



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

UTVÄRDERING AV EN IMPLEMENTERINGSMODELL

Modellens användningsområde:
Införandet av Senior alert på särskilda boenden för äldre, Kungsörs kommun

LENA KARLSSON

Akademien för hälsa, vård och välfärd
Vårdvetenskap
Avancerad nivå
15 hp
Utvecklingsarbete i omvårdnad
VÅE036

Handledare: Margareta Asp
Examinator: Ingrid Snellman

Datum: 2012-07-17

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Senior alert är ett kvalitetsregister som främjar patientsäkerheten och ett systematiskt arbete för att förebygga undernäring, fall och trycksår och stimulera den vårdpreventiva processen. Senior alert implementerades inom de särskilda boendena för äldre i Kungsörs kommun under hösten 2010 med avsikt att bli ett verktyg för det preventiva arbetet för att öka patientsäkerheten och minska vårdskador.

Syfte: Utvecklingsarbetets syfte var att utvärdera den implementeringsmodell som användes vid införandet av kvalitetsregistret Senior alert som identifierar hälsohinder och ökar patientsäkerheten inom de särskilda boendena för äldre inom Kungsörs kommun.

Metod: Utvecklingsarbetet är en kvalitativ intervjustudie genom fokusgruppsintervju med en induktiv innehållsanalys.

Resultat: Resultatet av utvärderingen av implementeringsmodellen som användes vid införandet av kvalitetsregistret Senior alert framkom att det var ett strukturerat införande men att utbildningsprocessen var otillräcklig samt att det fanns brister i resurs och tidsfördelning vid införandet.

Slutsats: Implementeringsmodellens nytta och användbarhet upplevdes överskådlig, informativ, lättillgänglig och att det fanns en "röd tråd". Implementeringsmodellens brister och risker är upplevelsen av tidsbrist, handledarnas utbildning var otillräcklig och det saknades praktiska övningar i teamarbete.

Nyckelord: Fokusgrupp, kvalitativ innehållsanalys, kvalitetsregister, patientsäkerhet, särskilt boende för äldre

ABSTRACT

Background: Senior alert is a quality register that promote patient safety and a systematic work in order to prevent undernourishment, fall and pressure ulcer and to stimulate the nursing prevention process. Senior alert was implemented within the nursing homes for elderly in Kungsör's community during the autumn 2010 with intention to become a tool for the prevention work in order to increase the patient safety and to reduce health care errors.

Aim: The aim of the development work was to evaluate the implementation model that was used in the introduction of the quality register Senior alert that identifies health care obstacles and increases the patient safety within the nursing homes for elderly in Kungsör's community.

Method and design: The development work is a qualitative interview study through focus group interview with an inductive content analysis.

Results: The result of the development implementation model that was used in the introduction of the quality register Senior alert showed that the introduction were structured but the education process was insufficient and that there were deficiencies in resource and time distribution in the introduction.

Conclusion: The implementation model in use and practicably were experienced overrate clear, informational and responsive and there were a” red thread”. The implementation model hade deficient and risks in experience of time distribution, better education of the instructor and there were no practical exercises in teamwork.

Keywords: Focus groups, nursing homes, patient safety, qualitative content analysis, quality registers

INNEHÅLL

1	INLEDNING	3
2	BAKGRUND.....	3
2.1	Definitioner	4
2.2	Lagstiftning som styr kommunal hälso- och sjukvård	4
2.3	Lagstiftning som styr patientsäkerhet	6
2.4	Tillsyn över patientsäkerheten och vårdskador	6
2.5	Tidigare forskning	7
2.5.1	<i>Patientsäkerhetskultur.....</i>	<i>7</i>
2.5.2	<i>Faktorer som påverkar patientsäkerheten.....</i>	<i>8</i>
2.5.3	<i>Redskap och system.....</i>	<i>9</i>
2.5.4	<i>Attityder och tillvarataganden av evidens</i>	<i>10</i>
2.6	Vårdskador på särskilda boenden för äldre	11
2.7	Verktyg och redskap för patientsäkerhet.....	13
2.8	Verktyg för särskilt boende för äldre	13
2.8.1	<i>Kvalitetsregistret Senior alert</i>	<i>13</i>
2.8.2	<i>Implementeringen av Senior alert i Kungsörs kommun</i>	<i>14</i>
2.9	Teoretiskt perspektiv.....	16
2.10	Problemformulering	18
3	SYFTE	19
3.1	Frågeställning.....	19
4	METOD.....	19
4.1	Urval	20
4.2	Datainsamling.....	21
4.3	Databearbetning och analys	21
4.4	Etiska överväganden.....	22

5	RESULTAT	23
5.1	Brist i resurs och tidsfördelning	23
5.1.1	<i>Implementeringen genomfördes vid fel tid och var tidskrävande</i>	24
5.1.2	<i>Implementeringen saknade provomgång och avstämning</i>	24
5.2	Strukturerat införande med otillräcklig utbildningsprocess	25
5.2.1	<i>Ansvarsområde och roll styrde information och kunskapsupplevelse</i>	25
5.2.2	<i>Handledare och utbildning otillräcklig</i>	26
5.2.3	<i>Modellens nytta och risker</i>	27
5.2.4	<i>Verksamhetens förändringsbenägenhet</i>	29
6	DISKUSSION	29
6.1	Resultatdiskussion	29
6.1.1	<i>Nytta och användbarhet</i>	30
6.1.2	<i>Brister och risker</i>	30
6.1.3	<i>Förbättrad situation för vårdtagaren</i>	32
6.2	Metoddiskussion	33
6.3	Forskningsetiska synpunkter	35
7	SLUTSATSER	36
	REFERENSLISTA	37
	BILAGA; A MISSIVBREV	
	BILAGA; B INFORMATIONSBREV	
	BILAGA; C INTERVJUGUIDE	
	BILAGA; D TIDSPLAN INFÖRANDE SENIOR ALERT	
	BILAGA; E SENIOR ALERT, SCHEMA ÖVER ANSVARSOMRÅDEN	

1 INLEDNING

Vård utförs allt mer i kommunal regi och det gäller den kommunala hälso- och sjukvården samt de kommunala verksamheterna som styrs av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade samt socialtjänstlagen. Den svenska vården håller hög kvalitet men trots det skadas människor i vården varje dag på grund av brister i vården och omsorgen. Det är av stor vikt att tidigt upptäcka och påtala brister i kvalitet och patientsäkerhet inom den kommunala hälso- och sjukvården och sociala omsorgen, eftersom vårdskador går oftast att undvikas. När en vårdtagare i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom, ansvarar den medicinskt ansvariga sjuksköterskan inom den kommunala hälso- och sjukvården för att risk- och händelseanalys utförs och att anmälan sker till Socialstyrelsen. Mitt intresse för patientsäkerhetsarbete är att motverka vårdskador. Genom det preventiva arbetet öka patientsäkerheten och undvika att patienter i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsätts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Senior alert är ett kvalitetsregister som främjar patientsäkerheten och ett systematiskt arbete för att förebygga och stimulera den vårdpreventiva processen. Målgruppen är den äldre vårdtagaren inom områdena undernäring, fall och trycksår. Senior alert implementerades inom de särskilda boendena för äldre i Kungsörs kommun under hösten 2010 i syfte att bli ett av verktygen för det preventiva arbetet för att öka patientsäkerheten. Författaren till detta utvecklingsarbete är medicinskt ansvarig sjuksköterska och den person som genomför utvärderingen av implementeringsmodellen av Senior alert utifrån nytta, användbarhet, risker, brister och den förbättrade situationen för vårdtagaren.

2 BAKGRUND

Utvecklingsarbetets bakgrund beskriver lagstiftning som styr hälso- och sjukvården samt patientsäkerheten på de särskilda boendena för äldre. Tillsynsmyndighet för patientsäkerhet och vårdskador är Socialstyrelsen som har genomfört studier inom området vårdskador som redovisas. Därefter redogörs forskning från området patientsäkerhet på särskilda boenden. Den forskning som delges är internationell inom patientsäkerhetskultur, den nationella forskningen är begränsad inom området. Författaren till utvecklingsarbetet har sammanställt alla Lex Maria anmälningar som inkom till Socialstyrelsen från särskilda boenden för äldre under åren 2010 och 2011 med avsikten att identifiera vilka områden det inkommer flest anmälningar. I bakgrunden beskrivs även de verktyg som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har utarbetat för att underlätta det patientsäkerhetsförebyggande arbetet. Sedan kommer en beskrivning av verktyget kvalitetsregistret Senior alert samt hur implementeringen genomfördes i Kungsör på de särskilda boendena för äldre under hösten 2010. Slutligen beskrivs det teoretiska perspektivet.

2.1 Definitioner

Patientsäkerhet; definieras som ”skydd mot vårdskada” och är resultatet av åtgärder mot risker, tillbud och negativa händelser som ger skydd mot vårdskada, definition enligt Patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) och Socialstyrelsens termbank.

Vårdskada; definieras som lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakats av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av en patients tillstånd eller en förväntad effekt av den behandling patienten erhållit på grund av tillståndet enligt Socialstyrelsens termbank. I Patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659), anses vårdskada som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om lämpliga åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada menas vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Hälso- och sjukvård; avses verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763).

Särskilt boende; definieras som individuellt behovsprövat boende som ges med stöd av Socialtjänstlagen eller Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Det som inte är särskilt boende räknas som ordinärt boende enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade [LSS] (SFS, 1993:387) och Socialtjänstlagen [SoL] (SFS, 2001:453), SoL enligt Socialstyrelsens termbank.

Vårdgivare; definieras som statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare), definition enligt Patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) och Socialstyrelsens termbank.

Lex Maria; definitionen på vad som ska anmälas enligt Lex Maria anges i bestämmelserna i 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) om skyldighet för vårdgivare att snarast anmäla till Socialstyrelsen, om en patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada.

2.2 Lagstiftning som styr kommunal hälso- och sjukvård

Den kommunala hälso- och sjukvården ska följa de grundläggande reglerna för all hälso- och sjukvård och det regleras utefter Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) som är en ramlag. Lagens syfte utifrån hälso- och sjukvård är att se till åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Det finns mål och krav på hälso- och sjukvården samt vad landsting och kommun ska ansvara för samt gemensamma bestämmelser. Lagen innehåller även ledningsstrukturer och krav på att kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras så att hälso- och

sjukvården tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar en kostnadseffektivitet enligt följande citat:

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården (SFS, 1982:763, 2§).

Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården (SFS, 1982:763, 2a§).

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller grundläggande krav för patientsäkerheten. Den vård och behandling som är aktuell ska genomföras i samråd med patienten. I de fall då information inte kan lämnas till patienten ska informationen lämnas till en närstående till patienten om det inte finns hinder för detta utifrån Offentlighets- och sekretesslagen (SFS, 2009:400) eller Patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659). Hälso- och sjukvårdslagen sätter ramen för vad som är en säker och god vård samt lägger grunden för allt patientsäkerhetsarbete.

Kommunen har ett ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt de personer som bor i en boendeform eller bostad för äldre människor. Den särskilda boendeformen ska erbjuda service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd och för människor med funktionshinder. Kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt från kommun medborgarnas behov. Planeringen och utvecklingen ska ske i samverkan med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare (Socialtjänstlagen SFS, 2001:453).

I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) framgår det att inom verksamhetsområdet som kommunen bestämmer ska finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska som ansvarar för följande tre områden; att det finns rutiner för hur kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd förändras, att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerhet för patienten samt att anmälan görs till den nämnd som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Enligt Patientsäkerhetsförordningens (SFS, 2010:1 369) tydliggörs vilka skyldigheter som åligger hälso- och sjukvårdspersonal och ansvaret för den medicinskt ansvariga sjuksköterskan som ska ansvara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde, att journaler förs i den omfattning som regleras i Patientdatalagen (SFS, 2008:355) samt att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förelagt om och se att läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande.

2.3 Lagstiftning som styr patientsäkerhet

Den 1 januari 2011 trädde Patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) i kraft, lagen har till syfte att minska vårdskador och höja patientsäkerheten i vården. Denna lag omfattar bestämmelser om att vårdgivaren ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete som innebär att utreda händelser i verksamheten som har orsakat eller hade kunnat orsaka en vårdskada. Patienter och närstående ska få information och erbjudas möjligheter att bidra till patientsäkerhetsarbete samt ha möjligheten att till Socialstyrelsen rapportera legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som bedöms utgöra en fara för patientsäkerheten. I Socialutskottets betänkande, patientsäkerhet och tillsyn (SoU, 2009/10) ansåg regeringen att det fanns skäl att i lag ange vad vårdgivaren ska göra för att leva upp till kraven på att vården ska vara säker för patienterna. Därav finns i patientsäkerhetslagen bestämmelser samlade i ett kapitel där vårdgivarens ansvar och skyldigheter framgår och som direkt syftar till att säkerhetsställa hög patientsäkerhet (SFS, 2010:659).

För att leda hälso- och sjukvårdsverksamhet så att den uppfyller Hälso- och sjukvårdslagens (SFS, 1982:763) krav på god vård krävs enligt regeringen i Socialutskottets betänkande (SoU, 2009/10) en systematisk planering, ledning och kontroll att verksamheten bedrivs på planerat sätt. Vårdgivaren ska regelbundet följa upp verksamhetens planering, utförande, resultat och att förbättringsåtgärder är av stor betydelse men är inte tillräckligt. Vårdgivaren ska även fortlöpande undersöka vilka risker som finns i verksamheten samt vidta de åtgärder som är nödvändiga för att undanröja riskerna eller, om det inte går, hålla dem under kontroll. Detta ställer krav på vårdgivaren att ha ett fungerande system för insamling av iakttagelser och information om hur risker i systemet ska organiseras. I ansvaret som vårdgivare ingår skyldighet att vidtaga de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada samt att utreda händelser i verksamheten som orsakat eller hade kunnat orsaka en vårdskada. Syftet med utredningarna ska vara att så långt som möjligt kartlägga händelseförlopp och orsaker till tillbud eller negativa händelser samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska syfta till att hindra att en liknande händelse inträffar på nytt eller begränsa effekterna av negativa händelser om de inte går att förebygga.

2.4 Tillsyn över patientsäkerheten och vårdskador

Den första svenska undersökningen om hur vanligt det är att patienter drabbas av vårdskador i slutna somatisk vård genomfördes av Socialstyrelsen 2007. Resultat från vårdskadestudien presenterades 2008 och visade att 8.6 % av patienter i slutna somatisk vård drabbades av vårdskada. Av de skadade personerna fick nästan var tionde patient bestående men eller funktionsnedsättning. Vårdskadan medverkade till att i 3 % av fallen avled patienten. Vårdskadorna ledde till 630 000 extra vårddygn som motsvarar 10 % av kostnaderna för alla vårddygnen under ett år. Utifrån resultat beslutade tillsynsavdelningen på Socialstyrelsen att en nationell patientsäkerhetsgranskning av vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete skulle genomföras och verkställas under åren 2009 och 2010. Syftet med tillsynen var att stärka arbetet med att förebygga vårdskador och eliminera risker. Vårdgivarbegreppet skulle förtydligas och ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet

skulle granskas utåt i organisationen. Ansvaret skulle påtalas för vårdgivaren vad gäller patientsäkerhetsarbetet genom att ställa tydliga krav på vårdgivaren med hänsyn till åtgärder som krävs enligt ett fungerande ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet och återföra resultat till verksamheten inom hälso- och sjukvården. Urvalet var samtliga landsting och regioner samt två privata vårdgivare. Omfattningen var områdena somatisk och psykiatrisk specialistvård samt primärvård. Tandvård och kommunal hälso- och sjukvård berördes inte av tillsynen (Socialstyrelsen, 2011b).

Den genomförda undersökningen visade att ledningssystemen inte fungerar tillfredställande. Det fanns glapp mellan vad vårdgivare redovisade och hur tjänstemän och personal upplevde hur ledning och patientsäkerhetsarbete genomfördes. Det upptäcktes otydlighet vad gäller ansvarsfördelning, befogenheter och stödfunktioner saknades för patientsäkerhetsarbete, brister i struktur, systematik, kunskap och fortbildning inom patientsäkerhetsarbete. Avvikelsehanteringen fungerade inte optimalt och det var en låg kunskap om vårdskadornas omfattning och konsekvenser. Den systematiska uppföljningen saknades eller fokuserade på kvantitet och få åtgärder vidtogs utifrån redan identifierade risker. Det påvisades att vårdgivaren hade i många fall överlämnat allt ansvar till tjänstemän vad gäller patientsäkerhetsarbetet (Socialstyrelsen, 2011b).

