

**Implementering av ny praksis  
– hvilke faktorer er av betydning for at sykepleiere skal  
gjennomføre standardiserte tiltakspakker for å redusere  
fallrisiko i spesialisthelsetjenesten?**

**Hilde Fossland**

Masteroppgave i  
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og  
helseøkonomi



Universitetet i Bergen  
Det medisinsk-odontologiske fakultet  
Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Høst 2015

## **Forord**

Etter å ha arbeidet flere år som leder på ulike nivå i spesialisthelsetjenesten, har jeg erfart at implementering er et komplekst område innen all endring, og et område som krever stort fokus for å få nye metoder og rutiner til å bli brukt i organisasjonen. Samtidig har jeg inntrykk av at implementeringen får lite fokus og nødvendig oppmerksomhet under planlegging og gjennomføring av forbedringstiltak. Å velge området implementering falt seg derfor naturlig da jeg skulle velge tematikk for min masteroppgave.

Studiet ved UIB har vært inspirerende og utviklende, og jeg har daglig nytte av den kunnskapen jeg har ervervet gjennom de årene jeg har brukt på å gjennomføre studiet. Veien fram mot en ferdig masteroppgave har vært krevende, og uten tilrettelegging og støtte fra egen arbeidsplass i medisinsk klinikk ved Sykehuset Levanger og økonomisk støtte fra Helse Midt-Norge, hadde dette vært vanskelig å gjennomføre. Jeg vil i tillegg takke min veileder universitetslektor Miriam Hartveit for meget god og inspirerende veiledning gjennom hele prosessen.

De som allikevel fortjener størst takk for stor tålmodighet og støtte i de timene jeg har tilbragt i «skrive-hulen» er Vidar, Paul Olav og Idun.

Verdal, desember 2015

Hilde Fossland

## Innholdsfortegnelse

1.0 BAKGRUNN .....	1
1.1 Pasientskader .....	1
1.2 Målinger .....	2
1.2.1 Indikatorer .....	2
1.2.2 Global Trigger Tool .....	3
1.3 Pasientsikkerhet .....	5
1.3.1 Pasientsikkerhetskultur .....	5
1.3.2 Pasientsikkerhetskampanjen.....	5
1.3.3 Tiltakspakker.....	7
1.3.4 Forebygging av fall.....	8
1.4 Forbedringsmodellen .....	9
1.5 Implementering av endringer i praksis.....	12
1.5.1 Implementering.....	13
1.5.2 Endringsmotivasjon .....	14
1.5.3 Faktorer som påvirker implementeringen .....	15
1.6 Hensikt og problemformulering .....	16
1.7 Vitenskapelig miljø .....	16
1.8 Benyttet litteratur .....	16
2.0 DESIGN OG METODE.....	17
2.1 Valg av metode og design .....	17
2.2 Utvalg og førstegangskontakt .....	17
2.3 Informasjon og samtykke .....	18
2.4 Datainnsamling.....	19
2.5 Transkribering.....	20
2.6 Analyse .....	20
2.7 Etske forhold.....	22
3.0 RESULTAT .....	24
3.1 Verktøy som synliggjør fokus på fallforebygging .....	24
3.2 Pådrivere og ildsjeler .....	26
3.3 Arbeidsmiljøets betydning .....	27
3.4 Opplæringens betydning .....	28

3.5 Målingers betydning.....	29
3.6 Pasient-fall påvirker fokus .....	31
4.0 DISKUSJON .....	33
4.1 Oppsummering av funn.....	33
4.2 Verktøy som synliggjør fokus på fallforebygging .....	33
4.2.1 Pasienttavla .....	33
4.2.2 Tavlemøte.....	36
4.3 Pådrivere og ildsjeler .....	38
4.4 Arbeidsmiljø.....	40
4.5 Opplæringens betydning .....	41
4.6 Målingers betydning.....	42
4.7 Pasient-fall påvirker fokus .....	44
4.8 Vurdering av valgt metode.....	45
4.8.1 Kilder.....	45
4.8.2 Utvalg.....	46
4.8.3 Innsamling av materialet.....	46
4.8.4 Analyse av materialet.....	47
4.8 Generaliserbarhet .....	48
5.0 KONKLUSJON .....	49
Referanseliste .....	50
Vedlegg 1:INTERVJUGUIDE – sykepleier sengepost .....	1
Vedlegg 2: SPØRRESKJEMA – avdelingssykepleier sengepost .....	3



## Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi

ved Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel				
Implementering av ny praksis – hvilke faktorer er av betydning for at sykepleiere skal gjennomføre standardiserte tiltakspakker for å redusere fallrisiko i spesialisthelsetjenesten?				
Forfatter				
Hilde Fosslund				
Forfatterens stilling og arbeidssted				
Avdelingsleder, Medisinsk klinikk Sykehuset Levanger Helse Nord-Trøndelag HF				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder		
		Miriam Hartveit, universitetslektor		
Antall sider	Språk oppgave	Språk sammendrag	ISSN-nummer	ISBN-nummer
	Norsk	Norsk		
<p><b>Bakgrunn:</b> Femti prosent av pasienter over 65 år faller minst en gang pr år, og 5-10 % av disse blir alvorlig skadd. Skader fører til økt morbiditet, økt mortalitet og lengre liggetid i sykehus, i tillegg til økt behov for kommunale tjenester etter utskrivelse fra sykehus. Det norske Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7» forutsetter at alle sykehus-pasienter over 65 år og de med sykdommer og/eller tilstander som medfører risiko for fall, screenes for fallrisiko. Omfattende ressurser settes inn for å forbedre pasientsikkerheten. Allikevel gir opptil 70 % av alle forsøk på implementering av ny praksis i sykehus ikke gir varige resultat.</p> <p><b>Målsetting:</b> Målsettingen med studien er å undersøke hvilke faktorer sykepleiere vektlegger for at screening av pasienter i spesialisthelsetjenesten for fallrisiko gjennomføres.</p> <p><b>Metode:</b> Innsamling av data er gjort gjennom individuelle intervju av ni sykepleiere fra to sengeposter i samme sykehus. Begge sengepostene var valgt for at de screener en høy andel av inneliggende pasienter i forhold til fallrisiko. Data er innhentet og analysert kvalitativt med systematisk tekstkondensering som metode.</p> <p><b>Resultat:</b> Studien har funnet seks faktorer som sykepleierne vektlegger som betydningsfulle for å gjennomføre fallscreening. Faktorene som er funnet er synliggjøring av forbedringsområdet, målinger av indikatorer for området, arbeidsmiljø, opplevde pasient-fall, opplæring i fokusområdet og pådrivere. Sykepleierne i studien beskriver at disse faktorene påvirker dem både individuelt og som gruppe.</p> <p><b>Diskusjon:</b> Faktorene som er funnet i denne studien sammenfaller med funn i andre studier, eller man finner støtte i teoretiske tilnærminger. Faktorene som blir beskrevet bidrar med en kunnskap om hvordan sykepleiere forholder seg til forskjellige faktorer som de vektlegger som betydningsfulle for at de har implementert den fallforebyggende tiltakspakken fra Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7». Beskrivelsen av disse faktorene kan være aktuelle innspill til ledere eller andre som skal initiere eller gjennomføre kvalitetsforbedrende tiltak generelt eller fallforebyggende tiltak spesielt.</p>				
Nøkkelord				
Pasientsikkerhet, fall, fallforebygging, implementering,				



**Dissertation submitted for the degree of  
Master in Health Management, Quality Improvement and Health  
Economics in The University of Bergen**

Title and subtitle of the dissertation				
Implementation of new practice - which factors are important to nurses when they are implementing standardized intervention bundles to reduce the risk of falls in hospitals				
Author				
Hilde Fossland				
Author's position and address				
Head nurse, Department of Internal Medicin, Levanger Hospital				
Date of approval		Supervisor		
		Miriam Hartveit		
Number of pages	Language dissertation	Language abstract	ISSN-number	ISBN-number
		English		
<p><b>Background:</b> Fifty percent of patients over 65 years fall at least once a year, and 5-10 % of these are seriously injured. Injuries from falls lead to increased morbidity, increased mortality and prolonged hospital stay, in addition to an increased need for primary health services after discharge from hospital. The Norwegian patient safety program "I trygge hender 24/7" (In safe hands 24/7), demands screening of all hospitalized patients over 65 and those with deceases and/or conditions that involve the risk of falling. Comprehensive resources are used to improve patient safety. Still up to 70 % of all attempts to improve practice in hospitals do not provide lasting results. Studies show that up to 70% of all attempts at implementing new practices in hospitals do not provide lasting results.</p> <p><b>Aims:</b> This study aims at exploring what factors nurses emphasize for implementing screening of patients in hospitals to reduce the risk of falling.</p> <p><b>Method:</b> Individual interviews of nine nurses on two wards in the same hospital were conducted. Both wards were selected for their high degree of screening the risk of falling of the in-patients. Data is collected and analyzed qualitatively with systematic text condensation as a method.</p> <p><b>Results:</b> The present study found six areas emphasized by nurses as important to conduct the screening of risk of falling. The factors found are highlighting of the improvement area, measurements of indicators for the area, work environment, experienced patient-fall, training in the focus area and promoters. The nurses in the study disclose that these factors affect them both individually and as a group.</p> <p><b>Discussion:</b> The factors found in this study are in accordance with findings in other studies, or one finds support in theoretical approaches. The factors described contributes a knowledge of how nurses relate to different factors that they emphasize as important for implementing fall prevention as described in the Norwegian Patient Safety Program. The description of these factors may be relevant input to managers or others who initiate or implement initiatives to improve quality improvement in general or fall prevention in particular.</p>				
Key word				
Patient safety, fall, fall prevention, implementation				

## **1.0 BAKGRUNN**

### **1.1 Pasientskader**

En pasientskade forstås vanligvis som en personskade som oppstår i sammenheng med pasientrollen, og som er knyttet til en behandlingssituasjon (1). Begrepet brukes i vid forstand, og omfatter både fysiske og psykiske skader. Det er vanlig å skille mellom unngåelige og uunngåelige pasientskader (preventable or unpreventable adverse events). Slike skader medfører unødig lidelse, forlenget sykehusopphold eller død.

Uønskede hendelser som resulterer i pasientskader er en stor utfordring i helsevesenet i alle land, og WHO viser til tall fra europeiske land der man anslår at det skjer uønskede hendelser i 10 % av alle sykehus-innleggelse (2). I en undersøkelse fra USA har man brukt journalgranskningsverktøyet Global Trigger Tool (GTT) for å finne andelen av uønskede hendelser i forbindelse med sykehusinnleggelse (3). Her har de funnet at det i 33 % av sykehusinnleggelsene ved de tre sykehusene som deltok i studien, oppsto en uønsket hendelse. Man har også i Norge anvendt GTT for å finne omfanget av uønskede hendelser som har resultert i en pasientskade. Tall som PSP har publisert fra disse undersøkelsene, viser at man i 2010 fant pasientskader i 16 % av pasient-oppholdene i somatiske sykehusavdelinger (4). Pasientskadene man fant medførte behov for tiltak, forlenget sykehusinnleggelse eller andre alvorligere konsekvenser. De Vries et al har gjort en review av åtte studier som beskriver uønskede hendelser i sykehus (5). I denne gjennomgangen finner de at 9,2 % av pasienter innlagt i sykehus blir utsatt for en uønsket hendelse. De uønskede hendelsene resulterer i forskjellige grader av pasientskader, og man har funnet at 56,3 % av de uønskede hendelsene oppsto en liten eller en varig skade på pasienten. Samtidig fant man at 7,4 % av hendelsene resulterte i at pasienten døde (5).

Studier viser at en stor andel av de uønskede hendelsene kunne vært unngått, 40-50 % av hendelsene er såkalte preventable adverse events (5). Det er iverksatt tiltak for å redusere omfanget av uønskede hendelser som påvirker pasientsikkerheten i mange land, og erfaringer tilsier at slike tiltak i form av pasientsikkerhetskampanjer av ulike slag, har effekt. Bains et al har studert tre pasientsikkerhetskampanjer i Nederland, og funnet en nedgang på 45 % av uønskede hendelser i løpet av perioden kampanjene pågikk (6).

Det er infeksjoner, spesielt i forbindelse med kirurgiske inngrep og feil på medisiner som er de hyppigst forekommende pasientskadene (7, 8). Fall er en uønsket hendelse som kan resultere i en pasientskade, og er samtidig et vanlig problem i den eldre populasjonen

(9). Studier fra industrialiserte land viser at blant eldre over 65 år i sykehus og sykehjem, faller ca halvparten minst en gang pr år (10). Det er mest fall blant eldre, men fall er en hendelse som er nært knyttet til endringer i en persons kognitive og fysiske forhold, i nær sammenheng med endrede fysiske omgivelser (11). I Australia, USA og Storbritannia øker andelen meldte uheldige hendelser når det gjelder fall også for personer undre 65 år (11).

Fall i sykehus kan få alvorlige konsekvenser for pasienten, mellom 30-50 % av fallene fører til skade (12). Det er høy mortalitet knyttet til fall, og mortaliteten øker med alderen (13). I Australia er andelen som får alvorlig skade eller dør av de som faller i sykehus, mellom 3 og 8 % (11). Fall medfører økende morbiditet og lengre liggetid for eldre pasienter i sykehus, og gir i tillegg utfordringer i forhold til svikt i ADL-funksjoner og sosiale aktiviteter lenge etter fallet (14). Pettersen viser i sin undersøkelse at de som har falt i større grad har behov for kommunale tjenester enn de som ikke har falt (10).

Selv om fall ikke resulterer i umiddelbar alvorlig skade, kan de få alvorlige og langsiktige konsekvenser for pasientene. Dette er konsekvenser som nedsatt funksjonsevne, smerter, redusert selvtillit, frykt for å falle igjen og forlenget sykehusopphold (15). Med den økende andelen eldre som vi står overfor i samfunnet, vil omkostningene med bakgrunn i fall i helseinstitusjoner med all sannsynlighet øke. Studier viser at kostnadene knyttet til de pasientene som faller under oppholdet i sykehuset, er betydelig høyere enn kostnadene knyttet til de som ikke faller, selv om de er innlagt med samme diagnose. Dette gjelder spesielt eldre pasienter over 65 med diagnosene hjerneslag, delirium og tilstander som påvirker respirasjonen (16). Pasienter som har falt har i snitt 6,2 flere liggedøgn i sykehus enn de som ikke faller (17). I Australia er det beregnet at kostnadene som følge av fall i helseinstitusjoner vil øke til det tredobbelte innen 2051, hvis det ikke iverksettes virkningsfulle tiltak for å forhindre disse fallene (11). Tall fra USA viser at den gjennomsnittlige kostnaden ved et fall med skade er ca 14.000 dollar (17).

