på alla avdelningar på barn- och ungdomskliniken, men varje avdelning har sina särdrag varför även denna kategori var värd att tas upp enskilt. Under rubriken ”Patientgrupper” samlades särskilda patientgrupper som är typiska för barnintensiven. På barnintensiven utför läkarna ett flertal mindre ingrepp och sjukskötarna förväntas assistera läkaren vid utförandet av dessa, varför det var av intresse att särskilja de viktigaste ingreppen. Eftersom en del av de använda instrumenten och apparaterna samt en del av provtagningarna är specifika för barnintensiven ställdes vissa klargörande frågor gällande dem. Vätske- och läkemedelsbehandlingen är till dels standardiserad och gäller alla avdelningar på barn- och ungdomskliniken. Därutöver används mediciner och annan vätskebehandling som är specifik för barnintensiven varför även dessa krävde kartläggning. I kategorin ”Allmänt” samlades för barnintensiven typiska vårdåtgärder och handlingar.

Tabell 1. Huvudkategorier i kompetensmätaren och antal enskilda obligatoriska påståenden.

Huvudkategori	Antal påståenden
Användningen av Clinisoft	5
Patientgrupper	13
Bemötande och handledning av anhöriga	5
Assistering av läkare	8
Specialinstrument, skötsel och användning	14
Förflyttning av patienter	4
Provtagning	12
Allmänt	16
Vätske- och läkemedelsbehandling	9

Förutom själva forskningsfrågorna frågades även på vilken avdelning respondenten jobbar och hur länge hen har verkat som sjukskötare. Ofta handlar kvantitativa undersökningar om att se orsakssamband mellan variabler (Eliasson, 2018, 89). Enligt problemformuleringen kan arbetsrotation ha en inverkan på sjuksköternas intensivvårdskompetens varför det var viktigt att fråga ifall respondenten nyligen har varit i arbetsrotation eller ska inom närmaste tid delta i arbetsrotation. Genom att ställa de erhållna svaren mot variabeln ”har varit/inte varit på arbetsrotation” kan sambandet undersökas och analyseras. För att ge respondenterna en möjlighet att uttrycka sig med egna ord ställdes några öppna frågor om skolningar. Tanken var att samla in information om vilka skolningar som respondenterna har deltagit i och om dessa har upplevts som nyttiga. Fördelen med öppna svar är att de sannolikt kommer att återspegla respondenternas synpunkter. Som nackdel kan nämnas att de förutsätter en större ansträngning av respondenten varför svar kan utebli eller vara kortfattade. (Denscombe, 2016, 252).

5.1.4 Dataanalys

Syftet med att analysera data är att få bättre förståelse om det undersökta problemet. Analysen kan leda till en beskrivning, en förklaring eller en tolkning av problemet. (Denscombe, 2016, 342). I detta arbete strävar analysen till att kartlägga och förklara orsakssamband (Körner & Wahlgren, 2015, 15) mellan kompetens och arbetsrotation och därefter använda denna information i workshoparbetet.

Det till datainsamlingen använda Webropol-programmet användes även för analys av data. Skribenten kunde välja om resultaten illustrerades som diagram eller tabeller, samtidigt som det var möjligt att välja om programmet ger svaren i form av medelvärde, antal svar eller procentantal. Vid behov kunde även standardavvikelse väljas. Med hjälp av dataprogrammet kunde de erhållna svaren vid behov bland annat grupperas eller filtreras. (Webropol Oy, uå).

Skribenten behövde vara uppmärksam med speciellt två aspekter vid analysen av resultaten: de erhållna svaren låg på en ordinalskala och målgruppen var relativt liten. Descombe (2016, 354–355) påpekar att användningen av medelvärde för analys av resultat från data på ordinalskala kan ibland vara kontroversiellt, men trots allt ofta använt. Medelvärdet påverkas av alla värden, även de mest extrema. Om urvalet samtidigt är litet kan ett extremt värde få större inflytande än vad som är rimligt och förvränga resultaten. I vissa fall var det därmed av värde att kontrollera huruvida extrema värden spelade en roll i resultaten genom att låta programmet räkna ut standardavvikelsen. Standardavvikelse är ett spridningsmått som

beskriver hur stor andel av svaren som ligger inom ett visst avstånd från medelvärdet. Ju större standardavvikelse, desto större är spridningen av de erhållna svaren. Standardavvikelsen räknar med andra ord med alla erhållna värden för att visa värdenas generella avvikelse från medelvärdet. (Denscombe, 2016, 359; Eliasson, 2018, 67).

Insamlat data kan analyseras och användas till att bland annat testa hypoteser eller förutsäga utfall med metoder så som faktor- eller klusteranalys. Med tanke på detta arbete var det dock inte ändamålsenligt för skribenten att använda sig av tidsödande avancerade metoder. Eftersom kvantitativa data kan till fördel användas mycket effektivt utan avancerad statistisk analys var det i stället värt att begränsa analysen till så kallad enkel deskriptiv statistik. Deskriptiv statistik kan på ett enkelt, men ändå noggrant sätt beskriva och sammanfatta resultaten samt undersöka kopplingar mellan olika delar av data. Det bör dock anmärkas att trots att det i grund och botten är enkelt att leta efter samband och mönster mellan data, bör forskaren vara på sin vakt och komma ihåg att det alltid finns risk för tolkningsfel. Resultat och samband kan i värsta fall vara ren slump, sambandet kan vara svagare än det ser ut, variablerna kan påverka varandra eller vara ömsesidigt beroende av varandra. (Denscombe, 2016, 249, 360–361). Ett samband mellan två variabler borde därmed alltid testas, påpekar Eliasson (2018, 89–90). Statistisk hypotesprövning (t.ex. chi-tvåtest) syftar till att ge en uppfattning om sambandet mellan variablerna är en ren tillfällighet eller om sambandet är verkligt. I detta arbete var kompetenskartläggningen dock endast en del av ett större sammanhang och användes som stöd i workshoparbetet varför skribenten valde att endast konstatera att sambanden som ses mellan självutvärderade kompetensnivåer och arbetsrotation är möjligen inte statistiskt signifikanta, men ändå av värde vid workshoparbetet.

5.2 Litteraturstudier

Yrkeshögskolan Novias databaser EBSCO, PubMed och Cinahl användes för litteratursökning. Sökorden som användes var: appreciative inquiry (AI), change, hospital, nursing, change management, organiz(s)ational change, positive change, change fail, nurse competence scale, self-assesment, nursing. Orden användes i olika kombinationer med ordet ”AND” mellan orden. Sökningen avgränsades i de allmänna sökningarna till referentgranskade artiklar skrivna år 2009–2019. Kravet var även att få tag på texten i sin helhet, abstrakt förkastades. I enstaka fall accepterades äldre artiklar.

Ett stort antal böcker lånade från Novias bibliotek, Åbo huvudbibliotek och Åbo Universitets bibliotek användes. Dessutom användes vissa artiklar från dagstidningar eller material erhållet via Google-sökning såsom websidor, rapporter och utländska avhandlingar. Som initiala sökord användes följande ord: appreciative inquiry/AI, change management, de Bono, sex tänkande hattar, terveyspalvelujen uudistaminen, sote, förändringsarbete i hälso- och sjukvård, motstånd, motivation.

5.3 Workshoparbete

Gruppdiskussioner eller s.k. workshoparbete kan användas med fördel då man vill sammanföra exempelvis olika yrkesgrupper och producera nya idéer och koncept till en existerande frågeställning. I bästa fall kan tankarna flöda och nya innovationer frambringas tillsammans. Samtidigt bör man komma ihåg att workshoparbete kräver ett konkret tema och ett tydligt mål. Denna målfokusering ger gruppen den sammanhållning som behövs för att uppnå en gemensam syn och ett resultat (Eklund, 2011, 25-26). Alla deltagare bör vara medvetna om varför arbetet görs och vem som kommer att gagnas av resultatet, varför tydlig förhandsinformerings är viktig. Ett konkret tema minskar även risken för att det ställs alltför ambitiösa mål med workshoparbetet. (Aalto, 2015).

Workshoparbetet utfördes i form av ett projektarbete där skribenten fungerade som projektledare. Projektarbete är tidsbegränsat och består av ett antal individer som förväntas samarbeta mot ett förutbestämt mål. Fördelen med att arbeta i grupp är att gruppen som helhet innehar mer information än den enskilda individen, varmed nya infallsvinklar är lättare att hitta. I projektgruppen sammanfogas de enskilda individernas kunskap till en ny helhet. (Hallin & Karrbom Gustafsson, 2012, 151). Projektledarskapet var situationsanpassat till skribentens slutarbete och skribenten fungerade därmed automatiskt som projektledare. Projektet utgick från färdigt uttalade frågeställningar. Arbetsmetoderna och antalet möten var även förhandsbestämda av skribenten. Beroende på gruppens kompetens och motivationsnivå kan projektledaren enligt Hallin och Karrbom Gustaffson (2012, 144–146) ha olika roller i projektgruppen och leda gruppen på olika sätt. I skribentens fall fokuserades ledarskapet främst på att stödja och styra kommunikationen, i vissa situationer till att instruera och delegera.

En rikedom, men samtidigt även ett grundläggande problem med denna typs kortvariga projektarbeten är hur de olika personligheterna ska lyckas samarbeta och ge utrymme åt varandra (Eklund, 2011, 24–25). För en del är det inte lika naturligt att tala i grupp varför

det är av vikt att sträva efter en så ledig atmosfär som möjligt. Sven Eklund (2011, 24) menar att det kan åstadkommas bland annat genom att begränsa antalet deltagare. I ifrågavarande arbete begränsades deltagarantalet till åtta personer (förutom skribenten som fungerade som projektledare). Av dessa åtta var fyra sjukskötare, två från respektive avdelning, samt avdelningsskötare och biträdande avdelningsskötare från de båda avdelningarna.

Insikten om att man jobbar mot ett gemensamt mål hjälper att ta emot andras idéer på ett mer konstruktivt sätt. Själva workshoparbetet borde med andra ord ske i så ledig och konfidentiell atmosfär som möjligt för att möjliggöra öppna, ärliga och framförallt innovativa diskussioner (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti, 2009, 144). Av samma orsak bör inte projektledaren heller styra ordet allt för starkt, samtidigt som hen ändå ska se till att alla får ordet (Aalto, 2015). Projektledarens mest övergripande uppgift är med andra ord att skapa goda förutsättningar för projektgruppen att arbeta i.

Att skapa bra förutsättningar kräver en hel del av projektledaren: förutom att hen bör ha goda kunskaper i att leda en grupp och behärska kreativa problemlösningsmetoder (Ojasalo et al., 2009, 144), bör hen samtidigt kunna fungera både som lagledare, talesman, informatör, lyssnare, visionär och förhandlare (Eklund, 2011, 103–104). Projektledaren fungerar med andra ord som en facilitator dvs. en person som hjälper en grupp människor att arbeta mot ett gemensamt resultat (Waterman, 2015). Facilitatorn kan hjälpa gruppen att nå gemensamma mål t.ex. genom att använda sig av metoder som kan sporra kollektiv kreativitet genom att bryta de formella och informella rollerna gruppsmedlemmarna oftast har (Eklund, 2011, 73, 105).

5.4 Metoder för kollektiv kreativitet

5.4.1 Sex tänkande hattar

Nya tankar och innovationer uppkommer ofta då man vågar se på saker ur en annan synvinkel. När målet är att upptäcka nya idéer och möjligen producera nya lösningsmodeller till existerande problem är det produktivt att tvinga deltagarna att se på saken ur många olika perspektiv. (Ojasalo et al., 2009, 143, 149–151). ”Sex tänkande hattar” är en metod där man medvetet tvingar deltagarna att se på saken ur olika synvinklar. Speciellt i grupper där förinställningarna är väldigt starka kan denna metod väcka tankar och i bästa fall ändra på inställningar. Metoden grundar sig på Dr. Edward De Bonos (2016) modell av sex ”tankehattar” där olika sätt att tänka på problemet gestaltas i form av sex olika färgade hattar;

vit, röd, svart, gul, grön och blå. *Vit* representerar neutral attityd och objektiva fakta. Den *röda* hatten representerar intuition, känslor och aningar. Den *svarta* färgen lyfter fram kritiskt tänkande och försiktighet samtidigt som den *gula* hatten lyfter fram optimism. *Grönt* poängterar innovativt tänkande och nya sätt att se på saken. Den *blåa* hatten lyfter fram kontroll. Hattarna behöver inte se ut som konkreta hattar, utan kan också t.ex. vara färgade papper eller dukar. Poängen är att alla får en roll att stöda sig till och kan därmed lättare uttrycka sina åsikter. (Ojasalo et al., 2009, 149–151; Innokylä, 2018).

5.4.2 Brainstorming

Brainstorming är en annan allmän kreativ problemlösningsmetod varav det finns några olika varianter. Enligt De Bono (1970, 131–134) kan brainstorming ses som ett typexempel på lateralt tänkande som sporrar deltagarna att i grupp provocera varandra till nya idéer utan att döma. Förenklat kan man säga att gruppen strävar efter att hitta nya kreativa lösningar med projektledaren som talesman. Till en början bör man bestämma vilket problem man vill lösa och identifiera vilket mål man vill uppnå med den möjliga lösningen. Därefter kan det vara produktivt att alla funderar på alternativa lösningsmodeller var för sig innan idéerna lyft fram för gemensam genomgång. (Adams, 2013). Den gemensamma delen kan genomföras t.ex. genom att använda sig av 3+-tekniken. Idéerna ställs synliga för hela gruppen (med post-it-lappar eller på ett stort gemensamt papper) varefter alla får gå och markera ett plus vid den idén som hen tycker är bäst. Ett annat sätt är att använda sig av så kallade ”mind maps” eller idékort. (Ojasalo et al., 2009, 145–146).

Precis som i all workshoparbete har projektledaren även här en avgörande roll. Hens uppgift är att hålla fokus på målet, men även sporra diskussionen och se till att alla får sitt ord hört. Man kan t.ex. komma överens om ett roterande system för inlägg. Enligt Ojasalo et al. (2009) är de viktigaste punkterna för brainstorming att för det första komma ihåg att inte döma eller värdera idéerna utan istället hellre uppmuntra till överdrivna idéer. Dessutom ska man komma ihåg att kvantitet är i brainstorming viktigare än kvalitet. Varje deltagare och varje idé är lika värdefull och man ska tillsammans utveckla varandras idéer. (Ojasalo et al., 2009, 146–147).

6 Tillvägagångssätt och resultat

6.1 Kompetenskartläggningen

Trots pågående arbetsrotation fanns det ett behov att kartlägga intensivvårdskompetensen på barnkirurgiska avdelningen och barnintensiven. Utgångsläget var givetvis väldigt olika på de ovannämnda avdelningarna och tydliga skillnader i intensivvårdskompetens var att vänta, men det var av intresse att se dagens läge innan skolningar och andra kompetensförstärkande åtgärder planeras.

Det var ursprungligen överenskommet med överskötare på barn- och ungdomskliniken att kompetenskartläggningen bör ske under hösten 2018. Kompetensmätaren kallad ”Teho-osaamiskartoitus” (se bilaga 1) godkändes av överskötare i november 2018 och på gemensam överenskommelse beslöts kartläggningen att placeras tidsmässigt i december 2018. Ett e-postmeddelande med en nätlänk till kompetensmätaren skickades ut till respektive sjukskötare på barnkirurgiska avdelningen (n=24) och intensivvårdsavdelningen (n=29) på kvällen 2.12.2018 (se bilaga 2). Enligt meddelandet var nätlänken till Webropol öppen 3.12–23.12.2018. De flesta svarade inom utsatt tid, men för att försäkra oss om att alla verkligen svarade på kompetensmätaren, öppnades nätlänken på nytt i januari för ytterligare två veckor.