Viktiga förutsättningar för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete är att vårdgivaren tar sitt ansvar och visar engagemang. Det behöver avsättas tid samt särskilda resurser för kvalitet och patientsäkerhetsarbete. Det behövs även tydliga informationskanaler ut i organisationen, alla i organisationen ska delta i arbetet och att alla får och vågar lämna sina synpunkter. Det bör även finnas utbildningsmöjligheter samt att uppföljning genomförs. Patientsäkerhetskultur handlar ytterst om en organisations gemensamma synsätt och attityder till varför ett säkerhetsarbete inom vården ska bedrivas (Socialstyrelsen, 2011b).

2.5 Tidigare forskning

Vid sökning av vetenskapliga artiklar under åren 2005 till och med 2011 på patientsäkerhet, vårdskador samt skadlig vård i särskilt boende för äldre är det internationella utbudet relativt stort men nationellt är det ytterst begränsat med en sökträff. Vad som framkommer är att det finns nationell forskning inom specifika patientsäkerhetsområden exempelvis fall men inte inom det övergripande begreppet patientsäkerhet. Det bör beaktas att mycket av hänvisningarna i detta utvecklingsarbete är till forskning som finns utanför Sverige.

2.5.1 Patientsäkerhetskultur

I den internationella patientsäkerhetsforskningen återkommer frekvent ordet och begreppet patientsäkerhetskultur. Begreppet finns inte definierat i socialstyrelsens termbank och är inte vanligt förekommande men går att hitta i nationellt material från SKL (2011a) riktat till vårdgivare med landstingsavtal och hänvisar då till de attityder och värderingar som påverkar patientsäkerheten inom en vårdverksamhet.

Vårdskador på särskilda boenden har undersökts på många olika tillvägagångssätt och det som framkommer samt kan konstateras är att det sker vårdskador. Det finns problem med säkerheten på de särskilda boendena (Castle, Wagner, Ferguson och Handler, 2011a). Patientsäkerhetskulturen är en betydelsefull faktor. På särskilda boenden för äldre med en mer utvecklad patientsäkerhetskultur har högre antal avvikande händelser inrapporterade jämfört med de särskilda boenden för äldre som har en lägre patientsäkerhetskultur. Det innebär att de särskilda boenden för äldre med en mer utvecklad patientsäkerhetskultur har kompetensen att kontinuerligt rapportera avvikande händelser som ger ett högre antal avvikande händelser (Bonner, Castle, Men och Handler, 2009).

Det har genomförts jämförelser mellan patientsäkerhetskulturen på sjukhus och patientsäkerhetskulturen på särskilt boende för äldre i USA. Jämförelsen genomfördes för att få en ökad förståelse för säkerhetskulturen. Genom att bättre kunna se skillnader och likheter mellan sjukvårdsmiljöer samt främja delaktigheten i lärandet av den tillämpning som fungerar bäst. Sjukhusen har korta vårdtider och de särskilt boende för äldre har längre vårdtider. De två olika sjukvårdsmiljöerna har olika sätt att fokusera på patientsäkerhet och det går att lära av de tillämpningar av patientsäkerhet som fungerar bäst. Skillnaden mellan sjukhus och särskilda boenden är att sjukhusen är bättre på att få personalen att samverka med andra och hur de behandlar varandra med respekt samt personalens sätt att hantera stress. De särskilda boendena var bättre i att lära av misstag, omvårdnaden på avdelningen och personalens intresse i vårdtagares patientsäkerhet just när en skadlig händelse inträffat (Castle, Wagner, Perera, Ferguson och Handler, 2011b).

I USA är det inom de särskilda boendena bristerna inom patientsäkerhet ökar mest och det framkommer genom redovisade avvikande händelser och de konsekvenser som det ger för vårdtagaren. Patientsäkerhetskulturen behöver mätas i verksamheterna men de personer som forskar inom området är inte eniga om vilket system som ger mest exakthet vid ett genomförande av mätning av patientsäkerhetskulturen. Det behöver fastställas om det existerar samband mellan patientsäkerhetskultur och kliniska resultat. Avsikten med mätningar på särskilda boenden av patientsäkerhetskultur kan ge resultat som förmedlar genomförbara metoder för att fastställa viktig säkerhetsstruktur inom områdena kommunikation, personal, övervakning, felrapportering och lärande miljö (Bonner, Castle, Perera och Handler, 2008).

2.5.2 Faktorer som påverkar patientsäkerheten

Olika undersökningar påvisar att det finns faktorer och vissa moment i vården på de särskilda boendena för äldre som är riskfaktorer för patientsäkerheten och som leder till avvikande händelser. Det finns kunskap om faktorerna och när de avvikande händelserna ökar. Undersökningarna som identifierat faktorer som påverkar patientsäkerheten kan delas i patientrelaterade och organisationstrelaterade riskfaktorer.

En av de patientrelaterade faktorerna är förflyttning. Vårdtagare som bor på särskilt boende för äldre har ökad risk för avvikande händelse när vårdtagaren är i förflyttningsprocesser. De avvikande händelser som ökar i förflyttningsprocessen är höftfrakturer och fall som lett till sjukhusinläggning. Frekvensen av höftfrakturer är som högst under perioden av de första

månaderna vårdtagaren flyttat in på det särskilda boendet för äldre (Doupe, Brownell, St. John, Strang, Chateau och Dik, 2011). Utav de fall som sker på särskilt boende för äldre föranleder det till åtgärder för att motverka att vårdtagaren faller. Åtgärder med insats av begränsningsåtgärder som rullstolar med bälte och sänggrindar minskar inte fall. Det som påverkar och förebygger fall är mindre användning av anti depressiv- och sömnmedicin specifikt benzodiazepiner (Fonad, Wahlin, Winblad, Emami och Sandmark, 2008).

De organisationsrelaterade faktorerna som påverkar patientsäkerheten på särskilda boenden är personalens utbildningsnivå. Det finns samband mellan hög andel legitimerade sjuksköterskor på särskilda boenden för äldre och lågt antalet inrapporterade avvikande händelser (Castle m.fl., 2011a). Personal med högre utbildningsnivå är en faktor som stärker patientsäkerheten. En annan faktor som påverkar patientsäkerheten samt ger fördelar till vårdtagarna är kontinuitet i personalgruppen. Vårdtagaren får träffa personal som vårdtagaren känner igen, är återkommande och det samma gäller för personalen som får träffa vårdtagaren som de känner igen. En ömsesidig kontinuitet (Bonner m.fl., 2009). Utanför Sverige är sjukförsäkringen en riskfaktor för patientsäkerheten, i USA är den statliga sjukförsäkringen en faktor som påverkar patientsäkerheten på särskilda boenden för äldre. För vårdtagare med hög genomsnittlig sjukförsäkring är sannolikheten högre att de särskilda boenden arbetade förebyggande med de inrapporterade avvikande händelserna för att främja patientsäkerheten (Castle m.fl., 2011a).

När riskfaktorer blir kända och det förebyggande arbetet ska starta med att ta fram de förebyggande åtgärderna ska fokus främst vara på de riskfaktorer på individuell nivå där de patientrelaterade riskfaktorerna ingår och även inkludera den omgivande miljön (Fonad m.fl. 2008). Vad gäller riskfaktorer som identifierats inom organisationen, organisationens klimat och som är styrande för patientsäkerhetskulturen på särskilda boenden för äldre, visar det sig att organisationen ska ha tydliga mål, fokusera på effektivitet i arbetsprocessen, ett positivt arbetsklimat och att personalens nivå av stress ska vara hanterbart (Arnetz, Zhdanova, Elsouhag, Lichtenberg, Luborsky och Arnetz, 2011).

2.5.3 Redskap och system

För att identifiera vilka vårdskador som förekommer på de särskilda boendena för äldre ska arbetet ske med redskap och system för patientsäkerheten för att systematiskt kunna jämföra och implementera program för att förbättra patientsäkerhetskulturen (Bonner m.fl. 2009).

Inom området redskap så finns det en svensk studie som använt redskap för screening av nutrition och uppfattad hälsa för målgruppen geriatrisk rehabiliteringspatienter. I studien ingick 147 patienter och dem som deltog så hade över 50 % medium risk för undernäring och 14 % hade hög risk för undernäring samt att de som var i gruppen hög risk för undernäring kunde sammankopplas till sjukdom och ohälsa. Det visade sig även att det förekom olikheter i sjuksköterskans dokumentation vad gäller anteckningar om nutritionen. I patientgruppen från medium till hög risk för undernäring gick det inte att spåra eller identifiera riskerna i dokumentationen. Sjuksköterskan har ett behov av ett screeningsinstrument för att kartlägga och belysa vilka äldre som har nutritionsrisk samt vilka äldre som har ett behov av framtida utredning (Söderhamn, Bachrach-Lindström, och Ek, 2007). I andra studier framkommer

liknande resultat som visar på att relevanta redskap ska användas i den kliniska praktiken. De verktyg som finns för screening av trycksår och nutritionsstatus är Modifierad Norton skala och den korta Mini-nutrition instrumentet som är enkelt att använda i den kliniska vården. (Bååth, Hall-Lord, Idvall, Wiberg-Hedman, och Larsson, 2008).

2.5.4 Attityder och tillvarataganden av evidens

Det behövs fler studier och undersökningar om patientsäkerhetskulturen inom särskilda boenden för äldre för att öka patientsäkerheten (Bonner m.fl., 2008). De fakta som finns är samband mellan patientsäkerhet och omvårdnads kvalitet samt att personalens utbildningsnivå påverkar patientsäkerheten (Castle m.fl., 2011a). Undersköterskans uppfattning av patientsäkerhetskulturen som är relaterad till kliniska vårdtagarspecifika resultat finns det numera samband i områdena fall, trycksår och daglig användning av begränsningsåtgärder på särskilda boenden för äldre. På särskilda boenden för äldre där undersköterskor rapporterar in avvikande händelser inom områdena fall samt begränsningsåtgärder så som bälten och sänggrindar, så framkommer det att de lär sig att rapportera avvikande händelser. Det i sin tur leder till ökat antal avvikande händelser att arbeta patientsäkerhetsfrämjande med (Bonner m.fl., 2009). Studier som undersöker attityder inom olika personalkategorier som innefattar övriga personalkategorier så som kök och måltidspersonal, vaktmästare och lokalvårdare saknas det idag mätningar inom patientsäkerhetskulturen på särskilda boenden för äldre (Bonner m.fl., 2008).

Vid en implementering i förebyggande säkerhet och förbättringsarbete för fallprevention, på ett särskilt boende för äldre genomfördes en analys av implementeringen. Resultatet visade att vårdtagarna hade riskbedömts med evidensbaserade instrument och att det fanns preventiva planer. Det fanns utarbetade riktlinjer för fallprevention men att riktlinjerna inte var kända av personalen. Tillgängligheten av processkriterierna var generellt dålig hos personalen. Enbart ett av kriterierna genomfördes av personalen och det var registrering av fall. Analysen av resultatet visar en dålig tillgänglighet till riktlinjerna (Gama, Medina-Mirapeix och Saturno, 2011). Det särskilda boendet för äldre hade riktlinjer och preventiva planer för vårdtagarna men det var inte känt hos personalen eller hur det skulle användas, det fanns ett gap mellan vårdtagarens behov och personalens kunskaper.

Forskningen visar att det sker vårdskador och att det finns problem med patientsäkerheten. Den visar även att det finns ett behov av att mäta patientsäkerhetskulturen för att få fram de samband som förekommer mellan patientsäkerhetskulturen och de kliniska resultaten. Mätning skulle underlätta arbetet med att utarbeta modeller för säkerheten inom områdena kommunikation, personal, övervakning, avvikelser och lärande miljöer. Det finns påvisbara faktorer som påverkar patientsäkerheten och att det systematiska vårdpreventiva arbetet ska ske med hjälp av redskap och system. Patientsäkerheten påverkas av personalens attityder och hur välinformerade personalen är i det förebyggande arbetet som integrerats i verksamheten. Den svenska forskningen för patientsäkerhet och patientsäkerhetskultur på särskilda boendena för äldre är nästan obefintlig men mycket av den internationella forskningen kan användas i det vårdskadeförebyggande arbetet för att öka patientsäkerheten i Sverige.

2.6 Vårdskador på särskilda boenden för äldre

För sjuksköterskor har Socialstyrelsen (2005) framställt en kompetensbeskrivning med omvårdnadens teori och praktik som kompetensområde. Sjuksköterskan ska främja hälsa och förebyggande av ohälsa, genom att sjuksköterskan ska ha förmågan att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer. Sjuksköterskan ska kunna identifiera och bedöma vårdtagarens resurser och förmåga till egenvård, undervisa och stödja vårdtagare och närstående, individuellt eller i grupp. Syftet är att främja hälsa och att motverka ohälsa samt att se komplikationer i samband med sjukdom, vård, behandling och kunna förebygga smitta samt smittspridning. Enligt sjuksköterskornas etiska kod finns fyra elementära områden för sjuksköterskeprofessionen att förhålla sig till, ”att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande” (ICN: ’s Etiska kod för sjuksköterskor, 2005, s. 3).

Vid händelser som har medfört eller hade kunnat medföra att vårdtagare förorsakats av en allvarlig vårdskada ska händelsen rapporteras in till vårdgivaren (Socialstyrelsen SOSFS, 2010:4). Den inrapporterade händelsen registreras sedan in i olika system för vidare utredning. Det finns ett mörkertal och kvalitetsbrister i sjukvårdens inrapporteringsystem och det leder till att vårdgivaren får in färre anmälningar till utredningar. Forskning visar att mörkertalet står för att det finns ett gap mellan hälso- och sjukvårdens skyldighet och ansvar och att utföra arbetsuppgifter av skyldigheter och ansvar i praktiken (Öhrn, 2011).

När inrapporterad händelse inkommer har vårdgivaren till ansvar att utreda händelser och anmäla händelsen enligt Lex Maria (Socialstyrelsen SOSFS, 2010:4). En anmälan enligt Lex Maria ska innehålla en fastställd struktur med en intern utredning. Den ska innefatta; händelseförloppet, omedelbart vidtagna korrigerande åtgärder och identifierade orsaker till händelsen. Den ska även innehålla en riskbedömning som visar vad som är sannolikheten för att liknande händelser ska inträffa igen med tänkbara konsekvenser, händelser av liknande art som tidigare har inträffat i verksamheten och riskförebyggande åtgärder som vidtagits med utgångspunkt från riskbedömningen.

Vårdtagaren ska få information om händelsen som inträffat, har det medfört en vårdskada och orsakat en Lex Maria anmälan ska vårdtagaren erbjudas en möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen. I de fall informationen inte kan lämnas till vårdtagaren, ska information lämnas till en närstående som ska ges möjlighet att lämna sina skriftliga synpunkter på händelsen (Patientsäkerhetslagen SFS, 2010:659).

Författaren till detta utvecklingsarbete har från Socialstyrelsen begärt ut ärendelistor med alla Lex Maria anmälningar som inträffat på särskilt boende för äldre från åren 2010 och 2011. Begäran skedde från de sex stycken tillsynsmyndigheter som Socialstyrelsen har i Sverige. Alla sex tillsynsmyndigheterna har delgivit sina ärendelistor och det visade sig vid granskning av materialet att det inte fanns utarbetad nationell sammanställd årsstatistik varav genomgång av ärendelistorna skett manuellt för att hitta områden att kategorisera ärendegrupper utifrån händelse (Tabell 1). Det resulterade i 20 kategorier. Ärenden var år 2010, 170 stycken och för år 2011 var det 114 stycken.

I tabellen redovisas de Lex Maria anmälningar som inkommit till Socialstyrelsen från särskilda boenden för äldre under åren 2010 och 2011.

Tabell 1: Sammanställning av Socialstyrelsens alla Lex Maria anmälningar som skett i Sverige från särskilt boende, äldre under 2010 och 2011.