## **1.2 Målinger**

Målinger en viktig forutsetning for å lykkes med forbedringsarbeidet. Gjennom bruk av målinger får organisasjonen kunnskap om egen praksis, kunnskap om hvorvidt gjennomførte endringer har ført til forbedring og man dokumenterer forbedringene (18).

### **1.2.1 Indikatorer**

Målinger kan gjøres på mange forskjellige måter og på mange forskjellige nivå i forbedringsprosessene (19). En indikator er en målbar variabel som sier noe om kvaliteten på et område (18). Det er vanlig å bruke indikatorer for å måle kvalitet i



pasientbehandlingen, og man skiller mellom indikatorene på struktur, prosess og resultat nivå. Når man måler på strukturnivå, beskrives forutsetningene for det om rådet man ønsker å måle. Man måler rammer, ressurser, tilgang på kompetanse og tekniske hjelpemidler som vil være premissleverandører for sluttresultatet (19). I tillegg vil det være interessant og nyttig å måle på prosessnivå, man måler da på aktiviteter som inngår i beskrevne prosedyrer eller retningslinjer. Prosessindikatorer er et uttrykk for om pasienter har fått de tjenestene de i følge prosedyrer og retningslinjer skal ha (19).

Resultatindikatorer sier noe om sluttresultatet, og her kan man skille mellom et intermediært resultat og sluttresultatet. På det intermediære nivået ser man resultatet på kort sikt, man får en pekepinn på hvorvidt man oppnår resultater tidlig i forløpet. Men det er mange prosesser, prosedyrer og behandlingsrutiner i helsevesenet der man ikke vil se det endelige resultatet før det har gått mange år. Det vil allikevel være slik at det er det endelige resultatet som er viktig for pasienter og helsearbeidere. Man må derfor alltid forsøke å få til gode målinger på resultatnivå. Dersom det er godt dokumentert at det er sterke korrelasjoner mellom struktur- og prosessindikatorer og resultatindikatorer, kan det være godt nok å kun benytte seg av struktur- og prosessindikatorer. Det er fordeler ved å benytte seg av prosessindikatorer, fordi de sier noe om kvaliteten på de konkrete ytelsene. De kan måles under veis, mens man yter de tjenestene/behandlingen pasienten skal ha, og man har på den måten mulighet til å gi feedback til prosessene og eventuelt gjøre korrigeringer for å optimalisere dem (19).

Målingene i Pasientsikkerhetsprogrammet baserer seg på prosess- og resultat-indikatorer som er utviklet spesifikt i forhold til de enkelte tiltakspakkene. Det anbefales at man bruker disse målingene aktivt i implementeringsarbeidet, ved at man ved hver måling diskuterer og evaluerer resultatene for å lære og for å avdekke forbedringsområder (9).

Målingers betydning tydeliggjøres ved at implementering blir definert slik i

Pasientsikkerhetsprogrammet:

*«Å ha implementert tiltakspakken innebærer at tiltakene har blitt innført/gjennomføres, og at det måles kontinuerlig og at dataene studeres med den frekvens de samles inn for læring og identifisering av nye forbedringsmuligheter» (9).*

### **1.2.2 Global Trigger Tool**

Metoden man har anvendt for å måle nivået av pasientskader i spesialisthelsetjenesten i Norge og i flere andre land, er Global Trigger Tool (GTT). Dette er en strukturert journalgjennomgang eller journalrevisjon med formål å kartlegge omfanget av

pasientskade i sykehus (3, 20). Global Trigger Tool inkluderer alle pasientskader, det vil si hendelser som har medført utilsiktede konsekvenser av medisinsk behandling, uansett om de kan forhindres eller ikke (21). Metoden er egnet for å kunne beregne omfang av pasientskade i det enkelte sykehus over tid. Den regnes i tillegg for å være tilstrekkelig pålitelig til å kartlegge og gi et grovt anslag over omfanget av pasientskade i sykehus regionalt og nasjonalt. Under disse gjennomgangene er det konsekvensen skaden har hatt for pasienten som vektlegges. Metodens hensikt er å beregne omfang av pasientskader ved det enkelte sykehus, og øke motivasjonene for å forebygge pasientskader. I tillegg vil data fra undersøkelsene vise hvordan risikoen ved medisinsk behandling forandrer seg over tid (20).

GTT-metoden er en retrospektiv revisjon av 20 tilfeldig utvalgte journaler pr måned pr sykehus (20, 21). Hvert sykehus i Norge har nedsatt ett eller flere granskningsteam som består av to sykepleiere og en lege, som gjennomfører denne journalrevisjonen. Sykepleierne går gjennom hver enkelt journal hver for seg, og leter etter såkalte triggere. Journalgranskerne gjennomgår journalene og leter etter triggere innenfor områdene 1) generell behandling, 2) legemiddel, 3) kirurgi, 4) intensivbehandling, 5) fødselsomsorg og 6) akuttmottak (21). Det er definerte triggere innen hvert av disse områdene det letes etter, under Generell behandling er «Fall» en av triggerne man ser etter. Når man finner en trigger, skal det letes videre i journalen for å fastslå om det har oppstått en pasientskade. Antallet triggere man finner trenger ikke å gjenspeile antall pasientskader. Man finner også pasientskader under gjennomgangene uten at man har funnet triggere, disse skadene blir også regnet med (21). I etterkant sammenligner sykepleierne sine resultater, og legger dem fram for legen til vurdering og godkjenning. Det er gjort studier på resultatene mellom uavhengige team som undersøker de samme journalene innenfor et enkelt sykehus, og det vises til et betydelig samsvar i deres vurderinger (20).

Disse journalrevisjonene viser en nedgang i forhold til pasientskader i norske sykehus de siste årene. I 2010 anslår man med denne metoden at det i 16 % av pasientoppholdene oppstår skade. Nivået opprettholdes for 2011, med 16 %, men tallene reduseres i årene som følger. Det anslåes at 14 % skades i 2013, og 13 % i 2014 (20). Årsaken til denne nedgangen er man usikker på, men tiltak gjort under Pasientsikkerhetskampanjen kan være en medvirkende årsak til den positive tendensen. Målemetoden videreføres, da man har behov for mer langsiktige målinger for å kunne konkludere angående årsakssammenhenger (21).

### **1.3 Pasientsikkerhet**

Pasientsikkerhet defineres av Verdens helseorganisasjon WHO som:

*«Patient safety is the absence of preventable harm to a patient during the process of health care» (22).*

Pasientens sikkerhet i møtet med helsevesenet har vært betraktet som et underforstått faktum, pasienten skal få hjelp, ikke bli skadet eller utsettes for risiko for å bli skadet (23). Når så mye som 30 % av pasientene opplever en uønsket hendelse som kan resultere i en pasientskade under sykehusoppholdet, er dette et stort problem. Det har i de seneste årene vært gjort en innsats i flere land for å redusere omfang av pasientskader, og redusere antallet pasienter som blir rammet av dette (3, 6, 24).

#### **1.3.1 Pasientsikkerhetskultur**

Pasientsikkerhetskultur kan beskrives som de holdningene som råder i forhold til pasientsikkerhet. I tillegg vil faktorer som i hvor stor grad arbeidet med pasientsikkerhet er støttet og prioritert i organisasjonen, og hvordan det er bygd opp og implementert, påvirke pasientsikkerhetskulturen (25). Pasientsikkerhetskulturen i en sykehusavdeling kan påvirke i hvor stor grad det skjer uønskede hendelser i avdelingen. Dersom det er en høy pasientsikkerhetskultur i avdelingen, er det en sannsynlighet for at det skjer mindre uønskede hendelser som resulterer i pasientskader der (26). En av målsetningene med det norske pasientsikkerhetsprogrammet er at man skal øke pasientsikkerhetskulturen i avdelingene (9).

#### **1.3.2 Pasientsikkerhetskampanjen**

Den norske regjeringen iverksatte Pasientsikkerhetskampanjen, «I trygge hender» i 2011, som ett av flere tiltak for å bedre kvaliteten og styrke pasientsikkerheten i helsetjenestene (7). Kampanjens overordnede mål har vært å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Fra 01.01.14 har kampanjen gått over i et program, «Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7» (4, 9). Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7», heretter benevnt som PSP, skal ved hjelp av målrettede forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder redusere pasientskader.

Det er i perioden 2014-2016 iverksatt forbedringsarbeid på 11 innsatsområder i PSP, og det forventes at helseforetak og kommuner implementerer tiltakspakkene i alle relevante enheter (9). Det er i tillegg planlagt fire nye innsatsområder som skal innføres i 2016, og flere nye er under planlegging for de kommende årene (9).

Bakgrunnen for Pasientsikkerhetskampanjen var en undersøkelse Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssentret) gjorde i flere av landets helseforetak i 2008 (23). Hensikten med denne undersøkelsen var å få innsikt i hvordan det arbeides med pasientsikkerhet i norske sykehus, og hvilke pasientsikkerhetsprosjekt som pågikk. I etterkant av dette arbeidet fikk Kunnskapssentret oppdrag fra Helsedirektoratet om å forberede en nasjonal pasientsikkerhetskampanje. I det innledende arbeidet ba de om innspill fra alle landets helseforetak til aktuelle områder som det burde satses på i en nasjonal pasientsikkerhetskampanje (23).

De innsatsområdene den norske pasientsikkerhetskampanjen har valgt å starte med er valgt på bakgrunn av følgende kriterier; 1) områder med stort potensial for klinisk forbedring i Norge, 2) tiltak som er dokumentert effektive, 3) gode data og metoder for å evaluere effekt av tiltak og 4) støtte i norske fagmiljøer (23).

Med bakgrunn i disse kriteriene ble det i kampanjeperioden valgt ut 11 innsatsområder, og områdene videreføres i programperioden 2014-2017. Fall er ett av disse områdene. I tillegg er ett av områdene «Ledelse av pasientsikkerhet». Dette området retter seg mot styrer og toppledelse i helseforetak, for å forankre arbeidet med pasientsikkerhet. Det forventes at alle enheter i både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene implementerer alle relevante innsatsområder i PSP i egen organisasjon (9). Det gis i tillegg råd i forhold til hvordan man kommer i gang med arbeidet, setter pasientsikkerhet på agendaen, og følger opp med målinger av fokuset på systemnivå (27).

Metodikken i PSP bygger på erfaringer fra andre lands pasientsikkerhetsprogram, der man har valgt å bruke tiltakspakker når forbedringer skal innføres (4, 9). Dette beskrives i eget under-kapittel. I tillegg har man fra sentralt hold i PSP initiert og tilrettelagt for «læringsnettverk».

*«Læringsnettverk er en internasjonalt anerkjent metode for å implementere forbedringstiltak. I løpet av et læringsnettverk iverksetter tverrfaglige kliniske forbedringsteam tiltak i egen virksomhet med støtte fra eksperter i forbedringsarbeid og ved gjensidig erfaringsutveksling» (28).*

Deltagelse i disse læringsnettverkene har vært frivillig, men erfaringene fra nettverkene er blitt gjort tilgjengelige for alle, også de som ikke deltok, gjennom PSP's nettside.

### 1.3.3 Tiltakspakker

Det foreligger mye forskning på ulike intervensjoner som kan være hensiktsmessige for å få til kvalitetsforbedring i klinisk praksis og når det gjelder pasientsikkerhet (29, 30). Men når det gjelder effektiviteten av disse intervensjonene, hvordan man får til varige forbedringer i praksis, vet man ikke nok (29, 30). Det er mange forslag til hvilke metoder som er anvendbare for å endre praksis i henhold til ny kunnskap, men hvordan dette fungerer i praksis er ikke godt nok dokumentert (31). Dixon-Woods et al, som har gjort en beskrivelse av «The Michigan Keystone Project», sier at kvalitetsforbedringsstudier ofte er dårlige til å beskrive det gjennomførte programmet, og de aktivitetene som ble gjort, slik at det kan «reproduseres» et annet sted (32). De sier i tillegg at studiene er dårlige til å gjøre rede for hvilke aktiviteter som ble foretatt og hvilke mekanismer som ble observert, og som hadde påvirkning på utfallet. I Michigan-prosjektet ser man at man har klart å få til varige evidensbaserte endringer som påvirker pasientsikkerheten og kvaliteten på de helsetjenestene som ytes, og de har også vist at intervensjoner som har fungert godt på et sted, kan overføres til andre enheter og virke like godt der (32).

Man har ved å studere hva som skjedde under «The Michigan Keystone Project», laget en teori som beskriver kritiske elementer som var avgjørende for suksessen til dette prosjektet. Det er seks momenter som man mener kvalitetsforbedringsprosjekter og/eller pasientsikkerhetsprosjekter vil kunne dra fordeler av å benytte. Disse momentene er 1) utsette organisasjonen/avdelingene for et press på å delta i programmet og slutte seg til anbefalingene som ligger der, 2) skape et tett nettverkssamarbeid med en god horisontal forankring som utøver et normativt press på medlemmene, 3) endre oppfatningen av pasientsikkerhetsproblemet til et sosialt problem og presentere det gjennom en profesjonell organisasjon kombinert med gressrot-beskrivelser i en vertikal integrert program-struktur, 4) bruke mange forskjellige intervensjoner som fungerer på forskjellige måter for å skape en kultur for engasjement for å bidra til bedre praksis, 5) bruke data for pasientskader i oppdragende henseende og 6) bruk av definerte verktøy og målinger (33).

Metodikken i PSP bygger på erfaringer fra «The Michigan Keystone Project». Den er også brukt i England og Skottland, med gode resultater (34). Metodikken anbefaler bruken av såkalte «bundles»(tiltakspakker på norsk). Institute for Healthcare Improvements definisjon på en tiltakspakke er:

*“A small set of evidence-based interventions for a defined patient segment/population and care setting that, when implemented together, will result in significantly better outcomes than when implemented individually” (34).*

Metodikken bygger på en intervensjon med tre til fem tiltak som settes sammen til en tiltakspakke. Disse tiltakene skal være aksepterte som god pasientbehandling i de kliniske miljøene, og de bør foreligge evidens for at de er virkningsfulle. Det er viktig at hvert av de valgte tiltakene kan iverksettes uavhengig av de andre i «pakken», slik at dersom en må fravelge ett, påvirker ikke det innføringen av de andre. Det er i tillegg viktig at tiltakene er beskrivende (deskriptive) og ikke normative. Det vil da være lettere å tilpasse de ulike tiltakene til den virkeligheten eller sammenhengen de skal iverksettes i. Kommunikasjon og samarbeid vil være av avgjørende betydning for innføringen og bruken av tiltakene. Dersom tiltakspakken er utviklet av et flerfaglig kollegium, vil det øke sannsynligheten for tiltakspakkens aksept og suksess (34).