Frågeformuläret var konstruerat så att varje respondent kunde via samma nätlänk välja att svara på hela förfrågningen på en gång eller vid behov avbryta och fortsätta vid senare lämpligt tillfälle. För att försäkra att alla svarade endast en gång på kartläggningen, blev nätlänken inaktiv så snart respondenten hade svarat på alla frågor och tryckt på ”skicka”-knappen.

Slutligen erhöles 27 svar av 29 utskickade nätlänkar på barnintensiven. Motsvarande tal på barnkirurgiska var 17 svar av 24. Svarsprocenten blev därmed 93 % på barnintensiven och 70 % på barnkirurgiska avdelningen eller 83 % av totala antalet utskickade nätlänkar. Trots att svarsprocenten förblev under hundra kan undersökningen anses vara av karaktären totalundersökning eftersom den undersökta målpopulationen varierade i antal under undersökningens gång. På grund av sjukledigheter, moderskapsledigheter och byte av avdelning under undersökningstiden förkom det bortfall ur den ursprungliga undersökningsramen. Dessutom uteslöts en sjukskötare från barnkirurgiska målpopulationen på grund av att hen jobbar explicit på en poliklinik och är därför i särskild position. (Körner & Wahlgren, 2005, 13).

Eftersom resultaten från kompetenskartläggningen togs upp för behandling med projektgruppen vid första workshoptillfället har skribenten för klarhetens skull valt att sammanslå resultatredovisningen och beskrivningen av workshoptillfället under rubriken ”6.3. Workshop 1”. Kompetenskartläggningen bestod av nio huvudkategorier och 86 enskilda frågor (se tabell 1, sid 38). Varje huvudkategori behandlas i kapitel 6.3. Varje enskild fråga presenteras och behandlas däremot inte, utan endast de frågor som ansågs vara av specifikt intresse med tanke på kompetenskartan och skolningsplanen togs upp för närmare diskussion under workshoparbetet.

6.2 Workshoparbetet

Workshoparbetet delades in i fyra tillfällen. Tiden begränsades till 2 h per gång. Planeringen av lämpliga mötesdagar skedde med hjälp av e-post 12 –14.12.2018, varefter mötesdagarna fastslogs för våren; 21.3., 28.3., 29.3. och 4.4.2019. De fastslagna dagarna och klockslagen samt mötesplatsen och en preliminär agenda skickades till avdelningsskötarna som lovade distribuera informationen vidare till dem som ärendet gällde (e-posten kan ses i bilaga 3). För att försäkra allas närvaro skickades en påminnelse en vecka innan första workshopen åt alla deltagare i form av ett e-postmeddelande med samma information som i det första meddelandet.

Trots att tanken var i enlighet med AI:s filosofi att sammanställa en projektgrupp där det från bägge avdelning deltar två av projektet intresserade, frivilliga sjukskötare, valdes de medverkande slutligen ut av respektive avdelningsskötare. Arbetstidsplanering, semestrar och andra praktiska arrangemang påverkade mera på det slutliga valet än rent intresse eller frivillighet. Till slut valdes två sjukskötare från barnkirurgiska avdelningen av avdelningsskötaren på basen av visat intresse och i förväg kontrollerad närvaro på de fastslagna workshopdagarna. Även från barnintensiven valdes två intresserade sjukskötare av avdelningsskötaren. Projektgruppen bestod därmed av avdelningsskötarna och biträdande avdelningsskötarna från bägge avdelningar samt två sjukskötare från barnintensiven (båda med över 10 års klinisk arbetserfarenhet) och två sjukskötare från barnkirurgiska avdelningen (båda med 5–10 års klinisk arbetserfarenhet). Skribenten fungerade som projektledare. Med hjälp av arbetstidsplanering och schemaläggning var det meningen att försäkra att alla, eller åtminstone de flesta, kunde vara närvarande på alla överenskomna dagar. Trots noggrann planering visade det sig dock vara mer eller mindre omöjligt att hitta fyra mötesdagar som passade alla nio deltagare och bortfall förekom vid varje tillfälle.

Utrymmet för de inplanerade mötena var förhandsbokat och var utrustat med dator och två stora tv-skärmar samt stort flyttbart blädderblock att skriva på vid behov. Till varje tillfälle placerades fram pennor och papper. För att försäkra trivseln fanns det dessutom tillgång till vatten och något smått att äta.

6.3 Workshop 1

Första workshopen hölls torsdagen den 21.3.2019. Närvarande var alla från projektgruppen förutom den andra sjukskötaren från barnintensiven. Med skribenten medräknat var det med andra ord åtta deltagare vid första tillfället, $n=8$.

Vid det första tillfället introducerades tanken bakom positivt tänkande och vikten av personaldeltagande vid förändringsprocesser. Tankarna presenterades i form av en metafor om att bli tvungen att plötsligt flytta från sitt hus. Tankegången om att någondera få bara lite information och endast då någon utomstående bestämmer att du behöver mera information ställdes mot tankegången om att få veta att du får vara med om att bygga huset du ska flytta till och ta med välbekanta, viktiga och kära saker. Dessutom ges det möjlighet att rita upp bilden av ett drömhushus och en försäkran om att din röst blir hörd. Den första tankegången representerar den allt för vanliga situationen vid förändringsprocesser, där personalen får veta att något kommer att hända och information ges droppvis och endast då ledningen anser det nödvändigt. Personalens reaktioner är för det mesta negativa, skrämde och motstridiga. Den andra situationen representerar filosofin bakom AI: att se det som redan fungerar bra i organisationen och bära det med sig genom förändringen, ta med personalen i hela förändringsprocessen, kommunicera öppet och göra förändringen till ett gemensamt och positivt projekt. (Egan & Feyerherm, 2005).

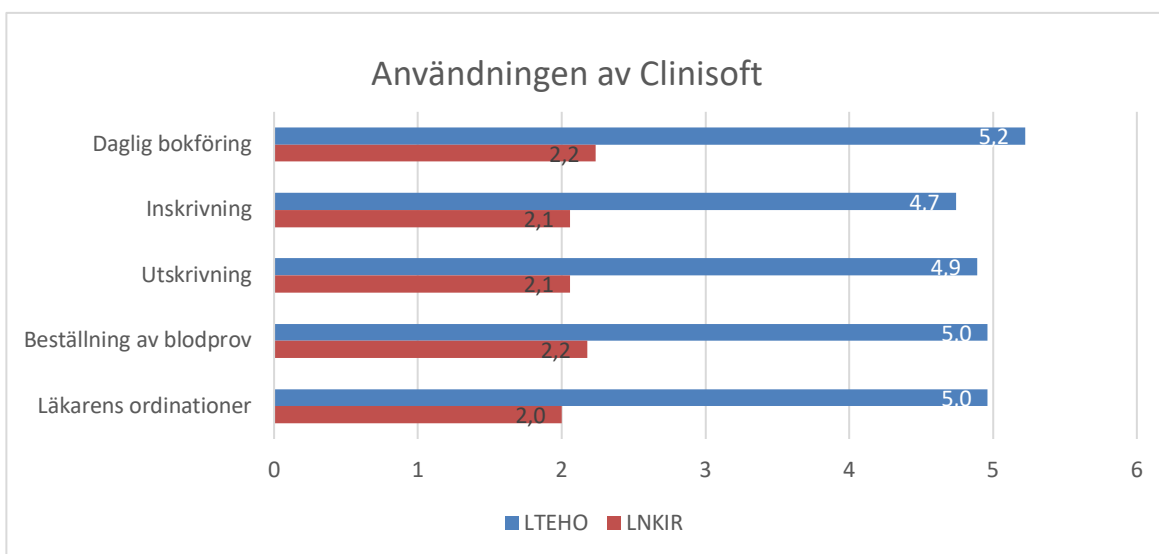
Efter invigningen till tankegången om en positiv och deltagande förändringsprocess, användes resten av tiden till genomgång av resultaten erhållna ur kompetenskartläggningen. Skribenten hade förberett de erhållna svaren genom att gruppera resultaten så att svaren från barnintensiven var ställda mot svaren från barnkirurgiska. Dessutom fanns det möjlighet att se svaren filtrerade på basen av avlagd eller icke-avlagd arbetsrotation. Alla resultat kunde ses både som grafer och tabeller. Mängden enskilda resultat var väldigt stort och en gemensam genomgång av varje enskilt svar skulle ha varit praktiskt taget omöjligt, varför vissa resultat valdes gemensamt av projektgruppen för närmare genomgång. Förutom digitalt material, fick alla deltagare en pappersversion av resultaten för att lättare kunna följa med diskussionen, men även för att ha möjlighet att ta del av resultaten även på egen hand.

Diskussionen fick flöda fram helt fritt. Skribenten fungerade som facilitator och såg till att alla fick prata. Stämningen var öppen och samtalet var konstruktivt, men trots det även inspirerande.

I de följande kapitlen behandlas varje huvudkategori var för sig. De slutsatser som projektgruppen kom fram till under första workshopdagen är slutligen sammanställda i den gemensamma kompetenskartan i bilaga 5 samt i skolningsplanen i bilaga 6.

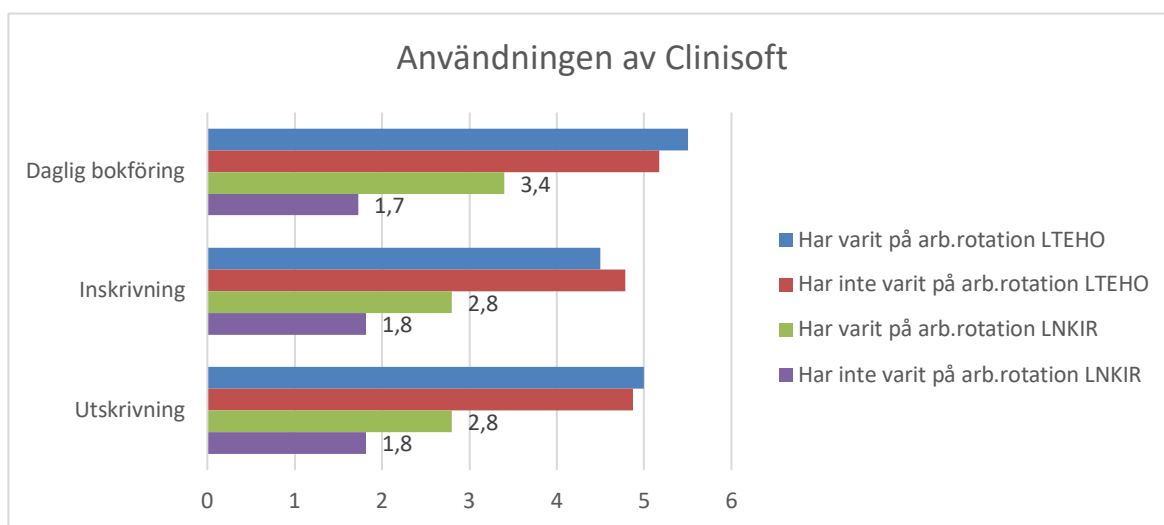
6.3.1 Användningen av Clinisoft

På barnkirurgiska avdelningen används patientdatasystemet Miranda för dokumentering av all patientdata. På barnintensiven används patientdatasystemet Clinisoft. Resultatet är förväntat. Clinisoft är obekant för personalen på barnkirurgiska avdelningen. Samtidigt är programmet ett nödvändigt verktyg för varje sjukskötare i vardagen på barnintensiven och kommer därmed att vara ett tydligt utvecklingsmål när kompetensökning eftersträvas. Anmärkningsvärt var också det faktum att trots att personalen på barnintensiven använder programmet dagligen fördelades uppfattningen om den egna kompetensen någorlunda jämnt till kompetent-skicklig-expert i de flesta underkategorier. Endast punkten ”daglig bokföring” gav ett utfall på 52 % i kategorin expert. I figur 4 ses en jämförelse mellan ifrågasvarande avdelningar. I figuren är barnintensivens svar illustrerade i blått som ett medelvärde av alla erhållna svar från barnintensiven. Barnkirurgiska avdelningens motsvarande resultaten ses i rött.



Figur 4. Kompetensen i användningen av patientdatasystemet Clinisoft. Jämförelse mellan barnintensiven (LTEHO) och barnkirurgiska avdelningen (LNKIR).

När resultatet filtrerades mot variabeln ”har varit/inte varit på arbetsrotation” kunde det med tydlighet konstateras att arbetsrotationen verkar vara ett effektivt medel för inläring av patientdatasystemet. För att belysa resultatet visas i figur 5 de tre första frågorna filtrerade enligt avlagd eller icke avlagd arbetsrotation samtidigt som avdelningarnas resultat jämförs med varandra. Ur figuren kan avläsas att de sjukskötare som på barnkirurgiska avdelningen hade varit på arbetsrotation (illustrerat i grönt) upplevde sin kompetens betydligt bättre än de som inte ännu hade varit på arbetsrotation (illustrerat i lila). Siffrorna i figuren är medelvärden av upplevd kompetens.



Figur 5. Effekten av arbetsrotation på användningskompetensen av patientdatasystemet Clinisoft.

6.3.2 Patientgrupper

Patientmaterialet är delvis samma på barnkirurgiska avdelningen och barnintensiven. Sådana är givetvis alla kirurgiska patienter som av en eller annan orsak ofta behöver även intensivvård under sin vårdtid. Ett typiskt exempel är skoliospatienter. Alla vårdas rutinmässigt 1–2 dygn på barnintensiven direkt efter operationen och förflyttas därefter till barnkirurgiska avdelningen därifrån patienten hemförlovas i genomsnitt efter en vecka. När resultaten från frågorna om de olika patientgrupperna analyserades kunde ett intressant fenomen ses; 3 av 4 av sjukskötarna på barnintensiven uppskattade sin kompetens att sköta skoliospatienter som ”skicklig”, men ingen ansåg sig vara på expertnivå. Bland dem som inte ännu hade varit i arbetsrotation från barnintensiven var spridningen större och till och med 26 % hade uppskattat sitt kunnande till expertnivå. En likadan trend kunde ses i svaren från barnkirurgiska avdelningen. Tabell 2 illustrerar resultaten.

Tabell 2. Personalens självutvärderade kompetensnivå gällande skoliospatienter.

LTEHO = barnintensiven LNKIR = barnkirurgiska avdelningen	1. Ingen erfaren- het	2. Novis	3. Avancera d närskötare	4. Kompe- tent	5. Skicklig	6. Expert	Samman- lagt
Har varit på arb.rotation LTEHO	0	0	1	0	3	0	4
	0 %	0 %	25 %	0 %	75 %	0 %	0
Har inte varit på arb.rotation LTEHO	0	0	3	4	10	6	23
	0 %	0 %	13 %	17 %	43 %	26 %	0
Har varit på arb.rotation LNKIR	0	1	0	3	1	0	5
	0 %	20 %	0 %	60 %	20 %	0 %	0
Har inte varit på arb.rotation LNKIR	1	3	1	2	3	1	11
	9 %	27 %	9 %	18 %	27 %	9 %	0
Sammanlagt	1	4	5	9	17	7	43

Motsvarande resultat kunde ses även i påståenden om andra patientgrupper. Detta fenomen diskuterades länge i projektgruppen och flera tänkbara orsaker framkom. Dels kan det vara frågan om att de som hade varit i arbetsrotation hör till de mindre erfarna och som därmed ansåg sig ha förbättrat sina kunskaper från kompetent till skicklig under arbetsrotationen. Samtidigt som de mer erfarna expert-sjukskötarna ännu inte hade varit på arbetsrotation. Möjligheten att man efter en arbetsrotation inser att man inte kan allt och därför sänker på den självupplevda kompetensnivån, diskuterades också. Dessutom bör det påpekas att antalet erhållna svar är väldigt litet, varför signifikansen i svaren kan diskuteras.

