



**Handelshögskolan**

VID GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för informatik

2004-03-23

# **Kunskapsdelning inom öppenvården**

## **- hur fungerar det idag och skulle IT-stöd förbättra situationen på Ögonkliniken inom NU-sjukvården?**

### Abstrakt

Denna uppsats behandlar kunskapsdelning på Ögonkliniken inom NU-sjukvården. Ögonkliniken i NU-sjukvården är en av landets största. Varje år strömmar mer än 50000 patienter genom klinikens olika mottagningar. Syftet med uppsatsen är att kartlägga kunskapsdelningen bland sjuksköterskor inom öppenvården samt undersöka om denna kan förbättras genom IT-stöd. Uppsatsen innefattar åtta intervjuer med sjuksköterskor inom ögonkliniken på Uddevalla sjukhus samt Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL). Vi frågade dem bl.a. om deras arbetssituation, hur kunskapsdelning hanteras idag och hur deras inställning till ett eventuellt IT-stöd är. Vi har använt oss av teorier som behandlar kunskap, kunskapsdelning, knowledge management, knowledge management system och IT inom vården. När vi analyserade resultatet av intervjuerna kunde vi se att kunskapsdelning idag mest sker muntligt och på begäran. Sjuksköterskorna är positiva till ett användarvänligt IT-stöd för kunskapsdelning. Vår slutsats är de idag har en väl fungerande men relativt ostrukturerad kunskapsdelning som kunde kompletteras med ett IT-stöd.

Nyckelord: Kunskapsdelning, IT i vården, Knowledge Management, Knowledge Management System, IT-stöd.

Författare: Lovisa Andersson, Robert Nilsson, Henrik Tuneberg

Handledare: Johan Magnusson

Examensarbete II, 10 poäng

<b>Introduktion</b> .....	<b>3</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>4</b>
<b>Metod</b> .....	<b>4</b>
<i>LITTERATURSTUDIE</i> .....	4
<i>FORSKNINGSANSATS</i> .....	4
<i>Hermeneutik</i> .....	4
<i>Positivism</i> .....	5
<i>Jämförelse</i> .....	5
<i>KVANTITATIVA OCH KVALITATIVA METODER</i> .....	5
<i>Kvantitativa metoder</i> .....	5
<i>Kvalitativa metoder</i> .....	6
<i>Etnografisk studie/deltagande observation</i> .....	7
<i>VALIDITET &amp; RELIABILITET</i> .....	7
<i>Validitet &amp; reliabilitet vid kvalitativ ansats</i> .....	8
<i>GENOMFÖRANDE</i> .....	8
<i>URVAL</i> .....	9
<i>Genomförande av intervjuer</i> .....	9
<i>METODKRITIK</i> .....	10
<b>Teori</b> .....	<b>11</b>
<i>KUNSKAP</i> .....	11
<i>Tacit och explicit kunskap</i> .....	11
<i>KUNSKAPSDELNING</i> .....	12
<i>KNOWLEDGE MANAGEMENT</i> .....	13
<i>KNOWLEDGE MANAGEMENT SYSTEMS</i> .....	15
<i>IT I VÅRDEN</i> .....	17
<i>Knowledge Management i vården</i> .....	18
<b>Resultat</b> .....	<b>19</b>
<i>INLEDNING</i> .....	19
<i>ÖGONKLINIKEN</i> .....	19
<i>ÖGONSKÖTERSKA</i> .....	20
<i>IT I VÅRDEN</i> .....	20
<i>KUNSKAPSDELNING</i> .....	22
<i>KNOWLEDGE MANAGEMENT SYSTEMS</i> .....	24
<b>Diskussion</b> .....	<b>26</b>
<i>FÖRSLAG PÅ FORTSATT FORSKNING</i> .....	28
<b>Slutsats</b> .....	<b>29</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>30</b>
<b>Bilaga</b> .....	<b>33</b>

## Introduktion

I takt med att den medicinska utvecklingen genererar nya behandlingar och undersökningsmetoder, vilket ofta även omfattar ny teknisk apparatur, blir det allt svårare för ögonsjuksköterskorna att hålla sin kunskap på alla områden uppdaterad. Även patienter är idag mer pålästa om sina sjukdomar och hur man kan behandla dessa. Trenden inom sjukvården är att man blir mer och mer specialiserad inom ett mindre område, det är omöjligt att behärska alla områden till fullo. Det blir då allt viktigare att personalens spetskompetens kan tas tillvara av andra sjuksköterskor, att man hjälps åt och delar kunskap med varandra. Syftet med denna uppsats är att kartlägga hur kunskapsdelningen mellan sjuksköterskor fungerar idag och om det går att förbättra kunskapsdelningen med hjälp av IT-stöd.

Ögonkliniken i NU-sjukvården<sup>1</sup> är en av landets största. Varje år strömmar mer än 50000 patienter genom klinikens olika mottagningar. Det är högt tempo. Visa dagar kan man ha upp till 200 patienter. Det är av högsta vikt att allting fungerar smidigt och att alla vet och kan sin uppgift. Det finns flera olika yrkesgrupper i sjukvården. Vi har i vår undersökning valt att titta på sjuksköterskor och hur de i deras arbete samarbetar och delar kunskap. Tanken är också att undersöka om det är möjligt att med hjälp av IT-stöd effektivisera kunskapshanteringen.

Sjuksköterskorna läser idag tre år på högskola där de blir allmänsjuksköterskor. Efter ytterligare ett år med blandad utbildning blir de ögonsköterskor. Väljer de att läsa vidare kan de efter ytterligare ett år bli ortoptist, vilket innebär specialist på skelning. Sjuksköterskorna roterar i sitt dagliga arbete mellan olika arbetsuppgifter men tendensen är att de blir mer och mer specialiserade på något område. Deras arbete kan i stort delas in i deras arbete i sex olika uppgiftsområden. Ofta specialiserar de sig på ett område de tycker är intressant och får efterhand betydande kunskap på området. När folk blir sjuka eller åker på semester får de kanske rycka in på ett område som de normalt inte jobbar med. Det är då viktigt att de snabbt kan få tag information om vad de ska göra i vissa lägen. Om det på något sätt gick att sätta en del av den kunskapen på pränt hade det varit till stor hjälp.

Det finns en del som menar att informationsteknologin inte kan stödja KM. Orlikowski (1992) som undersökte införandet av Lotus Notes på ett stort konsultföretag upptäckte att företaget hade stora problem med att dra nytta av sin investering. Meningen var att företaget efter införandet av Notes på ett effektivt sätt skulle utnyttja den samlade kunskapen hos sina anställda. Detta blev inte fallet. McDermott (1999) och Steinmueller (2000) menar att IT kan inspirera till Knowledge Management men att det inte kan leverera Knowledge Management. De menar att ett stort problem är att den tysta (tacita) kunskapen ofta glöms bort och att den är svår att kodifiera. IT kanske inte är lösningen på alla problem med kunskapsdelning men vi vill ändå undersöka om det kan vara till någon nytta för sjuksköterskorna på ögonkliniken.

---

<sup>1</sup> I NU-sjukvården ingår Uddevalla sjukhus, Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL), Dalslands-, Strömstads-, och Lysekils sjukhus.

## Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka kunskapsdelningen bland sjuksköterskor inom öppenvården samt undersöka om denna kan förbättras genom IT-stöd.

## Metod

I metodavsnittet beskriver vi först lite olika forskningsmetoder och synsätt. Därefter går vi djupare in på vilken metodväg vi valt samt hur vår studie gått till. Avsnittet avslutas med metodkritik.

## *Litteraturstudie*

I teoridelen studeras forskning inom området. Detta för att ta reda på vad som gjorts tidigare, vad som är aktuellt nu och var fler studier är nödvändiga. Även relevant litteratur inom området har använts.

## *Forskningsansats*

Man brukar tala om två huvudsakliga förhållningssätt till hur forskning bör bedrivas och hur man får reda på sanningen. Dessa två huvudinriktningar är positivism och hermeneutik. (Thurén, 1991)

## Hermeneutik

Som Wallén (1996) säger kan hermeneutik fritt översättas med tolkningslära och har som ett av sina ursprung teorier om bibel- och annan texttolkning. Man kan även se hermeneutiken som en allmän lära om kommunikation och förståelse och där man inriktar sig på tolkning av den levande och handlande individen.

Hermeneutiken är utpräglad humanistisk till sin inriktning och har ofta mer förståelse för relativistiska tankegångar än positivismen säger Thurén, (1991). Han menar vidare att ett hermeneutiskt synsätt handlar om tolkning av innebörder i texter, symboler, handlingar, upplevelser, m.m.

Den som tolkar behöver förförståelse i form av språklig och kulturell gemenskap. Vid tolkandet växlar man mellan del- och helhetsperspektiv. Man uppmärksammar motsättningar mellan del och helhet. (Wallén, 1996)

Inom ramen för en hermeneutisk forskningstradition söks inga absoluta sanningar. Sådana finns nämligen inte, enligt den hermeneutiska kunskapsteorin. Forskningsfrågor som kan omformuleras i termer av "vad betyder det" lämpar sig ofta för en hermeneutisk forskningsansats. Sammanhanget är viktigt eftersom man lätt tolkar fel om man tolkar andras situation utifrån sin egen. Förståelse, som man säger är kunskap, är viktigare än förklaring.

## Positivism

Wallén (1996) menar att positivismen har sitt ursprung i naturvetenskapen, men dess metoder och synsätt har spritt sig även till andra vetenskapsområden. Den bygger vidare på de empiriska traditionerna som uppstod i mitten av 1800-talet som en reaktion på upplysningsfilosofernas idéer. Den innebar att allt som inte kunde prövas empiriskt, som känslor och värderingar, religiösa och politiska uttalanden etc. hörde inte till den vetenskapliga sfären och att allt som inte är vetenskaplig kunskap inte betraktas som kunskap alls och/eller som irrationellt. Logiken är bättre än våra sinnen eftersom de kan lura oss.

Positivisterna vill gärna tro på absolut kunskap och deras lösning på sanningsproblemet är i korthet: Om man rensar bort allt man har trott sig veta men som man egentligen inte vet, då får man kvar en kärna av säker kunskap, ”hårda fakta”. Man använder sig gärna av statistik. På denna säkra grund kan man sedan bygga upp vetenskapen. Men de moderna forskare som bygger på positivismens grund är i allmänhet väl medvetna om problemen med att uppnå säker kunskap. Förklaring är viktigare än förståelse.

## Jämförelse

I tabell 1 visas en jämförelse mellan positivism och hermeneutik.

<b>Positivism</b>	<b>Hermeneutik</b>
• Naturvetenskap	• Humaniora
• Absolut sanning	• Relativ sanning
• Kvantitativ	• Kvalitativ
• Förklara	• Förstå

Tabell 1

## *Kvantitativa och kvalitativa metoder*

Det finns många olika undersökningsmetoder, men i litteraturen kan man urskilja två större inriktningar; kvantitativa alternativt kvalitativa metoder. Dessa två metodinriktningar ses ibland som rena motsatspar, men sanningen är den att forskningsansatser med inslag av båda inriktningarna är vanligt förekommande. Valet av metod ska alltså inte ses som ett val där den ena metoden utesluter valet av den andra. Det är vanligt att de bägge metoderna kombineras i olika studier. Det går till och med att diskutera om det egentligen går att fastställa några renodlade skillnader mellan dessa två inriktningar men man kan i alla fall urskilja huvuddragen. (Norgren & Jerremalm, 1999)

Holme & Solvang (2001) menar att man brukar skilja mellan två olika metodiska angreppssätt inom samhällsvetenskapen. Vi gör detta med utgångspunkt från den information vi undersöker – mjukdata eller hårddata – och man talar då om kvantitativa och kvalitativa metoder. En kort presentation av de båda inriktningarna är då på sin plats.