Under utviklingen av konseptet med tiltakspakker i USA, kom man også til en erkjennelse om at det må måles på i hvor stor grad pasientene får hele eller deler av disse tiltakspakkene. Anbefalingene tilsier at pasientene skal ha alle elementene fra tiltakspakken, hvis de ikke er medisinsk kontra- indisert. Målinger som ble gjort under utprøving av metodikken i USA, viste at bare 10-20 % av pasientene fikk hele tiltakspakken. Dette til tross for at miljøene som skulle bruke dem, mente at de hadde høy compliance. Regelmessige målinger anbefales derfor som en naturlig del av denne metodikken også, slik at de som bruker tiltakspakkene vet hvordan de ligger an (34).

### **1.3.4 Forebygging av fall**

Innsatsområdet «Forebygging av fall i helseinstitusjoner» er et av de 11 valgte områdene i PSP. Området fall er valgt fordi fall er en vanlig årsak til at eldre skader seg, i tillegg til at det er antatt at området har et stort potensiale for forbedring i Norge (35). Internasjonale tall viser at fall er den nest største årsaken til skader blant pasienter (15), og det er et stort fokus på å redusere andelen av fall-skader i sykehus. Det er gjort flere studier på intervensjoner for å redusere andelen fallskader, men mange slike fremstøt har ikke lyktes helt (36).

Det er beskrevet en slik intervensjon som har lyktes fra Canada (15). Der implementerte man evidensbaserte tiltak for å redusere fall i tre sykehus. Man studerte implementeringen av disse tiltakene, både fra pleiepersonalets og ledelsens ståsted. De kom fram til fire

anbefalinger med potensiale til å fremme suksess på dette området på bakgrunn av dette prosjektet: 1) nødvendigheten av å høre på og anerkjenne ekspertisen og den kliniske hverdagen personalet forholder seg til, 2) nødvendigheten av å holde implementeringsprosessen enkel, 3) nødvendigheten av å anerkjenne at det som kan synes enkelt blir komplisert når det skal tilpasses pasientenes individuelle behov og 4) nødvendigheten av å se på prosessen som et kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid (15).

Det finnes også dokumentert effektive tiltak som skal forhindre fall(37). Slike tiltak har en bred profil i det norske PSP, og innbefatter både gjennomgang av medikamenter pasienten tar, en gjennomgang av pasientens omgivelser for å sanere elementer som kan fremme falltendens, samt en informasjon til pasienten selv om tematikken. I tillegg skal man gi tilsyn ved behov til pasienter i fall-risiko, og gi alle pasienter mulighet og motivasjon til trening for å forebygge fall (38).

Programmet retter seg mot eldre over 65 år i tillegg til andre voksne med nevrologiske eller kognitive sykdomstilstander eller alvorlige synshemminger ved sykehus eller sykehjem (35). Selv om flere beskriver intervensjoner for å unngå fall som effektive, viser flere studier at det ikke er sannsynlig med noen null-visjon (36).

#### **1.4 Forbedringsmodellen**

I sitt strategidokument sier PSP at pasientsikkerhetsarbeid skal inngå som en naturlig del av forsvarlig pasientbehandling, og man peker på det kontinuerlige forbedringsarbeidet som ligger i lovverket som regulerer norsk helsevesen. Metodikken som anbefales i PSP er Model for Improvement. Model for Improvement er utviklet av Gerald Langley et al. Denne metodikken er utviklet for å ivareta fem prinsipper som er fundamentale når man vil lykkes med forbedringsarbeid. De fem prinsippene er; 1) å vite når du må gjøre en forbedring, 2) ha en feedback-mekanisme som kan si noe om det blir en forbedring, 3) å utvikle en effektiv endring som vil resultere i en forbedring, 4) å teste endringen før en gjør forsøk på å innføre den og 5) å vite hvordan og når en skal gjøre endringen permanent (39). Fra PSP's side pekes på at metodikken er enkel og anvendelig når det gjelder å redusere avstanden mellom det vi vet vi bør gjøre, og det vi faktisk gjør (9).

Denne modellen har også vært brukt i pasientsikkerhetsatsninger i andre land, som USA, Storbritannia og Danmark, og har utgjort en avgjørende faktor for hvor vellykket satsningen har blitt der (9).



Figur 1: Model for Improvement. Hentet fra Pasientsikkerhetsprogrammets nettsider.

Modellen består av to deler (40), der den første delen utgjøres av tre innledende spørsmål:

1. Hva ønsker vi å oppnå?
2. Hvordan vet vi at en endring er en forbedring?
3. Hvilke endringer skal vi iverksette for å skape forbedring?

Disse spørsmålene skal hjelpe til med å fastsette klare mål, finne hvilke målinger som må gjøres for å vite om endringer som gjøres er forbedringer samt klarlegge hvilke tiltak som skal prøves ut (40).

Modellens andre del, sirkelen, illustrerer en kontinuerlig prosess i systematisk forbedringsarbeid (41). Det var Edwards Deming som først utviklet og beskrev denne forbedringsmetoden. Metoden har vært mye brukt i forskjellige sektorer, og ble i utgangspunktet beskrevet i fire faser som bør følge hverandre i sekvenser når man vil oppnå resultater i forbedringsarbeid (41). Kunnskapssentret har videreutviklet denne modellen, slik at den inneholder fem viktige forutsetninger for å lykkes med kvalitetsforbedring (18). Disse forutsetningene er beskrevet av Powell et al etter en gjennomgang av forskning på fem problemløsende forbedringsmodeller. Kunnskapssentret har sammenfattet de nødvendige forutsetningene Powell et al fant, til fem punkter i norsk oversettelse: 1) at forbedringsarbeidet er forankret i ledelsen på alle nivåer, 2) at helsepersonell på tvers av fag og profesjoner er aktive og engasjerte i forbedringsarbeidet, 3) at tilnærmingene som benyttes er skreddersydd, helhetlige og tilpasses konteksten i den enkelte organisasjon, 4) at forbedringsarbeidet er samstemt med og integrert i organisasjonens visjoner og mål, 5) at forbedringsarbeidet er integrert i organisasjonens daglige arbeid, både for medarbeidere og ledere (18).



Integreringen av disse fem punktene har initiert en fase til, slik at den modellen Kunnskapssentret anbefaler inneholder fem faser; 1)Forberede, 2) planlegge, 3) utføre, 4) kontrollere og 5) standardisere og følge opp. Illustrasjon av modellen i Figur 2. Den første fasen i denne reviderte versjonen av Demings sirkel er ny, i tillegg er den siste fasen utvidet til også å inneholde spredning av resultatene i egen organisasjon og evt andre organisasjoner (18).



Figur 2: PDCA-sirkelen, revidert versjon fra Kunnskapssentrets nettsider

I den første fasen «Forberede», planlegger man endringen man ønsker å gjennomføre. Initialt i et forbedringsarbeid er det viktig å etablere en fellers erkjennelse for behovet for forbedring. Denne erkjennelsen kan ha utgangspunkt i flere faktorer; innspill fra brukere, ansatte og/eller ledere, ny kunnskap eller nye behandlingsmetoder, nye krav og forventninger, evaluering eller revisjon av tjenestene. I tillegg vil det være viktig med en god forankring av forbedringsarbeidet, og denne bør sees i sammenheng med organiseringen av arbeidet (41).

I den andre fasen «Planlegge», planlegges gjennomføringen av forbedringsarbeidet. Det er mange elementer som inngår i denne fasen, blant annet å kartlegge behov hos alle involverte parter, samt kartlegging av dagens praksis. En kartlegging av dagens praksis kan være nyttig som grunnlag for videre arbeid, og det er forskjellige verktøy som kan benyttes i til dette (18). I tillegg til å vite hva som inngår i dagens praksis, kan det være nyttig å måle hvordan tjenestene fungerer. Dette både for å avdekke hva som bør forbedres og som et utgangspunkt for å lage konkrete mål for det videre arbeidet (41).

Når forslag til hvordan prosessene kan forbedres innhentes, bør man gå bredt men systematisk til verks. Alle berørte parter bør involveres for å sikre et best mulig resultat. I tillegg vil det som regel være nyttig å se til hva andre har gjort på tilsvarende områder. Man bør søke etter dokumentasjon for at de planlagte tiltakene virker, før man setter dem

ut i praksis, dette kan gjøres på samme måte som man sikret kunnskapsgrunnlaget initialt i prosessen (18).

I den neste fasen «Utføre», gjennomføres de planlagte endringene som et forsøk i liten skala. Dette for å se hvordan prosessen fungerer i praksis, man prøver da gjerne ut i liten skala, gjerne kalt pilot. Piloten bør evalueres grundig, og man justerer tiltak på bakgrunn av erfaringene fra evalueringen. Når dette er gjennomført kan man være klar for å implementere i større skala, eller man ser at det er behov for å gå et skritt tilbake i prosessen (41).

Modellens fjerde fase; «Evaluer», innebærer at man analyserer innsamlet materiale i forhold til de målene som ble satt innledningsvis (41). I denne fasen kan man med fordel både bruke kvalitative og kvantitative tilnæringer, for å få grundig kjennskap til om den nye prosessen innebærer en forbedring i forhold til det man hadde før. Også etter dette steget i prosessen, kan man finne det nødvendig å ta et skritt eller to tilbake i prosessen, dersom evalueringen ikke gir et tilfredsstillende resultat i forhold til forventet mål (41). Det er viktig å diskutere med involverte parter, for å høste alle erfaringer og få nødvendige innspill (40).

I den siste fasen «Standardisere og følge opp», iverksettes tiltakene man har blitt enige om i den foregående fasen. Opprettholdelse av tiltakene vil også være en viktig oppgave i denne fasen. Det er viktig at prosedyrer opprettes eller oppdateres, at man sikrer god opplæring i eventuelle nye rutiner, vurderer ressurstilgang/bruk. For å opprettholde fokuset på de nye rutine, anbefales det at man fortsetter med målingene man har gjort i prosjektfasen, også i tiden etterpå, gjerne en til to ganger i året. Målingene må brukes til refleksjon og evaluering i enhetene som har innført endringene (41). I tillegg er det viktig at forbedringsarbeid som har lyktes, spres videre i organisasjonen, og eventuelt ut over denne også.

### **1.5 Implementering av endringer i praksis**

Endringer som skal gjennomføres i helseinstitusjoner kan være små eller store, men utfordringen ligger ikke alltid i endringens kompleksitet, men i kompleksiteten i det systemet den skal gjennomføres i. Komplekse systemer inneholder struktur, prosesser og kultur, og dette er nivåer i organisasjonen det må tas hensyn til for å lykkes med gjennomføring av endringer (18).

Med struktur menes i denne sammenhengen rammene rundt systemet eller organisasjonen, bygninger, ansatte, lover, planverk etc. Prosesser defineres som handlinger som er nødvendige for å løse en definert oppgave. Når det gjelder kultur så tenker man i denne sammenhengen på organisasjonskultur, som kan beskrives på tre nivåer; et nivå som er tydelig og kan sanses (arkitektur, inventar, adferd). I tillegg er det normer og verdier som kommer til uttrykk, og grunnleggende antagelser som er organisasjonens ubevisste virkelighetsoppfatning (18).

### **1.5.1 Implementering**

Implementering kan beskrives som den prosessen det er å få bestemte medlemmer i en organisasjon til å bruke en innovasjon hensiktsmessig og engasjert (42). Når man vil gjøre endringer i organisasjoner er innovasjoner av stor betydning.

*«Implementation is the critical gateway between the decision to adopt the innovation and the routine use of the innovation» (42)*

Mange team eller organisasjoner oppnår ikke å utnytte det fulle potensialet i innovasjoner de ønsker å innføre, fordi de ikke har tatt implementeringsutfordringene nok på alvor (43). I tillegg viser studier at opptil 70 % av alle forsøk på å skape forbedringer i organisasjoner ikke gir holdbare resultater (44).

Klein og Knight har gjort en gjennomgang av tilgjengelig litteratur, og presenterer nøkkelfaktorer som ligger i organisasjonen fra før, og som påvirker prosessen og resultatet når det gjelder implementering av innovasjoner. Nøkkelfaktorene kan beskrives slik: 1) Hvor mye investerer organisasjonen i opplæring av ansatte i ny praksis, kvalitativt og kvantitativt. Investeringen gjelder ikke bare for en enkeltstående hendelse, men den opplevde kulturen for investeringer i implementering totalt sett. 2) Teamets samlede syn på viktigheten av å implementere endringen. 3) Leders støtte av innovasjonen. 4) Tilgjengelige økonomiske ressurser for å gjennomføre implementeringen. 5) Læringsorientering, dette er ett sett av handlinger og holdninger som støtter og muliggjør ansattes utvikling av ferdigheter, læring og vekst. I organisasjoner med sterk læringsorientering, vil ansatte ivrig involvere seg i eksperimentering og risikotaking, de holdes ikke tilbake av en frykt for å feile. Det er viktig for ledere å bygge opp læringsorienteringen i enheten for å sikre implementering. Dette kan gjøres ved å a) kommunisere en overbevisende og inspirerende årsak til endringen, b) uttrykke egen feilbarlighet og behov for assistanse og input fra teamet, c) kommunisere at teamet er nødvendige, viktige og essensielle partnere i

endringsarbeidet. 6) Tålmodighet fra ledelsen – man må være langsiktig orientert. Det må utvises forståelse for kortsiktig redusert produksjon og effektivitet, for å oppnå langsiktige og varige effekter (43).

### **1.5.2 Endringsmotivasjon**

Bryan Weiner har utviklet en teori som beskriver en organisasjons endringsmotivasjon, «Organizational readiness for change» (45). Organisasjonens endringsmotivasjon har mange lag og mange sider, og to viktige faktorer er organisasjons- medlemmenes syn på hvordan de sammen skal løse implementeringsutfordringene, kalt endringsengasjement (Change comittment), og hvordan de samlet ser på sine muligheter til å oppnå resultater med implementeringen, endringseffektiviteten (Change efficiacy) (45, 46).

Weiner mener at det organisasjonelle fokuset på endringskapasitet er viktig fordi mange lovende tiltak for å forbedre ytelsene i helsevesenet, medfører kollektive atferdsendringer i form av redesign av systemer(45). Redesign av systemer forstås i denne sammenhengen som mange og samtidige endringer, blant annet i personalgruppen, i arbeidsfordelingen, i beslutningstakingen, i kommunikasjons- og belønningssystemer. Å etablere en organisasjonell beredskap for endring er av avgjørende betydning for å gjennomføre stor-skala organisasjonsmessige endringer, og å lykkes med dem (45).