Vissa patientgrupper som vårdas på barnintensiven regelbundet är däremot mindre bekanta för sjukskötarna på barnkirurgiska avdelningen. Pediatriska patienter såsom diabetiker och epileptiker samt infektionspatienter, onkologiska och hematologiska patienter, neurologiska patienter och vissa neonatala patienter eftervårdas för det mesta på andra avdelningar än på barnkirurgiska. Ur de erhållna resultaten kunde projektgruppen dra slutsatsen om vilka patientgrupper som i fortsättningen hör till det gemensamma patientmaterialet och för vilka patientgrupper behövs kompetensförstärkande åtgärder innan sammanslagningen år 2022. Projektgruppen fastslog att följande patientgrupper (som alla är krävande kirurgiska patienter) är i fortsättningen patienter som alla sjukskötare på både barnintensiven och

barnkirurgiska avdelningen ska klara av att sköta: skoliospatienter, traumapatienter, neurokirurgiska, neurologiska och neonatala patienter samt patienter med andningssvårigheter och patienter som övervakas efter anestesi. Följande patientgrupper ansågs höra enbart till sjuksköterna på intensivvårdsavdelningen: intoxicationer, diabetiker, patienter med septisk chock eller hjärtsvikt, onkologiska och hematologiska patienter, epileptiker och infektionspatienter.

6.3.3 Bemötande och handledning av anhöriga

Bemötande och handledning av både patienter och anhöriga hör till sjukskötarens grunduppgifter, oberoende av vilken avdelning hen jobbar på. Enligt instruktionerna skulle dock respondenterna svara hur de upplever sin kompetens på barnintensiven i ifrågasvarande ämne. Funktionen av dessa frågor i kompetenskartläggningen var delvis att se om det finns orsak att anordna skolning även åt personalen på barnintensiven för att förstärka den interna kompetensen. Samtidigt var det av intresse att undersöka om arbetsrotationen är en tillräcklig inlärningsform för sjuksköterna på barnkirurgiska avdelningen. Ur svaren kunde läsas att nivån av kunnande var på båda avdelningarna bra och att informationen om praxis på barnintensiven förs väl vidare med hjälp av arbetsrotation och befintligt skriftligt introduktionsmaterial. Bemötande och handledning av anhöriga ansågs av hela projektgruppen vara sådant kunnande som förutsätts av alla sjukskötare på båda avdelningarna.

6.3.4 Assistering av läkare

I denna huvudgrupp fanns det uppräknat de vanligaste åtgärderna som utförs av läkare på barnintensiven och som sjukskötaren bör vara beredd att assistera. Sådana ingrepp är bland annat intubering, extubering, insättning av artärkanyl eller pleuradrän. Här kunde en tydlig skillnad mellan avdelningarna ses. Skillnaden förklaras med att dessa ingrepp är väldigt avdelningsspecifika. Som exempel tas insättning av artärkanyl som illustreras med siffror i tabell 3. I tabellen ses tydligt hur insättning av artärkanyl är en obekant åtgärd för de flesta på barnkirurgiska avdelningen, samtidigt som över 90 % av sjuksköterna på barnintensiven uppskattar sitt kunnande i kategorierna kompetent, skicklig eller expert.

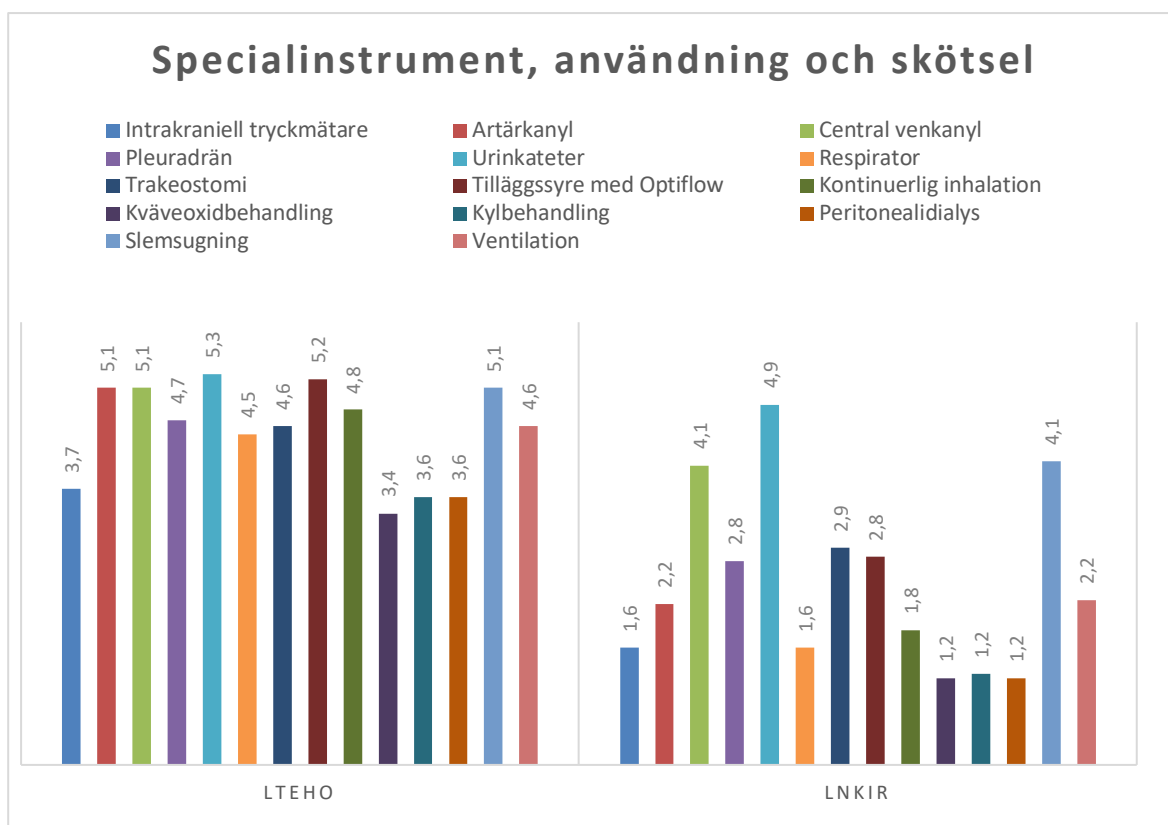
Tabell 3. Insättning av artärkanyl. Jämförelse mellan avdelningarnas upplevda kompetens.

Insättning av artärkanyl	Barnintensiven		Barnkirurgiska		Sammanlagt
1. Ingen erfarenhet	0	0 %	14	82,3 %	14
2. Novis	1	3,7 %	0	0 %	1
3. Avancerad nybörjare	1	3,7 %	2	11,8 %	3
4. Kompetent	8	29,6 %	0	0 %	8
5. Skicklig	8	29,6 %	1	5,9 %	9
6. Expert	9	33,3 %	0	0 %	9
Sammanlagt	27	0	17	0	44

Svaren för de andra åtgärderna avspeglar samma mönster. Endast insättning av perifer venkanyl avviker. I denna kategori upplevde de flesta på bägge avdelningar vara kompetenta (47 % för barnkirurgiska och 26 % för barnintensiven), skickliga (35 % och 18,5 % respektive) eller experter (6 % och 56 % respektive). Även här kommer fram att trots att perifera venkanyler används på båda avdelningarna är åtgärden mindre bekant för sjukskötare på kirurgiska avdelningen. På barnintensiven sätter en läkare kanylen på avdelningen, på barnkirurgiska förs barnen oftast till operationsavdelningen där kanyleringen sker i kombination med själva operationen.

6.3.5 Specialinstrument, användning och skötsel

När resultaten gällande kompetens i kategorin ”specialinstrument” togs upp för närmare behandling kunde vissa slutsatser dras direkt på basen av den figur som visades för projektgruppen. Resultaten åskådliggjordes i form av ett stapeldiagram där resultaten från respektive avdelningarna var illustrerade skilt för sig. Medelvärdena av självupplevd kompetens i varje enskild kategori visades även i sifferform. Se figur 6.



Figur 6. Användning och skötsel av specialinstrument. Jämförelse mellan barnintensiven (LTEHO) och barnkirurgiska avdelningen (LNKIR).

Ur stapeldiagrammet var det enkelt att se en märkbar skillnad mellan avdelningarna i kompetensgraden gällande specialinstrument. Till kompetensmätaren valdes instrument som är specifika för intensivvårdsavdelningen, varför största delen var väntat obekanta för de flesta sjukskötarna på barnkirurgiska avdelningen. Samtidigt som de jämförande resultaten visade tydligt att sjukskötarna på barnkirurgiska avdelningen behöver skolning i användningen av många ovan nämnda instrument, finns det instrument som är så speciella att även personalen på barnintensiven upplever sitt kunnande som medelmåttigt. På basen av dessa resultat beslöts att följande specialinstrument hör till det kunskapsområde som endast personalen på barnintensiven bör behärska: respiratorbehandling, intrakraniell tryckmätare, kväveoxidbehandling, kylbehandling och peritonealdialys. Användningen av respirator diskuterades skilt i projektgruppen och sammanfattningsvis konstaterades att ifall någon från barnkirurgiska avdelningen upplever sig behärska eller vill skilt lära sig att använda en respirator, kan detta möjliggöras i mån av möjlighet. Samtidigt påpekades att kunskapen får, trots någon enstaka intresserad, inte förutsättas av andra sjukskötare från barnkirurgiska avdelningen.

6.3.6 Förflyttning av patienter

Patienter flyttas dagligen inom sjukhuset; till och från operationssalen, till olika undersökningar samt till och från andra avdelningar. Dessutom flyttas patienter även mellan olika sjukhus. Vid första anblicken var resultatet förväntat och projektgruppen kunde med glädje konstatera att personalen på barnintensiven upplevde att de är i genomsnitt experter eller åtminstone skickliga på att förflytta patienter. Personalen på barnkirurgiska avdelningen flyttar patienter i lika stor utsträckning som personalen på barnintensiven, men är medvetna om att förflyttningsförfarandena skiljer mellan avdelningarna. Med tanke på att det frågades efter kompetens i förflyttningar på barnintensiven var det därmed förväntat att sjukskötarna på barnkirurgiska värderade sitt kunnande lägre. En väldigt intressant detalj kunde dock ses då resultaten filtrerades mot avlagd eller icke avlagd arbetsrotation. I figur 7 (inringat i gult) kan ses att de sjukskötare från barnkirurgiska avdelningen som hade varit på arbetsrotation på barnintensiven konstaterade sina kunskaper som sämre än de som inte hade varit på arbetsrotation. Fenomenet diskuterades inom projektgruppen och gemensamt konstaterades att sannolikt har de som har varit på arbetsrotation insett att förfarandena avviker mer än de trott, varmed känslan av inkompetens är större än för dem som inte ännu har varit på arbetsrotation. Sammanfattningsvis kunde projektgruppen fastställa att kunskapsnivån av patientförflyttningar kan lättast höjas med hjälp av arbetsrotation.

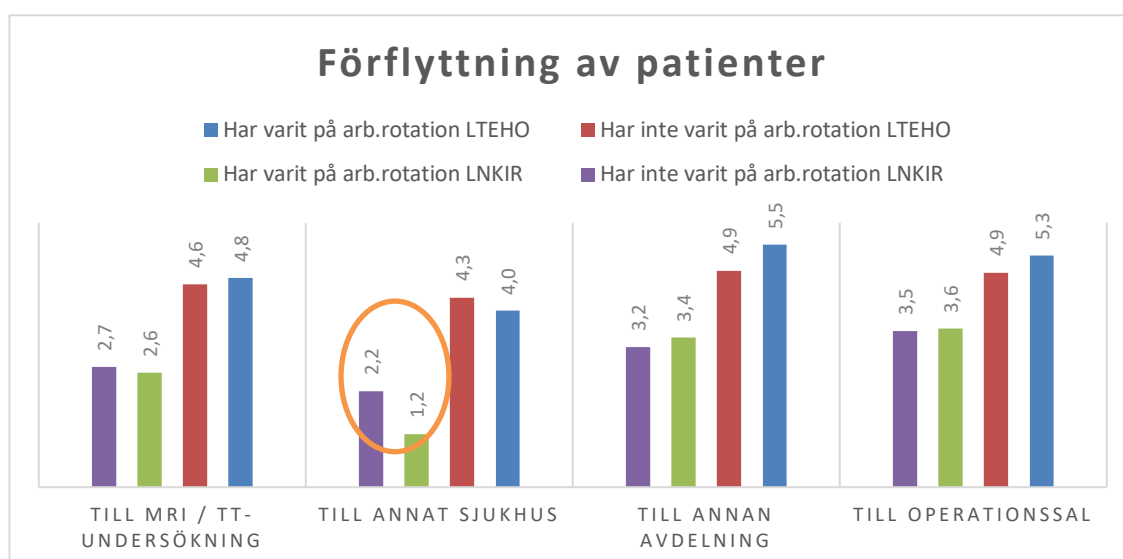
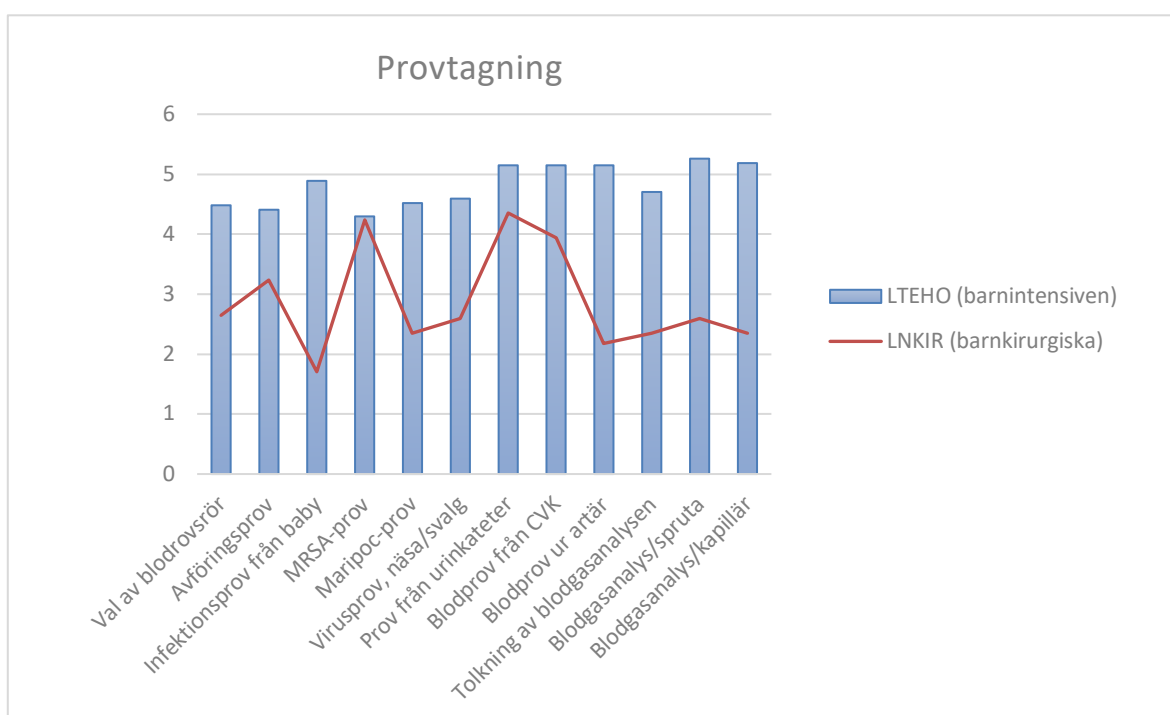


Fig 7. Självpuppskattad kompetens gällande patientförflyttningar filtrerat mot avlagd eller icke-avlagd arbetsrotation.