## Kvantitativa metoder

Enligt Norgren & Jerremalm (1999) bygger kvantitativa metoder på mängd, de är mer formaliserade och strukturerade än kvalitativa metoder. Man försöker få in så mycket fakta som

möjligt genom att fråga så många gånger som möjligt. Man kan kortfattat säga att det går ut på att samla så mycket data som möjligt, bearbeta denna och presentera i form av tabeller och siffror. Starka drag av statistiken går att känna igen då man skall analysera insamlad information. Studierna använder sig oftast av ett stort urval och enkäter eller standardiserade frågor. Det kan sägas att den kvantitativa metoden går på bredden, letar efter det gemensamma, söker förklaring, observerar utifrån, försöker bara observera det som undersöks och samlar lite information om mycket.

Backman (1998) säger att användningen av mätningar, kvantifiering med hjälp av matematik och statistik, har medfört att vissa metoder har kommit att benämnas kvantitativa. Det är med andra ord sådana metoder som utmynnar i numeriska observationer eller låter sig transformeras i sådana. Hit hör exempelvis experiment, kvasiexperiment, test, prov, enkäter och formulär m.m.

När det gäller kvantitativa analyser så är dessa mycket lättare att analysera än kvalitativa analyser, då all information i förväg är organiserad och strukturerad i olika kategorier. Det gör att informationen finns i sådan form att den kan analyseras direkt, och det finns färdiga regler för hur det skall gå till. Man kan här ha mycket stor hjälp av statistik och deras metoder för att ta fram relevant information ur det insamlade materialet. Men Holme & Solvang (2001) menar att vi ställs inför ett annat problem när det gäller resultatet av analysen och det är att det kan vara lite svårt och så med relevansen beträffande denna information. Kvantitativ information ger inte utrymme för individuell anpassning och vi begränsas till de frågor eller kategorier som gäller alla enheter i undersökningen.

### Kvalitativa metoder

Norgren & Jerremalm (1999) tar upp att ofta är kvalitativa metoder i litteraturen beskrivna som den kvantitativas raka motsats. Den kvalitativa inriktningen innebär att man försöker få så ingående svar som möjligt i ett problemområde, för att få en djupare förståelse för det problem som studerars. I den kvalitativa undersökningen är ofta urvalet litet, där görs djupintervjuer med mer löst formulerade frågor istället för frågor med fasta svarsalternativ. Man kan säga att man söker närhet till den källa vi hämtar information ifrån. Det skulle kunna sägas att den kvalitativa metoden går på djupet, intresserar sig för det unika, söker förståelse, observerar inifrån, försöker komma nära det man undersöker och samlar mycket information om lite.

Utfrågning med standardiserad intervju eller enkät fungerar i allmänhet inte så bra, man måste kunna anpassa frågorna efter varje individ, kunna följa en fråga med fördjupningsfrågor (Wallén, 1996). Om detta säger Backman (1998) att en annan grupp av metoder betecknas som kvalitativa och kännetecknas av att de inte använder sig av siffror eller tal. De inbegriper eller resulterar i verbala formuleringar, skrivna eller talade. Utsagor sker verbalt och instrumenten består av det traditionella ”ordet”.

Holme & Solvang (2001) menar att den kvalitativa metoden syftar till att fånga egenarten hos den enskilda enheten. För att lyckas med detta kan några olika tekniker behövas såsom, direkt observation, deltagande observation, informant- och respondentintervjuer samt analys av källor. De säger vidare att ju mer upplägget av intervjuerna ändras för att få bättre och mer pålitlig information under studiens gång, desto större är risken att man får olika slags information och att tolkningen inte blir entydig.

Den insamlade kvalitativa empirin är ofta ostrukturerad vilket gör att det ofta är tidskrävande att sammanställa och analysera dessa. Analysen är kanske inte så formaliserad utan mer intuitiv, man får försöka hitta teman eller problemområden att lyfta fram. Man bör också tänka på att göra såna tolkningar så att de som har blivit intervjuade känner igen sig, men det behöver inte nödvändigtvis råda en fullständig överensstämmelse mellan de intervjuades svar och forskarens tolkning.

### Etnografisk studie/deltagande observation

Etnografisk studie är en i huvudsak kvalitativ insamlingsmetod, där man genom att vistas i en miljö och iakttar vad människor gör i bestämda situationer. Sedan försöker man förstå och tolka det som gjordes i dessa situationer.

Wallén (1996) menar att den stora fördelen med deltagande observation är att man får ”inifrånkunskap”; kännedom om sociala samspel, ”tyst” eller utsagd kunskap om sådant som tas för givet, erfarenheter och värderingar som kommer fram i konkreta situationer men inte vid intervjuer.

Myers (1999) säger att etnografisk forskning ursprungligen kommer från de sociala och antropologiska disciplinerna där forskaren traditionellt förväntas spendera en mycket lång tid på fältet. Under senare år har forskningen inom informationsteknik i allt större utsträckning kommit att fokusera sociala och organisatoriska kontext kring teknologin och detta har lett till att etnografin har blivit en viktig metod för att bedriva fältstudier. Enligt Myers består den huvudsakliga skillnaden mellan fallstudier och etnografiska studier av i vilken utsträckning som forskaren fördjupar sig i det sociala sammanhanget som studeras. I fallstudier består den främsta insamlade datan av intervjuer som kompletteras med dokument. I etnografiska studier utförs också deltagande observationer ofta under en längre tidsperiod

Metoden är bra för att den ger en rik bild av de människor och de situationer man försöker förstå, det är en bra metod om man skall undersöka en verksamhet som ska förändras eller utvecklas. Det kan vara svårigheter att analysera fram entydiga designförslag när man får en så rik bild, samt att det är en tidsödande sätt att bedriva forskning.

### *Validitet & Reliabilitet*

Det är naturligt nog en målsättning för varje undersökning att ha så reliabel eller pålitlig information som möjligt. Hög reliabilitet har vi om olika och oberoende mätningar av ett och samma fenomen ger samma eller ungefärligen samma resultat. Med reliabel information menas enligt Nationalencyklopedin ”*pålitlighet hos uppmätta värden i experiment, vilket kan bekräftas genom att detta kan upprepas med likartade resultat*”. (Nationalencyklopedin, 2004)

Det går inte att undvika att det under insamling och bearbetning av information smyger sig in fel. Sådana fel kan uppstå i samband med många olika faktorer som finns med i en process. Holme & Solvang (1997) skriver att forskarens uppgift därför måste vara att sträva efter att göra felet så små som möjligt. Om informationen har låg reliabilitet kan den inte belysa frågeställningen på ett bra sätt. Därför är en tillräckligt hög grad av reliabilitet en nödvändig förutsättning för att kunna pröva de påståenden som frågeställningen rymmer.

Det är inte tillräckligt att ha reliabel information. Om informationen mäter något annat än det vi vill eller tror oss mäta kan den vara hur reliabel som helst men den kan ändå inte användas för att pröva våra frågeställningar. En nödvändig förutsättning är att vi också har valid information. (Holme & Solvang, 1997) Med valid information menas enligt Nationalencyklopedin ”*Den utsträckning i vilken ett mätinstrument mäter det som man avser att mäta. Validitet kan betecknas som frånvaro av systematiska mätfel*”. (Nationalencyklopedin, 2004)

### Validitet & reliabilitet vid kvalitativ ansats

Validitet och reliabilitet måste värderas på ett delvis annorlunda sätt i studier med kvalitativ inriktning jämfört med studier med kvantitativ inriktning. Inom kvalitativ forskning kan man inte skatta tillförlitligheten med siffror. Validitet och reliabilitet i studier med kvalitativ inriktning handlar om att kunna beskriva att man har samlat in och bearbetat data på ett systematiskt och hederligt sätt. I den slutliga rapporten beskriver man även förutsättningarna inför projektet och hur resultaten under processen har vuxit fram. (Malterud, 1998)

För att öka validiteten vid intervjuerna var minst två av författarna närvarande och en bandspelare användes för att spela in samtalen. Detta gjordes för att samla in så korrekt material som möjligt. Bandspelaren gjorde det möjligt för författarna att koncentrera sig på intervjuerna. För att stärka reliabiliteten har författarna så noggrant som möjligt beskrivit tillvägagångssättet för undersökningen, så att proceduren ska kunna följas av en annan undersökare vid något annat tillfälle.

### Genomförande

Vi kommer att använda oss av ett hermeneutiskt synsätt för att öka vår förståelse inom det område vi valt att studera. Detta känns naturligt eftersom området handlar mycket om att tolka och få svar på frågor som ”varför” och ”hur”. Det kan vara svårt att göra konkreta observationer och hitta ”hårda fakta”.

Den kvantitativa metoden anser vi inte hade gett tillräckligt djup på de frågor vi ville ha besvarade. Vi ville också få fram en öppen diskussion om kunskapsdelning vilket är svårare med en kvantitativ metod. När det gäller en rent etnografisk metod så innebär det problem med tillgängligheten och att den är mycket tidskrävande att utföra.

Den kvalitativa metodiken omfattar en rad olika undersökningsmetoder. Vilken undersökningsmetod som är lämplig beror på situation och rådande förutsättningar. Då vi anser att intervjuer dels ger en ökad kontroll över datainsamlingen, med möjlighet att fånga oförutsedda aspekter och dels möjliggöra en interaktiv kommunikation med respondenterna har valet fallit på den kvalitativa djupintervjun. Djupgående intervjuer ger möjlighet att nå en djup förståelse av människors betydelsesystem, deras handlingar och dessa handlingars innebörder. (Ely, 1993) Wallén (1996) beskriver att syftet med en djupintervju är att djupare belysa en fråga än man kan göra genom en enkät eller genom en kortare mer standardiserad intervju. Han anser också att man kan ta upp komplicerade frågeställningar, eftersom det går att följa upp oklarheter, ge förklaringar och ställa följdfrågor. För att få bra resultat måste tid avsättas och god kontakt



erhållas mellan intervjuaren och den intervjuade. De båda bör dessutom träffas öga mot öga. Bearbetning av materialet måste sedan nära följa talets nyanser.

Tillvägagångssättet för denna studie har varit kvalitativt, vilket innebär att människors uppfattningar och tolkningar har varit i fokus för studien. Vi använde oss av mycket öppna och ostrukturerade frågor för att inte styra svaren. Valet av ansats är en naturlig följd av hur frågorna formulerats och en kvalitativ ansats har varit att föredra framför en kvantitativ. Vi anser möjligheten till replikation vara god. Frågorna i intervjuerna har vi baserat på den teori vi har läst. Vissa frågor kommer att generera följdfrågor beroende på intervjupersonernas svar. Detta är en av orsakerna till att vi valt att använda oss av intervjuer i stället för enkätundersökningar. Vi anser därmed att validiteten i undersökningen varit god.

## *Urval*

Sammanlagt gjorde vi åtta intervjuer i denna undersökning. Samtliga av dessa genomfördes på plats på Uddevalla sjukhus och på NÄL. De åtta stycken intervjuerna är uppdelade i följande platser och antal:

- Sjuksköterska Ögonkliniken Uddevalla (fem stycken)
- Sjuksköterska Ögonkliniken NÄL (tre stycken)

Innan intervjuerna inleddes med respondenterna, informerades de om syftet med undersökningen och att intervjun skulle spelas in. Av de två uppsatsförfattare som var närvarande hade en huvudansvaret för intervjun medan den andra hjälpte till. Dagen efter intervjuerna lyssnades banden av och skrevs ned ordagrant. Som stöd för intervjuerna hade vi vår mallar, denna bifogas som bilaga. Utifrån varje enskild fråga växte en diskussion fram där respondenten gavs utrymme att beskriva sin syn på just det området. När alla intervjuer var utförda och utskrivna, sammanförde vi dem i ett enda stort dokument där allas svar under respektive fråga samlades, på så sätt kunde vi enklare kunde göra en sammanställning av dessa.