Basert på sosial kognitiv teori beskriver Weiner nøkkelfaktorer for endringskapasiteten i organisasjonen, de viktigste faktorene for organisasjonens gjennomføringsevne. Disse faktorene kan beskrives som; 1) Vet vi hva som vil kreves for å implementere denne endringen effektivt? 2) Har vi de ressursene som kreves for å implementere denne endringen effektivt? Og 3) Kan vi implementere denne endringen effektivt i den situasjonen vi er i nå (45)? Organisasjonell endringsmotivasjon blir en funksjon av hvor høyt organisasjonsmedlemmene verdsetter endringen, i forhold til hvordan de mener de ligger an i forhold til de tre nøkkelfaktorene for endringskapasitet.

I følge denne teorien kan en organisasjon være klar for å implementere endringer, men ikke hvilke som helst endringer. De må oppleves meningsfulle i den sammenhengen de skal virke i. Teorien beskriver implementeringsklima, som skiller seg fra organisasjonsklimaet på to vesentlige punkter; det har et strategisk fokus, selve implementeringen, og er innovasjonsspesifikt. Implementeringsklimaet defineres av Weiner som organisasjonsmedlemmenes felles vurdering av innovasjonens nytte som forventet, støttet og nyttig (45).

### **1.5.3 Faktorer som påvirker implementeringen**

Den spesifikke sosiale, organisasjonelle og strukturelle settingen som ansatte i helsevesenet arbeider i, inneholder faktorer på flere nivå som kan vanskeliggjøre eller støtte endringer (31). «PRECEDE – PROCEED»-modellen er en modell som kan brukes når endringer i praksis skal innføres, og modellen setter søkelyset på faktorer som påvirker endringsarbeidet. Modellen bygger blant annet på sosiale atferdsteorier, og ble beskrevet av L. Greene, som et rammeverk for forståelsen av systematisk utvikling og evaluering av helse-opplæringsprogram (47). Modellen tar utgangspunkt i det man ønsker å oppnå (outcome) når man planlegger en endring. Man arbeider seg fra dette målet og bakover mot der man befinner seg «nå». Man identifiserer hva man må gjøre for å oppnå målet, og hva det er som påvirker at man skal få dette resultatet. På denne måten lager man en plan for innføring av endringen, basert på analyser av det området der man ønsker å gjennomføre en endring (48).

Et sentralt element i denne modellen er at helseopplæring er avhengig av frivillig deltagelse og samarbeid fra de som deltar i prosessen (47). I tillegg vektlegges at det er mange faktorer som påvirker helse og helserelaterte spørsmål, og da må man ha fokus på mange faktorer innenfor mange områder for å klare å gjøre endringer som påvirker disse. Ved å bruke modellen forklarer man den helserelaterte adferden og miljøet den skjer i. Og målet med å bruke modellen er å designe og evaluere intervensjoner som er nødvendige for å påvirke både helserelatert adferd og miljøet (48).

PRECEDE-PROCEED-modellen beskriver flere nivåer i organisasjonen som må gjennomgå evalueringer i forkant av endringsarbeid(47). Ett av dem er det pedagogiske nivået. Her søker man å finne faktorer som er predisponerende, muliggjørende og forsterkende for den endringen man ønsker å oppnå. Eksempler på de predisponerende faktorene kan være kunnskap og holdninger blant personene i gruppen som skal gjennomføre endringen. Dette kan være holdninger hos en person eller i en befolkning som motiverer til en spesiell type adferd. Blant de muliggjørende faktorene finner man kapasitet, ressurser og tilgjengelige støttefunksjoner. Dette kan være karakteristikk ved et miljø som muliggjør en handling, eller ferdigheter og ressurser som er nødvendige for å oppnå en spesiell adferd. De forsterkende faktorene kan være miljøet i gruppen som skal gjennomføre endringen, opinion og adferd i gruppen. Dette kan være belønning eller straff, reell eller forventet, som følger av en handling etter at den har skjedd (47). For å lykkes med implementeringen av endringen man planlegger, må man identifisere faktorene innen

hver av disse gruppene, og arbeide målrettet med dem for å finne de riktige handlingene å jobbe med for å få til en vellykket implementering(47). Systematiske studier på effektiv implementering av ny kunnskap og nye retningslinjer, har vist at strategier som tar hensyn til faktorer på disse tre nivåene har størst sannsynlighet for å lykkes (31).

## **1.6 Hensikt og problemformulering**

Denne studien har som formål å se nærmere på hvilke faktorer i tråd med PRECEDE-PROCEED-modellen sykepleierne i en sengepost vektlegger når de velger å gjennomføre forbedringstiltak som er pålagt av andre. Spesifikt ser man i studien nærmere på hvilke faktorer sykepleierne vektlegger for å implementere screening av pasienter med fallrisiko, i henhold til det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7».

Delmål 1: Hvilke faktorer vektlegges som viktige av sykepleiere for at de skal ta screeningoppgaven inn som en naturlig del av sine daglige gjøremål?

Delmål 2: Hvilke praktiske løsninger fremheves som viktige av sykepleierne for å få gjort fallscreening som en del av den kliniske hverdagen?

Delspørsmål 3: Hvilke faktorer er viktige for sykepleierne for at de skal fortsette å gjøre oppgaven etter oppstartsperioden er over?

### **Forskningsspørsmål**

*Hvilke predisponerende-, muliggjørende- og forsterkende faktorer er av betydning for at sykepleiere skal gjennomføre standardiserte tiltakspakker for å redusere fallrisiko hos pasienter i spesialisthelsetjenesten?*

## **1.7 Vitenskapelig miljø**

Denne masteroppgaven er gjennomført innen Helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Institutt for Global Helse og samfunnsmedisinske fag ved Det Medisinske og Odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen. Veileder har vært universitetslektor Miriam Hartveit.

## **1.8 Benyttet litteratur**

Litteraturen som er brukt i denne studien er litteratur fra studiet i Kvalitetsforbedring, litteratur og artikler funnet på sentrale nettsider som Kunnskapssentret, Pasientsikkerhetsprogrammet. I tillegg er artikler tilsendt fra veileder og andre artikler som er funnet ved «snøball-rulling» brukt.

## **2.0 DESIGN OG METODE**

### **2.1 Valg av metode og design**

Denne studien søker å avdekke hvilke faktorer som er betydningsfulle når sykepleiere velger å ta i bruk nytt verktøy innenfor Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke for fallforebygging. For å belyse denne problemstillingen, velges det en kvalitativ metode. Studien baserer seg på en forforståelse om at det finnes nøkkelfaktorer som er av betydning når en gruppe skal implementere en oppgave sammen (31, 47). Med de predisponerende, muliggjørende og forsterkende faktorene som utgangspunkt, har studien som formål å gi en beskrivelse av virkeligheten; Hva vektlegges av sykepleiere i en sengepost, som i tillegg til andre viktige oppgaver har startet opp med å gjennomføre fallforebygging for pasientene i avdelingen.

Som metode for datainnsamlingen har man valgt å benytte seg av semistrukturerte individuelle intervju. En av fordelene ved å bruke semistrukturerte intervju, er at man får innsikt i informantens erfaringer, i lys av informantens virkelighet (50). I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide. Som struktur i intervjuguiden ble forforståelsen om at det finnes faktorer som er av betydning for at sykepleiere skal implementere nye arbeidsmetoder i praksis brukt. Disse faktorene kan defineres som predisponerende, muliggjørende eller forsterkende (31-47). Faktorene dannet grunnlaget for fire hovedspørsmål man ønsket svar på. I tillegg inneholdt intervjuguiden stikkord knyttet til de fire hovedspørsmålene. Ved å bruke semistrukturerte intervju, gjør en det mulig å improvisere underveis, og åpne opp for informantens refleksjoner (50). Samtidig vil stikkordene hjelpe intervjueren med å sikre at man fikk innspill på alle de områdene man ønsket det på.

### **2.2 Utvalg og førstegangskontakt**

For å få svar på forskningsspørsmålene var det ønskelig å intervju sykepleiere fra sengeposter i spesialisthelsetjenesten som hadde lyktes med å implementere Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke for fall. Det er flere norske sykehus som har implementert tiltakspakken for fall, og man valgte et sykehus som var av middels størrelse i norsk sammenheng. Det ble opprettet kontakt med fagpersoner i organisasjonen som kunne bekrefte at tiltakspakken for fall var implementert i sengeposter, og at nivået på «andel pasienter som blir screenet for fall», var relativt høyt og stabilt. Klinikkleder i den aktuelle klinikken forhåndsgodkjente deltagelsen i studien, og det ble sendt søknad om å få intervju sykepleiere i organisasjonen til administrerende direktør.

Etter at deltagelsen var bekreftet godkjent av administrerende direktør, ble det gjort konkrete avtaler med ansvarlig person for Pasientsikkerhetsprogrammet i sykehusets fagavdeling. Hun hadde god oversikt over hvilke avdelinger som hadde lyktes med sitt implementeringsarbeid, og opprettet videre kontakt med to slike avdelinger.

For i størst mulig grad å sikre at man fikk opplysninger som belyste problemstillingen, valgte man å benytte seg av et strategisk utvalg når man skulle finne informanter (50). For å sikre dette ba man om at avdelingssykepleierne i to sengeposter som hadde sagt ja til å delta i undersøkelsen, plukket ut fem informanter hver. Disse ti informantene måtte ha brukt screeningverktøyet for å identifisere fallrisiko til minst fem forskjellige pasienter hver. Man mente da at de ville ha kunnskap om hvordan verktøyet fungerer i den kliniske hverdagen. I tillegg ønsket man informanter med forskjeller både i ansiennitet, alder og stillingsstørrelse, dette for å sikre en variasjonsbredde i materialet. Variasjonsbredde vil åpne for at man kan få mulighet til å beskrive forskjellige vinklinger og nyanser ved et fenomen (50). De med lang erfaring har mulighet for å vurdere og beskrive forbedringsarbeidet opp mot erfaringer de har gjort seg med andre lignende arbeider. Sykepleiere med kortere ansiennitet ville ikke ha like mye erfaringer med andre lignende forbedringsarbeider med seg, og er heller ikke «farget» av forbedringsarbeider som kanskje ikke har vært så vellykkede. Spredning i alder er ønskelig for å få informanter med forskjellig livserfaring med i materialet. Dette med bakgrunn i en forståelse av at livserfaring kan påvirke informantenes syn på og holdninger til forbedringsarbeid. Det var ønskelig med erfaringer fra informanter med forskjellig stillingsstørrelse inn i materialet. Sykepleiere med forskjellige stillingsstørrelser kan ha forskjellig tilknytning og «eierforhold» til arbeidsplassen, og til prosesser som pågår der. Ved å sikre at en fikk sykepleiere med forskjellig stillingsstørrelse i materialet, åpnet man for muligheten for at eventuelle forskjellige holdninger til forbedringsarbeidet med dette som bakgrunn kan komme fram. Informasjonsskriv om undersøkelsen ble sendt til avdelingslederne i de to avdelingene som skulle skaffe informanter, og disse skrivene kunne gis til de informantene som ble plukket ut. For å unngå at informantene skulle føle et press i forhold til å delta i studien, ble alle informantene forespurt av egen leder om de var villige til å delta i studien.

### **2.3 Informasjon og samtykke**

Alle informantene fikk skriftlig informasjon om studien ved oppmøte til intervjuene. De ble også informert muntlig om studien og dens hensikt. I tillegg ble de informert om personvern og anonymisering av materialet, samt muligheten til å trekke seg fra studien



også underveis i studieperioden. Alle informantene skrev under på samtykke til å delta i studien. Det ble i tillegg gitt informasjon om bruk av lydopptaker.

## **2.4 Datainnsamling**

Intervjuguiden og den planlagte gjennomføringsmåten ble vurdert av en annen forsker før man gikk i gang med intervjuene. I tillegg ble intervjuguiden prøvd ut på en medarbeider på egen arbeidsplass før man gikk i gang med selve intervjurunden. Dette medførte noen mindre justeringer på intervjuguiden og en trygghet for at intervjusituasjonen var gjennomførbare.

Selve intervjuene fant sted i løpet av tre dager i mai 2015. Alle informantene var plukket ut og satt opp til fastsatte tidspunkt i løpet av dagene. Det var avsatt tid til praktiske gjøremål med lagring av data etc , samt noe refleksjon over det informantene hadde sagt mellom intervjuene. Refleksjonene ble nedskrevet i egen logg. Informantene hadde på forhånd fått informasjon om at intervjuene kunne vare fra 45 minutter til en time. Alle intervjuene foregikk i et rom som ikke lå i tilknytning til de avdelingene informantene kom fra. Av praktiske hensyn ble intervjuene gjennomført uten studiemedarbeider til stede, noe som kan ha både fordeler og ulemper. Dersom man er to, har man mulighet til å dele på å få med seg alt som sies og som skjer av nonverbal kommunikasjon, i tillegg til at man sammen kan reflektere over informasjonen man har fått i etterkant. Fordelen med å være alene om intervjuet, kan være at situasjonen kan virke tryggere på informanten. Man får en likevekt i situasjonen ved at man er kun to, intervjuer og informant til stede (51).

Det ble brukt båndopptaker for å sikre at man fikk med seg alt som ble sagt. På den måten ble intervjuer friere til å føre en samtale, og til å lytte til det som ble sagt, i stedet for å sitte å notere under hele intervjuet. Det ble i tillegg gjort korte notater under veis. Etter hvert intervju ble det notert i loggen hvordan intervjusituasjonen opplevdes, og hvordan det opplevdes at informanten forholdt seg i situasjonen. På bakgrunn av dette ble det etter de to første intervjuene lagt til ett spørsmål til intervjuguiden. Man så at det hadde kommet fram informasjon som man anså som viktig, og som man ville sikre at de andre informantene også fikk mulighet til å si noe om. I tillegg ble det laget refleksjonsnotater over de viktigste punktene som umiddelbart virket sentrale etter at alle intervjuene var gjennomført. Disse notatene ble senere plukket fram etter at analysene var gjennomført, for å se om det som på intervjutidspunktet umiddelbart virket sentralt fremdeles var med som sentrale punkter.

Ved oppstart av intervjuene, var det en av informantene som meldte sykdomsfracfall. Man valgte å gjennomføre studien med ni informanter. En av informantene var mann, av hensyn til anonymisering er det valgt å bruke betegnelsen «hun» og så for ham, da det er vurdert at hans utsagn ikke skiller seg ut som annerledes på grunn av kjønnspektivet, enn de fra de andre deltagerne.

## **2.5 Transkribering**

Man valgte å ikke sette bort jobben med å transkribere lydfile til word-format fra de ni intervjuene, men gjorde dette selv. Man fikk da enda bedre kjennskap til materialet. Dette ble gjort en tid etter at intervjuene var gjennomført. Intervjuene ble skrevet ned ordrett, men «oversatt» fra dialekt til bokmål. Alle pauser og småord ble tatt med i transkribatet.