6.3.7 Provtagning

All slags provtagning är vardag på ett sjukhus. Vissa prov tas av laboratoriepersonal, men en hel del av provtagningen sköts av sjukskötarna på avdelningarna. Ur de erhållna svaren kunde på första ögonkastet avläsas att personalen på barnintensiven skattar sin kompetens i allmänhet högt gällande all provtagning. Som väntat, visade resultaten tydligt igen de områden som är specifika för barnintensiven och är därmed obekanta för personalen på barnkirurgiska; tagning av infektionsprov från en baby, tagning av s.k. Maripoc-prov (ett virusstest som görs på barnpolikliniken med en specifik analysapparat), blodprovstagning från artär samt hela provtagningsproceduren och användningen av blodgasanalysatorn som finns till hands på barnintensiven. I figur 8 visas jämförelsen mellan avdelningarnas resultat.



Figur 8. En jämförelse mellan avdelningarna gällande olika provtagningsmetoder som används allmänt på barnintensiven.

När resultaten granskades som procentandelar eller beräknade med standardavvikelser kunde det dock ses att trots att grafen ovan visar att personalen på barnintensiven har en hög kompetensgrad gällande de flesta provtagningsmetoder, finns det behov till skolning och kompetenshöjning även för sjukskötarna på barnintensiven. Bland annat kunde det konstateras att tagning av MRSA-prov ger ett medelvärde på 4,2 för barnintensiven, men standardavvikelsen (1,3) ger antydning på spridning i svaren. Motsvarande resultat erhöles för tagning av avföringsprov: medelvärde 4,4 med en standardavvikelse på 1,2. Intressant var att trots att tagning av infektionsprov gav ett medelvärde som pekar på allmän kompetens

nära nivå 5 (skicklig) visade standardavvikelsen igen spridning. 19 av 27 sjukskötare hade visserligen uppskattat sin kompetens till skicklig eller expert, men parallellt var närmare 30 % av svaren utspridda på skalan novis-avancerad nybörjare-kompetent. I grafen framkom därmed inte t.ex. att en fjärdedel av sjukskötarna är *de facto* på nivån expert, samtidigt som närmare 14 % av sjukskötarna anser sig behöva hjälp delvis eller hela tiden för att klara av uppgiften. Genom att enbart studera grafer som uttrycker medelvärden kan viktig information gå förlorad, varför det var viktigt att visualisera spridningen av upplevd kompetensgrad tydligt även åt projektgruppen. Istället för svårförklarliga standardavvikelser visades spridningen i form av tabeller där andelen svar per kompetensnivå var uttryckta både som procentandelar och antal svar.

6.3.8 Allmänt

Till huvudkategorin ”Allmänt” hade det räknats upp vardagliga, men för patientarbetet vitala uppgifter, som dels var specifika för intensivvårdsavdelningen, dels allmänna för hela kliniken (användningen av VAS-mätare, ISBAR-rapportering och icke medicinsk smärtlindring). Kompetensgraden för de för kliniken allmänna uppgifterna konstaterades vara på bra nivå på bägge avdelningar eftersom de flesta hade svarat kompetent, skicklig eller expert. Rapporterings- och isoleringsförfaranden, deltagande i läkarronden, grundvården samt utrustningen av patientplatsen ansågs av projektgruppen vara kunskaper som lärs in bäst med hjälp av arbetsrotation. Samtidigt ansåg projektgruppen att användningen av monitorer samt mätningen och förståelsen av vitalvärden kräver förutom arbetsrotation, extra övning och skolning i någon form. Efter livlig diskussion avgränsades följande uppgifter till sådana som endast personalen på barnintensiven bör behärska: mottagande av patienter, återupplivning och dödsfall (*exitus*) på barnintensiven, deltagande i återupplivningsteamets arbete samt bedömningen av graden av förvirring (*delirium*).

6.3.9 Vätske- och läkemedelsbehandling

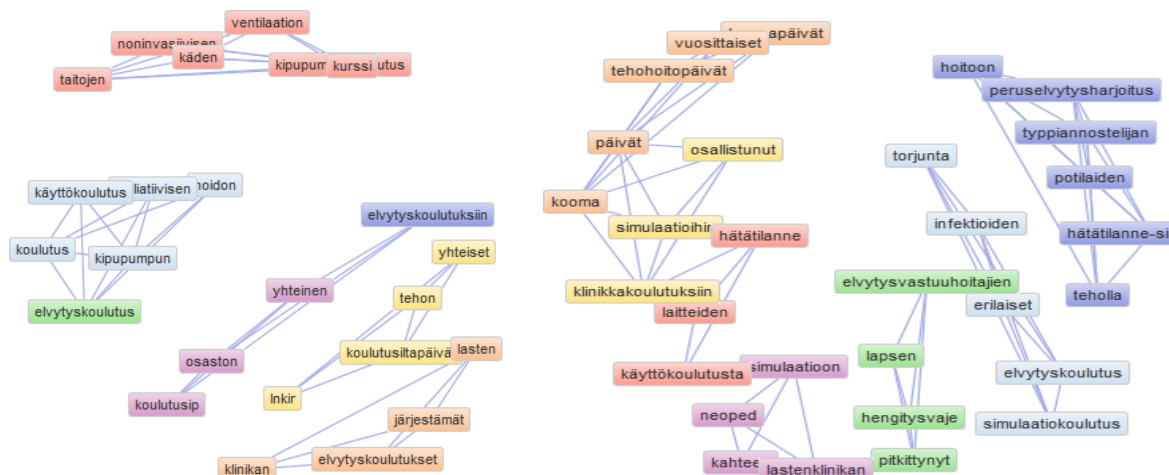
Vätske- och läkemedelsbehandling förekommer givetvis på båda avdelningarna, men repertoaren av intravenösa mediciner och vätskor som ges på barnkirurgiska avdelningen är betydligt mindre. Ur resultaten kunde avläsas att användningen av sedativa och cirkulationspåverkande läkemedel är förståeligt obekant för personalen på barnkirurgiska. Eftersom läkemedelsbehandlingen är en så viktig del av vården på barnintensiven och är dessutom möjlig att läras ut relativt enkelt, bör alla delar av vätske- och läkemedelsbehandlingen förutsättas som kunskaper som bör behärskas av alla.

6.4 Workshop 2

Jämt en vecka efter det första tillfället, torsdagen den 28.3.19, träffades projektgruppen igen. På plats var fem av åtta deltagare samt skribenten, n=6. Från barnintensiven var närvarande avdelningssköterskan och biträdande avdelningssköterskan. Från barnkirurgiska avdelningen var båda ledarna samt ena sjuksköterskan på plats.

Till dagens workshop togs AI:s filosofi i bruk och diskussionen förverkligades enligt 5D-cykeln beskriven i kapitel 3.4.2. och illustrerad i figur 1. Som första steg, *define*, definierades projektets mål och innehåll. Projektgruppen utgick från frågorna ”Vad vill vi uppnå med detta projekt?” och ”Vilka skolningar eller kunskapsområden koncentrerar vi oss på?”. Med hjälp av ovanstående frågor kom projektgruppen fram till att det slutliga målet med dagens workshop var att definiera det gemensamma kunskapsområdet som personalen på båda avdelningarna bör behärska, fastställa på vilken kompetensnivå utgående från Benners (1993) skala novis till expert personalen bör behärska ifrågavarande kunskaper och hur dessa kunskaper kan erhållas.

Följande steg i 5D-cykeln var att upptäcka (*discover*) tillsammans vad som fungerar för tillfället bra, vad har varit omtyckt och lysande. Som stöd för tankearbetet ställdes följande frågor: ”Vilka kunskaper är redan på bra nivå och varför?”, ”Vilka skolningar har fungerat bra?” och ”Hurudana skolningar har varit omtyckta av personalen?”. Som stöd för diskussionen granskades de öppna svar som personalen hade gett i slutet av kompetenskartläggningen vid frågor gällande skolningar. Svaren illustrerades i form av ordkartor, se figur 3.



Figur 3. Ordkartor erhållna från de öppna svaren i kompetensmätaren. Svaren från barnkirurgiska till vänster, barnintensiven till höger.

I tredje steget av 5D-cykeln fick gruppen drömma (*dream*) och kasta fram vilda idéer om framtiden gällande personalens kompetens och skolningar. Resten av tiden allokerades till att konkret komma överens (*design*) om vilken typs skolningar som kan komma ifråga och vem tar ansvaret för dem. Projektgruppen kom fram till att skolningsansvaret bör falla på båda avdelningarna. Med tanke på behovet att förbättra samarbetet och sammanhållningen över avdelningsgränserna ansågs det produktivt att skolningarna anordnas som gemensamma pådrag, med ansvarspersoner från båda avdelningar. Många av kunskaperna kunde enligt projektgruppen läras in med hjälp av gemensamma workshoppar. Vissa kunskaper kunde enligt projektgruppen läras in i samband med arbetsrotationerna (t.ex. användningen av patientdatasystemet Clinisoft), andra med hjälp av läkarföreläsningar.

Till den sista *deliver*-fasen kunde det endast konstateras att endast preliminära tidtabeller kan föreslås i detta skede. Själva förverkligandet kommer därmed att falla på projektgruppen (utan skribenten) eller möjligen andra utnämnda personer under de närmaste åren, ända fram till flytten till det nya sjukhuset och den konkreta sammanslagningen år 2022. Tankarna sammanfördes till ett dokument som skickades till alla i projektgruppen. Medlemmarna hade därefter tid att bekanta sig med de konkreta förslagen och ge återkoppling tills den sista workshoppen 4.4.2019. Till den sista workshopdagen hade skribenten gjort en preliminär skiss av den gemensamt överenskomna kompetenskartan och skolningsplanen. De slutliga versionerna kan ses i bilaga 5 och 6, respektive.

6.5 Workshop 3

På grund av svårigheter att hitta lämpliga mötesdagar som passade alla eller åtminstone de flesta i projektgruppen hade fredagen den 29.3.2019 fastslagits som följande mötesdag. Endast en del av gruppen var närvarande, $n=6$. Förutom skribenten var båda avdelningssköterna och biträdande avdelningssköterna på plats. Tyvärr var endast en sjukskötare från barnkirurgiska avdelningen och ingendera av sjuksköterna från barnintensiven på plats.

Arbetsrotation hade av skribenten valts som tema för den tredje workshoppen. Syftet med denna workshop var att väcka tankar och leda till konstruktiv diskussion om arbetsrotation. Målet var att förhoppningsvis komma fram till konkreta tankar om hur arbetsrotationen kan göras mera attraktiv eller åtminstone mindre negativ. Med tanke på denna workshop hade personalen på båda avdelningarna haft under en veckas tid möjlighet att anonymt reflektera över sina tankar och känslor gällande arbetsrotation. En låda med ihoptejpat lock, färgade

post-it-lappar och en penna hade placerats i kafferummen på respektive avdelning. Enligt anvisningen fick var och en skriva ner så många ord som ordet ”arbetsrotation” (på finska ”työkierto”) gav inspiration till. En allmän betydligt mer negativ inställning kunde skönjas i svaren erhållna från barnintensiven. Typiska svar var ord så som tvång, onödig, orättvis och ångest. Många tog upp att arbetsrotationen borde vara frivillig. Vissa positiva svar kunde också ses och en del såg det som en möjlighet att lära sig nya färdigheter och känna nya människor. En ansåg att arbetsrotation är nödvändigt för alla. På barnkirurgiska var svaren mer neutrala och många såg den som en möjlighet att utveckla sig själv och sitt kunnande. Visst fanns det även här ord så som ”ångest”, ”tvång” och ”hjälp!”. Svaren kan ses i sin helhet i bilaga 4. För att inte styra tankarna för deltagarna, visades dock resultaten från personalförfrågningsen först efter brainstormingen.

Som kreativ teknik användes en kombination av brainstorming och De Bonos (2016) ”Sex tänkande hattar”. De Bonos metod var obekant för de flesta varför en del av tiden användes till att förklara tankegången bakom metoden och dess fördelar vid svårhanterliga ämnen. I stället för olika färgs hattar användes småbilar i respektive färg. Som stöd användes power point-presentationen; varje färg var förklarad i detalj på en enskild sida och sidan var framme på skärmen så länge ämnet behandlades ur den synvinkeln. Arbetsrotation behandlades enligt följande färgordning: vit (fakta), röd (känslor), svart (risker), grön (kreativitet) och gul (positivt tänkande). Den blåa hatten representerade kontroll och den rollen åtog jag som facilitator. Facilitatorn förde diskussionen vidare och avgjorde när det var tid att flytta diskussionen till nästa synvinkel (färg). Facilitatorn skrev även upp alla tankar som kom fram under diskussionen på en väggtavla på enskilda stora papper. Efter workshopen skrevs kommentarerna och tankarna ner i den använda power point-presentationen under respektive färg. Därefter skickades materialet per e-post till hela projektengruppen, även till dem som hade varit frånvarande.

Med tanke på att arbetsrotation som koncept väcker stora känslor och inte stöds av alla sjukskötare, skulle det ha varit till fördel att alla fyra sjukskötare från respektive avdelning hade varit närvarande. Eftersom skribenten blev medveten om bortfallen vid första workshop-tillfället var det ett avsiktligt val att involvera hela personalen i processen genom att ordna den spontana förfrågningsen med post-it-lappar på bägge avdelningar. På detta sätt kunde det försäkras att personalens röst hördes trots underrepresentation vid själva workshopen.

6.6 Workshop 4

Den sista mötesdagen inföll igen på en torsdag, 4.4.2019. Närvarande var igen endast sex medlemmar med skribenten medräknad, n=6. På plats var en sjukskötare från barnkirurgiska (dock annan än förra gången) och båda ledarna från barnkirurgiska samt båda ledarna från barnintensiven.

Resultaten från kompetenskartläggningen behandlades ursprungligen i workshop 1 varefter alla hade fått bekanta sig med svaren på egen hand med hjälp av det material som skribenten hade delgivit alla deltagare efter första mötet. Alla hade haft möjlighet att ge återkoppling via e-post till skribenten. Temat behandlades vidare under workshop 2 varefter skribenten hade gjort en preliminär skiss av kompetenskartan. Den presenterades åt deltagarna under sista workshopdagen. Skissen var ett sammandrag av det som hade diskuterats på workshopdagarna 1 och 2 samt den återkoppling som erhållits via e-post efter respektive tillfälle.

De gemensamt överenskomna kunskapsområdena diskuterades var för sig för att komma fram till konsensus över hurdana skolningar som behövs för att uppnå önskad kompetensnivå. Som huvudkategorier nämndes dataprogrammen Clinisoft och Miranda, patientgrupper, specialinstrument, blodgasanalys, allmänna funktioner kopplat till vård samt vätske- och läkemedelsbehandling. Enligt önskemål diskuterades även tankarna kring arbetsrotation ytterligare och idéer om hur sammanhållningen på dessa två avdelningar kan förbättras togs upp. Brainstormingen kring ämnet ledde till konkreta förslag som väckte positiva känslor bland medlemmarna. Alla i projektgruppen var överens om att sammanhållningen kan delvis förbättras helt enkel genom att ordna de kommande kompetensökande skolningstillfällena så att anordnandet av skolningen läggs på arbetsgrupper som har medlemmar från båda avdelningarna. Tanken om att ordna gemensam friskvårdsverksamhet för avdelningarna i form av exempelvis gemensamma fotbollsmatcher eller så kallade "Escape room"-aktiviteter (där samarbete och teamarbete betonas) understöddes även av alla. Med tanke på den delvis negativa inställningen till arbetsrotation lyftes det fram tankar om hur personalen kunde möjligen belönas och spurras till arbetsrotation. Monetära belöningar är givetvis inte möjliga, men bland annat möjligheten att få välja först tidpunkten för sommarlovet diskuterades. Verksamheten och vardagen ser väldigt olika på respektive avdelningar varför känslan av vad som är viktigt och värt att jobba för avviker även mellan avdelningarna. Därmed bordlades ämnet med den tanken att

personalen på bägge avdelningar bör fundera vidare på vad som sporrar till arbetsrotation på var sitt håll. En del av idéerna kommer troligen att förverkligas ännu i år.