## **Genomförande av intervjuer**

Går det överhuvudtaget att någonsin vara 100% säker på att man fått med allt av intresse och täckt upp all möjliga infallsvinklar och aspekter över intervjuämnet? Chanserna att göra något som liknar den perfekta intervjun ökar dock om man innan intervjun är väl insatt i ämnet, miljön och yrkesrollen som respondenten verkar i.

När det gäller ämnet så var vi i detta fall relativt väl insatta. Vi hade läst en del tidigare forskning och olika teorier om KM. Den relativt korta tid som projektet pågår tillåter dock ingen djupdykning i ämnet. Det är klart att man får mer förståelse för ett ämne ju mer man ägnar sig åt det. En annan viktig faktor är den praktiska erfarenheten av KM, hur det fungerar i verkligheten. Vi har själva inte varit med att implementera något system i KM syfte. Däremot har vi alla jobbat med olika system som stöder viss form av KM.

Att förstå miljön som respondenten verkar i är en annan viktig bit att sätta sig in i. Genom vara påläst och att försöka förstå miljön kanske man kan dra egna slutsatser på vissa intervju svar och komma med relevanta motfrågor och därigenom tränga djupare in på intervjuområdet. I vårt fall

är det sjukhusmiljön som gäller. Ingen av oss har någonsin jobbat i vården. Det närmast vi kommer i vår lilla grupp är Henrik som jobbar som IT-samordnare på ögonkliniken. Det föll naturligt på Henriks lott att försöka förmedla intryck ifrån sjukhusmiljön. Sjukhusmiljön är ganska komplex, det är svårt att få grepp om vilka uppgifter alla har och det är mycket nya begrepp och termer som kan vara svåra att förstå för en utomstående. Vi tror dock att vi hade ett lite bättre utgångsläge tack vare att Henrik jobbade där. Vi hade en liten uppfattning om miljön innan vi gjorde intervjuerna.

Innan vi intervjuade sjuksköterskorna hade Henrik informerat dem om att vi skulle vara två stycken närvarande och att intervjun skulle bandas. De hade också informerats om att intervjun skulle handla om kunskapsdelning. Huruvida de direkt förstod begreppet kunskapsdelning eller inte är svårt att säga. Vi förklarade även lite kring KM begreppet i början av intervjun. Kanske skulle vi ha förklarat KM begreppet en tid innan intervjun, vilket gjort att de hade kunnat förbereda sig bättre. Frågan är dock vad som är bäst. Att intervju någon som är förberedd eller att intervju någon som inte vet riktigt vad det ska handla om? När får man svar som ligger närmast verkligheten? Spelar det någon roll? Kanske kunde vi ha lyckats bättre om vi innan intervjuerna skickat ut ett litet mail som på ett enkelt sätt förklarade KM-begreppet och vad det skulle kunna innebära för sjuksköterskorna på ögon. Det gäller ju dock att man inte leder in dom på spår som vi själva lagt ut. Meningen är ju att vi genom intervjuerna ska få en så verklighetstrogen bild av fenomenet som möjligt.

Vi tror vidare att det var positivt att Henrik hade jobbat ibland sjuksköterskorna ett år. Det kanske hade varit svårare att intervju dem om man kommit som främlingar och bara satt en mikrofon framför dem. De kanske då inte hade vågat eller velat prata och resonera så öppet som vi ändå tyckte att de gjorde.

### ***Metodkritik***

När det gäller att studera samhället står vi inför en komplex och mångfaldig verklighet. Det skulle vara märkligt om vi med hjälp av ett enda metodredskap skulle kunna fånga denna verklighet. (Holme & Solvang, 1997)

Om man som vi har funnit en metod som vi anser vara den bästa för undersökningen, kan man aldrig vara helt säker på att det är den bästa metoden för att få fram det bästa resultatet. Resultatet vi erhöll kan skilja sig från en klinik till en annan. Det fanns tyvärr inte utrymme att undersöka ett större antal kliniker beroende på den korta tid vi hade till denna undersökning. Vidare kan man aldrig utesluta att vi har varit ledande i våra frågor till respondenterna eller att vi har tolkat talets nyanser på ett annat sätt än vad som menats i det inspelade materialet. Man kan tänka sig att även om samma fråga ställs till alla respondenter så kan intervjuerna bli olika beroende vad respondenten har för bakgrund. Vår utgångspunkt har dock under arbetets gång varit att vara objektiva och opartiska och inte färga undersökningen med egna värderingar och åsikter.

## Teori

I teoridelen tas teorier som är relevanta för vår studie upp. Teoridelen inleds med ett stycke om kunskap för att sedan fortsätta med kunskapsdelning, knowledge management, knowledge management system och slutligen IT i vården.

## Kunskap

Frågan om vad kunskap är har sedan tidernas begynnelse sysselsatt mängder av filosofer. När man försöker förstå vad dessa tänkare har sagt om kunskap står det klart att begreppet är så mångfacetterat att det inte går att sammanfatta med ett ord. Ord som ofta används mer eller mindre synonymt med kunskap är information, medvetande, vetande, kännedom, erfarenhet, insikt, färdighet, kompetens, förmåga, kunnande, lärdom vishet, skicklighet, visshet m.m. (Sveiby, 1995)

Davenport och Prusak (1998) menar att kunskap är en blandning av erfarenhet värderingar och expertkunskap som utgör ett ramverk för att utvärdera och förstå nya erfarenheter och information. I organisationer bäddas den inte bara in i dokument eller arkiv, utan också i organisationsmässiga rutiner, processer och normer.

Vi skapar ny kunskap genom att tolka och reflektera över alla sinnesintryck vi tar in från världen omkring oss. Ju fler sinnen vi kan engagera i processen desto bättre. Vi glömmet och lär oss nytt hela tiden. Kunskap försvinner aldrig helt, utan spår av det man lärt finns alltid kvar. Allt lärande måste ta hänsyn till att vi redan kan något om det vi ska lära oss. Vi kan inte ta till oss ny kunskap som inte baseras på något vi redan kan. Denna redan existerande kunskap kallas inom filosofin förförståelse och den är ofta tyst, dvs. vi är inte medvetna om den. (Sveiby, 1995)

Davenport och Prusak (1998) menar att alla friska och fungerande organisationer genererar och använder kunskap. I takt med att organisationer interagerar med sin miljö, absorberar de information och omvandlar denna till kunskap. Sedan agerar organisationer baserat på den kunskap den besitter i kombination med erfarenheter, värderingar och interna regler.

## Tacit och explicit kunskap

Man kan dela upp kunskap i tyst (tacit) och explicit kunskap hävdar Polanyi (1983). Med explicit kunskap menas kunskap som kan definieras med hjälp av regler och kriterier. När man sedan använder denna kunskap gör man det genom dessa regler och kriterier man satt upp. Explicit kunskap är lätt att spara, definiera, kodifiera och implementera i olika IT-system. Tacit, eller tyst kunskap, innebär att vi hela tiden omedvetet skapar föreställningar om världen runt omkring oss. Dessa tar formen av värderingar och attityder. Denna typ av kunskap är alltså baserad på intuition, perspektiv och perception vilka individen skapar som ett resultat av sin erfarenhet. Kunskap som alltså är svår att verbalisera och dokumentera.

Sveiby (1995) beskriver detta som att man genom åren bygger upp mängd mönster i hjärnan som fungerar som omedvetna handlingsregler för att klara alla möjliga situationer. Han menar vidare att dessa handlingsregler samtidigt är en begränsning. Eftersom de alltid finns där fungerar de också som filter eller glasögon för kunskapandet. All ny kunskap blir på så sätt färgad av den kunskap man redan har.

I Figur 1 visas två dimensioner av kunskap. Den ena representerar den egentliga kunskapen och den andra medvetenheten om den kunskap personen besitter. I det översta vänstra fältet (1) har personen kunskap som han eller hon också är medveten om. I det andra fallet (2) är personen medveten om sina kunskapsbrister medan han eller hon i det tredje fallet (3) har kunskap utan att vara medveten om detta. Det sista fallet (4) representerar att personen inte är medveten om sina kunskapsbrister.

	Vet	Vet inte
Vet	1. Kunskap som du vet att du har (explicit kunskap)	2. Kunskap som du vet att du inte har (kända luckor)
Vet inte	3. Kunskap som du inte vet att du har (tyst kunskap)	4. Kunskap som du inte vet att du inte har (okända luckor)

Figur 1

Vanligen strävar människor efter att utvidga området ”kunskap som du vet att du har” (3) genom att göra tyst kunskap explicit, genom att fylla ut kända luckor med utbildning och research eller genom att engagera sig inom nya områden där det kan finnas luckor. Men är det verkligen målet? Stewart (1999) menar att alla behöver inte kunna allting, målet är inte att stoppa samma kunskap i så många huvuden som möjligt utan att förbättra avkastningen på intellektuellt kapital. De enklaste metoderna innebär att erkänna att det finns kunskapsområden som man avsiktligt avstår ifrån att bry sig om.

### *Kunskapsdelning*

Kunskapsdelning handlar, förutom delning av den kodifierade kunskapen, om att aktivera den tysta kunskapen hos individerna i organisationen så att den kan yttra sig i handling och förståelse som skapar värde i organisationen som helhet. (Johannessen et al, 2001) Kunskapsdelning är ofta en kaotisk ordnad process där medarbetarnas syn på kunskap, kunskapens värde och användningsområde påverkar processen att dela men också själva skapandet av kunskap. (Boone, 1997)

Stewart (1999) betonar att kunskapsgenerering och kunskapsdelning bygger på varandra. Ny kunskap genereras genom att den skapas och upptäcks och kunskap delas genom att gammal kunskap återanvänds, förpackas och appliceras i nya sammanhang eller sprids genom dialog i vilken kunskap också uppstår. För att en dialog ska äga rum är det viktigt att det finns ett gemensamt språk, ett behov och en gemensam mening med det som diskuteras. För att kunskapsdelning ska äga rum är det viktigt att de involverade parterna har en någorlunda gemensam kunskapsbas att utgå ifrån

IT-stöd kan ha en betydande roll för kunskapsdelning och informationsspridning inom organisationer. Informationsteknologin underlättar dock främst spridningen av den explicita kunskapen varför delning av tyst kunskap måste ske på ett annat sätt. (Stewart, 1999)

För att få medarbetarna i en organisation att dokumentera och dela med sig av sina egna erfarenheter krävs mer än en fungerande teknik. Ett "kunskapsdelande" system förutsätter flera komponenter: människor, data, systemstöd och en tydlig idé. (Olve, 1998)

Enligt von Krogh et al. (2000) sker delning av tyst kunskap på följande vis:

- Genom observation. Inom mindre sammanslutningar och grupper finns ett mästare-lärlingsförhållande där medlemmarna lär sig av varandra genom att observera hur problem och uppgifter blir lösta. Samtidigt skapas en gemensam förståelse för vad som är rätt och fel vilket ökar möjligheten att individerna kan förhålla sig på samma sätt i olika situationer.
- Genom observation i kombination med berättelser. När medlemmarna dessutom får förklaringar på hur och varför saker och ting utförs som de gör genom berättelser av tidigare erfarenheter och historier om liknande företeelser, stärks den gemensamma uppfattningen och de gemensamma värderingarna.
- Genom imitation. Individer har benägenheten att imitera något de har observerat, vilket kan leda till överföring av tyst kunskap.
- Genom att experimentera och jämföra. Individer experimenterar, det vill säga de testar och jämför sina egna försök att skapa mening i någonting med experters försök att skapa mening av samma eller liknande saker.
- Genom gemensam utövning. Inom en gemenskap försöker medlemmarna att tillsammans komma fram till en lösning, vilket innebär att allas gemensamma tysta kunskaper aktiveras, då en individs tankar kan leda till en annans idéer och så vidare.