Kategoriserade ärenden	Antal 2010	Antal 2011
Brister i läkemedelshanteringen	53	36
Fallskada	32	26
Fallskada utefter incident med rullstol	4	1
Fallskada utefter incident med lyft, lyftsele	3	0
Fallskada utefter incident med övrigt medicintekniskt hjälpmedel	2	1
Incident med rullstol	2	1
Incident med lyft	2	1
Incident med övrigt medicintekniskt hjälpmedel	2	2
Bristande rutiner	5	4
Bristande rutiner och informationsöverföring	0	1
Bristande informationsöverföring	4	3
Omvårdnad som varit bristfällig, fördröjd och felaktig samt brister i information och dokumentation	19	12
Bristande vårdhygien, smittspridning MRSA	1	2
Sjuksköterska har ej följt läkarordination	2	0
Fördröjd, bristande, utebliven, missad diagnos och behandling	26	16
Urinkatetrar och urosepsis	3	0
Vårdtagare avvikit från ett särskilt boende	2	0
Självmoordsförsök	2	1
Självmoord	6	0
Övriga med frånvaro av information samt fördröjd transport	0	7
Totalt	170	114

Sammanställning av Socialstyrelsens Lex Maria anmälningar från särskilt boende för äldre under 2010 och 2011 visar att vid en kategorisering av anmälningarna och procentuell uträkning finns det fyra områdena som det inkommer flest anmälningar. Områdena det gäller är *läkemedel* med som har cirka 31-32 % av alla anmälningar och cirka 24-25% av alla anmälningar är *fallskador, med och utan hjälpmedel*. Området *diagnos och behandling som har varit fördröjd, bristande eller utebliven* så är det cirka 14-15 % av anmälningarna och 10-11% av anmälningarna är på grund av att *omvårdnaden varit bristfällig, fördröjd och felaktig samt brister i information och dokumentation*. Av den sammanställning som utförts så framkommer det i statistiken (Tabell 1) att cirka en fjärdedel av alla anmälda vårdskador som sker på särskilt boende för äldre är på grund av fall med eller utan hjälpmedel. Fallskador som orsakar lidande för den enskilde vårdtagaren men som även belastar samhället ekonomiskt med sjukvårdsbesök inom slutenvården. Ett område som de särskilda boendena för äldre skulle kunna arbeta mera aktivt med genom vårdskadeförebyggande patientsäkerhetsarbete. Ytterligare ett område som de särskilda boendena för äldre skulle kunna förbättra är anmälningar som är orsakade av att omvårdnaden varit bristfällig, fördröjd och felaktig samt brister i information och dokumentation. De två omnämnda förbättringsområdena utgör cirka en tredjedel av alla inkomna Lex Maria anmälningar till Socialstyrelsen från särskilt boende för äldre och här har verksamheterna en möjlighet att arbeta vårdskadeförebyggande.

2.7 Verkt yg och redskap för patients akerhet

Vårdgivaren har ett ansvar för att det sker ett förebyggande kvalitetsarbetet och att det  r systematiskt, fortlöpande för att utveckla och säkra verksamheterna. Genom att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten följer vårdgivaren Socialstyrelsens ledningssystem (SOSFS, 2011:9) och som stämmer väl överrens med Patients akerhetslagen (SFS, 2010:659). Vårdgivaren har ett ansvar att arbeta systematiskt med patients akerheten och det finns utarbetade verktyg och redskap tillgängligt. SKL har utarbetat material för verksamheter inom vårdområdet. I början av 2011 kom utifrån den nationella satsningen f r ökad patients akerhet handboken i grundläggande patients akerhetsarbete; Säkrare vård och omsorg från SKL (2011b). I handboken redovisas områdena läkemedel, fall, fördröjd vård och behandling som enligt Socialstyrelsen i Lex Maria anmälningar från 2009 var de mest riskfyllda områdena. Även andra riskområden från den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen redovisas vilket var nutrition, delegering, omv rldnad, bemötande, kommunikation, information, infektioner, smittspridning och medicintekniska produkter. Handboken tar upp hur metoder för rapportering, analys och förbättringsarbete kan utföras i praktiken. För att m ta och från mätning till åtgärder av patients akerhetskulturen har tipsguiden från SKL (2011c) publicerats samt att m ta patients akerhetskulturen från SKL (2011a). I materialet framkommer tipsguide och hur mätning ska ske fram till åtgärder men materialets målgrupp är vårdgivare med landstingsavtal.

På nationell nivå har det satsats på förbättringsarbete genom prestationsersättning för att stimulera och  ka medverkan i kvalitetsregistren. De nationella kvalitetsregistren  r; Svenska Palliativ registret med syfte att förbättra vården i livets slutskede, Svedem med syftet att förbättra kvaliteten i demensvården, Svenska BPSD-registret med syfte att säkerställa kvaliteten inom vården av personer med Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens samt kvalitetsregistret Senior alert med syfte att stödja ett förebyggande arbetssätt i vårdkontakter med äldre.

2.8 Verkt yg f r särskilt boende f r äldre

Utifrån statistik från Lex Maria anmälningar till Socialstyrelsen från särskilda boenden för äldre från åren 2010 och 2011 (Tabell 1) så framkommer det att av de fyra områden som hade flest anmälningar tillgodoser verktøyet kvalitetsregistret Senior alert det förebyggande och systematiska arbetet f r två av områdena det vill säga fall och brister i omv rldnad samt dokumentation.

2.8.1 Kvalitetsregistret Senior alert

Senior alert  r ett kvalitetsregister som har funnits sedan 2008 och främjar ett systematiskt arbete för att förebygga undernäring, fall och trycksår. Senior alert stimulerar det tvärprofessionella arbetssättet och riktar sig till den vårdpreventiva processen för den äldre vårdtagaren. Utifrån den enskilda patienten genomförs en standardiserad riskanalys inom

områdena undernäring, fall och trycksår. För varje riskområde finns standardiserad mätmetod. Undernäring riskbedöms med Short Form Mini Nutritional Assessment (Rubenstein, Harker, Salva, Guigoz och Vellas, 2001). Fall riskbedöms med Downtown Fall Risk Index (Downton, 1993). Trycksår riskbedöms med Modifierad Nortonskala (Ek, Unosson och Bjurulf, 1989).

De patienter som har riskbedömts enligt mätinstrumenten och har påvisad samt konstaterad risk för undernäring, fall och trycksår ska ingå i det förebyggande arbetssättet som kännetecknas av struktur, systematik och synliggörande av resultat. Arbetsprocessen startar med att en patient riskbedöms utefter ett standardiserat mätverktyg för undernäring, fall och trycksår. Resultatet av riskbedömningen ger svar på om patienten har konstaterat problem eller risker för undernäring, fall eller trycksår, finns det risker utförs en orsaksanalys. Teamen träffas regelbundet och ser över vilka patienter som har konstaterade problem samt risker. Arbetet börjar med att se till vilka förebyggande åtgärder som ska vidtagas och ansvarsfördelningen av åtgärderna samt informera och engagera patienten. Regelbunden uppföljning och resultatredovisning sker även i de tvärprofessionella grupperna. Alla steg riskbedömning, orsaksanalys, åtgärder, uppföljning och resultat registreras i kvalitetsregistret som sedan går ut i statistik (Senior alert, 2011).

2.8.2 Implementeringen av Senior alert i Kungsörs kommun

Kungsör är en liten kommun med drygt 8000 invånare. Kommunen har tre särskilda boenden för äldre, det är Södergården med enheterna Ängen, Rönnen och korttidsboendet Gläntan med totalt 58 platser, Misteln har 65 platser och Tallåsgården med två enheter som har 16 platser. Inom särskilt boende för äldre finns det 139 platser som så gott som alltid är fullbelagda.

Kungsör införde Senior alert under den nationella satsningen för att motverka vårdskador och öka patientsäkerheten. Arbetet med Senior alert startade med att medicinskt ansvarig sjuksköterska var på Senior alert utbildning i Stockholm våren 2010. Efter utbildningen utarbetade medicinskt ansvarig sjuksköterska en projektplan och implementeringsmodell med tidsplan som godkändes av socialchef samt socialnämnden som informerades muntligt. Modellen var i fyra steg med en förberedelse- och anslutningsfas samt start och framtida utvecklingsområden. Ingen vetenskaplig teori eller modell användes utifrån den forskning som finns inom området implementering. Modellen utarbetades utifrån praktisk erfarenhet av arbete med implementering. Två handledare utsågs som ansvariga för implementeringen, medicinskt ansvarig sjuksköterska och en sjukgymnast. Ansvarsfördelningen var att medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarade för förberedelse och anslutning medan start och utveckling var ett gemensamt ansvar mellan handledarna. Implementeringens tidsplan var under fyra månader, från 1 september till 31 december 2010. Implementeringsmodellen utgår från att handledarna informerar och utbildar grupperna som är indelade utifrån sin yrkesprofession. Tillvägagångssättet att informera per yrkesprofession var för att tydliggöra ansvarsområdet för varje yrkesgrupp i förhoppning att stärka de olika rollerna inför kommande teamarbete i Senior alert.

I förberedelsefasen var handledarna på utbildning i funktionen av kvalitetsregistret Senior alert samt hur det systematiska arbetet ska främjas. Efter att handledarna fått utbildningen arbetade handledarna fram ett material till utbildning på lokal nivå som anpassades till grupperna som var indelade utifrån sin yrkesprofession. Handledarna utbildade alla som skulle ingå i teamträffarna och det var enhetschefer, Senior alert ombud, sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Handledarna utbildade först enhetscheferna och hade en dialog med enhetscheferna om frekvens på teamträffar samt yrkesprofession som skulle utses till sammankallande för teamträffarna. Sjuksköteprofessionen utsågs till sammankallande. Enhetscheferna fick utse en undersköterska per enhet för uppdraget som Senior alert ombud. Handledarna utbildade Senior alert ombuden utifrån sitt ansvarsområde. Sista utbildningstillfället skedde för den legitimerade personalen utifrån arbetsterapeuten, sjukgymnastens och sjuksköterskans ansvarsområde i Senior alert. Införandet av Senior alert var medvetet riktat till att få undersköterskorna aktiva i det förebyggande vårdskadearbetet. Undersköterskan som på det särskilda boendet för äldre är kontaktpersonal för en till fyra vårdtagare skulle bli den person som ansvarade för att utföra riskbedömningen utifrån det standardiserade mätverktyget för undernäring, fall och trycksår. Handledarna besökte alla enheter på de särskilda boendena för äldre på arbetsplatsträffarna för att informera undersköterskorna om vilken arbetsuppgift som de skulle ansvara för samt hur det praktiskt skulle gå till (Bilaga D).

Anslutningsfasen pågick i drygt en månad och utfördes av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Under anslutningsfasen informerades socialnämnden och ledningsgruppen muntligt om projektplan och tidplan av införandet. IT-avdelningen och kommunens ansvarige för personuppgiftslagen kontaktades för ett gemensamt arbete med ansökan och inträde till kvalitetsregistret Senior alert (Bilaga D).

Starten för kvalitetsregistret Senior alert var den 15 november för de särskilda boendena för äldre. Då hade alla undersköterskor, Senior alert ombud, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor och enhetschefer fått information och utbildning. Undersköterskorna som efter godkänt inhämtat samtycke från vårdtagaren utförde riskbedömningen med vårdtagaren levererade riskbedömningar till Senior alert ombuden. Riskbedömningarna registrerades in i kvalitetsregistret av Senior alert ombuden (Bilaga D).

Utvecklingen av arbetssättet, utarbete rutiner, schema för ansvarsområden och revidera fallrapporter har skett successivt under 2011 (Bilaga E).

Planeringen för Kungsörs kommun var att implementeringen skulle ske under hösten 2010 och till årsskiftet 2010/2011 skulle arbetet vara integrerat i verksamheterna. Målet var att alla vårdtagare inom särskilt boende för äldre skulle vara tillfrågade och riskbedömda enligt Senior alert, riskbedömningarna skulle vara registrerade i kvalitetsregistret innan sista december 2010. Av de 139 stycken vårdtagare som bodde på särskilt boende samt korttidsboende för äldre riskbedömdes 125 vårdtagare och av dem uppgav alla sitt medgivande till att registreras in i kvalitetsregistret Senior alert (Tabell 2).

Det långsiktiga arbetet med Senior alert är att erbjuda alla vårdtagare som bor på särskilt boende för äldre två riskbedömningar per år och det ska ske kontinuerligt varje vår och höst. Enligt statistik från kvalitetsregistret Senior alert framkommer det att vårdtagare riskbedöms vår och höst samt att det överrensstämmer med det uppsatta målet för Kungsörs kommun. Senior alert är infört och integrerat i verksamheterna, riskbedömningar inom fall, undernäring och trycksår sker kontinuerligt och åtgärder genomförs utifrån de risker som framkommer. Arbetet med åtgärder och utvärdering av åtgärder har börjat integreras i verksamheterna.

Tabell 2: Antal riskbedömningar per år och månad.

Månad	2010 antal riskbedömningar	2011 antal riskbedömningar	2012 antal riskbedömningar
Januari	-	8	6
Februari	-	3	10
Mars	-	5	13
April	-	12	14
Maj	-	38	108
Juni	-	88	-
Juli	-	1	-
Augusti	-	2	-
September	-	4	-
Oktober	5	9	-
November	12	88	-
December	108	78	-
Totalt	125	336	151

2.9 Teoretiskt perspektiv

En implementeringsteori kan användas vid planering och utvärdering av verksamheter som ska förändra arbetsätt och hjälper till att skapa gynnsammare förutsättning för att underlätta en implementering. Teorin hjälper att framföra och förklara förändrade beteenden. Det finns olika inriktningar på teorierna som finns inom områdena individuell nivå, hur omgivning och miljö påverkar individen samt ekonomi och organisationens nivå (Nilsen, 2010).

Det är många faktorer som påverkar implementeringsprocessens resultat och orsakerna kallas förklaringsfaktorer eller benämningsfaktorer. I Nilsen (2010) beskrivs att forskningen har haft svårigheter att identifiera de specifika framgångsfaktorer som leder till ett lyckat implementeringsresultat. Nilsen, Roback och Krevers (2010) menar att det är av betydelse att systematisera möjliga faktorer som påverkar implementeringsprocessen och har lyft fram samt beskrivit sex övergripande förklaringsfaktorer som omnämns ramverk, redovisas i tabell 3. De sex olika förklaringsfaktorerna benämns komponenter. Ramverket innehåller framgångsfaktorer ur alla systemnivåer från individ till samhällsnivå, det gemensamma med komponenterna är att var och en av komponenterna har en möjlighet att påverkar implementeringsprocessens resultat, redovisas i tabell 3.

Tabell 3: Förklaringsfaktorer för implementeringsprocesser.

Komponent	Beskrivning
1. Implementeringsobjekt	Egenskaper hos implementeringsobjektet har betydelse för implementeringsprocessens utfall.
2. Implementeringsaktivitet	Denna komponent omfattar aktiviteter, t.ex. spridning av information till potentiella användare, för att påverka implementeringsprocessen utfall.
3. Implementeringsaktörer	Med denna komponent avses aktörer av betydelse för implementeringsprocessens utfall, t.ex. patienter och beslutsfattare på olika nivåer.
4. Användare	Med komponenten användare förstås egenskaper hos implementeringsobjektets potentiella användare, vilka tillägnar sig forskningsresultat som de tillämpar i sitt arbete, som grupper av användare, t.ex. medarbetare inom ett landsting som börjar arbeta med en ny datorbaserad manual.
5. Inre kontext	Inre kontext avser förhållanden och egenskaper beträffande den verksamhet eller organisation där implementeringen sker som har betydelse för implementeringens utfall.
6. Yttre kontext	Med yttre kontext avses samhällsförhållanden som påverkar implementeringsprocesser, t.ex. lagar, regler, sociala normer och demografiska förhållanden.

(Nilsen, 2010, sidan 73)

Det teoretiska perspektivet beskrivs här lite närmare utifrån tre av de sex komponenterna; implementeringsobjekt, inre och yttre kontext. Den första komponenten omnämns implementeringsobjekt, den har sin grund i Rogers diffusionsteori från 2003 som finns beskriven i Nilsen (2010). I Rogers diffusionsteori beskrivs fem upplevda innovationsattribut det vill säga hur nyheter integreras. *Relativ fördel*, påvisar hur nyheten upplevs fördelaktig jämförelsevis med alternativen och *kompatibilitet* hur överrensstämmer nyheten med behoven, värderingar och tidigare erfarenheter som finns. *Komplexitet* visar om nyheten är förståelig och möjlig att implementera i verksamheten och *prövbarhet* om det finns möjlighet att prova nyheten innan skarp drift och hur det går att återgå till den gamla beprövade arbetssättet. *Observerbarhet*, ser till vilken grad är nyhetens nytta märkbar och synlig. Empiriska studier visar på samband mellan de fem olika innovationsattributen i diffusionsteorin men att personer, grupper och professioner har olika tolkningar.