Tankarna skrevs ner av skribenten och ett förslag till slutlig kompetenskartan samt skolningsplan skickades per e-post till respektive medlem i projektgruppen för en sista genomgång för att ännu en gång ha möjlighet att reflektera över temat och föra fram tankar som möjligen hade väckts efter själva workshopdagen. På detta vis hade även de som inte kunde närvara en möjlighet att få sin röst hörd. Alla hade möjlighet att ge återkoppling i två veckors efter sista mötet. Skribenten erhöll slutligen återkoppling från fyra av åtta medlemmar i projektgruppen; ena sjukskötaren och biträdande avdelningsskötaren från barnintensiven samt av både avdelningsskötaren och biträdande avdelningsskötaren från barnkirurgiska avdelningen. Delvis fortsatte diskussionen via e-post om ämnen som tangerats redan under mötet och delvis kom det fram nya förslag. De som inte hade närvarande under den sista workshopen kom delvis med synpunkter som hade redan tagits upp för diskussion under workshopen. Kommentarer förstärkte dock känslan av att trots att alla i projektgruppen inte var närvarande under den sista genomgången kan beslutet om både kompetenskartans och skolningsplanens innehåll ses som enhälliga. Den ena avdelningsskötaren och biträdande avdelningsskötaren finslipade detaljer och gav viktiga synpunkter på varför någon kompetens ska medräknas eller uteslutas från det gemensamma kompetensområdet. Den slutliga versionen av kompetenskartan och skolningsplanen diskuteras i kapitlen 6.6.1 och 6.6.2. De slutgiltiga versionerna kan ses i sin helhet på finska i bilaga 5 och 6, respektive.

6.6.1 Fastställd kompetens och nivå

Syftet med kompetenskartläggningen var att synliggöra kompetensnivån på båda avdelningarna gällande intensivvårdsarbete. Därefter var målet att genom workshoparbete gemensamt fastställa vilket kunnande som krävs av varje enskild sjukskötare som jobbar permanent på barnintensiven eller hoppar in tillfälligt. Dessutom var det viktigt att fastställa på vilken kompetensnivå ifrågavarande kunskaper bör behärskas.

I workshop 4 fastställdes de kunskapsområden som projektgruppen anser att bör behärskas av alla sjukskötare på båda avdelningarna eller endast av sjukskötarna på barnintensiven. De för båda avdelningarna gemensamma kunskapsområden kan ses i bilaga 5 i den mittersta gröna kategorin benämnd ”Yhteinen osaamiskartta LNKIR + LTEHO” och kunskapsområden som ansågs tillhöra enbart sjukskötarna på barnintensiven kan ses i den

blåa kategorin benämnd ”LTEHO”. Den gula kategorin (”LNKIR”) är givetvis ännu tomt eftersom detta arbete hade fokus på barnintensiven, inte på barnkirurgiska avdelningen. För att fastställa gemensamt kunnande som gäller vård på barnkirurgiska avdelningen behövs en liknande kompetenskartläggning på bägge avdelningar och därpå följande sammanställning av kompetensområden och skolningsbehov.

På gemensam överenskommelse ansåg projektgruppen att för att försäkra högklassig vård bör kompetensnivån för varje enskilt kunskapsområde vara enligt Benners (1993, 38–41) ”novis till expert”-skala på nivån *avancerad nybörjare* eller *kompetent*. Projektgruppen baserade sin tankegång och sitt beslut på beskrivningarna om ovanstående kompetensnivåer. En avancerad nybörjare beskrivs behöva tidvis handledning och hjälp med att utföra uppgifter. Sakkunskapen utvecklas fortfarande. Alla i projektgruppen var överens om att för att klara av att hoppa in på intensivvårdsavdelningen och vara till hjälp räcker det inte med en nybörjare som behöver konstant hjälp och handledning; vissa funktioner bör behärskas självständigt eller med endast lite stöd. Samtidigt ansåg projektgruppen att i långa loppet är det till allas fördel att kompetensnivån närmar sig kunskaperna för den kompetenta sjukskötaren. Eftersom självständigt arbete och förmåga att planera vården till en viss punkt själv, är egenskaper som stöder hela projektgruppen och försäkrar en högklassig vård.

6.6.2 Skolningsplan

Målet med kompetenskartläggningen och workshoparna var att producera en preliminär skolningsplan som i fortsättningen kan användas till höjning av kunnande, kompetensökning och sammansvetsning av personalen. Skribenten sammanställde det gemensamma materialet från workshoparna till en enkel och läsbar plan där varje delområde beskrivs skilt, med åtföljande skolningsmetoder och preliminär tidtabell. Efter avslutade workshopar hade alla i projektgruppen haft ännu en möjlighet i två veckors tid att ge återkoppling till skribenten via e-post. Skribenten tog i beaktande de synpunkter och förslag som projektgruppen hade kommit med varefter en slutlig version av skolningsplanen sammanställdes. Den finskspråkiga skolningsplanen finns i sin helhet i bilaga 6.

6.7 Avslutande möte

I slutet av augusti 2019 avslutades projektet officiellt för skribentens del genom att skribenten deltog i ett regelmässigt avdelningsskötarmöte. Resultaten av kompetensmätningen presenterades i korthet och den av projektgruppen föreslagna kompetenskartan

och skolningsplanen presenterades för de andra avdelningssköterna. Resultaten, kompetenskartan och skolningsplanen presenterades skilt för översköturen i början av oktober 2019. Avdelningssköterna från bägge avdelningar kom därefter överens med översköturen om användningen av kompetenskartan och förverkligandet av skolningsplanen och planerade stödjande åtgärder.

7 Etiska överväganden och arbetets trovärdighet

All forskning och därmed även forskning inom vården ska sträva till att producera ny information för personalen och i slutändan förbättra vården. Målet med all forskning är att ta fram trovärdig och nyttig kunskap varför det är viktigt att det ställs krav på hur forskningen drivs och vad den inriktas på. (Patel & Davidson, 2013, 62). Därför ska så kallas god vetenskaplig praxis (GVP) utövas. De forskningsetiska anvisningarna har utarbetats av Forskningsetiska delegationen (TENK) i samråd med det finländska vetenskapssamfundet och har som syfte att främja god forskningspraxis och förebygga vetenskaplig ohederlighet. Detta gäller all forskning inom universitet och yrkeshögskolor, men även vid forskning utfört i samarbete med andra organisationer. (Forskningsetiska delegationen, 2012, 16).

Forskaren (skribenten) har ett forskningsetiskt ansvar gentemot arbetsamfundet och organisationen. Båda parterna bär ett ansvar över hur informationen som fås ur undersökningen används och hur de allmänna etiska principerna säkerställs och följs. Undersökningssupplägget presenterades därmed för och godkändes av ledaren (överskötaren för barn- och ungdomskliniken) och andra vederbörande organ (Turku CRC) inom organisationen. (Paunonen & Vehviäinen-Julkunen, 2006, 28).

Enligt föreskrifterna för all forskning och alla utvecklingsarbeten som utförs inom Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt bör ett forskningslov anhållas från Turku CRC. I enlighet med GVP svarar varje forskare och medlem i en forskningsgrupp i första hand själv för att god forskningspraxis iakttas. Enligt Turku CRC:s anvisningar ansågs skribenten dock inte som den ansvarige forskaren och eftersom ansvaret enligt forskningsetiska anvisningarna tillkommer hela vetenskapssamfundet (som t.ex. forskningsenheternas ansvarige forskare och handledare) underskrevs ansökningsen av den ansvarige handledaren, inte av skribenten. Tua Weckström-Lundell och Pia Liljeröth var båda examensarbetsansvariga vid Yrkeshögskolan Novia hösten 2018. Forskningslov ansöktes från Turku CRC i oktober 2018 och ansökningsen skrevs under av respektive handledare. (Turku CRC, uå; Forskningsetiska delegationen, 2012, 19). Forskningslovet (beslutsnummer TO8/041/18) till undersökningen (undersökningsnummer T228/2018) erhöles i november 2018.

7.1 Forskningsetisk prövning

All forskning som innefattar någon slags datainsamling från och om levande människor behöver vanligtvis en etisk granskning, påpekar Martyn Denscombe (2016). Enligt den

forskningsetiska delegationen (2009) måste ett forskningsprogram göra en forskningsetisk prövning i vissa specifikt definierade forskningsupplägg. Detta gäller även vårdvetenskaplig forskning som räknas höra till det humanistiska vetenskapsområdet. Forskning som innefattar växelverkan med de människor som undersöks bör prövas på förhand. Prövningens syfte är att se till att den tänkta undersökningen inte orsakar någon skada. Som exempel kan nämnas risk för undersökningspersonens säkerhet, risk för exceptionellt stor påfrestning (fysisk eller psykisk) eller att forskningen ingriper på forskningsobjektets fysiska integritet. Även i sådana fall där forskningen bedrivs på barn under 15 år krävs en etisk förhandsprövning. (Forskningsetiska delagationen, 2009, 3; Denscombe, 2016, 242–243).

Den forskningsetiska delegationen har dock fastslagit att etikprövningen är endast avsedd för forskning som sker efter en grundexamen. Därmed anses det att den som handleder ett lärdomsprov inför en grundexamen ansvarar för att etiska principer följs (Forskningsetiska delagationen, 2009, 3). Även enligt den etiska kommittén vid Åbo Universitet behöver ingen etisk förgranskning göras vid utvecklingsarbeten om inte den ansvarige handledaren ser skilt behov för det (Turun yliopisto, uå). Eftersom kompetenskartläggningen inte samlar in patientdata eller innefattar påfrestande växelverkan med de undersökta, ansåg den dåvarande ansvarige handledaren, Tua Weckström-Lundell, att de etiska aspekterna kunde beaktas utan en etisk förgranskning. Därmed gjordes ingen skild ansökan till den etiska kommittén vid Åbo Universitet och forskningslovets erhöles i november 2018 från Turku CRC utan skild etisk prövning.

7.2 Kompetenskartläggningen

Varje undersökning har sina specifika etiska aspekter att beakta varför det är viktigt att göra en objektiv granskning av de konflikter som uppstår mellan olika intressen, värden och rättigheter i en undersökning. Grundläggande etiska aspekter gäller bland annat de undersökta objektens frivillighet, integritet och anonymitet samt undersökningens allmänna konfidentialitet. (Olsson & Sörensen, 2011, 84). Ett tydligt etiskt dilemma föranleddes i detta arbete av det faktum att skribenten hör själv till arbetsamfundet. Med tanke på ovanstående aspekter var det därmed viktigt att beakta den etiska innebörden genom hela processen.

Enligt det så kallade samtyckekravet ska frivilligheten att delta i en undersökning försäkras genom att respondenterna ger sitt samtycke till undersökningen och ges även möjlighet att avbryta om de så önskar. (Parahoo, 2006, 111–113; Olsson & Sörensen, 2011, 85). Den forskningsetiska principen om informations- och begriplighetskrav bör även säkerställas.

Respondenterna bör få saklig information om undersökningens syfte och användning. Informationen som delges ska dessutom vara lättförståelig och ske både skriftligt och muntligt. (Olsson & Sörensen, 2011, 84–85).

På uppdragsgivarens begäran var dock inte kompetenskartläggningen frivillig för personalen, vilket i forskningssammanhang kan förorsaka ett etiskt dilemma. I detta arbete hade kompetenskartläggningen två syften: å ena sidan ge information åt skribenten och projektgruppen ur en allmän synvinkel, å andra sidan fungera på överskötarens begäran som ett personligt verktyg för varje enskild sjukskötare vid kommande utvecklingssamtal med hens avdelningsskötare. Eftersom frivillighetsaspekten inte kunde tillgodoses, var det ytterst viktigt för skribenten att informera alla medverkande om varför undersökningen är obligatorisk och hur anonymiteten säkerställs. Personalen informerades muntligt av skribenten om kompetenskartläggningen, dess innebörd, upplägg och användning vid ett avdelningsmöte på bägge avdelningar i oktober och november 2018. När det var tid att svara på kompetensmätaren skickades ett e-postmeddelande ut till personalen med kort information om hur hen kommer åt undersökningen och hur länge undersökningen är i gång. I meddelandet informerades dessutom att alla på barnkirurgiska avdelningen och barnintensiven bör svara på kartläggningen. I början av själva kompetensmätaren fanns ytterligare information och instruktioner i form av ett följebrev (se bilaga 1, sid 1). I följebrevet förklarades hur anonymiteten säkerställs och till vilket ändamål svaren används. Ur följebrevet framkom även att avdelningsskötarna kommer att ha tillgång till resultaten endast i form av statistik, inte som enskilda svar.

Respondenternas allmänna anonymitet kunde säkerställas med hjälp av tekniska åtgärder i Webropol-programmet; kompetensmätaren skickades ut som en nätlänk som alla kunde svara på anonymt. Ur statistisk synvinkel fanns det dock ett behov att kunna särskilja på svaren enligt svararens avdelning. Dessutom ställdes frågan om hur länge respondenten hade arbetat som sjukskötare. Med tanke på att mängden respondenter var liten ($n=29$ och $n=24$) och att skribenten känner personalen personligen fanns det en teoretisk möjlighet att urskilja enskilda svar. Trots att respondenterna försäkras anonymitet (personen kan inte identifieras på basen av svaren) fanns det med andra ord ett behov att lägga även vikt på konfidentialitet i undersökningen. Enligt konfidentialitetskravet (Olsson & Sörensen, 2011, 84) ska alla uppgifter som fås under undersökningen behandlas så konfidentiellt som möjligt. I detta arbete försäkrades konfidentialiteten genom att intyga att trots att skribenten i vissa fall kan ana sig till respondenten behandlas svaren enbart av skribenten och informationen delges inte till utomstående. (Patel & Davidson, 2013, 74). Skribenten var medveten om det faktum

att vikten av att skydda varje respondent från att bli identifierad på basen av hans svar förstärks i små, lätt identifierbara respondentgrupper (Parahoo, 2006, 112).

Eftersom uppdragsgivaren önskade att själva kompetenskartläggningen och personalens svar ska senare kunna utnyttjas vid enskilda utvecklingssamtal, behövde varje enskilt svar finnas till hands eller personifieras på något vis. Med tanke på önskan om att kunna använda svaren i ett senare skede, men samtidigt försäkra respondenternas rätt till anonymitet, löstes saken på följande vis: i följebrevet i början av kompetenskartläggningen fanns det instruktioner för respondenterna att skicka de egna svaren till sig själv per e-post, spara det på datorn eller skriva ut formuläret. Därmed har endast respondenten tillgång till de personliga svaren och anonymiteten är försäkrad även i fortsättningen.

Validiteten i en kvantitativ undersökning handlar om att försäkra att enkäten verkligen mäter det den är ämnad att mäta (Paunonen & Vehviäinen-Julkunen, 2006, 207). Validitetsförsäkrande åtgärderna bestod av att kompetensmätaren gjordes i samråd med personal från bägge avdelningar och kontrollerades dessutom av både avdelningssköterna, avdelningsläkaren på barnintensiven samt överskötaren. För att öka reliabiliteten hade det varit önskvärt att låta en utomstående, men till ämnet insatt person, testa frågeformuläret (Paunonen & Vehviäinen-Julkunen, 2006, 209). Tyvärr gav inte den snäva tidsramen möjlighet till testning.