## **2.6 Analyse**

Materialet fra intervjuene ble analysert i tråd med Malteruds beskrivelse av systematisk tekstkondensering. Hun beskriver denne metoden i fire trinn; 1) Skaffe seg et helhetsinntrykk av materialet, 2) Identifisere meningsdannende enheter, 3) Abstrahering av de enkelte meningsdannende enhetene og 4) Sammenfatte betydningen av abstraheringen av de meningsdannende enhetene (rekontekstualisering) (50).

Denne studien har som formål å utvikle nye beskrivelser av hva sykepleiere vektlegger ved implementering av nye arbeidsrutiner. Systematisk tekstkondensering egner seg for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener, som har til hensikt å utvikle nye begreper eller beskrivelser (50). De transkriberte intervjuene ble lest gjennom flere ganger, slik at man ble godt kjent med materialet. Dette er den delen av prosessen Malterud beskriver som «å skaffe seg oversikt over materialet». I denne delen av analysen blir egen forforståelse for tematikken og forventninger til hva som ligger i materialet forsøkt lagt til side, slik at det ikke skal påvirke hva man får ut av materialet. Gjennomlesningen resulterte i 6 foreløpige temaer. Disse ble gitt navn i forhold til hva de inneholdt.

Etter denne gjennomlesningen, ble det også laget et resyme for hvert av intervjuene.

Resymeene fikk en form som en slags gjenfortelling av hvert intervju hver for seg. Dette resymeet ble så lagt til side. Når analyseprosessen var ferdig, ble resymeet tatt frem for å sjekke om det man tidlig i prosessen trakk frem som vesentlig, fremdeles var med.

Neste trinn i analyseprosessen er i følge Malterud å identifisere meningsbærende enheter (50). Intervjuene ble gjennomgått ett og ett og man fant «meningsbærende enheter» i teksten. Disse «meningsbærende enhetene» ble funnet i form av avsnitt eller setninger i

teksten, der informantene hadde sagt noe som kunne belyse problemstillingene i studien. I denne prosessen skiller man tekst som er relevant for studiens problemstillinger fra tekst som er irrelevant (50). For å systematisere disse meningsbærende enhetene, ble det tatt i bruk et dataprogram, NVivo. Bruk av dataverktøy anbefales bla av Tjora, og skal være med på å sikre større metodisk transparens og muliggjøre vurdering av arbeidet (52).

Da de meningsbærende enhetene var funnet, ble de ved hjelp av dataprogrammet samlet under de «foreløpige temaene» der de hørte hjemme. Enkelte av de meningsbærende enhetene inneholdt tematikk som kunne passe inn under to av de foreløpige temaene, og ble derfor lagt begge steder. De meningsbærende enhetene var nå samlet i koder, og materialet hadde seks koder. Kodene ble vurdert i forhold til om de representerte samme tematikk, eller var overlappende i tematikk. Det ble funnet til ikke å være noen slike problemstillinger i forhold til de kodene som man foreløpig hadde definert. I tillegg ble de ulike kodegruppene vurdert i forhold til hvor mange meningsbærende enheter som var samlet under hver enkelt av dem. Man så at det var forskjellig hvor mange det var i hver kodegruppe, men det ble vurdert til å være mange nok til at de skulle fortsette å stå som selvstendige grupper.

Videre ble de ulike kodegruppene behandlet hver for seg, og de meningsbærende enhetene ble kondensert til en tekst som sammenfattet innholdet fra de forskjellige meningsbærende enhetene. I løpet av denne prosessen ble de ulike meningsbærende enhetene vurdert igjen, i forhold til om de passet inn der de var plassert, og om de også kunne gi mening i en annen kodegruppe. En av de meningsbærende enhetene ble flyttet til en annen kodegruppe og en ble dublet til en annen i løpet av denne prosessen.

Man satt da igjen med en tekst som representerte summen av det informantene hadde fortalt, samlet under seks koder. Foreløpig var informantenes egne ord og beskrivelser beholdt i teksten. Denne teksten ble så vurdert i forhold til om det kunne finnes sub-koder der, og det fant man for fem av de kodene som var definert. I tillegg til å sammenfatte innholdet i alle de meningsbærende enhetene, ble det vurdert om det var noen av dem som kunne brukes videre i resultatdelen som sitater som underbygger tematikken. De sitatene som ble vurdert til å kunne brukes på denne måten, ble markert, slik at de kan brukes seinere i arbeidet.

Videre ble disse kondensatene rekontekstualisert, ved at teksten under hver kode eller sub-kode ble vurdert og skrevet om i en form som ga en sammenfatning av innholdet på en slik

måte at det kunne gi ny innsikt i tematikken. Kodene og sub-kodene endret navn i denne prosessen, det ble også endret noe på antallet sub-koder, da man fant at noen av dem ble for lik hverandre til å stå alene. De nye navnene ble stående som nye beskrivelser av temaene fra intervjuene videre i oppgaven.

Man har under hele prosessen fulgt Malterud råd om å se til originalmaterialet hele veien, for å være sikker på at en ikke mister vesentlige momenter og tematikk (50). I etterkant av rekontekstualiseringen ble de sammendragene av intervjuene, som ble laget tidlig i prosessen igjen lest gjennom. Dette som en ekstra forsikring om at man ikke har mistet noe på veien. I tillegg ble refleksjonsnotatene som ble skrevet rett i etterkant av intervjuene lest i samme hensikt.

Selve analysen skal organisere materialet, fortolke og sammenfatte det, slik at det blir en sammenheng mellom rådata og resultat (50). Man søker å oppnå intersubjektivitet i studien, ved at alle steg i analyseprosessen blir beskrevet, gjennomføres som beskrevet og formidlet. På den måten kan studien i praksis gjennomføres av andre, og de vil forstå systematikken og ha mulighet til å komme til de samme konklusjonene (50).

## **2.7 Etske forhold**

Studien ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) i forhold til behandling av personopplysninger. NSD vurderte prosjektet opp mot personopplysningsloven § 31, og fant at personopplysningene i studien tilfredstilte kravene i personopplysningsloven. Prosjektnummer hos NSD er 41589.

Alle data i studien er registrert og oppbevart på privat passord- beskyttet PC som ikke er tilknyttet internett. Før transkribering og sletting av intervjuene på lydopptaker, ble lydopptaker oppbevart i privat låsbart skap.

Etter at intervjuene var transkribert til word-format ble mulighet for personidentifisering umuliggjort ved at reelle navn ble byttet ut med fiktive. Liste med nøkkel for reelle navn opp mot fiktive oppbevares innelåst i skap som ikke er tilgjengelig for andre, sammen med samtykkeskjema. Dette vil bli tilintetgjort ved prosjetslutt, samtidig som at lydfilene på PC slettes. Ingen indirekte identifiserende bakgrunnsopplysninger vil bli gjengitt uten at de er omskrevet. Dette for å sikre at opplysninger ikke kan føres tilbake til enkeltpersoner.

På grunn av muligheten til å identifisere geografisk sted for undersøkelsen, er alle dialektord gjort om til bokmål i sitater. Det er også valgt å benevne informantene som «hun» uavhengig av faktisk kjønn, for å hindre mulighet for identifisering.



### **3.0 RESULTAT**

Denne studien har funnet flere områder som sykepleiere vektlegger når de velger å gjennomfører fallscreening til alle inneliggende pasienter. Man velger å trekke fram seks hovedområder som sykepleierne vektlegger spesielt for at fallscreeningsjobben skal bli gjort; verktøy som synliggjør fokus, ildsjeler eller pådrivere, opplæringsens betydning, målinger, pasient-fall som påvirker fokuset og arbeidsmiljøets betydning.

#### **3.1 Verktøy som synliggjør fokus på fallforebygging**

I begge avdelingene som bidrar med informanter til denne studien, forteller informantene at man har innført en pasienttavle med pasientsikkerhetsfokus. På tavla er det valgt å bruke fargede magnet-knapper, der hver farge har en betydning i fallscreeningsarbeidet. De pasientene som ikke er screena for fallrisiko, får en rød magnet bak navnet sitt. Dersom de er screena, men ikke har fått tiltak, får de en gul magnet. Når de også har fått tiltak får de en grønn magnet. Dersom det ikke er aktuelt med denne screeningen, settes et blått kryss bak pasientens navn. Denne synliggjøringen av forbedringsområdet er med på å hjelpe pleierne med blant annet å huske å fall-screene alle pasientene i det daglige.

I tillegg til selve tavla, er det lagt opp til at man skal ha daglige møter, «Tavlemøter» i forkant av visittgang om morgenen. Alle som er på dagvakt skal være til stede, og der alle pasientene gjennomgås og vurderes i forhold til relevante områder i PSP. Det framgår i intervjuene at dette ikke er et system som avdelingene har funnet på selv. Systemet er en anbefaling fra PSP og sykehusets rådgiver i PSP, og det framstilles i intervjuene som at avdelingene er blitt pålagt å følge disse anbefalingene.

Selv om sykepleierne i denne undersøkelsen beskriver at de ikke har valgt systemet selv, så framstilles både selve tavla og tavlemøtet som viktige faktorer for å holde fokuset oppe i forhold til pasientsikkerhet generelt og fall-reduserende tiltak spesielt.

Flere av sykepleierne beskriver at de har et stort fokus på å få gjort fall-screening av sine pasienter før tavlemøtet, da de opplever at de stiller jobben sin «til skue», og vil ha alt greit når pasientene skal gjennomgås på møtet. Systemet oppleves å påvirke både den enkelte sykepleieren til å gjøre denne jobben, men også gruppen kollektivt.

*«..jeg er egentlig veldig obs på det før vi har tavlemøtet at jeg forsøker å gå gjennom og sjekke at alle mine pasienter er screena og at det er gjort tiltak på de som har vurderinger, så jeg er ganske snart ute med å få gjort det før tavlemøtet, så det er en ganske ubehagelig følelse, du føler at du ikke har gjort jobben din da på en måte.....»*

Alle informantene nevner tavlemøtet eller metodikken rundt dette som en faktor som er med på å holde fokuset på fallscreeningen oppe i det daglige. Dette var ikke spesifikt etterspurt i intervjuguiden, men fremkom spontant fra informantene. Selve tavla sees på som positivt av informantene, men metodikken har sider ved seg som ikke bare oppleves positivt.

*« ...så har vi dette tavlemøtet, så da kommer det fram at det de og de skal det tas screening på i løpet av dagen.»*

*« ...så har vi dette tavlemøtet da, der det lyser rødt imot, ...eller gult hvis vi ikke har gjort tiltak eller screening på det området, å vi får det jo ganske i fleisen hver dag, hele tiden...»*

Informantene forteller at på tavlemøtene diskuteres det hvis noen pasienter ikke er screenet, og årsaken til at de ikke er det. Det framkommer at dette gjøres i læringsøyemed, for å få til gode systemer slik at alle pasientene screenes og får den oppfølgingen de skal ha, hver dag. Dette blir sett på som lærerikt og bra av de informantene som nevner det. I tillegg er det et par informanter som antyder at de trodde tavlemøtene skulle «stjele» tid, men at de overraskende nok ikke har gjort det. *«...så har det fungert egentlig overraskende bra, og så tar det ikke så veldig lang tid heller...»*. Nytteverdien beskrives til å være større enn den tiden det tar å gjennomføre dem.

I tillegg til å synliggjøre om pasienten er screenet for fallrisiko, viser også tavla om pasienten har fått vurdert fallreducerende tiltak, dersom han er i risiko. Informantene er opptatt av at screening alene ikke gir resultater for pasientene, men at det er arbeidet med riktige tiltak som er viktigst. Tavla hjelper til med å holde oversikt over om hele jobben er gjort.

*«...vi får satt i gang tiltak, og da blir vi veldig skjerpet på å lage behandlingsplaner i forhold til det, fordi eller lyser det imot oss hvis vi har identifisert en risiko og ikke gjort noe med det...»*

I tillegg fungerer tavla også som en påminner om fallscreeningsfokuset utenom selve tavlemøtet. Flere av informantene beskriver at de ikke liker at det «lyser en rød prikk» mot dem bak navnet på pasienter som de har ansvaret for. Noen av informantene ser på dette som en påminner for hele kollegiet, og beskriver ikke noe personlig press i forhold til dette fenomenet. Men enkelte av informantene beskriver en viss følelse av ubehag knyttet til å

være ansvarlig for at det ikke er fulgt opp på deres pasienter. Det brukes en terminologi som at de får en «indre uro» når det ikke er gjort. De får det «i fleisen» hver dag, og kjenner på at de vil ha jobben gjort når det gjelder sine pasienter. Det er ikke greit å gå fra jobb, og overlate en del av jobben en skulle gjort til de som kommer på neste vakt.

### **3.2 Pådrivere og ildsjeler**

Flere av informantene trekker frem ledere på ulike nivåer som pådrivere, og da i den forstand at det er de som har initiert fokuset i sykehuset eller avdelingen. Dette blir beskrevet som positivt, man vet bare at det er noen som har bestemt at dette skal gjøres, og at de etterspør resultater.

*«Nå fikk vi jo litt pålegg fra øverste hold da, om at vi skal screene alle pasientene, og ha tavlemøte hver morgen, og det synes jeg er veldig greit.»*

Alle informantene beskriver ildsjeler i sine avdelinger, og alle sier at de er viktige faktorer for å holde fokuset for fallscreening oppe i avdelingen. Flere påpeker at ildsjelen har vært viktig for å få til gode resultater; at de aller fleste pasientene blir screenet for fall-risiko. Ildsjelene beskrives som genuint interessert i tematikken i PSP, og legger mye energi i å få gode resultater for pasientene i avdelingen.

I beskrivelsene av hva ildsjelene aktivt gjør for å opprettholde fokus på fallscreening, er det kolleger eller ledere nært dem i organisasjonen som beskrives. Det beskrives at ildsjelene både minner om at jobben skal gjøres, påpeker når den ikke er gjort, og veileder i forhold til hvordan den kan gjøres.

*«.. hvis hun ser at det ikke er gjort og sånn, så går hun liksom; «og det er ikke screena her, kan dere gjøre det sånn og sånn», så minner hun oss på en måte litt på det da...»*

*«Hun fagsykepleieren er veldig flink til å muntre oss opp og da, at nå har vi vært flinke og, hun skriver uke-brev hver uke, så er det sånn at det er litt skryt og vi har vært flinke og...»*

Informantene forteller at det i begge avdelingene er opprettet en stillingsandel for sykepleier/hjelpepleier som har som oppgave å støtte opp om arbeidet med pasientsikkerhetsfokuset. Disse er med å holde fokuset på fallscreening og fallforebygging oppe i det daglige. De er frikjøpt i en liten stillingsbrøk for denne jobben, men det beskrives at de har fokuset også på de dagene de ikke er frikjøpt. Informantene forteller at de synliggjør hvorfor det skal screenes, ved at situasjoner med pasienter som har falt



diskuteres. Og de hjelper til i kollegiet med hvordan screening og tiltak skal dokumenteres i journalsystemet, slik at det blir tilgjengelig og synlig for alle hva som er gjort og planlagt.