De sista komponenterna omnämns inre och yttre kontext. Med den inre kontexten menas de förhållanden och egenskaper som finns inom en verksamhet eller organisation och som påverkar implementeringsprocessen. I den inre kontexten finns organisationskultur och organisationsstruktur. I organisationskulturen ingår organisationens gemensamma normer, värderingar och verklighetsuppfattningar, som utvecklas i verksamheten när medarbetare samverkar med varandra och med omvärlden. Ett annat viktigt begrepp i den inre kontexten är organisationens absorberande förmåga för ny kunskap. I begreppet ingår organisationens befintliga kunskap, förmågan att finna, integrera och förmedla kunskap. Ett annat begrepp i den inre kontexten är den organisatoriska förändringsbenägenheten som avser ledarskap, visioner, risktaganden, tydliga mål och prioriteringar. Den yttre kontexten beskriver hur samhällsförhållanden påverkar en verksamhet eller organisation. Påverkan på

implementeringsprocessen kan ske utifrån lagar, regler sociala normer och demografiska aspekter. Den yttre kontexten beskriver i vilken omfattning och hur snabbt innovationer, det vill säga nyheten adopteras (Nilsen, 2010).

Disciplinen vårdvetenskap bygger på de fyra konsensusbegreppen patient, hälsa, miljö och vårdande. Enligt omvårdnadsforskaren Eriksson (2004) "är" människan hälsa och det går inte att "ge" hälsa till en annan människa men det går att stödja människan att vara i hälsa. Det är många faktorer som ska samspela och som gör att hälsan är föränderlig. Hälsan är enligt vårdvetenskapen en helhet och en rörelse, den är relativ och varierar från individ till individ samt är personlig med sin egen referensram på hälsa. De orsaker som bidrar till ohälsa kallas hälsohinder. Orsakerna kan finnas inom människan själv men även i människans medvärld och omvärld.

Medvärlden byggs upp genom möten mellan människor, mötet skapas av de mötande, deras upplevelse av mötet och förmåga att skapa relationer. Mötets djup och de krafter som sker mellan de mötande är av betydelse om de mötande når varandra i en för dem gemensam värld. Vägen till att de mötande når varandra är beroende av om de mötande har möjlighet att förstå de fenomen som ligger bakom beteendemönster och symptom som människan uppvisar. Vårdandet sker i medvärlden. Hälsohinder i medvärlden kan vara relationen mellan människa till människa och har i vårdvetenskapen en central betydelse. Omvärlden innefattar människans biologiska och drifternas värld. I omvärlden sker anpassning och förutbestämmdhet hemma (Eriksson, 1987).

I detta utvecklingsarbete är det teoretiska perspektivet utifrån det förebyggande arbetet med att identifiera hälsohinder genom riskbedömningar från Senior alert på särskilt boende för äldre samt hur förklaringsfaktorer; implementeringsobjekt, inre och yttre kontext för implementeringsprocesser stämmer överens med upplevelsen av implementeringsmodellen av Senior alert i Kungsörs kommun.

2.10 Problemformulering

Verksamheter som utövar vård har enligt den gällande lagstiftningen höga förväntningar på sig att vården är patientsäker. Verksamheten ska arbeta systematiskt och följa den senaste evidensbaserade kunskapen för att minska vårdskador och öka patientsäkerheten. Nationell statistik visar att det finns brister inom patientsäkerheten och enligt Lex Maria anmälningar till Socialstyrelsen 2010 och 2011 från särskilda boendena är cirka en fjärdedel av vårdskadorna orsakade av fall. Det finns forskning som har ringat in de faktorer som påverkar patientsäkerheten och som förebygger vårdskador. Nationellt sker satsningar för området patientsäkerhet. För de särskilda boendena för äldre finns verktyg och instrument i form av kvalitetsregister. Senior alert är ett kvalitetsregister som främjar arbetsätt för ökad patientsäkerhet inom områdena undernäring, fall och trycksår. För att stimulera verksamheterna att använda kvalitetsregistren sker nationell satsning med prestationsersättning. På så vis sker påverkan till förändring av vården för att främja patientsäkerheten.

Kungsörs kommun införde Senior alert på de särskilda boendena för äldre under hösten 2010 utifrån medicinskt ansvarig sjuksköterskas utarbetade implementeringsmodell. Införandet utfördes med projektplan, tidsplan och utbildningsinsatser. Genom statistik från kvalitetsregistret Senior alert framkommer information att det sker riskbedömningar kontinuerligt på vårdtagarna och det visar att införandet är integrerat i verksamheterna. Det systematiska arbetet för att förebygga undernäring, fall och trycksår stimulerar den vårdpreventiva processen för att motverka hälsohinder och öka patientsäkerhet. Senior alert är nu integrerat i verksamheten men hur upplevdes implementeringsmodellen av de personer som var med under införandeprocessen? Finns det kopplingar mellan implementeringen av införandeprocessen och förbättrad situation för vårdtagaren?

3 SYFTE

Syftet med utvecklingsarbetet är att genom personalens erfarenheter av en implementeringsmodells tillämpning utvärdera införandet av kvalitetsregistret Senior alert som identifierar hälsohinder och ökar patientsäkerheten inom de särskilda boendena för äldre inom Kungsörs kommun.

3.1 Frågeställning

1. Vilka erfarenheter av implementeringsmodellen har deltagarna i Senior alert teamen?
2. Vilka erfarenheter beskriver deltagarna i Senior alert teamen att implementeringsmodellen har ur ett patientperspektiv?

4 METOD

Utvecklingsarbetet är en kvalitativ intervjustudie genom fokusgruppsintervju med en induktiv innehållsanalys. Författaren ville utvärdera implementeringsmodellen som användes vid införandet av kvalitetsregistret Senior alert i de särskilda boendena för äldre inom Kungsörs kommun genom personalens erfarenheter av tillämpning av modellen.

Utvärderingens intention är att skaffa kunskap om det som ska utvärderas, granska de kvaliteter som finns inom det som ska utvärderas samt om det finns någon nytta och värde utav det som utvärderas för omvärlden. Det finns olika inriktningar för utvärdering och den metod som använts för utvärderingen i detta utvecklingsarbete är en modell från process-

och deltagarinriktad utvärdering som ger kvalitativa omdömen av det som utvärderas, modellen heter självutvärdering och yrkesmässig reflektion (Karlsson Vestman, 2011). Det som utvärderades var implementeringsmodellen som användes vid införandet av Senior alert vid de särskilda boendena för äldre i Kungsörs kommun.

Modellen självutvärdering och yrkesmässig reflektion har för avsikt att öka medvetenheten om vad som fungerar och vad som inte fungerar. Det sker genom den professionelles egen kompetens vad som har fungerat bra eller dåligt. Perspektivet är verksamhetens utförare och att få fram de främjande och lärande egenskaperna av implementeringsmodellen för professionens område (Holmer, 2003). Utvärderingen genomfördes med hjälp av olika professioners erfarenheter av tillämpningen av implementeringsmodellens användbarhet, nytta, risker, brister samt förbättrad situation. Utvärderingen skedde av intern utvärderare. Lämplig metod var fokusgruppsintervju då olika professioner har möjlighet till dialog, reflektion och diskussion.

Värderingskriterierna utgår från en deskriptiv värdering som enligt Vedung (2010) ser till andras värderingar och i detta utvecklingsarbete är det sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, Senior alert ombud, undersköterskor och enhetschefer som ger sin erfarenhet av implementeringsmodellen av Senior alert.

4.1 Urval

Urvalet av enheter för utvärderingen är särskilt boende för äldre; Tallåsgården, Misteln, Södergården och Södergårdens korttidsavdelning i Kungsörs kommun. Alla enheterna var med från starten av införandet av Senior alert som skedde hösten 2010. Urvalet är med utgångspunkt från Wibeck (2010) samt Halkier (2010) beskrivningar av traditionell fokusgrupp med en homogen gruppkonstellation som är den bäst lämpade vid fokusgruppsintervjuer som sker vid ett tillfälle.

För att få medverka i utvärderingen skulle följande inklusionskriterier vara uppfyllda; vara områdesansvarig sjuksköterska, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, Senior alert ombud eller enhetschef på något av de särskilda boendena för äldre. Anställd undersköterska på något av de särskilda boendena. Deltagit under implementeringen av Senior alert under hösten 2010 utifrån sitt ansvarsområde.

Fem fokusgrupper sattes samman utefter yrkesprofession. Det blev en grupp sjuksköterskor, en grupp med arbetsterapeuter/sjukgymnaster, en grupp med Senior alert ombud, en grupp undersköterskor och en grupp enhetschefer. Det fanns inga hierarkiska strukturer som hämmade eller begränsade diskussionerna och ingen hade sin enhetschef med sig i gruppdiskussionerna. Strukturerade fokusgruppsintervjuer genomfördes utifrån en intervjuguide (Bilaga C) och författaren var med och styrde frågorna. Intervjuguiden var utarbetad efter utvärderingsmodellen; självutvärdering och yrkesmässig reflektion med avsikt att få kännedom om vad som fungerade och vad som inte fungerade vid tillämpningen av implementeringsmodellens användbarhet, nytta, risker, brister samt förbättrad situation (Karlsson Vestman, 2011).

4.2 Datainsamling

Inför genomförandet av undersökningen kontaktades förvaltningschefen på Socialförvaltningen Kungsörs kommun som informerades om undersökningen samt syftet med undersökningen. Efter förvaltningschefens skriftliga medgivande skickades först en information (Bilaga B) till alla berörda enhetschefer via e-post och sedan skickades informationsbrev ut till 6 sjuksköterskor, 3 stycken arbetsterapeuter och 2 stycken sjukgymnaster, 5 stycken Senior alert ombud, 5 stycken undersköterskor samt 4 stycken enhetschefer. Alla sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, Senior alert ombud och enhetschefer samt en undersköterska från varje enhet tillfrågades att medverka i utvärderingen. Totalt tillfrågades 25 personer till att delta i fokusgruppsintervju. Två veckor efter informationsbrevets utskick gick ett informationsbrev ut via e-post till alla 25 tillfrågande deltagare om påminnelse om att lämna in skriftligt medgivande om de önskade delta i undersökningen. Totalt tillfrågades 25 personer och 18 personer lämnade in sitt skriftliga medgivande, 7 personer tackade nej till att delta. De tillfrågade deltagare som lämnade in skriftliga samtycken fick utskickat det material som användes vid implementeringen av Senior alert; projektplan, tidsplan, schema för ansvarsområde och Senior alert broschyr.

Fokusgruppsintervjuerna genomfördes vid fem tillfällen, ett tillfälle per fokusgrupp och yrkeskategori. Intervjuerna ägde rum i lokaler där intervjuerna fick ske ostört. Alla deltagarna var delaktiga och det framkom mycket material. Gruppindelningen var homogen utefter yrkeskategori. Avsikten vid gruppindelningen var att optimera grupperna för att uppnå så trygga deltagare som möjligt samt att det i grupperna skulle finnas en förståelse för varandras ansvarsområde och roller. Antalet personer per fokusgrupp var mellan 3-5 stycken. Fokusgruppsintervjuerna genomfördes utefter en intervjuguide under vecka 13-15, 2012 (Bilaga C). Varje fokusgruppsintervju pågick mellan 25-45 minuter och spelades in med hjälp av en diktafon med påkopplad mikrofon. Intervjuerna skrevs sedan ut ordagrant i text och textmassan blev drygt 35 A4-sidor.

4.3 Databearbetning och analys

Det material som framkom i fokusgruppsintervjuerna har analyserats med en induktiv ansats enligt Lundman och Hällgren Graneheims (2008) kvalitativa innehållsanalys. Den kvalitativa innehållsanalysen har de centrala begreppen: analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori och tema. Analysenheten är den textmassa som framkom vid fokusgruppsintervjuerna. Textmassan bearbetades med att identifiera domäner de områden som svarade på syftets frågeställningar. Textbearbetningen fortsatte med att ta fram innehåll och sammanhang i domänerna för att få fram meningsenheter som i sin tur bearbetades i en ytterligare process till kondenserade meningsenheter för att få texten kortare utan att centrala begrepp gick förlorat. Koder sattes på de kondenserade meningsenheterna. De koder som hade liknande innebörd grupperades i underkategorier, flera närliggande underkategorier skapade kategorier som beskrivande svarar på innehållet. Temat framkom utifrån vad de olika kategorierna förmedlade (Tabell 4).

Tabell 4: Exempel ur analysmatris

Underkategori	Kategori	Tema
Eget informationsansvar Vidarförmedla arbetsätt kräver förkunskap Ansvarsområden och roller	Ansvarsområde och roll styrde information och kunskapsupplevelsen	Strukturerat införande med otillräcklig utbildningsprocess
Brister hos handledare Brister i utbildningens planering Brister i inlärningsstid Saknat positiv återkoppling	Handledare och utbildning otillräcklig	
Kontinuitet underlättade utbildningen Prioriterat införande med integrering Modellens användbarhet Modellens risker	Modellens nytta och risker	
Medarbetarnas vilja till förändring Förbättrad situation för vårdtagaren Ingen samverkan med andra huvudmän	Verksamhetens förändringsbenägenhet	

4.4 Etiska överväganden

Författaren till utvecklingsarbetet förfogar över flera roller i detta arbete genom att både vara den medicinskt ansvariga sjuksköterskan som införde och implementerade Senior alert samt är den person som utvärderar implementeringsmodellen och är moderatorn vid fokusgruppsintervjuerna. Författaren är väl medveten om de olika rollerna och ska under hela utvärderingen förhålla sig kritiskt och från början till slutet inneha rollen som författare till utvecklingsarbetet med objektivitet utan att idealisera implementeringsmodell.

Författaren är medveten om att det finns koppling till deltagarna samt att det finns ett beroendeförhållande mellan författarna och deltagarna i utvärderingen. Ett förhållande som inte gick att ta bort men författaren medvetandegjorde det för att minska riskerna att deltagarna påverkades och att resultatet påverkades. Riskerna eliminerades och åtgärder vidtogs för att få de etiska problemen ska belysta. Det skedde med hjälp av att författaren förmedlade till deltagarna i fokusgrupperna, utvecklingsarbetets syftet och frågeställningar samt de regler som gäller i lag om etikprovning och forskning som avser människor (SFS2003:460) samt de forskningsetiska principerna inom humanistisksamhällsvetenskaplig forskning enligt Vetenskapsrådet (2002). Det viktiga var att få deltagarna att känna sig trygga med varför de var med och att deltagarna var viktiga för processen. Positionen i utvecklingsarbetet utgick från professionens det vill säga deltagarnas erfarenheter. Författaren förmedlade även sin egen utgångspunkt till deltagarna genom metaforen; från att vara en i verksamheten till att bli en person som står bredvid forskande efter erfarenheter för analys och se till teoretisk modell för att ge ett resultat som svar på syfte, frågeställningar som sedan återkopplas tillbaka till verksamheten.

5 RESULTAT

Erfarenheter som deltagarna i Senior alert teamen beskriver efter att ha använt implementeringsmodellen har analyserats och resulterat i sex övergripande kategorier identifierats: *implementeringen genomfördes vid fel tid och var tidskrävande, implementeringen saknade extra resurser, ansvarsområde och roll styrde information och kunskapsupplevelsen, handledare och utbildning otillräcklig, modellens nytta och risker samt verksamhetens förändringsbenägenhet*. Under analysprocessens gång framkom två temaområden från kategorierna. De två temaområdena sammankopplar respektive område var för sig i länkar som håller samman innehållsanalysens kedja (Tabell 5). Resultatet av utvärderingen av implementeringsmodellen som användes vid införande av Senior alert genom deltagarnas erfarenheter, redovisas utifrån de två temaområdena som framkom under analysprocessen. Varje underkategori som redovisas har ett citat presenterat från innehållsanalysens meningsenheter.

Tabell 5: Sammanställning av analysresultatet.