IT-stöd ses som en hjälp för att förbättra förutsättningarna till att den sociala interaktionen äger rum eller för att stödja den. (Stewart, 1999) Walsham (2001) menar dock att kunskapsdelning som endast baseras på tekniskt stöd, är svårt att uppnå. Det är inte säkert att en ökad möjlighet till insamling och behandling av data med stöd av IT eller elektronisk kommunikation leder till förbättrad kommunikation och handling mellan individer.

Kunskapsdelning är delvis en människa till människaprocess, delvis en kulturell process och delvis en organisatorisk process. För att verkligen kunna påverka en organisations kunskapsbas, är det viktigt att uppmuntra människor att dela med sig genom att utveckla en kultur som sporrar till kunskapsdelning samt skapa en organisationsstruktur som möjliggör effektiv interaktion mellan människorna i organisationen. (Malhotra, 2000)

## *Knowledge Management*

Knowledge Management (KM) handlar om att samla in, förädla och sprida kunskap inom organisationer. Det kan sägas ha en föregångare i "information management", vilket blev uppmärksammat när man inom organisationer förstod vikten av en kontrollerad och styrd hantering av information. Information kan ses som en av organisationens viktigaste tillgångar. (Newman, 1991)

Det är svårt att i litteraturen finna en entydig modell eller definition av knowledge management utan istället finns många olika definitioner.

Enligt Davenport & Prusak (1998) är kunskap en filosofisk och abstrakt företeelse. Att göra en distinktion mellan kunskap och information samt data kan vara högst förvirrande. Ett KM projekt syftar till att göra en organisatorisk insats för att verkligen göra något utav kunskap. Idén är att motivera anställda att dela och använda kunskap och att skapa en kultur inom organisationen som stödjer detta.

Murray (1991) menar att KM är ett tillvägagångssätt för att förvandla en organisations intellektuella resurser, både dokumenterad information och den kunskap som organisationens medlemmar innehar, till högre produktivitet, nytt värde och ökade konkurrensfördelar. Den lär företag, allt från chefer till anställda, på vilket sätt man ska producera och optimera färdigheter.

Newman (1991) menar att KM inte är en teknologisk fråga eller en fråga om IT. Om vi accepterar förutsättningen att KM berör hela processen; avsökning, inhämtning, generering och tillämpning av kunskap, då inser vi att KM är mycket mer än endast en teknologisk fråga. Dessutom att dessa element berör och existerar i allt vi gör.

Det finns både anhängare av och skeptiker till KM. Exempelvis menar Wilson (2002) att KM i mångt och mycket är en paraplyterm för flertalet aktiviteter i en organisation och att det är en skrivbordsbaserad konsultprodukt. Wilson menar vidare att KM inte berör kunskapen i sig utan istället arbetsprocesser i hopp om att dessa förändringar skall bidra till kunskapsdelning. Malhotra (2000) presenterar vad han menar är myter rörande KM. Han menar bland annat att:

- Knowledge managementsystem kan leverera rätt information till rätt person i rätt tid. Denna myt bygger på gamla affärsmodeller, då man ofta ansåg att omgivningen var förutsägbar och stabil samt att man kunde förutspå framtiden genom att se till det förgångna. De nya affärsmodellerna bygger istället på fundamentala förändringar och att företag måste drivas genom att vara flexibla. Därför är det inte heller möjligt att bygga system som kan förutse vem rätt person är vid rätt tid och ännu mindre vad som är rätt information.
- Knowledge managementteknik kan spara mänsklig intelligens och erfarenhet. Teknik som exempelvis databaser och groupware kan spara data, men de kan inte spara de mönster och scheman som människor använder för att göra data till något meningsfullt, det vill säga kunskap. Dessutom är information kontextberoende och samma data kan således tolkas olika av olika människor. Dessutom kan samma data tolkas olika av samma människor vid olika tidpunkter eller i olika kontexter. Kontexten kan således påverka handlande och beslutsfattande.
- Knowledge managementsystem kan distribuera mänsklig intelligens. Även denna myt bygger på att man kan förutsäga vad som är rätt information och vilka som är de rätta personerna att distribuera den till. Dessutom kan, som nämnts ovan, system inte kommunicera den komplexitet som det mänskliga sinnet kan konstruera. Detta innebär dock inte att man inte kan använda informationsteknik för att skapa gott utbyte mellan människor, vilket kan skapa förutsättningar för kunskap, utan endast att systemen i sig inte kan förmedla intelligens.

## *Knowledge Management Systems*

Knowledge Management Systems (KMS) avser en viss typ av informationssystem vars syfte är att hantera organisationens kunskap. De är IT-baserade system utvecklade för att stödja och förbättra organisationens processer avseende kunskapshantering. (Alavi och Leidner, 2001)

Enligt Alavi och Leidner (2001) framhålls tre vanliga infallsvinklar i litteratur som behandlar IT-applikationer för knowledge management:

1. kodning och delning av best practices
2. skapandet av organisationens samlade kunskapsbas
3. skapandet av kunskapsnätverk

Lindgren (2002) anser att ett kompetenssystem bör stödja översynen av grupperns kompetens inom organisationen, hantera information om önskemål angående individens framtida kompetensutveckling samt kunna ge ögonblicksbilder av nuvarande kompetens och intressen hos de anställda. Morgondagens kompetenssystem bör klara av att bättre visualisera organisationens kompetens och intressen. Dessutom är det väldigt viktigt att incitament och ledning understödjer systemet så att hög kvalitet på informationen kan uppnås. Lindgren och Henfridsson (2002) hävdar att de flesta kompetenssystem beskriver och presenterar individers kompetens i explicita termer som exempelvis programmeringskunskap eller erfarenhet av projektledning. De menar att kompetenssystem också är baserade på att kompetensinformation om anställda är insamlad för att underlätta olika typer av ledningsanalyser, till exempel gap-analyser<sup>2</sup> rörande kompetens. Det är därför viktigt att anställda på något sätt själva tjänar på att föra in kompetensinformation vilket sedan ledningen skall basera sina analyser på, annars finns det risk att ingen tar sig tid att utföra detta. Lindgren et al.(2002) menar också att det är viktigt att system och organisation utvecklas över tid, för att implementation och användande av knowledge managementsystemen skall bli framgångsrik. Det går således inte att lösa problemet på en dag.

Lindgren och Stenmark (2002) bygger vidare på Lindgren och Henfridssons (2002) resonemang. De menar att det typiska kompetenssystemet är designat för att stödja organisationer i deras processer runt kompetenshantering och att traditionella kompetenssystem förvarar beskrivningar av anställdas kompetens i hierarkiska kompetensstrukturer. Till skillnad från expertsystem, bör kompetenssystem även inkludera en strategisk dimension. För att kunna stödja kompetensstyrning i ett långt perspektiv bör kompetenssystem vara utrustade med egenskaper för att exempelvis kunna göra gap-analyser.

Ferneley och Light (2002), författare av artikeln *Knowledge Management Systems: The Role Of Encouragement* framhåller fem punkter som de menar är viktiga för att satsningar på KM ska lyckas.

- KM initiativ måste vara integrerade i dagliga arbetsrutiner och aktiviteter, det skall inte krävas extra tid eller arbete att hålla systemet vid liv.
- Även om kunskapsöverföring kan införas genom att identifiera och följa detaljerade arbetsrutiner för givna återkommande situationer ser verkligheten ofta annorlunda ut. Alla aktiviteter är inte återkommande och rutinartade, faktum är att många av de situationer som genererar mest erfarenhet och kunskap är unika engångsföreteelser. Följaktligen bör

---

<sup>2</sup> Med gap-analyser menas analyser som jämför den kompetens som finns inom organisationen idag med den som bör finnas i framtiden.

- systemet för tillvaratagande av kunskap vara tillräckligt flexibelt för att kunna hantera oväntade och unika händelser.
- Inhämtad kunskap måste hållas uppdaterad för att på lång sikt utgöra en värdefull informationskälla. System som hanterar informationen måste stödja den stegvisa förädling som sker när ny kunskap tillkommer som kompletterar den redan befintliga.
  - Kunskap är makt. I många sammanhang uppstår en personlig intressekonflikt i valet mellan att dela med sig av nyvunnen kunskap eller att behålla den för sig själv och därigenom skapa personliga konkurrensfördelar. Enskilda individer tycks vara mera benägna att dela med sig av erfarenheter och kunskap man erhållit angående vardagliga rutinärenden. Den kunskap som unika och exceptionella händelser ger och som skulle vara av verkligt värde för en bredare publik är tyvärr också av högre personligt värde därav intressekonflikten som riskerar att undanhålla den mest värdefulla informationen från ett kunskapshanteringsystem.
  - Intuition och känsla snarare än systematiskt tänkande spelar en avgörande roll när det gäller individers beslutsprocess.

Orlikowski och Gash (1994) använder tre olika ramar för att kategorisera in de olika tankegångar som föregår ett införande av nya system i en organisation:

- Förståelse – Vilken bild har man av systemet och dess möjligheter
- Motiv – Varför har organisationen infört systemet
- Användning – Hur används systemet i det dagliga arbetet

Att en organisations alla potentiella användare av ett system, tycker att systemet är meningsfullt är alltså en kritisk faktor. Det är dessa tre olika ramar som användarna bör vara positiva till annars finns i värsta fall risken att systemet avvisas hos användarna. Vill inte användarna vara med så kommer inte systemet att uppfylla de förväntningar man hade på systemet innan det implementerades i organisationen, tid och resurser som är nedlagda i projektet är därmed bortkastade. (Orlikowski & Gash, 1994)

Enligt Ferneley och Light (2002), verkar det som om majoriteten av de organisationer som har lyckats med implementering av KMS tillhör ett av två områden. Antingen är de själva IT företag eller så går deras kärnverksamhet ut på att identifiera, sammanställa och sprida kunskap, t.ex. ett management konsult företag.

Utmaningen idag är se bortom KMS som kan kodifiera och kvantifiera existerande kunskap. Morgondagens KMS bör sikta på att sprida redan befintlig kunskap för att stödja användare och sammanföra användare som arbetar inom liknande områden, för att hjälpa dem att dela med sig av sina erfarenheter, generera ny kunskap och för att lära sig använda systemet.

Enligt Allee (1997) bör ett KMS uppfylla följande sex punkter:

1. Skapa en kultur som gynnar kunskapshantering.  
En organisations kunskapshanterings strategi kan inte vara framgångsrik om företaget inte har utvecklat en kultur som stödjer kunskapshantering.
2. Fånga kunskap.  
Kunskapshantering måste innefatta processen att identifiera, isolera och fånga relevant kunskap.
3. Kunskapsgenerering.



- Det är viktigt att identifiera och inkludera personer med nya och friska idéer i beslutsprocessen.
4. Utveckling och förklaring (och digitalisering) av kunskap.  
Det är viktigt att försöka få fram den tysta kunskapen och identifiera vem som har kunskapen, vem som behöver den och hur man kan transformera den till en form så alla kan ta del av den.
  5. Delning och återanvändning av kunskap.  
Tillgång till kunskap och överföring av den till individer är en huvudaspekt inom kunskapshandling. Digitaliserad kunskap och utveckling och förklaring av kunskap måste ha rätt teknologi för att den skall kunna spridas, såväl som den icke digitaliserade kunskapen som måste delas.
  6. Förnyelse av kunskap.  
Det är viktigt att inse att kunskap är dynamisk och föränderlig.