I den ene avdelingen beskrives det i tillegg at ildsjelen bruker målingene aktivt for å opprettholde at en høy andel av pasientene screenes og får tiltak dersom de er i fallrisiko.

*« ...disse statistikkene med screeningen, som hun gjennomgår på hvert personalmøte, jeg tror det er mye det, fordi vi har hatt perioder vi har vært dårligere på screening, og da har hun spurt veldig; «hva er det som gjør at vi ikke klarer det nå? Hvor ligger problemet?» ... så når vi har klart å ligge veldig høyt på statistikkene overfor andre avdelinger og sykehus, så vil vi jo gjerne beholde den og...»*

De fleste informantene tror at fokuset på fall-screening ville blitt mindre dersom ildsjelen f.eks sluttet i avdelingen. De tror at andelen screenede pasienter ville falt. Men det hevdes også fra noen at fokuset nå er så innarbeidet at det ikke ville falt helt bort, dersom ildsjelen sluttet. En av respondentene sier dette om hvordan hun mener fall-screeningen blir ivarettatt i avdelingen nå:

*«..jeg tror ikke det ville gått helt bort, det tror jeg ikke, fordi at jeg tror for alle de som jobber der nå har det såpass i fingrene at ...det er den måten vi tenker på...»*

### **3.3 Arbeidsmiljøets betydning**

Alle informantene i denne studien sier noe om arbeidsmiljøets betydning for at de gjør jobben med å screene pasientene for fallrisiko, og for at de får screenet flest mulig pasienter. Det er flere vinklinger som benyttes av informantene når de beskriver arbeidsmiljøets betydning, arbeidsmiljøet er preget av en stolthet, og også av en positivisme, i tillegg til en høy kompetanse. De beskriver dem i tillegg som gode, trygge og faglig givende.

Arbeidsmiljøet beskrives som positivt og engasjerende, og de er tydelig stolte av å tilhøre dette miljøet. De er stolte av arbeidsplassen sin, og av at kolleger blir brukt som ressurspersoner i helseforetaket på flere forskjellige områder. I tillegg sier flere at denne stoltheten er viktig for at de oppnår resultater, at de har suksess.

*«Ja så det er en viktig faktor, sant, for suksess, at vi har en stolthet selv, da.»*

Det er flere som beskriver at det er aktive diskusjoner i forhold til både pasientbehandlingen og i forhold til systemene, med fokus på muligheter og ikke problemer. I tillegg arbeides det mot et felles mål i avdelingen, og det sies at de fleste er

med på dette. Deltagerne i studien beskriver at arbeidsmiljøet er sammensveiset og man har fokus på å hjelpe hverandre. De beskriver også en åpenhet i forhold til nye rutiner og verktøy som skal innføres.

*«...ja, fordi når det er noe vi er i tvil om, sånn som disse skjemaene og , de kan jo tolkes på forskjellige måter, og er vi i tvil så diskuterer vi det da.»*

*«...vi jobber på en måte veldig godt i lag, vi er veldig sammensveiset, og vi hjelper hverandre.»*

*«Vi er litt sånn åpne for å gjøre nye ting og for å gjøre ting på en annen måte og få ny kunnskap og sånn.»*

Blant deltagerne er det stor variasjon i hvor lenge de har arbeidet i avdelingen, fra 1,5 til 14 år, men uavhengig av hvor mange år de har arbeidet, beskriver de arbeidsmiljøets betydning på samme måte. Arbeidsmiljøets positive betydning beskrives i like stor grad, uavhengig av om en har kort eller lang fartstid.

Spesielt fra den ene avdelingen blir det trukket fram at det er en stor andel av spesialutdannede sykepleie, og at dette er relevant for fokuset på fallforebygging. Den høye kompetansen som er i arbeidsmiljøet som følge av at flere har spesialutdannelse, blir vektlagt som viktig, fordi man har en bredere forståelse for hvorfor fall-fokuset er viktig, og spesielt viktig for den eldre delen av befolkningen.

Det er flere av informantene som beskriver en kultur for kompetanseutveksling i form av refleksjoner og diskusjoner i kollegiet. I denne sammenhengen blir det også trukket fram som positivt at det er en aldersblanding, med nyutdannede med ny «skolekompetanse» og eldre med lang erfaring som jobber sammen og utveksler kunnskap fra sine ulike ståsteder.

### **3.4 Opplæringens betydning**

På konkrete spørsmål om opplæringens betydning, og hvordan den har foregått, gir respondentene utfyllende svar. Svarene viser at opplæringen har variert både i omfang og form. Det fortelles at det har vært en opplæring i forkant av innføring av nytt verktøy for å dokumentere fallscreening og – risiko, og i forhold til de konkrete tiltakene som skal iverksettes overfor pasienter med fall-risiko. Denne opplæringen har ikke alle deltatt på, selv om noen mener at den har vært obligatorisk. I tillegg er det noen av informantene som sier at de savner konkret opplæring.

*«Det er vel ikke noe organisert, egentlig, eller nå har vi vært på noe kurs eller, det har vært kurs. Men jeg tror ikke alle har vært på det..»*

Noen av informantene beskriver at det har vært viktig for dem å vite hvorfor de skal screene pasientene for at de skal gjøre denne jobben. Opplæringen beskrives da som en viktig faktor for at de skal ta screeningoppgaven inn som en naturlig del av sin daglige gjøremål.

*«Hvis jeg ikke hadde fått denne innføringen og opplæringen i det, og bare fått den beskjeden om at dette skal du gjøre, og kanskje ikke hadde skjønt hvorfor jeg skulle gjøre det, så hadde jeg gjerne ikke vært like motivert til å gjøre det, kanskje?»*

*«...vi gikk jo gjennom hvordan vi fylte ut skjema (...), så det gir jo en trygghet det å ha gjennomgått hvordan man skal gjøre det ..ja .. og høre om det med hvor mye fall det er, når ..»*

Opplæring har gitt forståelse for hvordan tiltak bør utformes, da opplæringen har inneholdt opplysninger om blant annet hvordan pasientene faller, hva som påvirker at de faller og hvilke tiltak som er virkningsfulle. Det blir uttalt at de har fått informasjon om at pasientene faller mest om dagen, og ikke om natten, slik de har hatt en oppfatning av at det har vært. Slike opplysninger fra egen avdeling, i tillegg til opplysninger om omfanget av fall i egen avdeling, kan synes å være viktige bidrag til at enkelte av informantene sier at de velger å utføre screening.

### **3.5 Målingers betydning**

Ut fra det informantene i denne undersøkelsen forteller, gjøres det målinger på andel screenede pasienter i avdelingene, og antall dager siden siste fall i avdelingen. Dette bekreftes av avdelingslederne for avdelingene i spørreskjemaet de har besvart. Fra de ansattes side framkommer det veldig ulik grad av bruk av disse målingene i de to avdelingene, og forståelsen av hvordan man bruker målinger i forbedringsarbeid er like forskjellig.

Alle informantene fra den ene avdelingen beskriver målingene og hvordan de brukes. Informantene vet hvordan de ligger an i forhold til målet de har satt seg, og de beskriver hvordan resultatene blir kommunisert på avdelingsmøter hver 6. uke. Det er ikke bare andel som blir screenet som kommuniseres, men også andelen pasienter som er i risiko, og som har fått tiltak i forhold til denne.

*«Ja, vi har kursdager hver 6. uke, og da pleier vi som regel å ta en gjennomgang på hvordan vi ligger an, hvordan det har vært den siste tida, hvor mange som er screena, hvor mange det er gjort vurderinger på, hvor mange som er i risiko, hvor mange det er gjort tiltak på. Så da får vi en oppdatering på hvordan vi ligger an, egentlig.»*

Det beskrives at målingene brukes bevisst i forhold til forbedringsarbeid. Det sies at avdelingen er så liten og oversiktlig at det er mulig for avdelingsleder å følge med på om alle pasienter er screenet. Dersom en pasient ikke er det, blir det etterspurt hvorfor, og det diskuteres hva som kan ha skjedd, for å forhindre at det skal skje igjen.

Denne avdelingen setter seg også mål i forhold til hvor mange dager det skal være mellom hvert fall. Disse målene blir også diskutert. Det beskrives at det kan være utfordrende å sette realistiske mål i forhold til dette, da en stor andel av pasientene i avdelingen har høy fallrisiko.

*«...så noen ganger føler man at man ikke kan forhindre fall, egentlig, så, vi prøver å sette oss realistiske mål, men det er ikke alltid det føles sånn...30 dager... pr i dag er ikke det realistisk med tanke på de pasientene vi har inne...»*

Konkurransespektet kommenteres av flere av informantene fra denne avdelingen, de ligger godt an i forhold til andre avdelinger på sykehuset, og det ønsker de å fortsette å gjøre.

Informantene fra den andre avdelingen beskriver ikke en så tydelig bruk av målingene. Det beskrives at det blir målt, og noen av informantene mener at det henger et oppslag på vaktrommet med tall som viser hvor mange som er screena og hvor mange som har fått tiltak.

*«...nei, vi får ikke så mye sånne resultater egentlig, så jeg vet ikke hvordan vi ligger an nå, så det er ikke noe sånt som vi diskuterer egentlig, det er ikke det. Men vi har et veldig fokus på at vi skal ta(screene) alle liksom, jeg tror vi ligger nesten opp mot 100(%) jeg da...»*

Det blir beskrevet et høyt fokus i forhold til å screene alle pasientene for fallrisiko, og tall fra avdelingslederen bekrefter at det klarer de. Informantene mener at de etter at tavlemøtet ble innført har hatt et løft i forhold til andel pasienter som blir screenet. Det kan synes som det også i denne avdelingen er et fokus i forhold til antall dager mellom fall, men det er bare en av informantene som beskriver hvordan de jobber konkret med dette. Fokuset på

målinger i avdelingene, enten det er sterkt eller svakt, beskrives til å være med på å holde fokuset på området oppe etter at oppstartsperioden er over.

### **3.6 Pasient-fall påvirker fokus**

Flere av informantene forteller om at det at pasienter faller påvirker dem, og denne opplevelsen påvirker fokuset på fall-screening i positiv retning, som en faktor som er med å holde fokuset på dette arbeidet oppe. I tillegg er det å ha opplevd at en pasient har falt, en faktor som vektlegges for at sykepleierne skal ta screeningoppgaven inn som en naturlig del av sine daglige gjøremål. Men et fall kan også påvirke holdningen til fokuset i negativ retning, men da uten at det tilsynelatende påvirker at de i mindre grad bruker verktøyet. Alle informantene har opplevd at pasienter har falt, men det er ikke alle som har opplevd at pasientene har skadet seg i fallet. At en pasient har falt oppleves vondt for sykepleieren, og det oppleves belastende å måtte informere pårørende om det som har skjedd. Det blir beskrevet av noen av informantene at fall-hendelser virker skjerpende i forhold til fokus og at både de selv og kollegiet blir mer skjerpet på å fall-screene og å beskrive tiltak etter en slik hendelse.

*«Ja, jeg håper jo at den hendelsen har gjort at en er enda mer skjerpet på det, egentlig, og vurderer flere risikoer og på en måte setter i gang flere tiltak, egentlig. (...) jeg håper jo at det har gjort at en forbedrer seg og at en skjerper seg enda mer.»*

I tillegg beskrives det at fall-hendelser blir diskutert og evaluert på vaktrommet i etterkant av hendelsen. Informantene uttaler at avdelingen forsøker å ta lærdom av slike hendelser, slik at de kan jobbe mer forebyggende. Refleksjoner rundt en fallhendelse skal komme andre pasienter til gode.

*«Spesielt ved en skade, så tar vi en runde på hva er det som har skjedd her, og har en refleksjon over det og hva vi kunne gjort for å unngå det.»*

Enkelte av informantene uttrykker også en viss frustrasjon over at ressursene i avdelingen ikke strekker til, at de får lite tid til å være hos pasientene, for å blant annet forhindre at de faller. En av årsakene til at de ikke rekker å være så mye hos pasientene er at de bla skal screene pasientene for fall-risiko, og dokumentere screening og eventuelle tiltak i journalsystemet. Dette beskrives som et stort paradoks, de har screenet pasienten og vet at han har fallrisiko, men de er så få på arbeid at de rekker å være nok hos pasienten.

*«Det gjør jo noe med deg, du får alltid en viss skyldfølelse på en måte. Du burde jo gjerne fått det med deg, eller burde sett, og så blir det jo gjerne litt frustrasjon og litt*

*sinne fordi du gjerne har hatt alt for mye på jobb, og alt for mange plasser du skulle ha vært og observert og sånn. Og så jobber du alt du kan ei heil vakt, og så går du heim med dårlig samvittighet fordi det har skjedd noe sånt som det.»*

*«Det hjelper jo ikke å screene de for fall-forebygging hvis vi ikke kan være sammen med pasientene, for da vil han jo falle likevel, samme hvor mye vi har screena.»*

Paradoksalt nok kan det synes som at dette påvirker hvordan de ser på screeningen, holdningen til den, men ikke i hvilken grad de faktisk utfører den. De sykepleierne som uttrykker mest frustrasjon over dette, sier at de screener pasientene likevel.

Informantene beskriver pasientgruppene i avdelingene som utfordrende i forhold til at det ikke er mulig å forhindre alle fall, og det er også frustrerende.

*«...vi har jo de pasientene som er så ekstreme at de detter hele tiden uansett om de har fastvakt, om vi sitter nesten i fanget deres så detter de allikevel.»*

*«...men det hjelper ikke med sklisokker og rullatorer når de tar sokkene av og glemmer rullatoren.»*

Men selv om dette beskrives som utfordrende og litt motløst, så har de fokus på at pasientene skal screenes, og tiltak skal gjennomføres. Dersom pasienten allikevel faller, har de i alle fall gjort det de kunne for å forhindre det, blir det sagt.

## **4.0 DISKUSJON**

### **4.1 Oppsummering av funn**

I denne studien avdekket vi flere områder sykepleiere vektlegger for å implementere fallforebygging av pasienter i egen avdeling. Verktøy som synliggjør fokus på det fallforebyggende arbeidet var blant det som ble særlig vektlagt, sammen med arbeidsmiljøets betydning, pådrivere og ildsjeler, målinger og bruken av disse, betydningen av den opplæringen de har fått i forhold til fall-forebygging, og hvordan pasient-fall i egen avdeling påvirker fokuset. I det følgende vil disse områdene bli diskutert opp mot eksisterende teori og litteratur på området. Avslutningsvis vil enkelte forhold ved de metodiske valgene som er gjort bli diskutert.