Underkategori	Kategori	Tema
Införandet låg fel i tiden Införandet tar tid	Implementeringen genomfördes vid fel tid och var tidskrävande	Brist i resurs och tidsfördelning
Införande risker Införandet saknade provomgång för ansvarsrollerna	Implementeringen saknade provomgång och avstämning	
Eget informationsansvar Vidarförmedla arbetsätt kräver förkunskap Ansvarsområden och roller	Ansvarsområde och roll styrde information och kunskapsupplevelsen	Strukturerat införande med otillräcklig utbildningsprocess
Brister hos handledare Brister i utbildningens planering Brister i inlärningstid Saknat positiv återkoppling	Handledare och utbildning otillräcklig	
Kontinuitet underlättade utbildningen Prioriterat införande med integrering Modellens användbarhet Modellens risker	Modellens nytta och risker	
Medarbetarnas vilja till förändring Förbättrad situation för vårdtagaren Ingen samverkan med andra huvudmän	Verksamhetens förändringsbenägenhet	

5.1 Brist i resurs och tidsfördelning

Av temat framkommer att upplevelse av tidsbrist är ett centralt återkommande begrepp hos deltagarna. Implementering innebar ett nytt arbetssätt och det fick deltagarna att känna osäkerhet inför det nya arbetssättet. Upplevd stress med att hinna lära samt ta in det nya systematiska arbetssättet med teamarbete och registrera i kvalitetsregistret. Det framkom två kategorier för upplevelserna av att införandet inte hade rätt starttid och att införandet tog mycket tid och det fanns inga extra resurser till implementeringens genomförande.

5.1.1 Implementeringen genomfördes vid fel tid och var tidskrävande

Denna kategori beskriver deltagarnas upplevelse av att tidspaneringen av införandet låg fel i tiden samt att implementeringen tog mycket tid samt och upplevelser av att inte hinna lära in det nya arbetssättet. Redovisas från underkategorierna: *införandet låg fel i tiden* och *införandet tar tid*.

Deltagare uppgav att utvald tidpunkt för införandet av kvalitetsregistret Senior alert upplevdes vara felplanerat. En deltagare uttryckte att ”*en sak i taget... man kan inte föra in tre nya olika datasystem samtidigt... man skulle ha väntat och tagit när vi inte hade några andra datasystem...*” (F1). Deltagare menar att tidpunkten för införandet skulle ha planerats in då det inte pågick andra införanden av nya datasystem i verksamheten.

Att införandet var en lång process har framkommit genom deltagarna som uttryckt att de upplevt att det tar tid innan införandet är integrerat hos alla medarbetare. Det tog tid för medarbetarna att diskutera ihop sig och ta ställning till det nya arbetssättet. En deltagare uttryckte; ”*... avsätter tid, speciellt när man ska börja med något nytt då ska det finnas tid till det så man kan sätta sig in i det ordentligt...*” (F5). Medarbetarna behövde tid för planering och ledning och det existerade en osäkerhet om det fanns tidsutrymme i det dagliga arbetet för denna extra tidsåtgång. Det konstaterades att införandet av kvalitetsregistret tog personaltid och det fanns inga planerade resurser för det.

5.1.2 Implementeringen saknade provomgång och avstämning

Denna kategori beskriver deltagarnas upplevelse av risker, och upplevelser av att sakna möjlighet att prova sin ansvarsroll i teamarbetet. Redovisas från underkategorierna: *införande risker* och *införandet saknade provomgång för ansvarsrollerna*.

De risker som framkom från deltagarna var att införandet genomfördes för snabbt och en deltagare uttryckte; ”*det gick alldeles för fort och när det går för fort då blir det lite kaos hos en del... det blir inte så gott beslutat*” (F1). Deltagaren sammankopplade att snabbt införande ökade riskerna för att resultatet inte skulle bli så bra. En annan deltagare upplevde risker med att det saknades avstämningspunkter och uttryckte; ”*... den där kollen jag skulle vilja ha, checka av liksom att alla uppfattat...stämma av...*” (F3). Tidsplaneringen i implementeringsmodellen saknade avstämningspunkter. En deltagare önskade att det ”*...skulle ha varit ett datum att man kollar så att allt är genomfört... en extra koll...*” (F3). En avstämning för att kontrollera att alla medarbetare har tagit till sig det nya arbetssättet.

Det framkom av deltagarna att de inplanerade utbildningarna med utgångspunkt från implementeringsmodellen saknades fiktiva provomgångar för att öva ansvarsrollerna i teamen. Önskemål om ”*... låtsas teamträffar på utbildningen... det kan jag tycka jag saknar så här i efterhand. För det var väldigt tafatt första teamträffen... det kan vi kanske ha tränat på...*” (F2). Ett begrepp som återkommer att deltagarna önskat öva med hjälp av rollspel inför teamträffarna och som beskrivs i följande citat: ”*... velat... träffas i... teamen innan för en liten provomgång... vi vاران bit, dom sin och sen skulle vi helt plötsligt få dem att fungera. Vi visste vad vi skulle göra men det var svårt att få ihop det... rollspel*” (F4). Det framkommer även önskemål om att handledarna skulle ha medverkat vid första

teamträffen i skarp drift och en deltagare menar att vid implementeringen skulle de ha *...”testat oss med en handledare... nu ser det ut så här så här tänker vi och så här gör vi utifrån varje...”* (F4). En annan deltagare kommenterade att det är: *”... bra att ha en handledare med praktiskt i början som kommer in när vi kör i gång i teamet* (F4)”.

5.2 Strukturerat införande med otillräcklig utbildningsprocess

Implementeringsmodellen upplevdes till stor del vara strukturerad men med otillräcklig interaktiv utbildningsprocess, implementering av nytt arbetsätt ställer höga pedagogiska krav på den som förmedlar och lär ut den nya kunskapen.

5.2.1 Ansvarsområde och roll styrde information och kunskapsupplevelse

Vid implementeringen fanns ett eget ansvar att ta till sig informationen. Ett uttalat ansvar fanns att enhetschefen bör kunna informera medarbetare som inte varit närvarande vid informationen av orsaker som föräldraledigt eller nyanställd. Det kräver förkunskaper hos den som ska informera. Utbildningarna var utarbetade så att informationen blev riktad till specifik yrkeskategori och roll. Senior alert ombuden framträder med en förkunskap och hjälp till att fungera som informationsbärare. Redovisas från underkategorierna: *eget informationsansvar, att vidareförmedla arbetsätt kräver förkunskap och ansvarsområden och roller.*

I underkategorin eget informationsansvar framkom att varje deltagare i implementeringen hade ett uttalat ansvar för att ta till sig informationen och efter implementeringstiden fortsätta att lära. De medarbetare som inte fick informationen från handledarna fick själva ansvara för att läsa sig till informationen via mötesprotokoll. En deltagare reflekterade över risken med eget informationsansvar *”... en risk när ni informerade på arbetsplatsträffen, dom som inte är där... får... informationen... upp till den att läsa... protokollet ifrån mötet men att personen tar till sig det”* (F3). Det innebar att personen själv ansvarade för att ta del av den nya informationen. Vid implementeringens utbildning och information på arbetsplatsträffar ansvarade handledarna för att informera och utbilda medarbetarna. För den fortsatta informationen till medarbetare fanns det inte klart definierat inom vems ansvarsområde ansvaret låg och ansvaret upplevdes vara uttalat och det framkom i följande citat; *”... hur förs det vidare vi har kanske fått nyanställningar folk har kommit tillbaka från längre sjukskrivningar, graviditets ledigheter och så vidare, har dom fått samma grund att stå på eller...”* (F2). Att vidareförmedla arbetsätt kräver goda förkunskaper av den som ska informera och om arbetssättet till personalen, en deltagare uttryckte att *”det beror ju på vad man har för enhetschef... hur väl den personen har tagit till sig och kan föra ut det och vidare...”* (F2). Den som ska förmedla information måste själv ha en tagit till sig arbetssättet för att kunna vidareförmedla informationen om det nya arbetssättet.

Handledarna som utbildade och informerade de olika personalgrupperna riktade informationen med hänsyn till gruppens ansvarsområde och roller, deltagarna uppmärksammade det genom reflektion att *”alla fick information om sitt... fick information*

om det man skulle ansvara för...” (F4) och deltagare upplevde att ”...våldigt mycket fokus... på våra olika roller...” (F1). Senior alert ombuden var delaktiga från början och fick under utbildningen lära sig ta ansvar för inregistrering av riskbedömningar till kvalitetsregistret, ”...det är bra att vi Senior alert ombud fick vara med ...vart informerade...” (F3). Senior alert ombuden blev involverade informationsbärare och kunde vidareförmedla informationen om kvalitetsregistret Senior alert till sina medarbetarkollegor. Deltagare beskriver det enligt följande citat: ”... bra att vi Senior alert ombud visste... före kunde hinna... berätta lite ... så dom (undersköterskorna) inte såg det som nått stort...” (F3). Undersköterskan upplevde sig inte delaktiga fullt ut och det fanns en känsla av utanförskap, ”... vi fick informationen... vi ska vara delaktiga... men vi är inte så mycket delaktiga... det är... Senior alert ansvariga... som tar allt sånt här” (F5). Undersköterskan upplevdes viktig av andra yrkeskategorier och har en viktig roll i det dagliga förebyggande arbetet med vårdtagaren som illustreras i följande citat: ”... det kan bli en hälso- och sjukvårdsfråga för att man ser av resultatet här har vi ett hälso- och sjukvårdsproblem annars är det ju faktiskt inte det. Så det klart vi måste ha med oss undersköterskorna” (F1). Enhetschefens roll i Senior alert blev inte tillräckligt tydlig under implementeringen, det framgår i följande citat: ”... enhetschefsnivå... la grunden där... hur det tas emot av olika enhetschefer det är ju likadant som vid övrig personal” (F2). Det framkommer genom att det saknades ett gemensamt synsätt, enhetschefens uppgift i kvalitetsregistret Senior alert upplevdes oklar och det gav en otydlig delaktighet samt osäkerhet. Beskrivs i följande citat: ”Först att få med oss... Vi vet vad det handlar om för personalen för även om man har informerat personalen så måste vi kunna svara vad är det för någonting och det kunde vi inte” (F1).

5.2.2 Handledare och utbildning otillräcklig

Det framkommer från alla fokusgruppsintervjuer att det fanns brister hos handledarna, utbildningens planering och att inläringstiden var för kort. Redovisas från underkategorierna: *brister hos handledarna, brister i utbildningens planering, brister i inläringstid och saknat positiv återkoppling.*

Det framkom brister hos handledarna genom att handledarna inte förmedlade budskapet och gav otydliga svar samt direktiv, ”...tyckte inte att det var bra handledare, pedagogiskt just när vi skulle lära oss systemet... visade på dator... mycket att ta in det var inte så tydliga direktiv...” (F4). Handledarna gav för lite hjälp och förmedlade inte det övergripande syftet och en deltagare uppgav följande citat: ”... inte riktigt hunnit med... inte riktigt förstått... inte har vetat hur vi ska hantera... velat haft mera hjälp och stöd” (F4). En annan deltagare kommenterade enligt följande citat: ”... att man inte fick tydliga svar att vad är tanken med det här... kunna presentera ett syfte ett övergripande syfte är viktigt...” (F4).

I samband med att deltagarna uttryckte brister hos handledarna framkom i intervjuerna hur de ansåg att handledarna bör vara. Det framkom att deltagarna önskade att handledarna skulle vara mer pedagogiska samt besitta stor kompetens. Det ska finnas engagemang och de ska vara entusiastiska och kunna förmedla och leverera budskapet genom att förklara. Deltagare har haft önskemål om mer stöd, hjälp, information, bättre och mer utbildning samt svar på problem.

Det framkom brister i utbildningens planering med för mycket och för snabb information. Viss informationen var inte lärorik och det var svårt att följa med under utbildningen. En av deltagarna upplevde *"...för mycket information på en gång... för snabbt för att hinna tänka själv..."* (F3) och saknade möjlighet till frågor. Deltagare har önskat *"att det är obligatorisk närvaro på personalmöte när man informerar. ... brist att vi inte hade obligatorisk närvaro, ja...det är bra att alla är med... blir... merjobb för Senior alert ombudet..."* (F3) annars. Det framkom önskemål om mindre grupper med tre till fyra deltagare per grupp och fler utbildningstillfällen. Flera av deltagarna har påtalat önskemål om att öva vid egen dator innan drift. Följande citat förtydligar önskemålet: *"... lärt mig lättare om jag hade haft en egen dator... i en... datorsal..."* (F2) och *"... prova mera i praktiken... vi hade dator men alla hann ju inte prova så mycket heller så prova mera i praktiken och sen uppföljning, öva"* (F4). Mer övningstid i kvalitetsregistret vid egen dator.

Det var bara ett utbildningstillfälle och det upplevdes som avsaknad av kunskap och det har föranlett egna vägar i arbetssättet med Senior alert. Det framkommer att implementeringen borde ha haft inplanerade återkopplingsträffar för diskussioner med stöd av varandra och handledare. Även uppföljningsutbildning saknades och anses tillhöra ett nytt arbetsätt. Uppföljning borde ske cirka sex månader efter införandet. Tydligare hänvisning till webbutbildning, källa för kunskap och inläring.

Handledarna skickade ut informationsmaterial, läs och inläringstid var begränsad och deltagarna uppger att det fanns ett behov av fler fysiska träffar. En deltagare beskriver det i följande citat: *"... skickades ut mycket material till oss i pappersform... Vi hade ju fått det men... när ska vi hinna läsa allt? Vi behöver träffas... alla... läser varsina utskick jaha säger vi och lägger det i en mapp"* (F1). Avsatt tid för inläring under implementeringen upplevdes vara för kort för att lära och integrera kvalitetsregistret i verksamheterna och det gav känslor av stress, osäkerhet samt otillräcklighet. Det fanns brister i tiden för inläring. Följande citat tillkännager de upplevda känslorna: *"... känner jag mig... osäker vid datorn när jag hade utbildningen... då blir det inte att man använder det nu heller"* (F2) och *"... då när vi lärde oss var det ett stressmoment... till det vanliga jobbet..."* (F2).

Det framkom från deltagarna att de saknat positiv återkoppling av handledarna. Brister i hur handledarna givit positiv återkoppling till deltagarna och kommenteras enligt följande; *"Även fast vi inte är precis på topp första halvåret så kanske vi behöver ha lite mera ros... Positiv feedback är aldrig fel, då blir vi glada"* (F1).

5.2.3 Modellens nytta och risker

Implementeringsmodellen hade kontinuitet i handledarna och det var ett prioriterat införande från ledning. Informationen från handledarna var riktad till medarbetare med specifika ansvarsområden och information delgavs alla medarbetare på arbetsplatsträffar. Nyttan med modellen var att det fanns en röd tråd i modellen och att den var strukturerad och överskådlig. Det fanns risker med för mycket detaljer då försvinner helheten. Redovisas från underkategorierna: *kontinuitet underlättade utbildningen, prioriterat införande med integrering, modellens användbarhet och modellens risker.*

Nyttan med modellen var att utbildningen underlättade inläringen och gav praktisk information. Deltagare som uppgav att de var nöjda med handledarens insats och att det fanns kontinuitet i handledar personerna genom att ”...*det är samma som håller i det från början så det blir... samma information och det är... positivt än att dela upp det i små chefsgrupper som ska informera sin personal*” (F4). En annan nytta med modellen var att den var antagen från ledningen införandet var prioriterat att genomföras och integreras i verksamheterna. Införandet uppfattades seriöst och togs på allvar citeras enligt följande: ”... *bra, på många sätt. För ofta är det... den legitimerade personalen som får (införa)... det måste... komma från ledningshåll för att det ska bli bra många gånger*” (F4) och ”... *såg... mål med det... det här har man tagit på allvar från början... det blev bra strukturerat*” (F2).

Implementeringen har givit förankring och bör inte förändras förutom tiden mellan utbildningarna, enligt beskrivning i följande citat: ”*Blanda olika yrkesgrupper... var en idé tanke...*” (F2), ”*kort tid i mellan alla... utbildningarna... det är inte... långt i mellan... ligger inom en tidsrymd att alla är med på samma...*” (F3). Nyttan med implementeringsmodellen är att den har utrymme för möjlig förändring och det finns utrymme för broms samt den är överförbar. Prestationsersättning påverkade införandet genom citat: ”... *ska vi införa ett system nu bara för att vi ska få pengar det var nästan så att det var den huvudsakliga grejen utav det hela...*” (F1) och enligt citat fanns det följande uppfattning hos deltagare: ”...*det går för snabbt... då blir det inte så bra... det här med att vi fick pengar... som jag uppfattade det hade vi tidsbrist vi skulle in fort... man måste titta på lite längre sikt*” (F1).