7.3 Workshoparbetet

Skribenten hör själv till det arbetssamfundet och känner personligen alla som deltog i workshoparbetet. Ur etisk synpunkt kan det orsaka problem. Under hela arbetets gång var det därmed viktigt för skribenten att hålla de etiska riktlinjerna i minnet. Speciellt viktigt blir det i situationer där forskaren inte kan hålla passiv distans, utan är en del av gruppen. Enligt Paunonen och Vehviäinen-Julkunen (2006, 29) är det lättare att hålla avstånd till de undersökta ju mer strukturerade datainsamlingsmetoderna är. Själva kompetenskartläggningen var strukturerad och svaren behandlades anonyma, varför skribenten kunde lätt hålla ett professionellt avstånd till de undersökta objekten. I workshoparbetet var förhållandet till medlemmarna i projektgruppen en annan; det var frågan om social interaktion och kommunikation där forskaren har förståeligt en mer subjektiv roll. (Paunonen & Vehviäinen-Julkunen, 2006, 30–31).

Skribenten fungerade i workshoparbetet som projektledare. Ledarens uppgift är att leda och styra projektgruppen mot projektets mål. Samtidigt har projektledaren ett etiskt och moraliskt ansvar för projektet varför projektledaren bör fundera över sina egna värderingar och sin ställning i gruppen. (Hallin & Karrbom Gustafsson, 2012, 146). Trots att workshoparbetet var ett projektarbete och inte direkt en undersökning, hade skribenten också en forskarroll även i denna del av arbetet. Som Paunonen och Vehviäinen-Julkunen (2006, 29) uttrycker det: forskaren kan inte avgränsa sig från den undersökta gruppen, utan är en del av den i och med den växelverkan som sker mellan deltagarna och forskaren. Därför hade skribenten ett ansvar, förutom som projektledare, även som forskare att ständigt utvärdera sin ställning och sitt handlande i gruppen. Precis som Andersen och Schwencke (2013, 151) påpekar bör forskaren konstant utvärdera sin etik i samspelet med projektgruppen. Hen har även en skyldighet att arbeta systematiskt och vara väl förankrad i teorin.

Att försäkra reliabiliteten och validiteten i en kvantitativ undersökning är relativt enkelt. Validiteten kan säkras med bra förberedelsearbete och reliabiliteten kan visas oftast med hjälp av t.ex. statistiska metoder. (Körner & Wahlgren, 2005, 15; 2015, 23–24; Eliasson, 2018, 16). Workshoparbetet var däremot ett projektarbete och var därmed inte direkt forskning av vare sig kvantitativ eller kvalitativ karaktär. Vissa likheter till kvalitativ forskning kan dock ses varför validiteten och reliabiliteten kan diskuteras ur den synvinkeln. I workshoparbetet var skribentens ”jag” nära knutet till projektet och var därmed en integrerad del av projektgruppen trots forskarrollen. Att hålla objektiviteten i sådana situationer kan vara svårt varför skribenten måste vara observant hur hennes egna personliga erfarenheter kan påverka workshoparbetets pålitlighet. Som en kontroll för tillförlitligheten är det därmed viktigt att skribenten har i detta arbete gjort en så noggrann och reflexiv redogörelse av tillvägagångssättet under workshoparbetet samt resultaten. Skribenten var även medveten om att de resultat som erhöles från workarbetet var inte generaliserbara och var av värde endast i detta arbete. (Denscombe, 2016, 411–415).

8 Diskussion

Detta arbete har sin grund i en förändringsprocess (sammanslagning av barnintensiven och barnkirurgiska avdelningen) som är en del i en betydligt större förändring på barn- och ungdomskliniken (flytt till ny sjukhusbyggnad vintern 2022). Skribentens personliga mål med arbetet var att lyfta fram positiva arbetssätt och väcka tankar om medskapande i förändringsprocesser. Genom att läsa teori om bland annat förändringsledarskap, organisationsförändringar, ledarskap, motivation och motstånd kunde skribenten konstatera att vi lever i en föränderlig värld där kunskandet och sociala förhållanden spelar en allt större roll i alla organisationers överlevnad och därmed även i förändringsprocesserna (Juuti, 2011b, 13). Förändringar är i dagens värld obestridligt återkommande processer vars grundläggande mål är att på ett eller annat sätt förbättra effektiviteten i den mänskliga delen av organisationen. Därför har organisationerna så småningom fått se efter nya metoder att hantera förändringar. Samtidigt har även ledarnas roll ändrat. Ledarna har allt mer fått övergå till att fungera som tränare och vägvisare, som styr personalen att själv identifiera behovet till förändring och därefter motivera och stöda personalen till förändring. (Arnold & Randall, 2010, 665–673).

Examensarbetet utgick från följande forskningsfrågor: Vilken är den nuvarande nivån av intensivvårdskompetens bland sjukskötarna på barnintensiven och barnkirurgiska avdelning? Vilka är minimikraven för att en sjukskötare ska kunna jobba på barnintensiven? Med vilka åtgärder ska man säkerställa att en gemensamt överenskommen kompetensnivå uppnås bland personalen?

För att svara på ovanstående frågeställningar verkställdes examensarbetet i två skilda, men på varandra stödjande delar: ett beställningsarbete i form av en kompetenskartläggning samt ett kort projektarbete i form av fyra workshoppar. Workshoparna byggde på den teori som skribenten hade anammat om bland annat förändringsprocesser och -ledarskap. Skribenten ville lägga fokus på personalen i enlighet med tankegångarna i AI (Appreciative Inquiry) (Cooperrider & Srivastva, 1987) och andra medskapande förändringsmodeller som strävar till positiv och styrkebaserad förändring.

Kompetenskartläggningen genomfördes i december 2018. Alla sjukskötare som jobbade på barnkirurgiska avdelningen och barnintensiven fick en webbaserad enkät som var utarbetad av skribenten i samråd med sakkunniga på bägge avdelningar. Ur rent statistisk synvinkel var den totala sampelmängden liten (n=53) varför trovärdigheten i de enskilda svaren kunde

diskuteras, men med tanke på helheten räckte det med att vara observant för möjliga slumpmässiga fel och vid behov kontrollera enstaka svar noggrannare. De flesta resultat granskades som medelvärden, men i vissa fall kontrollerades standardavvikelsen för att få ett mått på spridningen av enstaka svar (Olsson & Sörensen, 2011, 225–226). Resultaten sammanställdes av skribenten varefter projektgruppen fick ta del av dem under första workshopen. I och med den gemensamma genomgången av resultaten steg en tydlig bild fram gällande den nuvarande kompetensgraden. Som väntat hade sjuksköterna på barnintensiven en relativt hög kompetens gällande de flesta uppräknade kunskapsområden. Vid vissa förhållandevis sällan använda metoder (t.ex. peritonealdialys, kylbehandling och kväveoxidbehandling) var kompetensnivån lägre även för personalen på barnintensiven. Dock innehöll resultaten hela skalan av svar från novis till expert. Sjuksköterna på barnkirurgiska avdelningen fick förståeligt lägre resultat i de kunskapsområden som var direkt kopplade till barnintensivens funktioner.

Ett intressant fenomen steg fram ur de erhållna svaren och detta diskuterades under den gemensamma genomgången av resultaten. Sjuksköterna på barnkirurgiska avdelningens skattade sitt kunnande alltid lägre (medelvärdet) än sjuksköterna på barnintensiven, även i frågan om uppgifter som är precis lika på båda avdelningarna, så som användningen av VAS-smärtmätaren. Som en möjlig förklaring sågs att personalen på barnkirurgiska tror att det vardagliga vårdarbetet skiljer sig mer mellan avdelningarna än vad det i själva verket gör. Arbetsuppgifterna på barnintensiven upplevs allmänt av sjuksköterna på andra avdelningar som betydligt mer komplicerade än på bäddavdelningarna. Visserligen hade en del av sjuksköterna varit på arbetsrotation på barnintensiven, men de flesta på barnkirurgiska svarade på självutvärderingen på basen av hur de tänker sig att vårdarbetet ser ut på barnintensiven. Skribenten lyfte även fram möjligheten att självförtroendet gällande det egna arbetet skiljer mellan avdelningarna och denna tanke understöddes framförallt av personalen från barnkirurgiska avdelningen. Som exempel lyftes det fram tankar om känsla av underlägsenhet gentemot personalen på barnintensiven.

Samtidigt diskuterades det faktum som även Hätönen (2011, 32) talar om att dels var personalen helt enkelt ovan att utföra en självutvärdering, dels var inte kraven för kunnandet och kompetensnivån tydligt uttalade innan utvärderingen. En viktig poäng är även att den självutvärderade kompetensen innefattar många delområden så som klinisk kompetens och professionell kompetens, men även biologiskt och fysiologiskt kunnande. Kompetensen är därmed ett holistiskt och mångdimensionellt koncept där osäkerheten i ett delområde kan sänka på den självutvärderade kompetensnivån. (Lakanmaa et al., 2015). Ur resultaten kunde

också ses att de sjukskötare som hade redan varit på arbetsrotation från barnintensiven verkade ha en ödmjukare inställning till sin egen kompetens på barnintensiven: de värderade sitt kunnande lägre i vissa funktioner än de sjukskötare som inte ännu hade varit på arbetsrotation. Sänkningen i kompetensnivå kunde inte förklaras med en enkel ny/erfarenfördelning eftersom 3 av 4 sjukskötare som hade varit på arbetsrotation från barnintensiven hade en arbetserfarenhet på minst 5 år. Projektgruppen kom fram till att ödmjukheten kan ha sitt ursprung i att arbetsrotationen hade gett nya insikter åt den enskilde sjukskötaren. Vyerna om vårdarbetet hade vidgats och den allsmäktiga känslan av att kunna allt hade sänkts till en mer realistisk nivå. I enlighet med Granbergs (1996, 58–60) tankar om kompetensutveckling och lärande anser skribenten att i och med arbetsrotationen har det skett kompetensutveckling, trots att det momentära resultatet är en sänkning i den individuellt upplevda kompetensen. Kompetensutveckling är nämligen inte direkt samma som förhöjd utbildningsnivå. Däremot ska kompetensutveckling ses som en ständigt pågående process där erfarenhet ställs mot lärande. Granberg (1996, 60) refererar Löfberg (1990) när han beskriver lärande som en aktivitet som innebär att iakttagelser och information bearbetas och sammanförs till ny kunskap.

Skribenten anser att de följande två forskningsfrågorna ”Vilka är minimikraven för att en sjukskötare ska kunna jobba på barnintensiven?” och ”Med vilka åtgärder ska man säkerställa att en gemensamt överenskommen kompetensnivå uppnås bland personalen?” besvarades ypperligt under arbetets gång. Viitala (2015, 183) påpekar att största nyttan med en kompetenskartläggning är att när kunnandet blir mera synligt och konkret kan även skolningsplanerna riktas bättre. Som en viktig biprodukt ökas dessutom oftast förståelsen och uppskattningen för det egna arbetet och kunnandet. Sammanställningen av kompetenskartan och skolningsplanen skedde dels på basen av information erhållet från kompetenskartläggningen, dels på basen av livlig och styrkebaserad brainstorming inom projektgruppen. De gemensamma tankarna sattes ihop till en enkel kompetenskartan (bilaga 5) och en konkret skolningsplan (bilaga 6). I kompetenskartan framgår vad alla sjukskötare som jobbar permanent eller tillfälligt bör kunna. Kompetensnivån fastställdes till det numeriska värdet 3–4 eller enligt Benners (1993, 38–41) skala till *avancerad nybörjare-kompetent*. Skolningsplanen kompletterades med en del om motivationsökande åtgärder gällande arbetsrotation och gemensam sammanhållning mellan avdelningarna. Viitala (2015, 183) nämner dessutom att med hjälp av kompetenskartläggningar kan det göras mera motiverade beslut gällande vad som ska utvecklas och med hurudan tidtabell. Det bör dock noteras att detta arbete utfördes enbart ur synvinkeln intensivvård varför en liknande

kompetenskartläggning gällande arbetet på barnkirurgiska avdelningen bör genomföras innan den gemensamma kompetenskartan är fullständig. Därmed kommer även skolningsplanen att utökas. Skribenten anser att kompetenskartläggningen i detta arbete fyllde sin uppgift på två sätt; en kompetenskartan och realistisk skolningsplan sammanställdes, men dessutom kan användningen av arbetsrotation som inlärningsmetod motiveras bättre för personalen i fortsättningen. Ur resultaten från kompetenskartläggningen kunde det nämligen läsas att arbetsrotationen fungerar ofta som en bra eller till och med som den bästa metoden för inläring av många av de kunskaper som krävs i det vardagliga arbetet på barnintensiven.

Trots att projektgruppen hade fått endast en kort introduktion till filosofin om positiv styrkebaserad förändring och 5D-cykeln användes mest som stöd för diskussionen, genomsyrades workshoparbetet av en grundton av positivt tänkande. Arbetet flöt fram bra och varje gruppmedlem hade en likvärdig position i gruppen. Projektgruppens faktiska sammansättning var dock en besvikelse för skribenten. Skribentens ursprungliga tanke om projektgruppens sammansättning efterliknade Hätönens (2011, 18) tankar om att projektgruppen ska bestå av en så heterogen professionsgrupp som möjligt för att täcka så många tänkbara aspekter om kompetens, skolning och arbetsrotation som möjligt, förverkligades tyvärr inte helt. Skribenten hade haft som önskemål att förutom ledarna från bägge avdelningar, vore det ha varit önskvärt att de invalda sjuksköterna skulle ha haft representanter från både de mer erfarna och de mindre erfarna sjuksköterna. Dessutom var det meningen att de som väljs till projektgruppen även förbinder sig till alla fyra workshoptillfällen. De mindre erfarna sjuksköterna lyste med sin frånvaro och speciellt på barnintensiven blev sjukskötarrepresentationen skral: de medvalda sjuksköterna representerade båda den mest erfarna gruppen och dessutom var ena eller båda frånvarande vid varje tillfälle.

Avslutningsvis vill skribenten lyfta fram Pontevas (2010, 10–12) liknelse om att ledaren i organisationsförändringar ska fungera som en trädgårdsmästare; hen ska ge växterna möjlighet att växa, inte beordra dem att växa. Precis som växterna, behöver förändringen rätt grogrund (bra samarbete och organisationskultur), vatten (positivism, mänsklighet, rättvisa, uppmuntran, inspiration), gödsel (ledarnas positiva berättelser om förändringen) samt ljus och värme (stöd, belöning, medskapande, gemensam framtidsbild). Under arbetets gång sökte skribenten svar på hur ledningen kan stöda personalen i förändringsprocessen och sammanslagningen. Samtidigt funderade skribenten även på hur motstånd kunde vändas till motivation. Frågorna är stora och mer filosofiska till sin karaktär varför inget direkt svar kan

ges här. I all enkelhet anser skribenten dock att genom positivt medskapande kan ledningen stöda personalen i förändringen och motstånd kan med små steg vändas till motivation.