### *IT i vården*

Sågänger och Utbult (1998) menar att sjukvården är mer informationstung än de flesta verksamheter. Samtidigt har vården jämfört med andra sektorer använt datateknikens möjligheter i ganska liten omfattning. Därför kan ett bra informationsteknikstöd just här innebära ett stort lyft. Det kan underlätta de anställdas arbete. De säger vidare att sjukvården är mer än de flesta verksamheter präglad av starka traditioner och yrkeskulturer. Det råder en stark tradition vad gäller yrkesroller och arbetsuppgifter. Sjukvårdens kultur består av individualister som ibland kan beskrivas som förändringsobenägna. Friktion mellan olika yrkesgrupper anges som ytterligare hinder för införande av IT i vården. Att datafolk och vårdpersonal inte ”talar samma språk” leder till missförstånd. Konflikter uppstår mellan olika enheter då de kopplas ihop med IT och mellan olika yrkeskategorier uppstår kulturkrockar då de måste enas kring tekniken.

Eftersom vården är en kunskapsbaserad verksamhet, vilken i praktiken innebär att erfarna läkare använder sig av ungefär två miljoner ”informations stycken” för att hantera sina patienter. (Fuka, Hanka & Syrjänen, 2000) De menar vidare att ungefär en tredjedel av läkarnas tid går åt till att spela in och strukturera information, och en tredjedel av kostnaderna inom vården spenderas på personlig och professionell kommunikation. Det mesta av den information läkarna använder sig av finns inte inspelad utan finns hos läkaren själv och tyvärr är en del av den här informationen gammal eller felaktig.

Fuka, Hanka och Syrjänen (2000) menar att dessa problem har blivit mer allvarliga i takt med att kunskapen inom vården förnyas snabbare och snabbare. Det kommer fram nya rön varje dag och i dagsläget räknar man med att den medicinska kunskapen fyrdubblas under en livstid. Detta innebär att läkare inte kan praktisera högkvalitativt utan att konstant uppdatera sina kunskaper.

Vilket IT-område har störst betydelse för samarbete? Stegberg (1996) menar att det utan tvekan är kommunikation, vilket innebär samarbete med IT-stöd. Kommunikation kan bygga på olika koncept. Därför är valet av systemarkitektur basen för kommunikationskonceptet. När frågor om kommunikation hanteras involveras automatiskt sekretess- och säkerhetsproblemet.

I *IT för vård och omsorg, Delrapport till ITPS utvärdering av den svenska IT-politiken*, menar respondenterna att den ökande informationstillgången i samhället har varit en drivkraft för IT-

användning inom vård och omsorg. I takt med att man kan få fram mer information på allt smidigare sätt så har insikten om att IT kan tillföra vårdprocessen ökad kvalitet blivit allt mer utbredd bland personal inom vård och omsorg. Den allmänna IT-utvecklingen upplevs alltså ha haft genomslag inom vård och omsorg. Med den allmänna IT-utvecklingen har ledning och personal inom vård och omsorg allt mer kommit att inse att det inte går att förbise de möjligheter IT kan erbjuda. Som motvikt till ett alltför stort teknikfokus menar en del respondenter att det under senare år har blivit allt vanligare med personalmedverkan i samband med inköp och implementering av IT-system. Ofta är det personalens medverkan som förklarar varför IT-integration har fallit väl ut på enskilda vårdenheter. Även involveringen av olika personalkategorier i införandet av IT-stöd bedöms som väsentligt för att uppnå en lyckad implementering. Såväl ledningens som personalens engagemang krävs för att tillvarata de möjligheter som öppnas genom olika IT-stöd. Rapporten visar också att man har på senare år börjat inse att informationsteknologin kan skapa förutsättningar för en mer effektiv och i slutändan bättre vård. IT-kompetensen bland vårdpersonalen ökar stadigt vilket leder till större insikt i IT:s möjligheter för hälso- och sjukvården. Detta medför samtidigt att acceptansen av IT-stödda vårdprocesser ökar.

Även om bristande IT-kompetens framhålls som en barriär i samband med införande av IT, så anses IT inom vård och omsorg i allt mindre utsträckning stranda på motstånd bland personalen. IT har kommit för att stanna, vilket även har haft genomslag inom vård och omsorg. Det finns mentala barriärer, men dessa blir allt svagare i takt med att IT får en allt större roll i samhället i stort. (IT för vård och omsorg, 2003)

I och med det ökade informationsflödet ökar också kraven på läkarna från patienternas sida. Det är inte bara läkarna som ständigt matas med ny information utan även patienterna som också aktivt söker information själva, inte minst på Internet. Dessa patienter är ofta medvetna om olika behandlingsalternativ. För att kunna besvara att dessa frågor behöver läkarna tillgång till bra information i någon form av kunskapsbas. Flera vårdverksamheter har redan gjort information lätt tillgänglig för sin personal genom CD roms och intranät. Men att bara konvertera information till elektronisk form är lång ifrån tillräckligt. Det kan i vissa fall istället skapa ”information overload”. En fullgod lösning kräver inte bara att man kan söka i informationen utan också att det finns möjligheter att kommunicera och skicka meddelanden mellan vårdpersonalen och även fortgående utvärdering. (Fuka, Hanka & Syrjänen, 2000)

### Knowledge Management i vården

Fuka, Hanka och Syrjänen (2000) menar att KM har blivit en viktig fråga i vården eftersom vården kräver verktyg som kan hjälpa personalen att komma ihåg olika typer av behandlingar, patienter och så vidare. Mycket av den kunskap som man har blir föråldrad och det finns ingen garanti att de kommer att förnya sin kunskap vilket är viktigt för deras patienter.

Tid och ansträngning är två stora hinder för ett effektivt användande av KM-verktyg i vården. Till exempel måste läkarna ha tillgång till information snabbt, ofta inom några sekunder när de träffar patienten annars har de ingen nytta av systemet. Tyvärr har dessa hinder gjort integration av sökning av kunskap i det vardagliga arbetet svårt. Ett exempel på ett rent fysiskt hinder är en kunskapskälla som bara kan nås via en stationär pc i läkarens rum, jämfört med bärbar pc som kan användas var som helst. (Fuka, Hanka & Syrjänen, 2000)

## Resultat

I resultatet börjar vi med att berätta om hur Ögonkliniken inom NU-sjukvården fungerar i stort. Därefter beskriver vi en ögonsjuksköterskas arbete följt av hur de använder datorer och hur de hanterar kunskapsdelning idag. Information i resultatet hämtas från intervjuer vi gjort med personal från alla avdelningarna. Av utrymmesskäl presenteras inte hela intervjuerna, utan vi har valt att presentera sådant material som återkommer i flera intervjuer.

### *Inledning*

Många ögonsjukdomar som ger synnedsättning är svåra kroniska sjukdomstillstånd. Vissa patienter behöver behandling och kontroller hela livet. Många av dessa äldre personer har komplexa vårdbehov. Grav synnedsättning ger för patienten betydande nedsättning av autonomi. Många av de vanligaste ögonsjukdomarna kan obehandlade ge grav synnedsättning eller blindhet. De flesta ögonsjukdomar blir vanligare ju äldre man blir och med befolkningens ålderstillväxt ökar kraftigt behovet av ögonsjukvård. Allt fler fall av diabetes ökar behovet av både fotografiska kontroller och laserbehandlingar. De flesta ögonpatienter är äldre men det finns också en stor, mycket viktig grupp av barn som utan ögonsjukvård riskerar bestående synhandikapp. De flesta av patienterna remitteras till kliniken från optiker och distriktsläkare. Många patienter söker också vård direkt på ögonkliniken och registreras då som patient med ”egenremiss”.

### *Ögonkliniken*

Varje år tar ögonkliniken emot mer än 50000 patientbesök på sina olika mottagningar. Det mesta av verksamheten bedrivs i poliklinisk form. Operationer och behandlingar kräver sällan att patienten behöver bli inlagd över natten. Ögonkliniken har ett upptagningsområde med cirka 320 000 invånare för öppenvård och cirka 375 000 invånare för ögonkirurgi. Cirka 65% av besöken sker i Uddevalla och cirka 25% på NÄL medan övriga besök sker i Lysekil, Strömstad, Dalslands sjukhus och Älvängen. Sex slutenvårdsplatser finns på Uddevalla sjukhus där också operationsavdelningen är placerad.

Avancerad kontrastfotografering med digital teknik sker både i Uddevalla och på NÄL. Laserbehandlingar för bland annat glaukom<sup>3</sup>, diabetes och efterstarr<sup>4</sup> sker också både i Uddevalla och på NÄL.

Ögonoperation i Uddevalla består av fyra operationssalar utrustade för modern ögonkirurgi med kapacitet för cirka 50 operationer per dag. Gråstarr är den vanligaste operationsorsaken. År 2003 utfördes drygt 3000 gråstarrsoperationer. Personalen består av drygt 100 personer varav cirka 20 ögonläkare och 30 ögonsjuksköterskor.

---

<sup>3</sup> Glaukom är en ögonsjukdom, även kallad grönstarr.

<sup>4</sup> Åkomma som kan uppstå efter gråstarrsoperation.

## Ögonsköterska

Alla intervjuade sköterskor har liknande utbildning. De intervjuade sköterskorna har praktiserat som ögonsköterskor i tidsintervallet 5 år – 21 år, medelvärde på de intervjuade ligger på cirka 15 år. Deras arbetsuppgifter varierar ganska mycket från dag till dag så som; ögonmottagning, operation, telefonrådgivning, mm.

*”Jag jobbar självständigt med ögonpatienter. Man kollar synskärpan, mäter ögontryck, kollar synfältet i synfältsundersökningar och fotografera väldigt mycket. Sen sitter jag mycket i telefon med rådgivning och svarar på frågor och bedömer om patienten skall komma in direkt eller om det kan vänta. Jag kan vara med på polikliniska operationer, förut var det även gråstarrs operationer men de är numera förlagda i Uddevalla.”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

Alla intervjuade har liknande arbetsuppgifter - att vara sjuksköterska på en ögonklinik, men arbetet skiljer sig åt en del ändå. Deras arbetsuppgifter går att dela in i olika områden; operation, telefonrådgivning, fotomottagning, glaukommottagning, synfältsmottagning, jourverksamhet samt administrativa sysslor. De vi har intervjuat på NÄL säger att de kan och utför alla arbetsuppgifter, men att de där är en mindre avdelning och att de inte utför några större operationer.

*”Här på Näl jobbar vi med samma saker allihop i stort sett, det är några stycken som inte gör en utökad ögonbottenundersökning, men annars så gör vi i stort sett samma saker allihop. Vi kan varandras arbetsuppgifter kan man säga.”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

De vi har intervjuat i Uddevalla säger att i princip klarar de av alla arbetsuppgifter men att de gör så mycket olika att de har varit tvungna att specialisera sig mera där och att man därmed har valt bort något eller några områden.

*”En del av oss är mer specialiserade, t.ex. på foto, några har gått lite mer utbildning inom glaukom och jobbar lite mer med det, sedan är det några sköterskor som även är mer på operation.”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

Om man har specialiserat sig eller inte beror alltså till stor del på var man jobbar. Ju större kliniken är desto mer specialiserar man sig. När vi frågar samtliga om hur de tror att trenden kommer att se ut, vad gäller specialisering, så svarar samtliga att de tror att man går mot en ökande specialisering. Men att ju mindre avdelningen är ju mindre specialiserar man sig.

## IT i vården

Samtliga respondenter säger att de använder datorer dagligen i sitt arbete. Användningsområdena för datorn är många.