Deltagarnas erfarenheter av modellens användbarhet sammanfattas av implementeringsmodellens röda tråd och att det var en lång införandetid. Modellen hade en strukturerad, överskådlig och informativ samt lätt tillgänglig planering som beskrivs i följande citat: ”... *hinner ta det i olika steg... informera i olika steg... fanns ju en röd tråd i det skulle leda någonstans...*” (F2). Den upplevdes praktisk och underlättade genom att alla delar som blev till en helhet med driftstart som mål. Handledare fick feedback från olika vinklar och grupper. Handledarna gav information till alla yrkeskategorier som delges i följande citat: ”... *fördel att det (informationen) kommer från dom... huvudansvariga... då får man rätt information*” (F5). Att informationen skedde tidigt utifrån modellen ökade medvetenheten och alla yrkesgrupperna blev delaktiga från början och det förklaras i följande citat: ”... *alla hade fått information och vi visste vad vi skulle göra... fungerade... bra... alla visste innan vad som skulle ske*” (F3). Önskan om tätare informationsflöde och återkommande informationstillfälle har konstaterats.

Implementeringsmodellens risker är att vid för mycket detaljer försvinner helheten samt att den upplevdes komprimerad, rörig och svårsläs. En deltagare beskriver det på följande vis i citatet: ”... *det är alltid bra att ha en tidsplan... blir den lite rörig... det är inte bara den här man har på väggen det är ju massor med andra saker också den är både tydlig och otydlig... den är rörig... komprimerad och lite rörig*” (F1). Det framkom önskemål om mer tid vid införande för enhetschefens ansvarsområde och roll samt fler personalmöten inplanerade i modellen. När tidsplan inte följs måste den justeras. Det framkom även upplevelser av omedvetenhet om processen och enbart fokusering vid sin del såg och frånvaro av förståelse för helhet och vårdtagarperspektivet. Förtydligas i följande citat: ”*det kan jag inte säga användbar... tänkte ju bara på min bit... min utbildning... brydde mig...*”

inte... om dom andra...” (F4) och ”... var och en får sin utbildning för sig... kan göra att man bara ser sin bit och inte... har förståelse för... en helhet man ska göra för den boende med alla professioner” (F4). Modellen har brister då vissa arbetsmoment och delar har givit dubbelarbetet.

5.2.4 Verksamhetens förändringsbenägenhet

Redovisning av erfarenheter som framkommit utifrån deltagarnas erfarenheter av implementeringsmodellen ur perspektivet förbättrad situation för vårdtagaren. Det som framkommer är att medarbetarnas förändringsbenägenhet till nytt arbetsätt är en faktor som påverkar om det ska ske förändringar i verksamheten. Redovisas från underkategorierna: *medarbetarnas vilja till förändring, förbättrad situation för vårdtagaren och ingen samverkan med andra huvudmän.*

Hur deltagarna uppfattar att vårdtagaren tillgodoses av det systematiska arbetssättet är beroende av medarbetarnas benägenhet till förändring och hur medarbetarna överför det på vårdtagaren, beskrivs av deltagare enligt följande citat: *”Det beror ju på hur vi tar till oss det. Informationen det är ju det som det bygger på... hur det kan komma till vårdtagaren” (F3) och ”det handlar... om hur vi gör det sen... om hur det funkar i praktiken och hur rätt vi får till det för brukaren” (F4). Om implementeringsmodellen givit en förbättrad situation för vårdtagaren har deltagarna inte besvarat i intervjuerna, det som framkom var: ”Inte det första när ni var ut och pratade med oss det påverkade inte dom (vårdtagarna)... det var när vi fick papprena vi skulle (riskbedöma)...” (F5) och ”förhoppningsvis... om vi gör ett bra resultat” (F1). Deltagare utgick från riskbedömningen som en förbättrad situation för vårdtagaren. Implementeringsmodellen var avsedd för särskilt boende för äldre och det framkommer att det varit bra om implementeringen även skett hos andra huvudmän och vårdgivares verksamheter samtidigt då det troligtvis givit effekter hos vårdtagaren, reflektionen citeras enligt följande: *”inte varit med alla våra samverkanspartners... då är det ...dåligt” (F1).**

6 DISKUSSION

Diskussionen som följer är uppdelad i en metod- och resultatdel som avslutas med forskningsetiska synpunkter.

6.1 Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen är uppdelad i tre delar; *nytta och användbarhet, brister och risker samt förbättrad situation för vårdtagaren.* I resultatet av *förbättrad situation för vårdtagaren* diskuteras det teoretiska perspektivet hälsohinder (Eriksson, 2004). I delarna

nytta och användbarhet, brister och risker jämförs resultatet med utvalda förklaringsfaktorer från implementeringsprocessen. Den första förklaringsfaktorn är med inriktning på implementeringsobjektet utifrån Rogers diffusionsteori om innovationsattribut, hur nyheter integreras i verksamhet. De två andra förklaringsfaktorerna inre och yttre kontext diskuteras sist och avslutar resultatdiskussionen (Nilsen, 2010).

6.1.1 Nyttan och användbarhet

Resultatet av implementeringsmodellens utvärdering visade fördelar med modellen inom områdena nytta och användbarhet. Vad som framkom var att deltagarna upplevde att införandet var känt och mottogs seriöst. Det var ett prioriterat införande och flertalet av deltagarna upplevde att det fanns en röd tråd i implementeringsmodellen. Flertalet av deltagarna uppgav att utgångspunkten i nyttan och användbarhet var modellens struktur som var överskådlig, informativ, lättillgänglig, praktisk och underlättade genom att alla delar blev till en helhet med start och mål. Deltagarna upplevde en fördel med att det fanns kontinuitet med de utsedda handledarna som ansvarade för all utbildning och information. Det innebär att oavsett yrkeskategori, ansvarsområde eller roll i Senior alert teamet så kom informationen från handledarna i ett planerat flöde. Resultatet stämmer väl in med det teoretiska perspektivet om *komplexitet* (Nilsen, 2010), eftersom modellen bidrog till att underlätta införandet och hjälpte till att visa och ge förståelse för införandet. Flertalet av ovanstående upplevelser av nytta och användbarhet av modellens struktur är viktiga perspektiv att ta tillvara inför kommande implementeringar eftersom deltagarna ansåg sig nöjda med ovanstående områden. Det hade en positiv inverkan på implementeringsprocessen.

Att i förväg bestämma vem som gör vad i teamarbetet med områdesansvar och roller fungerade bra. Specifikt att undersköterskan med Senior alert rollen framträder och har en viktig funktion med förkunskaper samt hjälpte till som informationsbärare.

6.1.2 Brister och risker

Resultatet av utvärderingen av implementeringsmodellen visar inom området brist i resurser och tidsfördelning att några deltagare upplevde att införandet låg fel i tiden för att det samtidigt pågick införande av dokumentationssystem och Palliativ registret. Planeringen av införandet hade fel tid men det framkommer inte i utvärderingen att deltagare har uttryckt några önskemål om när i tiden införandet skulle ske. Upplevelsen av att införandet låg fel i tiden kan vara en bidragande orsak till den framkomna påfrestningen och osäkerheten inför det nya arbetssättet samt känslan av att inte hinna lära in det nya arbetssättet för att införandet gick för snabbt. Flera yrkeskategorier uttryckte att det tar tid att integrera det nya och att det inte fanns specifik avsatt tid för medarbetarna att reflektera, diskutera och planera på arbetsplatserna. Med synvinkel från det teoretiska perspektivet var det svårt för deltagarna att uppleva *kompatibilitet* (Nilsen, 2010) eftersom de inte såg nyttan eller behovet av kvalitetsregistret Senior alert. I resultatet framkommer att flera deltagare var upptagna med att sätta sig in och fokusera på andra nyheter som implementerades parallellt. För att ha full *kompatibilitet* bör alla som ska vara delaktiga i införandet kunna ha möjlighet att

fokusera och sätta sig in i nyheten som ska implementeras för att förstå syftet med införandet och att nyheten som ska implementeras överensstämmer med behoven. En viktig aspekt att ta tillvara inför kommande implementeringar att först diskutera problemområdet om vilka behov som finns och sedan presentera nyheten (Nilsen, 2010).

För att skapa trygghet hos deltagarna vid införandet av det nya arbetssättet har alla yrkeskategorier uttryckt önskemål om att teamen skulle ha fått övat med fiktiva fall, rollspel eller att handledaren varit med vid första teamträffen. Erfarenheter av att starta och arbeta i team upplevdes svårt. Resultatet som visade på deltagarnas önskemål om att få öva innan skarp drift stämmer väl in med det teoretiska perspektivet om *prövbarhet* (Nilsen, 2010). Teorin kring *prövbarhet* förklarar vikten av att det behövs finnas möjlighet att prova nyheten innan skarp drift och att det finns en planering för om det inte går att arbeta i det nya arbetssättet går det att justera eller återgå till den gamla beprövade arbetssättet.

Detta är ett intressant resultat eftersom det förmedlar att inom verksamheterna för äldre så är arbetet utformat utifrån verksamhetsområde och profession. Att arbeta i team betyder ett nytt sätt att arbeta och att det ska ske utifrån vårdtagaren, i samverkan med övriga professioner och det ska ske systematiskt. Reflektionen utefter resultatet av erfarenheterna bör beaktas och tas tillvara inför kommande implementeringar. Systematiskt teamarbete verkar vara en stor förändring för medarbetarna på arbetsplatserna och bör diskuteras på ledningsnivå med enhetschefer för att i framtiden planera in hur tid ska avsättas vid implementeringar och hur resursfördelningen ska ske under en implementering. Det är en avvägning som bör diskuteras hur lång implementeringstiden ska vara eftersom det finns en ekonomisk aspekt i hur mycket resurser får gå till implementeringen samt hur snabbt måste det nya som ska införas vara i drift i verksamheten.

Under planeringsstadiet av en implementering bör den som ska införa projektet ta hänsyn till det teoretiska perspektivet om *relativ fördel, kompatibilitet och komplexitet* (Nilsen, 2010). Den som ska ansvara för implementeringen ska planera in och enhetschefer bör avsätta tid för diskussion utifrån det teoretiska perspektivet. Enhetscheferna får arbeta igenom införandeprocessen i tanken som ger en grund att stå på vad gäller nyheten som ska implementeras. Vad är dess fördelar med jämförbara alternativ, överensstämmer nyheten med de behov, värderingar och tidigare erfarenheter som finns i verksamheten. Är nyheten lättfattlig och är det möjligt att implementera den i verksamheten. Yrkesgruppen enhetschefer fick då en större möjlighet till förståelse och större möjlighet till förberedelse innan införandet startar och kan lättare planera resursfördelningen.

Det framkom även andra brister och risker med modellen. Det fanns ett fåtal deltagare som såg risker med för mycket detaljer då försvinner helheten och att det är svårt med att se helheten med en modell för som enskild individ på en arbetsplats är fokusering enbart vid sin egen del. Modellen upplevdes komprimerad och rörig för någon som angav att den var oanvändbar. Inga andra synpunkter framkom på hur en förändring av implementeringsmodellen skulle kunna ske mer än att det skulle lagts mer fokus på att få med enhetscheferna i införandet. För att undvika att någon upplever modellen rörig och svårläst och sedan inte använder den är det viktigt att det framkommer så att de personer som leder implementeringen får möjlighet till att förklara flödet och att det finns tid för

ytterligare information och utrymme för frågor. Det är viktigt att se helheten för att få en förståelse för syftet med implementeringen och att alla deltagare får känslan av att vara en del i en helhet. De brister och risker som framkommit är viktiga perspektiv att ta tillvara inför kommande implementeringar. Deltagarna hade svårt att se tydlighet och hur resultat skulle framträda och det teoretiska perspektivet om *observerbarhet* (Nilsen, 2010) upplevs otydligt.

I resultatet framkommer brister i utbildningens planering och genomförande samt tiden för inläring av kvalitetsregistret Senior alert. Flertalet av deltagarna hade önskemål om att handledarna skulle vara mera pedagogiska och deltagarna hade önskar mera stöd, hjälp och tydliga svar på frågor. Utbildningstillfällena skulle ha haft bättre planering med att alla deltagare skulle ha haft egna datorer och mer övningsstid i det webbaserade kvalitetsregistret. Det underlättar att inläring av datasystem sker vid egen dator så att varje deltagare får möjlighet till egen inläring för att öva in den nya kunskapen. Resultatet bör tas tillvara inför kommande implementeringar.

6.1.3 Förbättrad situation för vårdtagaren

Det som framkommer från deltagarnas beskrivna erfarenheter av implementeringsmodellen ur perspektivet förbättrad situation för vårdtagaren är att medarbetarnas förändringsbenägenhet påverkar om medarbetarna tar till sig det nya arbets sättet via implementeringsmodellen. Medarbetarens förändringsbenägenhet till ett nytt arbets sätt är en faktor som påverkar om det ska ske förändringar i verksamheten som rör vårdtagaren och är viktig att stimulera och ta tillvara. Medarbetare runt vårdtagaren har med sin benägenhet till förändring möjlighet att utifrån vårdtagarens individuella behov hjälpa och stödja vårdtagaren att främja patientsäkerhet och motverka hälsohinder som kan vara vårdskador.

Enligt Eriksson (2004) går det inte att "ge" hälsa till en annan människa men det går att stödja människan att vara i hälsa. Genom att införa kvalitetsregistret Senior alert med hjälp av en implementeringsmodell, finns en grund för medarbetare inom de särskilda boendena för äldre i Kungsör att främja patientsäkerheten. Medarbetarna har fått en grund i systematiskt arbete för att förebygga hälsohinder inom områdena undernäring, fall och trycksår.

Sammanfattningsvis i resultatdiskussionen med utgångspunkt från förklaringsfaktorerna med *inre* och *yttre kontext* så påverkades implementeringen av kvalitetsregistret Senior alert av inre och yttre faktorer vid införandet. Modellen som användes vid implementeringen av Senior alert var beroende av den inre *kontexten* i verksamheterna som ser till organisationskulturen och organisationsstrukturen (Nilsen, 2010).

Implementeringen innebar ett nytt arbets sätt som infördes på tre särskilda boenden för äldre vid samma tidpunkt. Verksamheterna är särskilt boende för äldre men med olika inriktningar, organisationskulturer och organisationsstrukturer. Inriktningarna på boendena för äldre är demensvård, servicehusboende med egna lägenheter i trapphus, och korttidsboende. De olika boendena har vårdtagare i boendet med varierande vårdtider, från någon vecka till decennier. Vid implementeringen av kvalitetsregistret Senior alert fanns en

planering för implementeringen och driftstart. Det som inte framgår i implementeringsmodellen är hur införandet möter upp de olika förutsättningarna som finns i de olika verksamheterna, exempelvis utifrån vårdtiderna som är mycket varierande i de olika verksamheterna. Den *inre kontexten* är det egna livet som lever i verksamheten och måste mötas upp vid en implementering. Verksamhetens egna liv i form av dess kunskapsnivå, förmåga att ta till sig ny kunskaper och dela med sig av kunskaper är ett okänt område som implementeringen av kvalitetsregistret Senior alert inte verkar ha reflekterade över.

Utifrån framgångsfaktorn den *yttre kontexten* så framkommer det i resultatet att några av deltagare upplevde att implementeringen skedde för snabbt. Av dessa deltagare framkom upplevelser av att införandet skulle ske snabbt för att den prestationsbaserade ersättningen styrde införandet och att det var tidsbrist. Implementeringen hade från början ett mål att driftsätta det nya arbetssättet under hösten 2010 och att innan årets slut ha som mål erbjudit och genomfört riskbedömningar på alla inom de särskilda boendena för äldre. Implementeringen påverkades av den *yttre kontexten* eftersom införandet av Senior alert startade nationellt under våren 2010 och fortsatte under hösten 2010 (Nilsen, 2010). Satsningen nationellt kan ses som en framgångsfaktor utifrån den *yttre kontexten* att implementeringen verkligen iscensattes och genomfördes. Att införandet upplevdes ske under tidsbrist hör säkerligen samman med att införandet skulle ske under den nationella satsningen och att det var ett arbetsätt att arbeta systematiskt för att stärka patientsäkerhetsarbetet för att motverka vårdskador.