### **4.2 Verktøy som synliggjør fokus på fallforebygging**

Informantene i denne studien forteller om bruk av verktøy som synliggjør den oppgaven som skal gjøres overfor alle pasientene. Det er spesielt to verktøy som vektlegges, det ene er pasienttavla, som er et praktisk visuelt verktøy. Det andre er tavlemøtet, som er en møteplass, et verktøy med flere funksjoner. Blant annet fordeles arbeidsoppgaver på dette møtet, og man diskuterer hendelser for å lære av dem.

#### **4.2.1 Pasienttavla**

Den bruken av pasienttavla som sykepleierne i vår studie beskriver, sammenfaller med beskrivelser av bruk av verktøy for synliggjøring av forbedringsområder fra andre studier. Det er gjort en studie av The Michigan Keystone Project som beskriver bruken av sjekklister som et synliggjørende verktøy (33). Alle ansattes bidrag sikres ved at de ser både hvilke oppgaver som skal gjøres, og hvilken pasient de skal gjennomføres i forhold til. Sykepleierne i vår studie sier at denne synliggjøringen som tavla gir påvirker dem på individnivå, de ser oppgaver de har ansvar for, og på gruppenivå, slik at de kan hjelpe hverandre.

Bruk av en pasienttavle på denne måten er også beskrevet i en studie der man har analysert hvordan man har lyktes med en fall-forebyggende kampanje (53). Ett av tiltakene som ble utviklet i enkelte av avdelingene som var med i denne kampanjen, var en pasienttavle som viser den enkelte pasients utfordringer når det gjelder mobilisering. Her kunne alle som deltok i behandlingen til disse pasientene enkelt se hva de måtte ta hensyn til for å unngå at pasienten falt. Bruken av tavlene som understøttende for fokuset på pasientsikkerhetsarbeidet i avdelingene beskrives også i en intervju-undersøkelse fra

Danmark (54). I tillegg til å understøtte fokus, beskrives det der at tavlene gir en oversikt og struktur i en travel hverdag. Informantene i den danske undersøkelsen sier også at det ikke er tavla i seg selv som gir resultatene, men det som foregår rundt den. Dette sammenfaller med det informantene i vår undersøkelse sier. Det er informasjonen tavla gir som gjør noe med fokuset i avdelingen. De ser hvilke oppgaver som skal gjøres, og ser hvilke pasienter de må være ekstra oppmerksomme på.

I følge PRECEDE-PROCEED-teorien bør man identifisere predisponerende, muliggjørende og forsterkende faktorer som påvirker endringsintervensjoner, da disse vil påvirke det ønskede resultatet (31, 47). Det kan synes som om denne tavla representerer en faktor som muliggjør den ønskede endringen. Dersom dette miljøet motiveres av at området er synlig, og synlig for alle, kan man lykkes med å få til den ønskede endringen. Screeningsjobben blir gjort og man får definert fallreducerende tiltak for pasientene.

I vår studie har sykepleierne beskrevet en negativ individuell følelse som pasienttavla gir dem. En slik vinkling har vi ikke funnet beskrevet i tidligere studier. Utgangspunktet for denne følelsen, kan forklares som et ønske om å bevare egen verdighet (55). Man har en ubehagelig følelse av å bli sett i kortene, og ønsker å bevare egen verdighet eller «ansikt», noe som i følge Schein er en sterk motivasjonsfaktor. Det kan synes som de prioriterer å få gjort fallscreeningsjobben høyt, for å unngå den ubehagelige følelsen de får når alle ser at de ikke har gjort sin del av jobben. Dette ubehaget som de føler beskrives som en «indre uro» av en av sykepleierne. Det fortelles også at det ikke er noe kjekt å møte opp på tavlemøtet og ikke ha gjort alle oppgavene som hører med til det fallreducerende arbeidet. Det vises så godt at du ikke har gjort jobben din. Man kan anta at den motivasjonen som oppstår som følge av at de vil unngå den ubehagelige følelsen, virker som en predisponerende faktor for å gjennomføre screeningen av pasientene.

The Michigan Keystone Project anbefaler å endre praksis og kultur i avdelingene som skal gjennomføre endringer for å bedre pasienters sikkerhet. Her etablerte man en sjekklister, som fungerte som et verktøy for sosial kontroll (33). Man kan se den samme mekanismen i forhold til pasienttavla i vår studie. Tavla blir et verktøy som viser en diskrepans mellom aktuell praksis og ideell praksis, og retter søkelyset mot områder som trenger oppmerksomhet. Sykepleierne beskriver at de får hjelp til å huske alle de oppgavene de skal gjøre i forhold til enkeltpasienter de har ansvaret for, og blir mer samvittighetsfulle i forhold til å gjøre oppgaven skikkelig. Det kan synes som de føler et visst personlig press i



forhold til å få gjort oppgavene. Dette kan også være et resultat av at fokuset følges så nøye i avdelingen. Hele gruppen er opptatt av å oppnå gode resultater i forhold til andel pasienter som er screenet for fallrisiko. Og dersom en pasient ikke blir screenet, påvirker dette resultatet. Ingen har lyst til å være den som er årsaken til et dårlig resultat. Dette sammenfaller også med beskrivelser av hvordan bruken av sjekklista som synliggjørende verktøy i The Michigan Keystone Project påvirket personalet som måtte bruke den (33). Enkeltindivider kan føle at deres innsats kommer bort i den store sammenhengen, egen innsats spoles av at andre gjør feil som kan påvirke resultatet. I tillegg kan det være vanskelig å avgjøre hva eller hvem det var som bidro til at det ikke gikk bra. Dette kan føre til at man som individ tar litt «lettere på det», og ikke følger opp de oppgavene som skal gjøres godt nok. Det beskrives at som «diffusion of responsibility». Ved å bruke et verktøy som synliggjør alles innsats, har en mulighet til å motvirke denne mekanismen (33).

Det de i tillegg beskriver fra Michigan, er at det synliggjørende verktøyet også påvirker og kan endre sykepleiernes rolleforpliktelser (33). På grunn av at kunnskapsgrunnlaget for den nye praksisen er så god, så skaper det et «rom» for sykepleierne der de kan være tydelige når de vil utvikle og praktisere den nye adferden som er nødvendig for å gjennomføre forbedringsarbeidet. Dette skaper en aksept for det kollektive ansvaret for resultatet. Sykepleierne kunne på grunn av det sterke kunnskapsgrunnlaget ta til orde for tiltak som måtte gjennomføres, med en redusert risiko for å bli kritisert (33). Tavla er det synliggjørende verktøyet som brukes for å få endret praksis slik at alle pasientene i avdelingen blir screenet for fallrisiko. Bruken av tavla kan «presses» igjennom med bakgrunn at den synliggjør hvorvidt personalet i avdelingen følger evidensbaserte retningslinjer.

Enkelte av sykepleierne beskriver hvordan pasienttavla har påvirket hvordan de samarbeider som gruppe i avdelingene. De sier at de opplever at tavla minner alle på den jobben som skal gjøres på en ny og enkel måte. Alle har muligheten til å se at det er oppgaver som ikke er gjort, og kan tilby å hjelpe. Man ser i tillegg alle pasienter med fallrisiko, slik at man kan ta hensyn til det når de skal hjelpe en pasient som en annen sykepleier har ansvar for, og som de ikke kjenner så godt. Slik sykepleierne i vår studie beskriver det, kan det virket som om tavla er blitt et verktøy som bygger opp under nye samarbeidsrutiner i avdelingen, noe de opplever er både hensiktsmessig og bra. De nye samarbeidsformene understøtter fokuset på det fallforebyggende arbeidet, og et bedre samarbeid blant kolleger kan virke positivt inn på implementeringskapasiteten i

avdelingen. I tillegg kan den nye samarbeidsformen virke som en predisponerende faktor fra PRECEDE-PROCEED-modellen, ved at holdningene blant kollegene er påvirket av en positiv utvikling av samarbeidet i avdelingen.

Pasienttavla er ikke et verktøy de har «funnet opp» selv i avdelingene som er med i denne studien. Sykepleierne forteller at de er blitt pålagt å bruke den. Hvem som har pålagt dette kommer ikke frem i intervjuene. Det kan synes som om de to avdelingene har litt forskjellig fokus på tavlene, og litt forskjellig bruk av informasjonen som er tilgjengelig der. Dette kan tyde på en identifisering, utvikling og evaluering av hvordan de skal bruke dette verktøyet i sin egen kliniske hverdag. En slik utvikling av bruken av verktøyet følger anbefalingene i Powells beskrivelser for å lykkes med forbedringsarbeid, og kan være et eksempel på en gjennomføring av PDCA-sirkelen (18). Man identifiserer og foreslår en løsning på en utfordring, og forsøker å tilpasse den i den sammenhengen der den skal brukes. Etterpå testes den ut og man gjør tilpasninger slik at den fungerer enda bedre. Målinger på om det fungerer får de ved at de ser om adelen pasienter som blir screenet for fallrisiko endrer seg, disse målingene gjøres allerede jevnlig.

#### **4.2.2 Tavlemøte**

I tillegg til at tavla er etablert som et praktisk visuelt verktøy, forteller sykepleierne i studien at «tavlemøtet» er etablert en ny arena for samarbeid rundt det med pasientsikkerhet i avdelingene. Dette møtet avholdes mandag til fredag i tilknytning til visittgang på morgenen. Dette er i tråd med anbefalingene i PSP (28). Sykepleierne beskriver tavlemøtet som en arena der pasientenes utfordringer i forhold til fallrisiko blir diskutert, og tiltak som er etablert for å redusere fallrisiko diskuteres og evalueres. Konkrete pasient-fall som nettopp har skjedd i avdelingen tas også opp til diskusjon, for at alle skal ha mulighet til å lære av dem. Ved å arbeide på denne måten, gjennomføres små PDCA-sirkler hver dag, man har fokus på forbedringer i pasientbehandlingen. Man har mulighet til å identifisere områder som ikke fungerer helt, evaluere disse og forsøke å finne nye måter å løse utfordringene på.

Legenes deltagelse på disse møtene er forskjellig i de to avdelingene. På den ene avdelingen fortelles det at legene leder møtet, på den andre avdelingen er legene ikke med på møtet. På den avdelingen der lege leder møtet, beskrives dette som veldig bra, og at det er en fin arena for inkludering av alle som har ansvar og oppgaver inn i det fallforebyggende arbeidet. Legene etterspør resultater av screeningene som sykepleierne

gjør, og sykepleierne forteller at legene bruker disse blant annet epikrisene når pasienten skrives ut. På den andre avdelingen, er legene ikke deltagere på møtet, selv om noen av sykepleierne vi intervjuet uttrykker at det er ønskelig. I den danske intervju-undersøkelsen beskrives at alle yrkesgrupper som er involvert i forbedringsarbeidet deltar på tavlemøtene, og det er ofte legene som leder møtet (54). De beskriver imidlertid at legegruppen har vært vanskelig å få til å delta på møtene, men at det er viktig at de gjør det for å underbygge forbedringsarbeidet. De sier det så sterkt som at dersom leger ikke deltar i arbeidet, og etterspør sykepleiernes screeninger, kommer man ikke i mål. Man kan risikere at sykepleierne slutter å screene pasientene for risiko, det er ingen som etterspør det (54). Beskrivelsene fra den danske undersøkelsen sammenfaller med funnene i den ene av avdelingene i vår studie. Men den andre avdelingen i vår studie der legene ikke deltar, eller etterspør fallscreeningsresultater, har like gode resultater når det gjelder andel pasienter som er screenet for fallrisiko. Flere kilder, blant annet PSP, beskriver at alle involverte yrkesgruppers deltagelse i forbedringsarbeidet er viktig for å lykkes (38). Funnene fra vår studie kan være et uttrykk for at dette ikke er et avgjørende moment. De gode resultatene fra avdelingen der legene ikke deltar i forbedringsarbeidet, kan tyde på at den manglende deltagelsen fra legene veies opp av andre faktorer som vektlegges som betydningsfulle for å lykkes med forbedringsområdet. Nå er det verdt å merke seg at resultatene det vises til i denne studien kun er resultater etter målinger på andel pasienter i avdelingen som er screenet for fallrisiko. Hvorvidt målinger på de andre områdene som PSP anbefaler i tiltakspakken for fall vil være like gode uten at legene er mer involvert i arbeidet, vet man ikke.

Sykepleierne i vår studie forteller at tavlemøtet er kort, og at alle som er på arbeid den dagen deltar. Dette støttes av tankegangen som er beskrevet av Ireland et al, der man sier at verktøyene som velges bør være enkle, ikke tidkrevende og ikke konkurrere med andre gjøremål som oppleves som viktige. De bør samtidig tilpasses den virkeligheten de skal fungere i (15).

I tillegg til at pasientenes utfordringer i forhold til blant annet fall diskuteres, er tavlemøtet er også en arena der sykepleierne gir innspill til hverandre. De hjelper hverandre med å definere gode fallreducerende tiltak for den enkelte pasienten. Man kan si at på den måten utnyttes kompetansen i avdelingen. Tavlemøtet blir på den måten en muliggjørende faktor, som beskrevet i PRECEDE-PROCEED-modellen (47).

### 4.3 Pådrivere og ildsjeler

Når sykepleierne i vår studie forteller om pådrivere for det fallforebyggende-fokuset, kan man gjennom analysene se at det er tre nivåer av pådrivere de forteller om. Pådrivere i foretaksledelse og i avdelingsledelse blir vektlagt som viktige av sykepleierne, de vet hvem som har initiert fokuset og hvem som etterspør resultater. Kolleger i egen avdeling blir beskrevet som ildsjeler.

Pådrivere sykepleierne beskriver i foretaksledelse kan sees på som en del av en lederforankring. Lederforankringen er også ønsket av PSP, og de har beskrevet hvordan foretaksledelse og styrer i helseforetak kan gå frem for å fremme pasientsikkerhetsfokuset i egne foretak (56). Lederforankring vektlegges som grunnleggende i kvalitetsforbedringsarbeid, som en av flere avgjørende faktorer for å lykkes (41). Powell anbefaler at forbedringsarbeid er forankret i ledelsen på alle nivå i organisasjonen (18). Når sykepleierne trekker frem foretaksledelse som pådrivere, kan det virke som de synes det er viktig med denne forankringen. Andre studier av implementering av fallforebygging har også beskrevet viktigheten av lederforankring (15). Samtidig er det der også pekt på nødvendigheten av hele organisasjonen har en holdning til at forbedringsarbeid er en kontinuerlig prosess som må ses i sammenheng med andre strategiske planer. De vil være ledelsens oppgave å sørge for at det skjer (15). Lederforankring er også en av nøkkelfaktorene som påvirker prosess og resultat av implementering av innovasjoner (43). Her påpekes ledelsens støtte av området som skal implementeres, i tillegg til at det er viktig at ledelsen har et langsiktig fokus når det gjelder resultatene av innovasjonen.