*”Datajournaler, man måste alltid läsa föregående anteckningar för att veta vad man ska göra med patienten. Där kan man även söka i FASS. Sedan används Adapt, som är vårt bokningssystem, det används också av alla i sköterskegruppen för att kunna checka av om en patient har kommit. Sedan fotograferar vi ju digitalt, så fort man fotograferar så ska det lagras på datorn.”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

Alla vi talat med uppger att deras datorkunskaper är tillräckliga för att de ska kunna utföra sitt arbete på ett bra sätt. Men när det gäller övriga datorkunskaper säger de att deras kunskaper brister och att de skulle vilja ha mer kunskap.

*”Utbildningen inom data i sjukvården är under all kritik. Man kör igång med datorer och alla förväntas kunna det. Vi har relativt bra utbildning när det gäller journalsystemet, men annars är det inte mycket. Det har inte sekreterarna heller egentligen, några av dem har ju gått sådant där körkort. Man har fått köra trial and error tror jag.”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

Den ”nya tekniken” med datajournaler är nästan enbart positivt jämfört med pappersjournaler anser de intervjuade. Man saknar dock överskådligheten som fanns i pappersjournalerna. Alla vi har intervjuat är allmänt positiva till datorn som redskap även i övrigt.

*”Datajournalen har jätte många fördelar, bland annat att vi slipper springa och leta efter pappersjournaler som ju sysselsatte ungefär 1.5 person per dag förut. Det är ju nästan borta nu. Däremot är ju pappersjournalen mycket mer överskådlig. Man kan liksom bläddra i journalen väldigt lätt, det är ju lite svårare i datorn. Det är ju inte på samma sätt. Men jag tycker att det positiva överväger.”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

Vidare tycker de att det fungerar bra med datorer i verksamheten så länge inte servrar eller liknande ligger nere.

*”Det kan ta lite tid ibland att hämta upp information om patienter, när man startar upp datorn tar det väldigt lång tid och när man skall logga ut och in. Men när det fungerar så fungerar det väl bra, nu har vi ju bytt till Melior<sup>5</sup> och det var ju jobbigt att göra den omställningen. Jag tycker Melior var lite krångligare än det vi hade tidigare. Men allt är ju en vanesak och man kommer ju in i det så småningom.”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

Alla är i stort sett nöjda med tillgången till datorer, då det finns datorer i princip alla undersökningsrum. De tycker att det fungerar bra med stationära datorer, några säger dock att bärbara datorer kunde underlätta arbete i vissa situationer t.ex. när de går mellan olika rum under dagen och tvingas då logga in på nytt i varje rum

---

<sup>5</sup> Melior är ett system för klinisk informationshantering med fokus på den elektroniska patientjournalen.

*”För oss sjuksköterskor är det så att vi inte har något eget rum och att man får rotera mellan olika rum under dagen, och då är det ett litet problem att man måste logga in och ut lite beroende på vilket rum man befinner sig i då. Det är ett litet jobbigt moment då och det hade ju löst sig om man hade haft en mobil dator som man hade haft med sig hela tiden.”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

## **Kunskapsdelning**

Som vi tidigare beskrivit menar de flesta sjuksköterskorna att man blir mer och mer specialiserad inom ett område. I takt med att den medicinska utvecklingen genererar nya behandlingar och behandlingsmetoder, vilka ofta även innefattar ny teknisk utrustning, blir det allt svårare för sjuksköterskorna att hålla sig ajour på alla områden.

*”Man kommer att specialisera sig mer i och med att klinikerna blir större och det går inte att kunna allting. Men så måste man ju kunna rycka in på de andra ställena också, det är ju inte så där att man förväntas kunna precis allt men...”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

Om man befinner sig i en situation när kunskapen brister beror det på situationen hur man handlar. Är det snabba ryck som gäller tillfrågas först och främst kollegor. Man vet vem man kan fråga beroende på vilket område det handlar om. Man använder även litteratur för att få kunskap om saker. Några använder även Internet som kunskapskälla.

*”Jaja jag vet ju vem som jobbar med vad och vem som har specifika intressen, sedan har man ju läkarkåren att tillgå”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

*”Kan jag fråga en kollega bredvid mig så gör jag ju det... det går fortast. Annars får jag söka mig till litteratur eller nätet eller något...”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

Alla vi intervjuade menade att viljan att dela med sig av sina kunskaper är mycket god på ögonkliniken. Är det någon som frågar så hjälper man alltid till i mån av tid.

*”Den tror jag är jättestor, av tradition mycket, för att man vet så väl att man klarar sig inte själv och delar du inte med dig så kanske man inte kan räkna med att få något tillbaka. Kan man så ställer man alltid upp.”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

Att dela med sig av sin kunskap gör man gärna, dock görs det mest på begäran. Idag görs inga försök att dokumentera och katalogisera personalens specifika kunskap. Det bygger på att alla vet vem som kan vad. Har någon t.ex. varit på utbildning är tanken att man ska skriva ett litet referat

och sedan lägga upp det på ögonklinikens gemensamma filsystem, där alla kan komma åt den. Tidsbrist gör att man inte alltid hinner göra detta. Ibland presenterar man vad man lärt sig på sköterskornas reguljära möte för de som är närvarande. Flera menade att kafferummet är ett ställe där man ofta diskuterar kring vad man sett och hört. Alla respondenter menade att kunskapsdelning är något bra och viktigt, eftersom man på detta sätt utvecklas och lär sig nya saker.

*”Jag pratar, kafferummet är bra, eftersom vi möts så sällan. Annars så springer man bara förbi varandra i korridoren och då hinner man ju inte ha några djupare samtal direkt.”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

*”Det är oerhört viktigt att man delar med sig av och om sina områden.”*  
[Ögonsköterska, Intervjusvar]

*”Ja att man delar med sig av sin kunskap ja, det är ju så man lär sig nytt.”*  
[Ögonsköterska, Intervjusvar]

Om en sjuksköterska med specifik kunskap slutar på ögonkliniken finns idag inga rutiner för hur dennes kunskap tas tillvara. Några har själva reflekterat över detta och funderat på hur de skulle kunna dokumentera en del av sin kunskap.

*”Ingen är ju oersättlig men jag har mycket i huvudet som jag inte har delat med mig till någon annan. Vi har pratat om det, att det skulle finnas något som är uppdaterat på det jag gör men det har liksom inte blivit riktigt så.”*  
[Ögonsköterska, Intervjusvar]

Man pratar om olika typer av kunskap, som ibland är svåra att skilja. Dels är det den rent medicinska kunskapen om behandlig av patienter och sjukdomar. En annan typ av kunskap är rutiner för olika undersökningar och behandlingar. En del rutiner skrivs ned på papper och sätts in i pärmar, men en del rutiner förmedlas muntligt. Varje operation har sina egna rutiner och det beror även på vilken läkare som opererar hur rutinerna är.

*”Om vi t.ex. tar operation så är det speciella operationsmöten där det ventileras och man skriver i en bok där inne olika förändringar så det är upp till var och en att ta reda på det i den boken. Bara de som jobbar på operation är med på mötena och de andra vet inte vad som händer på våra möten.”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

*”Det finns pärmar hur man skall göra vid olika operationer, men de borde uppdateras bättre än vad de gör. Eftersom det är olika saker som skall fram och sådär, men det är ganska individuellt från läkare till läkare vad det vill ha för prylar.”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

## Knowledge Management Systems

På ögonkliniken inom NU-sjukvården finns inget system särskilt avsett för kunskapshantering. På frågan om de använder någon form av IT-stöd för kunskapsdelning svarar de lite varierande. De IT-stöd som vi har förstått att de använder för kunskapshantering är, mail, Internet och en gemensam mapp på nätverket som kallas G-mappen eller klinikarkivet. Det används idag till att lägga upp olika dokument. Här kan man t.ex. hitta telefonlistor, schema, en del rutiner etc. Det är endast ett fåtal personer som har behörighet att lägga upp dokument här. Detta forum har funnits en längre tid men det är först nyligen som man börjat använda det mer. Tanken är att man ska kunna hitta alla möjliga saker här. De flesta av de vi intervjuat har någon varit inne och tittat i klinikarkivet. Det är dock inte alltid helt självklart var man hittar saker och ting.

*”Problemet som jag upplever det när jag lägger upp någonting i G-mappen det är ju att försöka tänka till, alltså hur tänker folk när man letar efter någonting. Fruktansvärt viktig är överskriften på varje mapp och dokument. Det är ett problem idag. Varje gång jag ska lägga in något så sitter jag i tio minuter och funderar; Vad är överskriften egentligen, vad är det jag är ute efter? Det är svårt att skriva det. Så när man är inne och botaniserar på G-mappen... jag blir förvånad även idag. Jag hittar alltså grejor som är något annat än vad jag trodde.”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

*”Jag väljer ut det som alla kan ha nytta av i min mail och lägger ut det på G-mappen. Jag lägger in allting som rör stafettläkare<sup>6</sup> i en mapp, allting som jag vet att de undrar över när de kommer hit försöker jag lägga in på G-mappen.”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

*”Nej det finns väl inget så direkt som vi kan inhämta kunskaper från... mail såklart. Sedan har man ju utarbetat en ny Internetsida som finns här på ögon och där finns ju lite kunskap man kan hämta, sen finns det ju andra ställen med mycket kunskap. Men inget mer specifikt för att dela kunskap än mail och den här hemsidan.”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

På frågan om de tror att IT kunde vara till en hjälp vid kunskapsdelning svarar de flesta att det beror på vilken typ av kunskap det handlar om. De menar att en del saker faller på att man måste ha ett papper framför ögonen när man jobbar och det finns inga bärbara datorer på ögonkliniken. Andra menar att man behöver ändra inställningen hos folk.

*”Visst finns det möjlighet att använda det men det gäller ju att ändra beteende hos folk då kanske.”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

---

<sup>6</sup> Stafettläkare är en läkare som kommer från en annan klinik eller annat sjukhus och jobbar extra.



*”Som vi har det idag har vi det i en plastmapp som vi bläddrar i, hade det legat på datorn hade det varit lättare att ändra och justera rutinerna så klart.”*  
[Ögonsköterska, Intervjusvar]

När vi frågar respondenterna om de tror att IT-stöd lämpar sig bättre för viss typ av kunskap anser de flesta att det måste vara information som är mera statisk till sin natur och inte ändras speciellt ofta.

*”Jag tror som rutiner, t.ex. jourköterskans arbetsrutiner. Där har vi en lapp idag som säger ungefär vad hon skall göra på en dag. Det hade nog varit bra, för det är alltid smågrejer som joursystemer skall komma ihåg; lägga den där, göra det då och kalibrera den apparaten på måndag och...”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

*”Ja, det kommer man aldrig ifrån. Sådant som arbetsrutiner t.ex. ”så här och så här gör du när du har en sån här patient”. Det är mer statiska saker som inte förändras så snabbt.”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

På frågan om de tror att folk kommer att använda ett IT-stöd för kunskapsdelning tror många att så är fallet. Men man tror att det kommer att ta lite tid och träning för folk att ändra sina vanor. En del är tveksamma till att de kommer att dels ha tid för att hitta sådana saker i datorn, dels tror de att det kommer att ta för mycket tid att stoppa in nya saker där.