6.2 Metoddiskussion

Författaren valde att använda sig av kvalitativ metod med en induktiv innehållsanalys. Vald metod passade in för utvecklingsarbetets syfte; att genom personalens erfarenheter av en implementeringsmodells tillämpning utvärdera införandet av kvalitetsregistret Senior alert som identifierar hälsohinder och ökar patientsäkerheten inom de särskilda boendena för äldre inom Kungsörs kommun.

Tillvägagångssättet var fokusgruppsintervjuer som är en lämplig datainsamlingsmetod för att besvara syftet och få en trovärdighet i utvärderingen. Inklusionskriterierna för att få delta i fokusgrupperna var att person arbetade på något av de särskilda boendena för äldre i Kungsör och deltagit i implementeringen av Senior alert som skedde under hösten 2010. Alla sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, Senior alert ombud och enhetschefer som ingick i kriterierna tillfrågades. Författare som är medicinskt ansvarig sjuksköterska i den kommun undersökningen genomfördes hade kontakt med de olika yrkesgrupperna förutom undersköterskegruppen. För att organisera undersköterskegruppen ombads respektive enhetscheferna på äldre boendena att utse en undersköterska utefter kriterierna som var att person arbetade på något av de särskilda boendena för äldre i Kungsör och deltagit i implementeringen av Senior alert. Enhetscheferna utsåg en undersköterska per enhet utefter urvalet vilka som arbetade på enheten den dagen fokusgruppen för undersköterskor skulle ske och delgav författaren namn på dessa personer. Författaren kontaktade sedan respektive

person med ett informationsbrev. Urvalet av undersköterskor skulle ha skett mer strukturerat utefter urvalskriterier och författaren skulle ha ansvarat för urvalet. Författaren är medveten om att enhetschefens val av deltagare kan ha påverkat resultatet.

Totalt tillfrågades 25 personer och 18 personer valde att medverka. En deltagarfrekvens som bestod av att fokusgrupperna blev representerade utifrån alla särskilda boenden för äldre samt alla yrkeskategorier som ingår i Senior alert teamen; sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, Senior alert ombud, undersköterskor och enhetschefer. För utvärderingens nytta för framtiden med att hitta överförbara implementeringsmodeller för äldreomsorgen i Kungsör så är bredden i utvärderingen viktig. Alla yrkeskategorier samt alla verksamheter från äldreboendena har varit representerade i utvärderingen.

Fokusgrupperna genomfördes vid ett tillfälle per fokusgrupp och yrkeskategori. Yrkesgruppsindelning föll väl ut och det kan även bero på att deltagarna kom från olika arbetsplatser, det blev flera infallsvinklar för deltagarna som upplevde utbyte av varandras erfarenheter. Gruppindelningen påverkade inhämtning av datamaterial fördelaktigt och var till hjälp med att få fram resultatet.

Sammanfattningsvis så var det generellt svårt för samtliga fokusgrupper att enbart hålla sig till diskussioner kring själva implementeringsmodellen som var syftet med utvärderingen. Vid flertalet gånger gled diskussionen in på utvärdering av kvalitetsregistret Senior alerts för och nackdelar och författaren fick gå in och leda rätt i diskussionerna så att erfarenheter av implementeringsmodellen framkom. Att författaren använde sig av en intervjuguide var grundläggande för att hålla sig till ämnesstrukturen. Enligt planeringen i metoden skulle författaren vara med och styra frågorna och det överrensstämde med planeringen för det krävdes en aktiv författare som styrde frågorna för att få struktur i intervjun. Alla intervjuerna spelades in med hjälp av en diktafon med påkopplad mikrofon. Inspelningen påverkade inte deltagarna för när diskussionerna var igång så invercade inte mikrofonen hämmande på deltagarna.

När fokusgruppsintervjuerna var genomförda började nästa fas med att tolka texterna utefter Lundman och Hällgren Graneheims (2008) kvalitativa innehållsanalys som betyder att författaren förutsättningslöst analyserar texterna. Utifrån det framkomna materialet användes enbart domäner som svarade på syfte och frågeställningar. Under analysprocessen var författaren väl medveten om sina olika roller och fokuserade enbart på rollen som objektiv utvärderare av implementeringsmodellen och avstod rollen som skapare och handledare av implementeringsmodellen. Detta för att undvika att implementeringsmodellen idealiserades. Vad gäller förförståelse om Socialförvaltningens organisationsstyrning och ledning är en kunskap som inte går att frångå och författaren har försökt förhålla sig till den kunskapen och är väl medveten om förförståelsen samt att det kan ha påverkat resultatet fastän författaren inte är medveten om det.

Utifrån metodvalet blev den första frågeställningen grundligt besvarad och enligt Wibecks (2010) beskrivning så uppkom det mindre och mindre ny information fram från fokusgrupperna. Författaren upplevde att den första frågeställningen uppnådde teoretisk mättnad. Det tolkar författaren som en styrka i utvärderingen eftersom frågeställningens svar

har ringats in. Utvärderingens svagheter med metodvalet är att den andra frågeställningen var svår att besvara av deltagarna i fokusgruppsintervjuerna. Deltagarna ombads att beskriva sina erfarenheter av implementeringsmodellens betydelse för att förbättra situationen för vårdtagaren. Det framkommer ytterst lite erfarenheter och den andra frågeställningen blev inte tillräckligt besvarad. Författaren är i efterhand tveksam till frågeställningen och kanske skulle den inte varit med eller ha ställts direkt till målgruppen vårdtagarna.

Anledningen till att denna implementeringsmodell skapades var för att få en helhet i implementeringen. Författarens tidigare erfarenheter av att införa nationella riktlinjer eller andra typer av nyheter för verksamheten har skett genom att informera på ledningsgrupp och via enhetschef per verksamhet. Sedan har enhetschefen fortsatt arbetet i sin verksamhet för att få spridning av införandet. Denna modell har inte alltid varit så lyckad eftersom det saknats ett helhetsperspektiv på implementeringen. Det har varit svårigheter med insyn i hur implementeringen framskrider samt att informationen går ut vid olika tidpunkter och att information delges på olika vis. Implementeringsmodellen för införandet av kvalitetsregistret Senior alert skapades med avsikt att hitta ett sätt att föra in nyheter i verksamheter så att alla känner sig delaktiga och får samma information beroende av ansvarsområde och roll. I denna implementeringsmodell hade införandet med alla yrkeskategorier. Stor vikt lades vid yrkeskategorin undersköterskor som dels fick ett speciellt ombud, Senior alert ombud med specifika kunskaper i kvalitetsregistret var tanken att få in det förebyggande patientsäkerhetsarbetet i hela vårdkedjan inom de särskilda boendena för äldre. Patientsäkerhet är inte ett arbete enbart för den legitimerade personalen utan det är ett arbete som måste genomsyra hela verksamheten och alla dess yrkeskategorier.

Sammanfattningsvis så var vald metod relevant för utvärderingens syfte och den första frågeställningen. För frågeställning två så kan det konstateras att vald metod inte var relevant eftersom frågeställningen var svår att besvara för deltagarna. För utvärderingens nytta för framtiden med att hitta överförbara implementeringsmodeller för äldreomsorgen i Kungsör så har denna utvärdering vidden med att alla yrkeskategorier är representerade samt att alla äldreboende varit delaktiga i utvärderingen.

6.3 Forskningsetiska synpunkter

Under arbetet gång med att utvärdera implementeringsmodellen har hänsyn tagits till de forskningsetiska principerna enligt Vetenskapsrådet (2002). Detta innebar att varje deltagare i undersökningen fick muntlig genomgång om informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Författaren till utvecklingsarbetet förfogar över flera roller i utvecklingsarbetet med att vara den medicinskt ansvariga sjuksköterskan som planerade införandet av implementeringen av kvalitetsregistret Senior alert samt var en av de två handledare som genomförde utbildningarna och är den person som utvärderar implementeringsmodellen. Det finns en viss risk för att författarens koppling till deltagarna kan ha påverkat resultatet eftersom det finns en beroendeställning mellan deltagarna och författaren. Deltagarna var medvetna om att författaren hade skapat implementeringsmodellen samt är medicinskt ansvarig sjuksköterska för de särskilda

boendena som ingick i utvärderingen och kan ha påverkats av denna kännedom. Utifrån vad som framkom i intervjuerna så fanns det en öppenhet i diskussionerna och deltagarna bjöd av sina erfarenheter i de tänkbara känsliga områdena som var implementeringsmodellens brister och risker med implementeringsmodellen. Författaren var under arbetets gång väl medveten om de olika rollerna och har arbetat aktivt i tanken att enbart gå in i rollen som författare som utvärderar implementeringsmodellen. En övervägande riskfaktor var att författaren skulle idealisera implementeringsmodellen men det framkommer inte i resultatet eller resultatdiskussionen.

7 SLUTSATSER

Tidsplanen är en viktig faktor vid implementering. Under vilken tidsperiod och hur lång implementeringen ska vara. Den som ansvarar för implementeringen bör planera in enhetscheferna i större omfattning i tidsplanen och enhetscheferna bör avsätta tid för implementeringen. Vid implementeringen bör det teoretiska perspektivet ingå med stöd av framgångsfaktorer i diskussionerna på enhetschefsnivå för att få en fungerande tidsplan och underlätta verksamhetsplaneringen med resursfördelning. Syftet med det som ska implementeras ska vara känt och integrerat hos deltagarna för att öka förståelsen med nytta av kvalitetsregistret Senior alert. Att börja arbeta i team upplevdes svårt och många önskade mer praktisk övning med fiktiva fall, rollspel eller att handledaren varit med vid första teamträffen. Teamarbete med systematik i vårdprevention är nytt sätt att arbeta och det tar tid innan det är integrerat fullt ut.

Implementeringsmodellens nytta och användbarhet framkom vara överskådlig, informativ, lättillgänglig, praktisk och underlättade genom att alla delar blev till en helhet med start och mål. Flertalet såg en röd tråd i implementeringsmodellen men några kommenterade att vid för mycket detaljer försvinner helheten. En fördel var kontinuitet med de utsedda handledarna som ansvarade för all utbildning och information. Innehållet i utbildning och information måste vara tydlig liksom handledarna måste vara pedagogiska. Deltagarna hade önskat mer stöd, hjälp och tydliga svar på frågor från handledarna.

Implementeringsmodellen är nu utvärderad men många frågor kvarstår. Det skulle vara intressant att fortsätta utvärdera kvalitetsregistret Senior alert. Genom att undersöka vilka effekter har det förebyggande patientsäkerhetsarbetet givit för vårdtagaren vad gäller fall nutrition och undernäring. Ger systematiskt säkerhetsarbete ökad patientsäkerhet på de särskilda boendena för äldre?

REFERENSLISTA

- Arnetz, J. E., Zhdanova, L. S., Elsouhag, D., Lichtenberg, P., Luborsky, M. R., & Arnetz, B.B. (2011). Organizational Climate Determinants of Resident Safety Culture in Nursing Homes. *Gerontologist, 51*(6), 739-749.
- Bååth, C., Hall-Lord, M., Idvall, E., Wiberg-Hedman, K., & Larsson, B. (2008). Interrater reliability using Modified Norton Scale, Pressure Ulcer Card, Short Form-Mini Nutritional Assessment by registered and enrolled nurses in clinical practice. *Journal Of Clinical Nursing, 17*(5), 618-626.
- Bonner, A., Castle, N., Men, A., & Handler, S. (2009). Certified nursing assistants perceptions of nursing home patient safety culture: is there a relationship to clinical outcomes? *Journal Of The American Medical Directors Association, 10*(1), 11-20. doi:10.1016/j.jamda.2008.06.004.
- Bonner, A., Castle, N., Perera, S., & Handler, S. (2008). Patient safety culture: a review of the nursing home literature and recommendations for practice. *Annals Of Long Term Care, 16*(3), 18-22.
- Castle, N. G., Wagner, L. M., Ferguson, J. C., & Handler, S. M. (2011a). Nursing home deficiency citations for safety. *Journal Of Aging & Social Policy, 23*(1), 34-57.
- Castle, N., Wagner, L., Perera, S., Ferguson, J., & Handler, S. (2011b). Comparing the safety culture of nursing homes and hospitals. *Journal Of Applied Gerontology, 30*(1), 22-43. doi:10.1177/0733464809353603.
- Doupe, M., Brownell, M., St. John, P., Strang, D. G., Chateau, D., & Dik, N. (2011). Nursing Home Adverse Events: Further Insight into Highest Risk Periods. *Journal Of The American Medical Directors Association, 12*(6), 467-474. doi:10.1016/j.jamda.2011.02.002.
- Downton, J.H. (1993). *Falls in elderly*. Edward Arnold.
- Ek, A. Unosson, M. & Bjurulf, P. (1989). The modified Norton scale and the nutritional state. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences, 3*(4), 183-187.
- Eriksson, K. (1987). *Pausen. En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell, Stockholm.
- Eriksson, K. (2004). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber.
- Fonad, E., Wahlin, T., Winblad, B., Emami, A., & Sandmark, H. (2008). Falls and fall risk among nursing home residents. *Journal Of Clinical Nursing, 17*(1), 126-134.
- Forsberg, C., Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Gama, Z. S., Medina-Mirapeix, F., & Saturno, P. J. (2011). Ensuring Evidence-Based Practices for Falls Prevention in a Nursing Home Setting. *Journal Of The American Medical Directors Association, 12*(6), 398-402. doi:10.1016/j.jamda.2011.01.008.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Malmö: Liber.

- Holmer, J. I Karlsson Vestman, O. (2011). *Utvärderandets konst*. Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson Vestman, O. (2011). *Utvärderandets konst*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, L & Hällgren Graneheim, U. I Granskär & Höglund-Nilsen (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsen, P. (2010). Implementering teori och tillämpning inom hälso- & sjukvården. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsen, P., Roback, K & Krevers, B. I Nilsen, P. (2010). Implementering teori och tillämpning inom hälso- & sjukvården. Lund: Studentlitteratur.
- Rubenstein, L.Z., Harker, J.O., Salva, A., Guigoz, Y. & Vellas, B. (2001). Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Geront* 2001; 56A: M366-377.
- Senior alert.(2011). *Ett bra liv varje dag. Systematiskt arbete för att förebygga undernäring, fall och trycksår*. Hämtat 21 mars, 2012, från http://www.lj.se/info_files/infosida39712/Senior_alert_inspirationsfolder.pdf
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm. Socialdepartementet. Hämtat 29 december, 2011, från <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820763.htm>
- SFS 1993:387. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtat 17 mars, 2012, från <http://rixlex.riksdagen.se>
- SFS 2001:453 Socialtjänstlag. Stockholm; Socialdepartementet . Hämtad 29 december, 2011, från <http://www2.notisum.com/Pub/Doc.aspx?url=/rnp/sls/lag/20010453.htm>
- SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Hämtat 11 februari, 2012, från <http://rixlex.riksdagen.se>
- SFS 2009:400. Offentlighets- och sekretesslag. Stockholm; Socialdepartementet. Hämtat 17 mars, 2012, från <http://rixlex.riksdagen.se>
- SFS 2010:659. Patientsäkerhetslagen. Stockholm; Socialdepartementet. Hämtat 21 augusti, 2011, från <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20100659.htm>
- SFS 2010:1 369. Patientsäkerhetsförordningen. Stockholm; Socialdepartementet. Hämtat 29 december, 2011, från <http://rixlex.riksdagen.se>
- SOSFS 2005:28. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtat 17 mars, 2012, från http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-28/Documents/2005_28.pdf
- SOSFS 2010:4. Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtat 17 mars, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-28/Documents/2010-4.pdf>
- SOSFS 2011:9. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtat 9 maj, 2012, från http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-9/Documents/SOSFS_2011_9.pdf

- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 13 januari, 2012 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>
- Socialstyrelsen (2011a). *Termbank*. Hämtad 27 december, 2011, från <http://app.socialstyrelsen.se/termbank>
- Socialstyrelsen. (2011b). *Nationell tillsyn av vårdgivares ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet 2008-2011*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 13 januari, 2012, från www.socialstyrelsen.se
- SoU 22, 2009:10. *Patientsäkerhet och tillsyn*. Stockholm; Socialdepartementet. Hämtad 29 december, 2011, från <http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=3322&dokid=GX01SoU22>
- Svensk sjuksköterskeförening, ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor. (2007). Hämtat 21 mars, 2012, från <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>
- Sveriges Kommuner och Landsting (2011a). *Att mäta patientsäkerhetskulturen, tipsguide-från mätning till åtgärd*. Stockholm: Sveriges kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2011b). *Säkrare vård och omsorg, handbok i grundläggande patientsäkerhetsarbete*. Sveriges kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2011c). *Tipsguiden, att mäta patientsäkerhetskulturen* Sveriges kommuner och Landsting.
- Söderhamn, U., Bachrach-Lindström, M., & Ek, A. (2007). Nutritional screening and perceived health in a group of geriatric rehabilitation patients. *Journal Of Clinical Nursing*, 16(11), 1997-2006.
- Vedung, E. (2010) *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. (2002). Hämtat 11 februari, 2012, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper, om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Öhrn, A. (2011). *Measures of Patient Safety. –Studies of Swedish Reporting Systems and Evaluation of an Intervention Aimed at Improved Patient Safety Culture*. Linköpings University, Department of Medical and Health Sciences, Division of Health Care Analysis.