För trädgårdsmästaren är det viktigt att komma ihåg att fröna behöver även tid att växa upp. Det behövs frön, vatten, gödsel och tid, men även förståelse för att grogrunden inte alltid är den mest mottagliga. Hälso- och sjukvården är verksamhet som domineras av starka professioner, så som läkare och sjukskötare. Sjukskötarna har oftast en stark förankring i den egna professionsgruppen och är väldigt självständiga i sitt yrkesövande. Stark förankring och självständighet innebär även svår styrning, menar Thylefors (2016, 58–59). Grogrunden är därmed inte den enklaste. Samtidigt påpekar Thylefors (2016, 57) att det är, trots teknologiska framsteg, människan i allra högsta grad som står för produktionen av servicen inom välfärdssektorn. Personalen har därmed en viktig roll i hur väl en förändringsprocess lyckas. Genom att ledningen lär sig att använda sig av sjukskötarnas starka autonomitet och stora kunskapsbas vid förändringar och inte enbart i vardagen, ökas möjligheterna att lyckas. Dessutom har forskning visat att rent uppifrån neråt styrda förändringar misslyckas ofta. Likväl misslyckas ofta de rent nerifrån uppåt styrda. I stället behövs det processer som beaktar både fakta och faktiskt kunnande och detta åstadkoms endast genom samspel mellan olika professionsgrupper (Morgan 2016). I detta fall ledare och sjukskötare. Den röda tråden i detta arbete har varit att fokusera på det positiva och involvera personalen i processen. Skribenten tror nämligen som Morgan (2016): om man använder sig i förändringsprocesser av metoder som involverar personalen samtidigt som man fokuserar på det positiva, får personalen den viktiga känslan av att ha kontroll över sitt liv, sitt arbete och speciellt den kommande förändringen (Whitney et al., 2012).

Bra ledarskap är i dagens värld framförallt ett samarbete och vid förändringsprocesser ökar samarbetets roll. Butterfield et al. (2010) framhäver personalens önskan att delta i en förändringsprocess. Lewis (2016, 88–90) pratar om medskapande som en metod som utnyttjar kollektiv intelligens och ger alla en möjlighet att aktivt delta i en organisationsförändring. Ojasalo et al. (2009, 143) påpekar att interaktivt ledarskap samt medskapande i öppen och positiv atmosfär lägger grunden för innovationer och nytänkande. Vuorinen (2008, 113) lyfter i sin tur fram tanken att trots att finska avdelningsskötare är relativt bra på att ge ansvar åt medarbetarna, borde de lära sig att ifrågasätta processer. När man dessutom påminner sig om Maurers (2010, 62) påstående om att utveckling inte kan ske utan motstånd och motståndare, blir bilden allt klarare; förändringsprocesser ska inte vara ensamma projekt för ledarna, utan gemensamma, aktiva och interaktiva projekt för hela arbetsgruppen.

Ledarnas roll är emellertid avgörande. Det är ledarna som ska hålla igång den positiva diskussionen och ge kraft när personalen tröttnar. Det åstadkoms dels med att använda sig av medskapande och positiva arbetsmetoder, men lika viktigt är det med fysisk närvaro och äkta intresse för vad personalen säger i ord eller förmedlar på annat vis (Strömgren, 2017a). När personalen känner att de blir hörda, ökas tilliten till organisationen och känslan av att ha kontroll över den ändrande situationen ökar (Ojasalo et al., 2009, 143). Känslan av kontroll ger i sin tur kraft och motiverar personalen att uppfatta förändringens värde för en själv (Lewis, 2016, 68–69; Parsells, 2017). Med rätta medel kan motstånd faktiskt vändas till motivation.

Källförteckning

- Aalto, T. (2015). *Workshopien viisi sudenkuoppaa – ja miten vältät ne*.
<https://yle.fi/aihe/artikkeli/2015/04/15/workshopien-viisi-sudenkuoppaa-ja-miten-valtat-ne> [hämtat: 23.10. 2018]
- Adams, S. (2013). *4 Steps to Successful Brainstorming*.
<https://www.forbes.com/sites/susanadams/2013/03/05/4-steps-to-successful-brainstorming/#49cae42a5992> [hämtat: 24.10. 2018]
- AI Commons. (uå). *5-D Cycle of Appreciative Inquiry*.
<https://appreciativeinquiry.champlain.edu/learn/appreciative-inquiry-introduction/5-d-cycle-appreciative-inquiry/> [hämtat: 9.1.2019]
- AIM2Flourish for Business as an Agent of World Benefit. (2016). *How to Do An Appreciative Inquiry Interview*. <https://www.youtube.com/watch?v=8P2xVpH0uTI> [hämtat: 24.1. 2019].
- Andersen, E., & Schwencke, E. (2013). *Projektarbete. En vägledning för studenter*. Malmö: Studentlitteratur.
- Arnold, J., & Randall, R. (2010). *Work Psychology. Understanding Human Behaviour in the Workplace*. Harlow, England: Pearson Education Limited.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert -mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. (L. Rooke, Red.) Lund: Studentlitteratur.
- Bolman, L., & Deal, T. (2008). *Reframing Organizations. Artristry, Choise and Leadership*. San Fransisco: John Wiley & sons.
- Butterfield, L., Borgen, W., Amundson, N., & Erlebach, A. (2010). What helps and hinders workers in managing change. *Journal of Employment Councelling*, 47(4), ss. 146-156.
- Chen , S., Wu, W., Chang, C., & Lin, C. (2015). Job rotation and internal marketing for increased job satisfaction and organisational commitment in hospital nursing staff. *Journal of Nursing Management*, 23(3), 297-306.
- Cooperrider, D., & Srivastva, S. (1987). Appreciative Inquiry in Organizational Life . *Research in Organizational Change and Development*, 1, 129-169.
- De Bono, E. (1970). *Lateral Thinking*. England: Penguin Books.
- De Bono, E. (2016). *Six Thinking Hats*. <https://www.edwddebono.com/six-thinking-hats> [hämtat: 4.1. 2019]
- Denscombe, M. (2016). *Forskningshandboken*. Lund: Studentlitteratur.
- Egan, T., & Feyerherm, A. (2005). A Blueprint for Change: Appreciative Inquiry. *Graziadio Business Review*, 8(3). <https://gbr.pepperdine.edu/2010/08/a-blueprint-for-change-appreciative-inquiry/> [hämtat: 3.5. 2019].
- Eklund, S. (2011). *Arbeta i projekt*. Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson, A. (2018). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.
- Ellström, P.-E., & Hultman, G. (2004). *Lärande och förändring i organisationer. Om pedagogik i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Engle, P. (2018). Overcoming objections: It's a process. *ISE: Industrial & Systems Engineering at Work*, 50(7), 20.

- eOSMO-hanke. (2011). *Osaamista kehittävä työkierto*. eOSMO:
<http://www.eosmo.fi/tyokirja/tyonkierto/index.html> [hämtat: 6.5. 2019].
- Formosa, C. (2015). Understanding power and communication relationships in health settings. *British Journal of Healthcare Management*, 21(9), 420-424.
- Forskningsetiska delagationen. (2009). *Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning*. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/etiskaprinciper.pdf> [hämtat: 4.5. 2019].
- Forskningsetiska delegationen. (2012). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. Forskningsetiska delegationens anvisningar 2012*. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [hämtat: 26.9. 2018].
- Forslund, M. (2016). *Organisering och ledning*. Stockholm: Liber.
- Granberg, O. (1996). *Lärande i organisationer*. Miljöpedagogik och kunskapsutbildning, Pedagogiska institutionen. Stockholm: Stockholms universitet.
- Hallin, A., & Karrbom Gustafsson, T. (2012). *Projektledning*. Malmö: Liber.
- Hankonen, R. (2015). *Työkierto vaatii suunnitelman*.
<https://www.tehylehti.fi/fi/tyoelama/tyokierto-vaatii-suunnitelman> [hämtat: 6.5. 2019].
- Hauta, H. (2018). *Kehittäkö työkierto osaamista? Sairaanhoidtajien kirjoitelmia työkierrosta*. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Ho, W.-H., Chang, C., Shih, Y.-L., & Liang, R.-D. (2009). Effects of job rotation and role stress among nurses on job satisfaction and organizational commitment. *BMC Health Services Research*, 9(8).
- Hätönen, H. (2011). *Osaamiskartoituksesta kehittämiseen II*. Helsinki: Educa-Instituutti.
- Innokylä. (2018). *Kuusi hattua (Six hats)*. <https://www.innokyla.fi/web/malli116776> [hämtat: 14.9. 2018].
- Jacobsen, D. (2011). *Organisationsförändringar och förändringsledarskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Jacobsen, D. (2013). *Organisationsförändringar och förändringsledarskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Jacobsen, D., & Thorsvik, J. (2014). *Hur moderna organisationer fungerar*. Lund: Studentlitteratur.
- Jimmieson, N., & White, K. (2011). Predicting employee intentions to support organizational change: An examination of identification processes during a re-brand. *British Journal of Social Psychology*, 50(2), 331-341.
- Johansson, C. (2011). Kommunikation vid organisationsförändringar. i J. Falkheimer, & M. Heide, *Strategisk kommunikation*. Lund: Studentlitteratur.
- Juuti, P. (2011a). Työyhteisön kehittyminen on organisaation oppimista. i P. Juuti, *Työyhteisön kehittäminen ja johtaminen*. Vantaa: Johtamistaidon opisto.
- Juuti, P. (2011b). *Työyhteisön kehittäminen ja johtaminen*. Vantaa: Johtamistaidon opisto.
- Juuti, P., & Luoma, M. (2009). *Strateginen johtaminen*. Helsinki: Otava.

- Jääskeläinen, M. (2014). *Tietohallinto*. <https://santra.vsshp.fi/johtaminen/yksi-sairaala-projekti/tietohallinto/Sivut/default.aspx> [hämtat: 20.10. 2019].
- Katsaros, K., & Nicolaidis, C. (2012). Personal Traits, Emotions, and Attitudes in the Workplace: Their Effect on Managers' Tolerance of Ambiguity. *Psychologist-Manager Journal (Taylor & Francis Ltd)*, 15(1), 37-55.
- Kelm, J. (2011). *What is Appreciative Inquiry.mov*. <https://www.youtube.com/watch?v=ZwGNZ63hj5k> [hämtat: 22.1. 2019].
- Korhonen, H., & Bergman, T. (2019). *Johtaja muutoksen ytimessä*. Helsinki: Alma Talent.
- Kotter, J. P. (2008). *A sense of urgency*. USA: Harvard Business Review Press.
- Kotter, J. P. (2012). *Leading Change*. Boston: Harvars Business Review Press.
- Körner, S., & Wahlgren, L. (2005). *Statistiska metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Körner, S., & Wahlgren, L. (2015). *Praktisk statistik*. Lund: Studentlitteratur.
- Lakanmaa, R.-L., Suominen, T., Ritmala-Castren, M., Vahlberg, T., & Leino-Kilpi, H. (2015). Basic Competence of Intensive Care Unit Nurses: Cross-Sectional Survey Study. *BioMed Research International*.
- Lewis, S. (2016). *Positive Psychology and Change : How Leadership, Collaboration, and Appreciative Inquiry Create Transformational Results*. UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Longenecker, C., & Longenecker, P. (2014). Why Hospital Improvement Efforts Fail: A View From the Front Line. *Journal of Healthcare Management*, 59(2), 147–157.
- Luoma, M. (2011). Organisaation toiminnan kehittäminen - monta tietä, yksi päämäärä. i P. Juuti, *Työyhteisön kehittäminen ja johtamien*. Vantaa: Johtamistaidon opisto.
- Lääkärilehti. (den 28. 4. 2011). *TYKS piirtää erikoissairaanhoidon uusiksi*. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/tyks-piirtaa-erikoissairaanhoidon-uusiksi/> [hämtat: 20.10. 2019].
- Maurer, R. (2010). *Beyond the Wall of Resistance, e-bok*. Austin, Texas: Bard Press.
- Melén Fäldt, M. (2010). *Förändringskompetens. En studie av anställdas upplevelser och lärande i samband med organisationsförändring*. Lund: Lunds Universitet.
- Meneghel, I., Salanova, M., & Martnez, I. (2016). Feeling Good Makes Us Stronger: How Team Resilience Mediates the Effect of Positive Emotions on Team Performance. *J Happiness Stud*, 17, ss. 239–255.
- Meretoja, R., Flinkman, M., & Leino-Kilpi, H. (2017). *Terveyttä tieteestä*. NCS-ammattipätevyysmittari – Kaksi vuosikymmentä kehittämistyötä ja empiiristä tutkimusta. <http://terveystieteesta.blogspot.com/2017/01/ncs-ammattipatevyysmittari-kaksi.html> [hämtat: 28.6. 2019].
- Meretoja, R., Isoaho, H., & Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse competence scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 124-133.
- Morgan, G. (1999). *Organisationsmetaforer*. Lund: Studentlitteratur.
- Morgan, G. (2016). Organisational change: a solution focused approach. *Educational Psychology in Practice*, 32(2), 133-144.
- Niiranen, V., Joensuu, M., Lammintakanen, J., & Kerkkänen, M. (2014). *Johtajana muutoksissa*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

- Ojasalo, K.; Moilanen, T.; & Ritalahti, J. (2009). *Kehittämistyön menetelmät*. WSOYpro Oy.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.
- Parahoo, K. (2006). *Nursing Research*. United States: Palgrave Macmillan.
- Parsells, R. (2017). Addressing uncertainty during workplace change: Communication and sense-making. *Administrative Issues Journal: Connecting Education, Practice, and Research*, 7(2), 47-46.
- Patel, R., & Davidson, B. (2013). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.
- Paunonen, M., & Vehviäinen-Julkunen, K. (2006). *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Pearson, G. (2014). Nursing Leadership in the Face of Change. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(3), 147-148.
- Ponteva, K. (2010). *Onnistu muutoksessa*. Helsinki: WSOY pro.
- Priest, K., Kaufman, E., Brunton, K., & Seibel, M. (2013). Appreciative Inquiry: A Tool for Organizational, Programmatic, and Project-Focused Change. *Journal of Leadership Education*, 12(1).
- Riekkinen, V. (2019). Muutoksissa korostuu johtamisen ammattilaisuus. *Pro terveys*, 2-2019(46), 14-15.
- Rissanen, S., & Lammintakanen, J. (2017). *Sosiaali- ja terveystoiminta*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Ruhe, M., & et al. (2011). Appreciative Inquiry for Quality Improvement in Primary Care Practises. *Qual Manag Health Care*, 20(1), 37-48.
- Salyers, M., Firmin, R., Gearhart, T., Avery, E., & Frankel, R. (2015). What We Are Like When We Are at Our Best: Appreciative Stories of Staff in a Community Mental Health Center. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 18(3), 280-301.
- Social- och hälsovårksministeriet. (2019). *Programmet Framtidens social- och hälsocentral inleds – ”Nu satsar vi på basservicen”*. https://stm.fi/sv/artikeln/-/asset_publisher/stm-tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma-kayntiin-nytpanostetaan-peruspalveluihin [hämtat: 11.11.2019].
- Stanleigh, M. (2008). Effecting successful change management initiatives. *Industrial and commercial training*, 40(1), 34-37.
- Statsrådet. (2019). *Regeringen Sipiläs slutrapport om landskaps- och vårdreformen färdig*. Alueuudistus.fi: https://alueuudistus.fi/sv/artikkeli/-/asset_publisher/10623/sipilan-hallituksen-maakunta-ja-sote-uudistuksen-loppuraportti-valmistui [hämtat: 8.10.2019].
- Statsrådet. (uåa). *Sote-reformen*. https://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet?p_p_id=56_INSTANCE_NjuvYc4A6K8L&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=1&_56_INSTANCE_NjuvYc4A6K8L_languageId=sv_SE [hämtat: 4.2. 2019].
- Statsrådet. (uåb). *Vad är vårdreformen? Regeringens reform. Landskaps- och vårdreformen*.: <https://alueuudistus.fi/sv/vad-ar-vardreformen-> [hämtat: 27.9. 2018].