*”Det är antagligen en fråga om att ha tid tror jag, det är nog kanske det som är en bristvara att vi hinner inte, sedan är det nog en viss vana också man är inte van att läsa, eller skaffa sig kunskap på det viset heller.”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

*”Ja det tror jag nog att folk skulle göra, frågan är bara om det är i relation till allt det arbete som krävs för att pilla in det i datorn, men visst det kan finnas situationer när man undrat ”Hur var det nu jag gjorde där...” nu kanske man öppnar dörren och ropar efter någon. Vi kommer ihåg olika saker och slår våra huvuden ihop men det är klart, då kunde man kanske knappt sig in någonstans istället.”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

På frågan om hur de föreställer sig ett sånt system menar alla det måste vara väldigt lätt både att hitta och att använda. Att det går snabbt att få tag i det man är ute efter verkar vara en viktig faktor. Man har ett pressat tidsschema.

*”Tillgänglighet, att man vet var man kan söka kunskapen är också en trygghet i sig, men återigen så är det detta med tid, tid är en bristvara som gör att man inte hinner söka den där kunskapen. Finns det någon att fråga så är det, det snabbaste och då kan man bolla frågor fram och tillbaka.”* [Ögonsköterska, Intervjusvar]

## Diskussion

Här diskuterar vi kring frågor som framkom i resultatavsnittet. Vi tar upp sådant som vi tror är relevant och gör jämförelser med andra undersökningar. Vi presenterar även egna åsikter och reflektioner.

På Ögonkliniken inom NU-sjukvården har sjuksköterskorna en positiv inställning till datorer och befintliga system, de används dagligen. De tycker att den ”nya tekniken” är nästan enbart positiv jämfört med hur det var innan de införde t.ex. datajournaler. Dock tycker de flesta att deras datakunskap, utöver den de behöver inom arbetet, har vissa brister. Kritiska synpunkter om vårdens datorutbildningar framfördes också, någon menade att den var ”under all kritik”. Orlikowski och Gash (1994) skriver att när systemen tas i bruk, tas det emot och tolkas på olika sätt av de olika presumtiva användarna beroende på deras attityder, erfarenheter och förkunskaper.

Alla respondenter har liknande arbetsuppgifter men arbetet skiljer sig åt en del ändå. Detta beror till stor del på vilken ort man arbetar, där man i Trollhättan som är den mindre avdelningen, gör i princip alla arbetsuppgifter och man i Uddevalla som är den större avdelningen, är mer specialiserad. När vi frågar samtliga om hur de tror att trenden kommer att se ut, vad gäller specialisering, så svarar de att tror att man går mot en ökande specialisering. Men att ju mindre avdelningen är ju mindre specialiserar man sig eftersom på en större avdelning har man inte möjlighet att vara med överallt utan blir tvungen att koncentrera sig på vissa områden. Stewart (1999) säger också att man inte bör sträva efter att alla ska kunna allting, målet är inte att stoppa samma kunskap i så många huvuden som möjligt utan att istället förbättra avkastningen på intellektuellt kapital. De enklaste metoderna innebär att erkänna att det finns kunskapsområden som man avsiktligt avstår ifrån att bry sig om. Det här tror vi beror på att man genom att specialisera sig kan man bli mer effektiv och därigenom spara både tid och pengar. Dessutom menar Fuka, Hanka och Syrjänen (2000) att problemet med att sträva efter att alla ska kunna allt blir allt större i takt med att kunskapen inom vården förnyas snabbare och snabbare. I och med det ökade informationsflödet ökar också kraven på vårdpersonalen från patienternas sida, eftersom patienterna aktivt söker information själva, bl.a. på Internet.

Kunskap är makt. Ferneley och Light (2002) menar att i många sammanhang uppstår en personlig intressekonflikt i valet mellan att dela med sig av nyvunnen kunskap eller att behålla den för sig själv och därigenom skapa personliga konkurrensfördelar. Enskilda individer tycks vara mera benägna att dela med sig av erfarenheter och kunskap man erhållit angående vardagliga rutinärenden. Den kunskap som unika och exceptionella händelser ger och som skulle vara av verkligt värde är tyvärr också av högre personligt värde, därav intressekonflikten som riskerar att undanhålla den mest värdefulla informationen från ett KMS. Våra intervjuer visar dock att viljan bland sjuksköterskorna att dela kunskap med varandra är god. Kunskapsdelning sker mest på begäran. Man har idag inga rutiner för att dokumentera och/eller katalogisera personalens specifika kunskap. Det hela bygger på att alla med tiden lär sig vem som kan vad och därmed vem man ska fråga i olika situationer. Att viljan att dela ned sig av sin kunskap inom vården är mycket god kan bero på att målet och traditionen är att ge sina patienter så bra vård som möjligt. En personlig intressekonflikt där man väljer att behålla kunskap för sig själv kan få ödesdigra konsekvenser. Inom andra branscher där man inte arbetar med människor kan man dra större fördelar genom att behålla viktig och unik kunskap för sig själv.

Vår undersökning visar att kunskapsdelning sker på flera olika sätt, lite beroende på vilken situation man befinner sig i. Är det bråttom frågar man först och främst kollegor. Är problemen av mindre akut karaktär sker kunskapsdelning muntligt, dels i kafferummet och dels på möten. Även mail och den gemensamma så kallade G-mappen används. Några använder även Internet som kunskapskälla. Malhotra (2000) menar att kunskapsdelning till stor del är en människa till människaprocess, men även en kulturell och organisatorisk process. Det är viktigt att uppmuntra människor att dela med sig av sina kunskaper att utveckla en kultur som sporrar detta. Även Allee (1997) påtalar att det är viktigt att skapa en kultur som gynnar kunskaps hantering. Stewart (1999) och Walsham (2001) säger att IT-stöd kan ses som en hjälp för kunskapsdelning men att kunskapsdelning baserat endast på tekniskt stöd är svårt att uppnå. Eftersom sjuksköterskorna själva uppger att deras datorkunskaper är relativt låga så kan det vara svårt att hitta ett IT-stöd som fungerar bra och som de är villiga att använda. Ferneley och Light (2002) hävdar att majoriteten av de organisationer som lyckats med implementering av KMS antingen själva är IT-företag eller så går deras kärnverksamhet ut på att identifiera, sammanställa och sprida kunskap. Sjukvården kan inte sägas tillhöra något av dessa. Sågänger och Utbult (1998) talar om datafolk och vårdpersonal inte "talar samma språk", detta kan leda till missförstånd. Även detta kan vara ett problem vid införande av IT-stöd. Dock kan man se en tendens till förändring inom vården. I rapporten *IT för vård och omsorg* (2003) menar man att även om bristande IT-kompetens framhålls som en barriär i samband med införande av IT så strandar projekten i allt mindre utsträckning på motstånd bland personalen. I takt med att med personalen byts ut och det kommer in ny personal med ny utbildning blir datorkompetensen bättre och bättre. Detta innebär att det med tiden kanske känns mer naturligt att använda IT-stöd för att söka och dela med sig av ny kunskap.

Idag görs inga organiserade försök att dokumentera och katalogisera personalens kunskap. På Ögonklinikens gemensamma filsystem, G-mappen, är tanken att man ska lägga upp små referat från kurser eller utbildningar. Detta kan innebära något av ett problem om någon med specifik kunskap slutar. Någon har själv reflekterat över detta och funderat över hur de skulle kunna dokumentera en del av sin kunskap för att behålla den inom organisationen. Vi tror att en stor anledning till att inte dokument läggs upp på G-mappen i den utsträckning man skulle önska är tidsbrist. Fuka, Hanka och Syrjänen (2000) menar att tid och ansträngning är två stora hinder för ett effektivt användande av KM-verktyg i vården. Vi tycker att man skulle kunna utnyttja den gemensamma mappen på ett bättre sätt genom att införa rutiner för att lägga upp ny information på ett bra sätt. Det är även viktigt att göra samtliga medvetna om både att mappen finns och vilken information man kan hitta där.

Tillgängligheten på datorer anser alla utfrågade vara god, de säger att datorer finns på i stort sett varje rum. Vissa av de vi frågat anser att bärbara datorer skulle ha underlättat arbetet och ökat tillgängligheten. Fuka, Hanka och Syrjänen (2000) säger att tid och ansträngning är två stora hinder för ett effektivt användande av Knowledge Managementverktyg i vården. Ett exempel på ett rent fysiskt hinder är en kunskapskälla som bara kan nås via en stationär pc i läkarens rum, jämfört med bärbar pc som kan användas var som helst.

När vi pratar om sjuksköterskornas inställning till nya system, menar respondenterna att, för att ett system skall användas krävs att det är lättanvänt, tillgängligt, uppdaterat samt att tid ges till att lära sig att använda systemet, att man snabbt hittar det man letar efter i systemet är en annan viktig faktor. Kort sagt kan sägas att de presumtiva användarna vill ha ett system som är meningsfullt. Orlikowski och Gash (1994) påtalar att det är en kritisk faktor att användarna är

positiva till systemet annars finns i värsta fall risken att det avvisas hos användarna. Vill inte användarna vara med kommer inte systemet att uppfylla de förväntningar man hade på systemet innan det implementerades i organisationen. Detta innebär att tid och resurser som är nedlagda i projektet därmed är bortkastade. Det är också viktigt att fundera över om behovet ett IT-stöd för kunskapsdelning överhuvudtaget finns, eller om man tycker att det fungerar bra som det gör idag. Skulle ett system innebära en förbättring? Att personalen upplever en förbättring känns som en förutsättning för att ett system skulle användas.

För att en satsning på KM ska bli lyckad finns ett flertal viktiga krav som måste uppfyllas. Detta talar Ferneley och Light (2002) om. De menar bl.a. att satsningen måste vara integrerad i dagliga arbetsrutiner och aktiviteter, det skall inte krävas extra tid eller arbete att hålla systemet vid liv. Att uppfylla dessa krav är svårt. Många av de intervjuade tror att ett IT-stöd för kunskapsdelning skulle användas, dock tror det att det kommer att ta lite tid och träning för att vänja sig vid att använda systemet. Några av de intervjuade påtalar att de är tveksamma till att de kommer att ha tid att lägga in ny information i systemet även om de kommer att ha tid att söka information. För att lyckas med ett IT-stöd för kunskapsdelning tror vi att det är viktigt att hålla det uppdaterat, att det finns klara rutiner för vem som lägger in ny information, vem som uppdaterar befintlig information och att någon ansvarar för att informationen är korrekt.

Vilken typ av information ett KMS skulle innehålla är viktigt för dess framgång. Respondenterna tror att kunskap av mer statisk natur som t.ex. arbetsrutiner skulle passa bättre än ett innehåll som förändras ofta och kunskaper som bygger på erfarenhet och känsla. I litteraturen talar man om detta i termer av explicit och tacit kunskap. Explicit kunskap är lätt att spara, definiera, kodifiera och implementera i olika IT-system. Tyst (tacit) kunskap, innebär att vi hela tiden omedvetet skapar föreställningar om världen runt omkring oss. Dessa tar formen av värderingar och attityder. Denna typ av kunskap är alltså baserad på intuition, perspektiv, perception vilka individen skapar som ett resultat av sin erfarenhet. Kunskap som alltså är svår att verbalisera och dokumentera. Stewart (1999) menar att informationsteknologin underlättar främst spridning av den explicita kunskapen varför delning av tyst kunskap måste ske på annat sätt. Ferneley och Light (2002) påtalar att intuition och känsla snarare än systematiskt tänkande spelar ofta en avgörande roll när det gäller individers beslutsprocess. Vidare menar de att alla aktiviteter inte är återkommande och rutinartade, många av de situationer som genererar mest erfarenhet och kunskap är unika engångsföreteelser. Detta innebär att ett IT-stöd för kunskapsdelning måste vara tillräckligt flexibelt för att kunna hantera oväntade och unika händelser. Det här tror vi nog är en bra tanke man kan vara svårt att uppnå. Vi tror som respondenterna att när det gäller vilken kunskap som ett KMS skulle kunna innehålla är det rutiner av ganska oföränderlig natur som lämpar sig bäst.