BILAGA; A MISSIVBREV

Akademien för Hälsa, Vård och Välfärd

2012-02-18



Missivbrev till förvaltningschef på Socialförvaltningen i Kungsörs kommun

Jag arbetar som medicinskt ansvarig sjuksköterska i Kungsörs kommun och studerar vårdvetenskap till en magisterexamen på Mälardalens högskola. Under vårterminen 2012 ska jag genomföra ett utvecklingsarbete med inriktningen på utvärdering av implementeringen av kvalitetsregistret Senior alert. För att få en fördjupad kunskap om utvärdering i införandeprocessen planerar jag att genomföra fem fokusgruppsintervjuer med medarbetare (enhetschefer, undersköterskor, senior alert ombud sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster) som ingår Senior alert arbetet. Beräknad tidsåtgång per intervju är c.a 1½ timme och intervjuerna beräknas ske vecka 13 och 14.

Jag skriver till dig för att få ditt medgivande som förvaltningschef till att jag tar kontakt med Senior alert teamen på varje särskilt boende för äldre för att informera om utvecklingsarbetet samt fråga om de vill delta i fokusgruppsintervju på arbetsplatsen under arbetstid. De tillfrågade kommer att informeras om de etiska principerna så som information om utvecklingsarbetet, den som deltar ska ge sitt samtyck, allt som framkommer i fokusgruppsintervjun ska behandlas konfidentiellt och att person inte kan kopplas till resultatet. Deltagandet bygger på frivillighet och de medverkande kan om de önskar när som helst avbryta sitt deltagande. Medicinskt ansvarig sjuksköterska kommer använda resultatet till införandet av nya evidensbaserade arbetsätt och metoder för att patienten inom den kommunala hälso- och sjukvården kan få en ökad tillgång till nya evidensbaserade arbetsätt och metoder. Resultatet delges socialchef, ledningen samt socialnämnd i Kungsör kommun.

Med vänliga hälsningar

Lena Karlsson, adress, telefonnummer

E-post

Handledare: Margareta Asp, Docent i vårdvetenskap, lektor

E-post

Jag, Förvaltningschef på Socialförvaltningen Kungsörs kommun, godkänner att ovanståendeundersökning får genomföras under våren 2012.

Ort

Datum

Namn

Undertecknat godkännande lämnas till Lena Karlsson

BILAGA; B INFORMATIONSBREV



Akademien för Hälsa, Vård och Välfärd

2012-02-28

Utvärdering av införandet av kvalitetsregistret Senior alert

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna studie som är ett utvecklingsarbete i att utvärdera införandet av Senior alert. Under vårterminen 2012, vecka 13 och 14 ska jag genomföra fokusgrupps intervjuer till utvecklingsarbetet med inriktningen på utvärdering av införandet av kvalitetsregistret Senior alert. Studien ska ge en fördjupad kunskap om utvärdering av införandeprocessen.

Syftet med utvecklingsarbetet är att utvärdera den modell som användes vid införandet av Senior alert inom de särskilda boendena för äldre inom Kungsörs kommun utifrån frågeställningar:

Vilken användbarhet har implementeringsmodellen?

Vilka risker finns vid användningen av implementeringsmodellen?

Vilken nytta har implementeringsmodellen för verksamheten?

Vilka brister har implementeringsmodellen för verksamheten?

Hur stor betydelse har implementeringsmodellen för att förbättra situationen för vårdtagaren?

Utvecklingsarbetet genomförs med hjälp av fem stycken fokusgruppsintervjuer som spelas in. Intervjuerna sker utifrån personalkategori indelningen, du intervjuas i grupp utifrån din personalkategori i 1-1½ timma. Grupperingen blir efter Senior alert ansvarsroller:

Sjuksköterskor

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster

Senior alert ombud

Undersköterskor som kontaktpersonal

Enhetschefer

Fördelen med ditt deltagande till denna intervju är att du dela med dig av dina erfarenheter av införandet av Senior alert och hjälper till i utvecklingsarbetet. Nackdelen är att du får avsätta 1-1½ timma av din arbetstid till intervjun. Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Det finns inga risker med att delta. Utvecklingsarbetet genomförs utifrån sedvanliga etiska principer så som information om utvecklingsarbetet, den som deltar ska ge sitt samtyck, allt som framkommer i fokusgruppsintervjun ska behandlas konfidentiellt. Den sekretess vi dagligen arbetar med råder även med detta material som kommer att kodas och avidentifieras så att medverkande person inte kan kopplas till resultatet.

Intervjuerna är en allmän handling och kommer att sparas, sekretessen gäller i högst tio år och ett forskningsprojekt är att betrakta som allmän handling och följer de krav som finns i arkivlagen (1990:782), arkivförordningen (SFS 1991:446) och offentlighets och sekretesslagen (2009:400). Enbart medicinskt ansvarig sjuksköterska har tillgång till datamaterialet som kommer att gallras 10-år från slutdatum på utvecklingsarbetet. Undersökningen kommer att presenteras i form av en uppsats vid Mälardalens högskola och att resultatet delges socialchef, ledningen samt socialnämnd i Kungsör kommun.

Ytterligare upplysning lämnas av nedanstående ansvariga

Studera

Lena Karlsson

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Kungsörs kommun

0227-60 04 50

lena.karlsson@kungsor.se

Handledare

Margareta Asp

Docent i vårdvetenskap, lektor

Mälardalens högskola

016-15 37 53

margareta.asp@mdh.se

Jag har tagit del av ovanstående information och ger mitt samtycke till att delta i en intervju:

Ort

Datum

Namn

Undertecknat samtycke skickas med internposten till Lena Karlsson, Medicinskt ansvarig sjuksköterska Kungsörs kommun senast den 26 mars 2012.

Intervjuguide till fokusgruppsintervjuer

Nyttan av implementeringsmodellen vid Senior alert.

Syftet med utvecklingsarbetet är att utvärdera den modell som användes vid införandet av Senior alert inom de särskilda boendena för äldre inom Kungsörs kommun.

Frågeställningar:

1. Vilken användbarhet har implementeringsmodellen?
 - Hur upplevde ni nyttan av implementeringsmodellen för Senior alert?
 - På vilket sätt upplevdes implementeringsmodellen användbar?
 - Kan ni ge exempel på vad som fungerade bra vid implementeringen?
 - Kan ni ge exempel på vad som inte fungerade bra vid implementeringen?
 - Vad skulle kunna ha varit bättre vid implementeringen?
 - Vad saknades vid införandet av Senior alert?

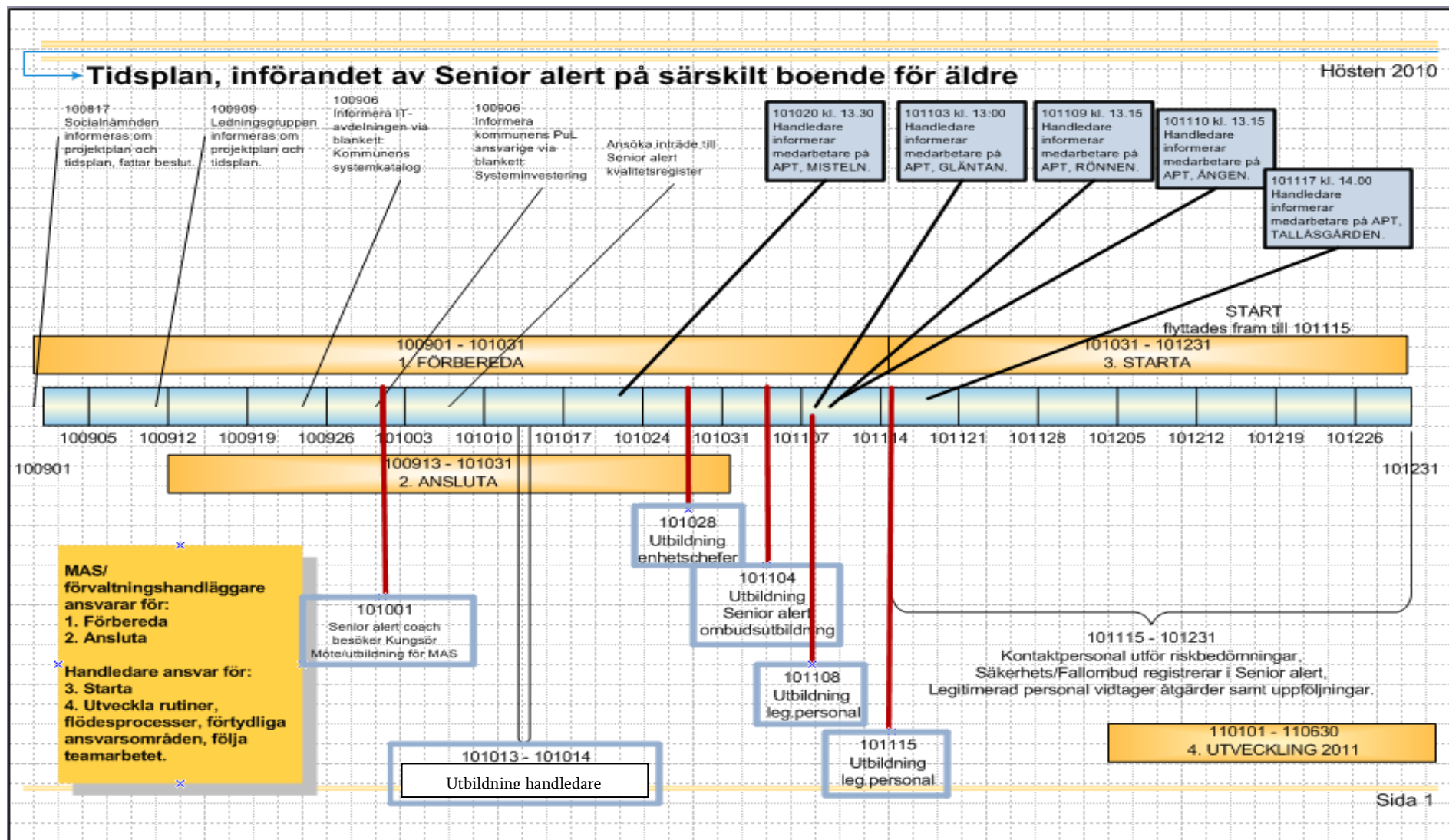
2. Vilka risker finns vid användningen av implementeringsmodellen?
 - Utifrån era reflektioner vad skulle kunnat förbättras under implementeringen?
 - Kan ni ge exempel på risker vid införandet av Senior alert?

3. Vilken nytta har implementeringsmodellen för verksamheten?
 - Kan ni ge exempel på vad som fungerade bra vid implementeringen?
 - Vad saknades i implementeringen för att nå optimal effekt i vårdverksamheten?

4. Vilka brister har implementeringsmodellen för verksamheten?
 - Kan ni ge exempel på vad som inte fungerade bra vid implementeringen?
 - Vad saknade ni vid implementeringen?
 - Vilka förändringar behövs för att införandet av olika arbetsätt ska bli bättre?

5. Hur stor betydelse har implementeringsmodellen för att förbättra situationen för vårdtagaren?
 - Ge exempel på om betydelsen av implementeringsmodell förbättrar situationen för vårdtagaren.
 - På vilket vis påverkas vårdtagaren av implementeringsmodellen?
 - Medverkar kvalitetsregistret Senior alert till en förbättrad situation för den enskilde?

BILAGA; D TIDSPLAN INFÖRANDE SENIOR ALERT



BILAGA; E SENIOR ALERT, SCHEMA ÖVER ANSVARSOMRÅDEN

	Ombud ser till att:	SSK/OAS ser till att:	SG ser till att:	AT ser till att:	Team ansvar för:
Informera & Registrera	<ul style="list-style-type: none"> ◆Kontaktpersonal informerar vårdtagaren/ anhöriga om SA. ◆Kontaktpersonal ansvarar för att utföra riskbedömningar. Registrerar riskbedömning i SA. ◆Avregistrerar vid flytt/ dödsfall. ◆Att det finns riskbedömningsblanketter/enhet 	<ul style="list-style-type: none"> ◆Samman kallande för Team möten. ◆Ansvarar för åtgärder och uppföljningar. 			<ul style="list-style-type: none"> ◆Ett systematiskt förebyggande säkerhetsarbete för att motverka vårdskador inom de särskilda boendena. Teamets arbete ska registreras i kvalitetsregistret direkt vid team mötet eller efter mötet av Senior alert ombud.
Trycksår	<ul style="list-style-type: none"> ◆Ombudet förmedlar ordinerade nutritionsåtgärder till undersköterske kollegor. ◆Ombudet förmedlar ordinerade läges- och avlastnings åtgärder. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆Ordinerar nutritionsåtgärder ◆Kontakta kostombud om nutritionsbehandling ◆Informera vårdtagaren ◆Ansvara för eventuell såromläggning ◆Registrera in alla trycksår i "Händelser". 	<ul style="list-style-type: none"> ◆Avlastning ◆Lägesändring 	<ul style="list-style-type: none"> ◆Ordinera trycksårsavlastande hjälpmedel och avlastning och lägesändring. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆Planering av åtgärder tillsammans. ◆Bestämmer vem som gör vad. ◆Följer upp åtgärder inom 1-3 månader eller överrensommelse med teamet. ◆Utvärderar och ser förbättringsområden.
Undernäring Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> ◆Ombudet förmedlar ordinerade nutritionsåtgärder till undersköterske kollegor. ◆Registrera in alla vikter i "Händelser". 	<ul style="list-style-type: none"> ◆Ordinerar nutritionsåtgärder. ◆Informera vårdtagaren ◆Se över läkemedelsordinationer. ◆Ansvara för kontroll av munstatus. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆Sittställning 	<ul style="list-style-type: none"> ◆Bedömning och översyn av matsituationen. ◆Sittställning 	<ul style="list-style-type: none"> ◆Planering av åtgärder tillsammans. ◆Bestämmer vem som gör vad. ◆Följer upp åtgärder inom 1-3 månader eller överrensommelse med teamet. ◆Utvärderar och ser förbättringsområden
Fall	<ul style="list-style-type: none"> ◆Registrera in alla fall i "Händelser" efter informationen från fallrapporten. ◆Skriva ut fallen statistiken inför Team möten. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆Informera vårdtagaren ◆OAS ansvarar för åtgärder av hälso- och sjukvårds karaktär, hörsel och syn. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆Bedömning och åtgärder för att minska fallrisken vid nedsatt gångförmåga, balans, styrka etc samt gånghjälpmedel. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆Bedömning och åtgärder för att minska fallrisken vid nedsatt ADL-funktion, kognitiva nedsättningar etc samt vissa hjälpmedel. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆Planering av åtgärder tillsammans. ◆Bestämmer vem som gör vad. ◆Följer upp åtgärder inom 1-3 månader eller överrensommelse med teamet. ◆Utvärderar och ser förbättringsområden
Dokumentation Magna Cura		Skapa planer "MÅR" mål, åtgärd och resultat i respektive område där det föreligger risk. "Mår" en döps i respektive rubrik Fall, Nutrition, Trycksår.	Skapa planer i de områden där det föreligger risk. "Mår" en döps utefter respektive risk fall, nutrition, trycksår.	Skapa planer "MÅR" mål, åtgärd och resultat i respektive område där det föreligger risk. "Mår" en döps i respektive rubrik fall, nutrition, trycksår.	



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se