- Strömberg, M. (2017a). *Så blir personalen engagerad i förändringar*. Vårdfokus: <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2017/november/sa-bli-personalen-engagerad-i-forandringar/> [hämtat: 24.4. 2019].
- Strömberg, M. (2017b). *Social capital in healthcare. A resource for sustainable engagement in organizational improvement work*. KTH Royal Institute of Technology, Technology and Health Unit of Ergonomics. Stockholm: Kungliga Tekniska Högskolan. <http://kth.diva-portal.org/smash/get/diva2:1136583/FULLTEXT01.pdf> [hämtat: 24.4.2019]
- Sydänmaanlakka, P. (2009). *Jatkuva uudistuminen. Luovuuden ja innovatiivisuuden johtaminen*. Hämeenlinna: Talentum.
- Synonymer.se. (uå). *Synonymer till kompetens*. <https://www.synonymer.se/sv-syn/kompetens> [hämtat: 28.6. 2019].
- Thylefors, I. (2016). *Chef- och ledarskap inom välfärdssektorn*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Toth, J. (2019). *Basic Knowledge Assessment Tool (BKAT)*. <http://www.bkat-toth.org> [hämtat: 28.3. 2019].
- Townsin, J. (2013). *Appreciative Inquiry*. <https://www.youtube.com/watch?v=QzW22wwh1J4&feature=youtu.be> [hämtat: 22.1. 2019].
- Tuominen, O. (2015). *Keneltä puuttuu tänään hoitaja? Terveyttä tieteestä*: <http://terveystieteesta.blogspot.com/2015/02/kenelta-puuttuu-tanaan-hoitaja.html> [hämtat: 2.7. 2019].
- Turku CRC. (uå). *Me neuvomme sinua terveystieteellisen tutkimuksen teossa*. <http://www.turkucrc.fi> [hämtat: 14.9. 2018].
- Turun yliopisto. (uå). *Eettinen toimikunta*. <http://www.utu.fi/fi/Tutkimus/eettisyys/eettinen-toimikunta/Sivut/home.aspx> [hämtat: 14.9. 2018].
- TYKS. (2019). *Toiminta uudessa sairaalassa*. <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/t3/toiminta-uudessa-sairaalassa/Sivut/default.aspx> [hämtat: 20.10. 2019].
- Valtiovainministeriö. (2018). *Valtiovainministeriön julkaisu 33a/2018. Taloudellinen katsaus. Talvi 2018*. <https://vm.fi/documents/10623/7694810/TK%2B2018%2BTalvi/7a2a5c88-0ffc-a8e7-846f-2c89aa824fb0?version=1.0> [hämtat: 4.2. 2019].
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. (2014). *T3-hankesuunnitelma*. <https://santra.vsshp.fi/tk/rakentaminen/T3-hanke/Documents/T3-hanke%20Alustava%20hankesuunnitelma.pdf#search=t3%2Dhanke> [hämtat: 17.10. 2019].
- Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiri. (2019). *Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin organisaatio 1.8.2019 alkaen*. <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/johtaminen-ja-organisaatio/Sivut/organisaatiokaavio.aspx> [hämtat: 20.10. 2019].
- Waterman, H. B. (2015). Facilitating large-scale implementation of evidence based health care: insider accounts from a co-operative inquiry. *BMC Health Services Research*, 15(1-13).

- Watkins, J., Mohr, B., & Kelly, R. (2011). *Appreciative inquiry : Change at the speed of imagination*. ProQuest Ebook Central, <https://ezproxy.novia.fi:2268/lib/novia-ebooks/detail.action?docID=675213>.: Center for Creative Leadership.
- Webropol Oy. (uå). Online-kyselytutkimukset ja -analyysit: <http://webropol.fi> [hämtat: 4.9. 2018].
- White, P. (2016). Change AGAIN? (Cover story). *TD: Talent Development*, 70(9), 32-36.
- Whitney, D., Trosten-Bloom, A., Cherney, J., & Fry, R. (2012). *Styrkebaserad teamutveckling. En praktisk handbok i Appreciative Inquiry*. Östersund: Jengel Förlag AB.
- Viitala, R. (2015). *Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä*. Helsinki: Edita.
- VSSHP. (2018). *ÅUCS BYGGER TILL – GRUNDSTENEN LAGD FÖR T3-SJUKHUSET*. <http://www.vsshp.fi/sv/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/tiedotteet/Sidor/Aucs-bygger-till-grundstenen-lagd-for-T3-sjukhuset.aspx> [hämtat: 18.1. 2019].
- VSSHP. (2018). *Barn- och ungdomskliniken (TO8)*. <http://www.vsshp.fi/sv/toimipaikat/tyks/to8/Sidor/default.aspx> [hämtat: 18.1. 2019].
- Vuorinen, R. (2008). *Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana*. Hoitotieteenlaitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Bilaga 1. Kompetensmätaren.**Teho-osaamiskartoitus**

Hei!

Nyt sinulla on mahdollisuus arvioida tämän hetkinen teho-osaamisesi taso! Kysymykset liittyvät TYKSiin lastenklinikan lasten teho-osaston toimintoihin. Vastaa kysymyksiin arvioimalla miten ITSE koet oman osaamisesi asteikolla "noviisi-asiantuntija". Tarkemmat ohjeet löytyvät ennen jokaista kysymystä.

Vastaukset välittyvät tämän linkin kautta täysin nimettömänä eikä vastauksia pysty yksilöimään. Vastauksia tullaan tarkastelemaan tilastoina ja tuloksia hyväksi käyttäen arviomaan tulevia koulutustarpeita yksikkötasolla. Yksikkötason tilastot tulevat olemaan oman osastosi osastonhoitajan käytettävissä.

Vastaamiseen menee 10-20 minuuttia. Voit tarvittaessa tallentaa kyselyn ja jatkaa myöhemmin. **Muista kuitenkin että kysely sulkeutuu 23.12.2018!**

Huom! Painettuasi "lähetä"-painiketta sinulle aukeaa erillinen yhteenvetosivu. [Tulosta yhteenvetosivu ja lähetä se omaan sähköpostiisi.](#) Halutessasi voit myös tallentaa sen pdf-muodossa. On tärkeää että sinulla on omat vastauksesi tallessa koska vastauksiasi tullaan myöhemmin hyödyntämään esim. kehityskeskustelussa oman lähiesimiehen kanssa.

1. Työskentelen *

- Lasten ja nuorten teho-osastolla
- Lasten ja nuorten kirurgisella osastolla
- Varahenkilöstössä

11. Olen toiminut sairaanhoitajana *

- 0-2 vuotta
- 2-5 vuotta
- 5-10 vuotta
- 10 vuotta tai enemmän

12. Olen ollut työkierrossa viimeisen kahden vuoden aikana *

- Kyllä
- En
- Työkierto tulossa vuoden 2019 aikana

13. Olen vuosien 2017 ja 2018 aikana osallistunut seuraaviin Lastenklinikan/VSSH:n järjestämiin koulutuksiin jotka mielestäni tukevat teho-osaamistani:

14. Olen vuosien 2017 ja 2018 aikana osallistunut seuraaviin talon ulkopuolisiin koulutuksiin jotka mielestäni tukevat teho-osaamistani:

15. Olen vuosien 2017 ja 2018 aikana osallistunut seuraaviin kansainvälisiin koulutuksiin jotka mielestäni tukevat teho-osaamistani:

16. Mitä koulutuksia ja/tai mahdollisuuksia toivoisit järjestettävän teho-osaamisesi parantamiseksi?

Bilaga 2. E-post till personalen.

Hei!

Ohessa nettilinkki teho-osaamiskartoitukseen. Kysely on auki 3.12. klo 7:00 - 23.12. klo 23:58.

Jokaisen sairaanhoitajan LTEHO:lla, kirralla ja varahenkilöstössä tulee vastata kyselyyn.

Tarkemmat ohjeet ja saatekirje löytyy kun klikkaat alla olevaa linkkiä. Vastaamiseen menee 10–20 minuuttia. Kyselyn voi keskeyttää ja jatkaa myöhemmin jos ei ehdi yhdellä kertaa vastaamaan kaikkiin kysymyksiin 😊

<https://link.webpolsurveys.com/S/96EF27151CCDCD4B>

Ystävällisin terveisin,
Monica

Bilaga 3. E-post om workshoparna till projektgruppen.

Kevään Workshopit

Hei!

Alla sovitut päivämäärät ja aihepiirit.

21.3. kyselyn vastaukset ja niiden käsittely

28.3. miten päästä tavoitteisiin? Millaisia koulutuksia ja kenelle?

29.3. työkierto

4.4. miten saada yhteishenkeä osastojen välille

Olen varannut Bunkkerin ko päiville klo 13-15.

Hyvää joulua ja onnellista uutta vuotta!

Toivottelee,

Monica

Bilaga 4. Ord om arbetsrotation.

Ammattitaidon kehittäminen	Voi paska
Tarpeellinen kaikille	Masentava
Mukavaa vaihtelua	Ahistaa
Uusiin ihmisiin tutustuttamista	Rasitus
Mukava vastaanotto	En näe siitä hyötyä
Mahdollisuus oppia paljon	Ei vaikutusmahdollisuutta
Mahdollisuus	Epäreilu
Ammattitaidon lisääminen	Pakko x3
Uuden oppiminen	Pakotettu
Näkee erilaisia toimia eri silmin	Perseestä
Itsensä haastaminen	Turhauttava
Osaamisen lisääminen	Kirosana
Stressi	Iso kirosana
Ahdistus x2	Ärsyttävä
Väsymys	Stressaava
Apua!	Turha
Pakko	Turhauttava
Pakko vaikka ei haluaisi	Epäoikeudenmukainen
Voi nej	ARGGG!!! Mutta vapaaehtoisena ihan
Teho	hyvä
Painajainen	Pitäisi perustua <u>vapaaehtoisuuteen</u> , EI
Paniikki	PAKKOON!
Pakottaminen	Vapaaehtoisuus?
Ei vapaaehtoinen	Pitäisi olla vapaaehtoisuuteen perustuva!
Ahdistaa	
Halu vaihtaa työpaikkaa	

Yhteinen osaamiskartta LNKIR + LTEHO

Tietojenkäsittely: Clinisoft, Miranda, Lääkärin kiertoon osallistuminen, potilasohjeiden ja lomakkeiden löytäminen tietojärjestelmästä

Potilasryhmät: Vaativa kirurginen potilas (skolioosi), traumapotilas, neurokirurginen potilas, neurologinen potilas), hengitysvaikeuspotilas, anestesian jälkeinen tarkkailu

Lääkärin avustaminen: kanyloinneissa avustaminen (perifeerinen, arteria)

Erityisvälineet (käyttö ja hoito): arteria, sentraalinen, pleuradreeni, optiflow, trakeostomia, ventilointi, limaimut, kestokatetri

Yleiset: Monitorin käyttö, vitaalikontrollit, potilaspaikan varustelu, potilassiirrot, vanhempien ohjaus, eristyskäytännöt, ISBAR-raportointi, VAS-mittarin käyttö, aamu- ja iltatoimet, ei lääkkeellinen kivunhoito, potilaan mobilisointi, haavan hoito

Näytteet: Omakone (otto kapillaariin/ruiskuun, eri ottopaikat, koneenkäyttö, tulkinta, verinäyteputket), virtsa- ja ulostenäytteet, MRSA-näytteet

Neste- ja lääkehoito: Sedaatioinfuusiot + muut rauhoittavat, verenkiertoon vaikuttavat infuusiot, iv- ja po-antibiootit, po-lääkkeet, perusnesteet, ravintoliuokset, kipuinfuusiot, verituotteiden anto

LTEHO

Potilasryhmät: Intoksikaatio, Diabetes, Septinen shokki, Sydämen vajaatoiminta, Onkologinen potilas, Epilepsiapotilas, Infektiopotilas (virusnäytteet, maripoc)

Lääkärin avustaminen: likvornäyte, intubaatio, extubaatio, ventrikulostomia sekä arteriakanyyliin, pleuradreenin ja aivopainemittarin laitto

Erityisvälineet: respiraattori, typpihoito, viilennyshoito, peritoneaalidialyysi, jatkuvan inhalaation anto

Yleiset: Potilaan vastaanottaminen, Delirium-arvionti, exitus, elvytyspuhelin, LTEHOLla tapahtuva elvytys

1 Yhdessä sovitut osaamisalueet ja niiden kehittäminen

1.1 CLINISOFT / MIRANDA

Koulutus: Työkierron aikana ohjelmat tulee tutuksi. Vuoden 2021 aikana molempien osastojen henkilökunnalle kertausharjoitukset ohjelmien käytöstä.

Mirandan harjoittelua asteittain LTEHO:lla esim. sarjahoitoalaisten kirjaaminen Mirandaan avulla. Pyydetään Ville Jalo kouluttamaan Mirandan käyttöä.

Aikataulu: 2019–2022

1.2 POTILASRYHMÄT

Vaativa kirurginen potilas + verenpaineen tuki

Hengitysvaikeuspotilas

Anestesian jälkeinen tarkkailu

Neurokirurginen potilas

Koulutus: Koulutuskoordinaatio molemmilla osastoilla. Yhdessä järjestettäviä työpajoja ja simulaatioita.

Aikataulu: 2019–2022

1.3 ERITYISVÄLINEET (käyttö ja hoito)

Arteriakanyyli, trakeostomia, ventilointi, limaimut, sentraalinen reitti, pleuradreeni, optiflow, monitorin käyttö, vitaalikontrollit ja niihin reagoiminen.

Koulutus: Kerran viikossa/kuukaudessa (riippuen resursseista) pyörivät työpajat.

Aikataulu: Alkanevat jo jossain muodossa syksyllä 2019.

1.4 OMAKONE- JA VERINÄYTTEET

Näytteiden otto, omakoneen käyttö, omakonevastausten tulkinta, verinäyteputkien valinta.

Koulutus: Työkierto sekä anestesia lääkäri Mari Fihlmanin luennot tulkinnasta

Aikataulu: 2019–2022 työkierron yhteydessä, Mari Fihlmanin luennot kerran vuodessa, intensiivisempi kertausharjoitus v 2021

1.5 YLEISET

Eristyskäytännöt: uusien tilojen myötä, harjoittelua syksyllä 2021 uuden sairaalan tiloissa ennen virallista käyttöönottoa 01/2022.

Monitorin käyttö: aina kun mahdollista, monitori lainaan LNKIR osastolle.

1.6 NESTE- JA LÄÄKEHOITO

Uusi nestehoito-ohjelma esitellään LTEHO:lle keväällä 2019 ja otetaan tämän jälkeen käyttöön. Syksyllä 2019 esittely ja käyttöönotto koko klinikalla.

Muu neste- ja lääkehoito: Sedaatioinfuusiot + muut rauhoittavat, verenkiertoon vaikuttavat infuusiot, iv- ja po-antibiootit, po-lääkkeet, perusnesteet, ravintoliuokset, kipuinfuusiot, verituotteiden anto

Koulutus ja aikataulu: Työkierto 2019–2022. Lääkäriluennot.

2 Yhteishenkeä lisäävät toimenpiteet

Saattaen potilassiirto osastojen välillä, aina kuin mahdollista. Potilas voidaan hakea saattaen tai viedä saattaen, molempiin suuntiin toimiva käytäntö.

Yhteisiä koulutuksia ja työpajoja. Suunnitteluun ja toteutukseen aina LNKIR-LTEHO työpareja.

Yhteistä tyhy-toimintaa: yhteinen jalkapallomatsi (tai muu vastaava joukkuelaji), pienryhmissä LNKIR-LTEHO esim. pakopelit, joissa yhteistyön merkitys korostuu.

Osastojen yhteiset LEAN-tilaisuudet. Mietitään yhdessä, kuinka tämän hetkiset LNKIR- ja LTEHO-potilaat sijoitettaisiin uuden sairaalan yhdistetylle osastolle.