### ***Förslag på fortsatt forskning***

Ett förslag på fortsatt forskning kan vara att i samarbete med personalen på Ögonkliniken utveckla en prototyp av ett IT-stöd för kunskapsdelning. På detta sätt skulle sjuksköterskorna få en mycket bättre inblick i vad KM och KMS innebär. Vi märkte tydligt under vår studie att i dagsläget är inte KM något sjuksköterskorna normalt funderar över, de står frågande inför termer som Knowledge Management och IT-stöd. Det är också möjligt att det är inte förrän de skulle få se en prototyp som de skulle förstå vad de verkligen kan använda ett system av denna typ till och därmed förstå nyttan med det.

## Slutsats

Vårt syfte med denna uppsats var att kartlägga kunskapsdelningen bland sjuksköterskor inom öppenvården samt undersöka om denna kan förbättras genom IT-stöd. Viljan att dela med sig av sin kunskap är hög men kanalerna för kunskapsdelning kunde kanske varit bättre än de är idag. Kunskapsdelning verkar idag till klart största delen ske muntligt i fikarummet och på sköterskemötena. Även mail och G-mappen används till viss del. Den kunskap som finns nedskrivna av sjuksköterskorna är främst rutiner gällande behandlingar och olika arbetsmoment. En av anledningarna till att det fungerar så bra som det gör idag är att alla intervjuade sjuksköterskor har stor erfarenhet och besitter stora kunskaper. Frågan är dock vad som händer om eller när några slutar? Det finns idag inga klara rutiner för hur man ska dokumentera och bevara personalens kunskap.

Ett sätt att bättre bevara personalens kunskap skulle kunna vara IT-stöd i form av ett KMS. För att ett KMS ska användas är det viktigt att kunskapen i systemet är uppdaterad och korrekt. Det är därför viktigt att någon har övergripande ansvar för att den kunskap som finns i systemet. Med detta menar vi inte att en person ensam ska skapa kunskapen i systemet. Det är viktigt att alla hjälper till och att det blir en gemensam process som ses som en naturlig del i det dagliga arbetet. Vi tror inte att all typ av kunskap är lämplig att hantera i ett KMS. Till att börja med bör kunskapen vara ganska statisk såsom arbetsrutiner av olika slag, exempelvis rutiner för vad en sjuksköterska förväntas göra vid en gråstarrsoperation. Kunskap som är outtalad och bygger på känsla är svår att lagra i ett KMS.

Sjuksköterskorna har en positiv inställning till kunskapsdelning. Deras inställning till kunskapsbaserade IT-system varierar dock. Det är därför viktigt att få med dem i en eventuell utveckling av ett KMS. Om de känner sig delaktiga i utvecklingsarbetet och får en bred förståelse för hur systemet fungerar kommer detta att generera större användning. Om man kan åstadkomma ett användarvänligt och enkelt system, där användarna med ett minimum av ansträngning och kunskap kan lägga upp och få tillgång till viss kunskap tror vi att systemet kommer att användas av de flesta. Det är väldigt viktigt att sjuksköterskorna känner att systemet förbättrar och förenklar deras dagliga arbetssituation.

## Referenser

- Alavi, M. & Leidner, D. E. (2001, March). *Knowledge Management and Knowledge Management Systems: Conceptual Foundations and Research Issues*, MIS Quarterly Vol. 25 No. 1.
- Allee, V. (1997). *Training and Development. "12 Principles of Knowledge management"* Vol. 51, No 11.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Boone, P. F. (1997). *Managing intracorporate knowledge sharing*. Delft: Eburon.
- Davenport, T. & Prusak, L. (1998). *Working Knowledge - How organizations Manage What They Know*. Boston, Harvard Business School Press, 1998
- Ely, M. (1993). *Kvalitativ forskningsmetodik i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Ferneley, E. & Light, B. (2002). *Knowledge Management Systems: The Role Of 'Encouragement*, Information Systems Research Centre, University of Salford, United Kingdom
- Fuka, K., Hanka, Dr. R. & Syrjänen, E. (2000). *Management in Healthcare*, Medical Informatics Unit Institute of Public Health University of Cambridge, UK
- Holme, I.M. & Solvang, B.K. (1997). *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- IT för vård och omsorg, Delrapport till ITPS utvärdering av den svenska IT-politiken, 2003*, Östersund ([http://www.itps.nu/pdf/IT-var\\_d\\_oms.pdf](http://www.itps.nu/pdf/IT-var_d_oms.pdf))
- Jerremalm, D & Norgren, M. (1999). *Utvärdering av webbsidors användbarhet - En fallstudie av Ericssonsintranät*. Uppsala: D-uppsats Systemvetenskap, Uppsala: Universitet Institutionen för informationsvetenskap.
- Johannessen, J-A., Olaisen, J. & Olsen, B. (2001). *Mismanagement of tacit knowledge: the importance of tacit knowledge, the danger of information technology, and what to do about it*, International Journal of Information Management, Vol 21, Issue 1, (Feb), 3-20.
- Lindgren, R. (2002). *Competence Visualizer: Generating Competence Patterns of Organizational Group*, Göteborg, Viktoriainstitutet.
- Lindgren, R. & Henfridsson, O. (2002). *Using Competence Systems: Adoption Barriers and Design Suggestions*, Journal of Information and Knowledge Management.
- Lindgren, R. & Stenmark, D. (2002). *Designing Competence Systems: Towards Interest-Activated Technology*, Göteborg, Viktoriainstitutet.

- Lindgren, R., Stenmark, D., Bergquist, M. & Ljungberg, J. (2001). *Rethinking competence systems for innovative organizations*, Göteborg, Viktoriainstitutet.
- Malhotra, Y. (2000), *Knowledge management and virtual organizations*, London, Idea group publishing.
- Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- McDermott, R. (1998). *Knowing is a Human Act: How Information Technology Inspired, But Cannot Deliver Knowledge Management*
- Murray, A. J. (1991). *What is Knowledge Management*, Mars 1996, [http://www.km-forum.org/what\\_is.htm](http://www.km-forum.org/what_is.htm), 2004-03-05
- Myers, M. (1999). *Investigating Information Systems with Ethnographic Research, Communications of the Association for Information Systems*, Vol 2, Article 23
- Nationalencyklopedin (2004). [www.ne.se](http://www.ne.se) Höganäs: Bra Böcker, 2004-02-07
- Newman, B. (1991). *What is Knowledge Management*, Mars 1996, [http://www.km-forum.org/what\\_is.htm](http://www.km-forum.org/what_is.htm), 2004-03-05
- Olve, N-G. (1998). *Fem röster om Knowledge Management, Kunskapsledning för kunskapsdelning: Ansvar och styrning – viktiga aspekter i kunskapsdelning*. Arvika: Grafiska.
- Orlikowski, W. (1992). *Learning from Notes: Organizational Issues in Groupware Implementation: Proceedings of the 1992* s. 362-369 New York: ACM Press
- Orlikowski, W. & Gash, D. (1994). *Transactions on Information Systems: Technological Frames: Making Sense of Information Technology in Organizations*. New York: ACM Press
- Polanyi, M. (1983) *The Tacit Dimension*, Gloucester, Mass, Doubleday och Company Inc.
- Sågänger J. & Utbult M. (1998). *Vårdkedjan och informationstekniken*. Teldok Rapport 119.
- Stegberg, T. (1996). *IT i vården, IT-stöd för samarbete och lärande*, Göteborg, Department of Informatics, School of Economics and Commercial Law.
- Steinmueller, W. E. (2000) *Will New Information and Communication Technologies Improve the Codification of Knowledge*. *Industrial and Corporate Change*, vol. 9, no. 2, pp. 361-376.
- Stewart, T. A. (1999). *Intellektuellt kapital: Organisationens nya förmögenhet*. Stockholm: Nerenius & Santérus.
- Sveiby, K-E. (1995). *Kunskapsflödet - Organisationens immateriella tillgångar*, Borgå, Svenska Dagbladets Förlag AB, 1995
- Thuren, T. (1991). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Saltsjö-Boo: Tiger Förlag.

Von Krogh, G., Ichijo, K. & Nonaka, I. (2000): *Enabling Knowledge Creation, How to Unlock the Mystery of Tacit Knowledge and Release the Power of Innovation*. Oxford University Press, Inc., Oxford.

Wallén, G. (1996). 2:a upplagan, *Vetenskapsteori och forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Walsham, G. (2001). *Knowledge Management: The Benefits and Limitations of Computer Systems*. European Management Journal, Vol. 19, No. 6, 599-608.

Wilson, T.D. (2002). *The nonsense of knowledge management*. Information Research, Vol. 8 No. 1.



## Bilaga

Intervjufrågor till sjuksköterskor vid ögonkliniken inom NU-sjukvården.

- Vilken utbildning/bakgrund har Du?
- Hur länge har Du jobbat här?
- Vad arbetar Du med?
  - Befattning och uppgift?
  - Har Du samma arbetsuppgifter varje dag?
  - Kan man dela in Era arbetsuppgifter i olika områden?
  - Om man kan det, jobbar alla på samma områden eller är man specialiserad inom ett eller flera områden
  - Hur ser trenden ut? Arbetar man mer emot specialisering eller strävar man efter att alla ska kunna allt?
- Om dina kunskaper brister i en arbetssituation, hur gör Du då för att skaffa dig de kunskaper Du behöver?
  - Var inhämtar Du den kunskap Du behöver?
  - Frågar Du någon om hjälp eller försöker Du lösa det själv?
- Vet Du vem Du kan fråga eller var Du kan vända dig när Du behöver ny kunskap?
  - Varför kontakter Du den personen?
  - Frågar alla den personen/de personerna?
  - Om Du löser det själv, hur gör Du då?
- Hur är viljan att dela med sig av sina erfarenheter och kunskaper till andra?
- Delar Du själv med dig av ny kunskap och vilket medium använder Du då för att göra detta?
- Hur upplever Du att viljan att dela med sig av kunskap är?
  - Om låg. Vad tror Du detta kan bero på?
- Diskuterar Ni om tankar, idéer kring arbetsuppgifter?
  - Vad rör oftast dessa diskussioner?
  - Var och när händer det?
  - Anser Du det viktigt och tycker Du det är bra?
- Hur sprids nya sätt att arbeta bland Er sjuksköterskor?
  - Finns det några kanaler där Ni kan dela kunskap?
- Om Du skulle sluta vad händer du med den kunskap Du besitter?
- Använder Ni ofta datorer i Ert dagliga arbete?

- Till vad och hur?
- Finns det tillgång till datorer överallt där Ni jobbar?
- Tycker Ni att det fungerar med datorer i verksamhet?
- Känner Du att Du har tillräckliga kunskaper för att använda dator?
- Upplever Du att system på datorn, till exempel Melior, förbättrar eller försämrar Er arbetsituation?
  
- Använder Du någon form av teknik/it-stöd för kunskapsdelning?
  - Om nej. Vet Du om det finns någon teknik/it-stöd för detta ändamål?
  - Om ja. Är det ett bra sätt att sprida kunskap?
  - Skulle man kunna utnyttja denna teknik på ett bättre sätt?
  
- Lämpar sig it-stöd bättre för viss typ av kunskap än andra?
  - Kan man katalogisera kunskap?
  
- Anser Du att kunskapsdelning mellan personer är viktig?
  - Hur fungerar kunskapsdelning idag?
  
- Tror Du det kan finnas utrymme/behov av mer it-stöd, vad gällande den kunskapsdelning som vi har talat om idag?
  
- Tror Du att folk skulle vilja använda ett sådant hjälpmedel?
  
- Har Du några ideer om hur något ett sådant system skulle kunna se ut?