Lederne i de aktuelle avdelingene blir også sett på som pådrivere, det beskrives at disse etterspør resultater ofte, gjerne daglig. Disse lederne bruker tavlemøtet som en arena for å holde fokuset oppe, og de bruker resultatet av målingene til det samme. Målingene brukes i tillegg som en del av forbedringsarbeidet. Denne måten å jobbe på anbefales av PSP (27). Arbeidsmåten er også beskrevet i intervju-undersøkelsen fra Danmark, der det beskrives hvordan avdelingsledere leder tavlemøter og har fokus på forbedringer ved bruk av PDCA-sirkelen (54). Det er viktig at ledere går i front og støtter at forbedringsarbeidet skal gjennomføres (33). Ansatte er mer villig til å gjennomføre endringer når noen de stoler på støtter det. Sykepleierne i vår studie ser på dette som positivt, og det kan synes som at lederne i disse avdelingene har klart å bygge opp en positiv læringsorientering i avdelingene ved at de kommuniserer en «overbevisende og inspirerende årsak til endringen» (43).

Informantene i denne studien beskriver at ledelsen i foretaket og i avdelingen står bak fokuset og i tillegg støtter opp om endringene med blant annet økonomiske ressurser. Dette vil være av betydning for de ansatte når de vurderer endringsmotivasjonen i egen avdeling. Endringsmotivasjonen er en funksjon av hvor høyt de ansatte verdsetter endringen, og hvordan de vurderer egen endringskapasitet (45). Endringskapasiteten vurderes på bakgrunn av om de vet hva som kreves for å gjennomføre endringen, om de har de ressursene som kreves for å implementere dem effektivt og om de kan gjennomføre endringene i den situasjonen de er i nå. Det kan synes som om sykepleierne får tydelige føringer for hva de skal gjøre fra den øverste ledelsen. De får verktøy for å gjennomføre jobben, i form av nye pasienttavler, dokumentasjonsverktøy i elektronisk journal og personell frikjøpt i egen avdeling til å hjelpe til med fokuset på forbedringsområdet. I tillegg synliggjøres resultater fra målinger og gode resultater honoreres. Man kan anta at dette kan legges til grunn for å vurdere endringskapasiteten som høy. Når i tillegg sykepleierne uttaler at de ser effekter av den jobben de gjør, og at de opplever at det kommer pasientene direkte til gode, kan man anta at de verdsetter endringen høyt. Dette vil til sammen kunne utgjøre en høy endringsmotivasjon i forhold til å gjennomføre fallforebyggende tiltak for pasientene i avdelingen.

Det tredje nivået av pådrivere som blir beskrevet i vår studie, er kolleger i avdelingene. Disse blir beskrevet som ildsjeler. Dette er i hovedsak kolleger som er frikjøpt i en liten stillingsandel for å arbeide med det fallforebyggende fokuset. Også i The Michigan Keystone Project anbefales frikjøp av en prosjektmedarbeider i en mindre stillingsandel, for eksempel 10 %, som kan hjelpe til med å holde fokuset oppe og å bistå med målinger (33). Sykepleierne i vår studie forteller at ildsjelene er tilgjengelige for dem når det er noe de trenger opplæring i. For eksempel bruk av elektronisk dokumentasjon av det fallforebyggende arbeidet, eller som en diskusjonspartner når de skal definere fallreducerende tiltak for enkeltpasienter. I analysen av den engelske fallforebyggende kampanjen, anbefales også en slik bruk av ildsjeler (53). Her har ildsjeler blant annet gått inn med undervisning om forhold de har avdekket i de enkelte avdelingene, som kan påvirke det fallforebyggende fokuset. Dette kan være forhold som til hvilken tid på døgnet de fleste pasientene faller, eller hvor i avdelingen de fleste fallene skjer (53). Den tilretteleggingen som ildsjeler gjorde i en av studiene fra Canada, ble sett på som avgjørende. De tilrettela for problemløsning når det var nødvendig, i tillegg til kontinuerlig oppmuntring og synliggjøring av prosjektets fokus (57).

Ildsjelene som sykepleierne beskriver kan utgjøre både en predisponerende og muliggjørende faktor for endringsarbeidet, sett i forhold til PRECEDE-PROCEED-modellen (47). Man kan se dem som en positiv påvirkning på både holdninger og handlinger som er faktorer som virker predisponerende, og som kan påvirke det fallforebyggende fokuset hos sykepleierne. De bidrar med undervisning og veiledning som underbygger at dette området er viktig og aktuelt. I tillegg kan man se på dem som en muliggjørende faktor, da de utgjør en ressurs og støtte for de sykepleierne som skal gjennomføre endringene.

#### **4.4 Arbeidsmiljø**

Sykepleierne som har deltatt i denne studien fremhever alle arbeidsmiljøet de tilhører som en faktor som har betydning for at de har lyktes med dette forbedringsarbeidet. Det er flere forhold ved arbeidsmiljøet de trekker frem, blant annet at det trygt og har en positivisme ved seg, samtidig som det er høy faglig bevissthet og kompetanse. Andre studier har ikke på samme måte beskrevet arbeidsmiljøets betydning som sykepleierne i vår studie gjør.

Grol og Wensing sier i sin rapport; at hvordan den profesjonelle og organisasjonelle kulturen forholder seg til kvalitet, forutsier resultatet i stor grad (58). De refererer til leger, men man kan anta at det samme gjelder for sykepleiere. Sykepleierne i vår studie beskriver en kultur som er åpen for nye ting, man ser positivt på det meste og har en holdning til at det meste kan løses. En slik positiv holdning vil virke som en predisponerende faktor fra PRECEDE-PROCEED-modellen, for at dette arbeidsmiljøet klarer å implementere det fallforebyggende fokuset (47). Holdningene som ligger arbeidsmiljøet slik det blir beskrevet, vil kunne motivere til adferd som fremmer endringsarbeidet. I tillegg kan arbeidsmiljøet virke som en forsterkende faktor. Sykepleierne beskriver kvaliteter ved miljøet som gir positiv feedback på resultater, og dette vil også gi positive innvirkninger på implementeringen av det fallforebyggende fokuset.

Fra den ene av avdelingene blir det nevnt av flere at det er en høy andel av spesialsykepleiere i kollegiet. Dette kommer ikke fram i intervjuene fra den andre avdelingen, men også her nevnes høy faglig kompetanse som et fortrinn i avdelingen, men uten at det er koblet opp mot spesialutdanning. Den høye faglige kompetansen, sammen med trygge og åpne miljø, kan gi disse avdelingene fortrinn når de skal implementere nye forbedringsområder. Den høye faglige kompetansen kan man anta gir dem en trygghet for at de kan vurdere nødvendigheten av å gjennomføre forbedringsarbeidet. I tillegg beskrives

det miljø der det er trygt å diskutere, og man opplever støtte og hjelp når det er noe man ikke kan. Når trinnene i kvalitetsforbedringsmodellen skal gjennomføres, er man avhengig av involvering og innspill fra de som kjenner hverdagen i den settingen forbedringen skal fungere i (41).

#### **4.5 Opplæringens betydning**

Sykepleierne som er intervjuet i denne studien beskriver både at de har fått opplæring om hvorfor og hvordan de skal gjøre det fallforebyggende arbeidet. Analysene viser at den opplæringen de har fått har foregått på forskjellige måter. Noen har vært på kurs i forbindelse med oppstarten av det fallforebyggende arbeidet. Andre har fått opplæring av en kollega på jobb. Læringsaktiviteter er viktige for å lykkes med å få endringen man arbeider med til å sette seg i organisasjonen (15). Det kan synes som den «avdelingsnære» opplæringen blir sett på som ekstra viktig, fordi den ivaretar fokuset i forhold til hvorfor det er viktig for «vår pasientgruppe» og hvordan arbeidsoppgavene er tilpasset arbeidshverdagen. Å reflektere over egne løsninger og å diskutere med kolleger kan være viktige læringsaktiviteter som fremmer muligheter for at endringer kan skje (58).

Opplæring for å skape eierskap og involvering er viktig for å lykkes med forbedringsområdet (53). For å skape et engasjement for endringen, må organisasjonens medlemmer få forståelse for nødvendigheten av endringen (45). Dette engasjementet kan skapes for eksempel ved å vise tall for hvor mange som faller i avdelingen, og hvor mange som får alvorlige skader (53). Sykepleierne i vår studie forteller at både lederne og ildsjelene bruker slike tall i sin informasjon. Flere av sykepleierne fortalte i intervju at de var blitt overrasket over antallet fall i egen avdeling, og også over tidspunktet på døgnet pasientene falt. Denne informasjonen blir betraktet som aktuell og det kan synes som om informasjonen de har fått har bidratt til å skape et engasjement for forbedringsarbeidet. En slik bruk av resultater fra de avdelingene som skal gjennomføre endringen, beskrives som en «hard edge» i The Michigan Keystone Project, og anbefales brukt som et kraftig insentiv til handling (33).

Den opplæringen sykepleierne beskriver at de har fått kan ha virket som en predisponerende faktor for at de skal gjennomføre endringer. De har fått nødvendig kunnskap om tematikken, i tillegg til informasjon som styrket aktualiteten for pasientene i egen avdeling. I den ene avdelingen sier de at de hadde opplæring om dette området tidlig, og at det da ikke var koblet til PSP, men som en naturlig del av oppfølgingen av den

pasientgruppen som tilhører avdelingen. Forståelsen for tematikken er etablert i avdelingen fra før, og når PSP kommer inn med mer systematikk for å sikre at alle pasientene blir ivaretatt i forhold til fokuset, er denne avdelingen allerede «på plass» og har en høy score i forhold til andel pasienter som ivaretas i fokuset. Man kan anta at den opplæringen og informasjonen de har fått påvirker endringsmotivasjonen ved at det gir grunnlag for at de verdsetter endringene som må skje høyt. De har en tiltro til at det vil ha mye å si for pasientene avdelingen at de klarer å gjennomføre screening for fallrisiko. Opplæring anbefales som en del av gjennomføringen av Forbedringsmodellen (41). I PDCA-sirkelens siste fase, «Standardisere og følge opp», anbefales opplæring for å opprettholde de nye rutinene man har kommet fram til. Man kan anta at den opplæringen som er gitt i de avdelingene som er representert med informanter i denne studien hadde dette som formål, og det kan synes som de har lyktes med det.

Informantene blir ikke spurt om hvordan opplæring pleier å bli gitt i avdelingen i denne studien. Men de uttrykker en holdning til den opplæringen de har fått i denne sammenhengen, som kan tyde på at de er vant med at organisasjonen gir god og tilpasset opplæring når noe nytt skal innføres. Ikke alle har fått organisert opplæring, men da har de fått kollegaveiledning. På bakgrunn av de beskrivelsene de gir, kan man anta at de opplever at det som tilstrekkelig. Dette er sammenfallende med Klein og Knights første nøkkelfaktor som påvirker prosess og resultat av innovasjons-implementering (43). Dersom det er slik at de ansatte har en opplevelse av at de pleier å få god opplæring når det er nødvendig, vil de være trygge på at den opplæringen de mottar i forbindelse med den nye intervensjonen er tilstrekkelig for at de skal kunne ivareta oppgaven.

#### **4.6 Målingers betydning**

I informasjon hentet fra de to avdelingslederne i de aktuelle avdelingene, fortelles det at mellom 80 og 100 % av pasientene i avdelingene screenes for fallrisiko. Man kan se på disse tallene som en bekreftelse på at avdelingene har klart å gjennomføre de endringene som skal til for å lykkes med dette forbedringsområdet. Å bruke resultat av målinger underveis er viktig for å lykkes med forbedringsarbeidet (41). I tillegg er det viktig for å motivere til videre innsats (57).

Resultatene fra målingene kan virke underbyggende i forhold til endringskapasiteten i avdelingene, hvis de ser på disse resultatene som en bekreftelse på at de vet hva som kreves for å få til den ønskede endringen. De har tilstrekkelige ressurser til å implementere



endringen og de kan implementere endringen effektivt i den situasjonen de er i nå. Å se egne måleresultater kan motivere til fortsatt innsats på området (33). Avdelingene som er med i denne studien har veldig gode resultater, og sykepleierne forteller i intervjuene at de har fått tilbakemeldinger om at de er de beste i foretaket. De gir også uttrykk for at denne posisjonen ønsker de å beholde.

Enkelte av sykepleierne forteller at de vet at målinger viser at de ikke har redusert antall fall nevneverdig, men at fallene i mindre grad enn før resulterer i alvorlig skade for pasientene. Dette fenomenet er også vist i andre studier, fallraten endrer seg ikke mye, men skader som følge av fallet reduseres (57). Dette kan synes å underbygge informantenes endringsmotivasjon, da det viser at jobben de gjør virker. Når de ser at de oppgavene de gjennomfører i forhold til det fallforebyggende fokuset får positive konsekvenser for pasientene, kan dette føre til at endringen verdsettes høyt. Når dette igjen settes opp mot endringskapasiteten som de kan vurdere til å være høy på grunn av de gode måleresultatene de har, kan resultatet bli en høy endringsmotivasjon i disse avdelingene.

Målingene kan også ses i sammenheng med de disponerende faktorene i PRECEDE-PROCEED-modellen, og her som en forsterkende faktor. Både det at de vet at målingene etterspørres av de som har bestemt at de skal gjøre denne jobben, og at de samtidig etterspør på hvilket nivå avdelingenes målinger ligger på, kan sees på som forsterkende faktorer. Det er noen som er interessert i den jobben som gjøres, og ser og anerkjenner dem for det de får til. Noen av informantene forteller at dette virker særlig motiverende på dem.

Måleresultatene på andel screenede pasienter i avdelingen brukes aktivt, spesielt i den ene avdelingen. De får hyppige tilbakemeldinger om hvordan de ligger an i forhold til andel fall-screenede pasienter. Sykepleierne forteller at de diskuterer disse resultatene, og sammen finner nye løsninger for å sikre at alle blir screenet. De har på den måten mulighet for å identifisere områder for forbedring, som en del av en PDCA-sirkel (41). Målinger og bruken av dem til refleksjon og evaluering av tiltakene som er innført, anbefales som en del av den siste fasen i PDCA-sirkelen. De sykepleierne i denne studien beskriver, er nettopp en slik refleksjon over og evaluering av egen praksis, med bakgrunn i de målingene de blir presentert.

I tillegg til andel pasienter som er screenet for fallrisiko, forteller sykepleierne at det måles på antall dager uten fall i avdelingene. Målet for hvor mange dager som skal gå uten fall, kan de sette selv. Dette er en obligatorisk måling i PSP, og defineres som en

resultatindikator (35). Noen av sykepleierne forteller at de synes at dette er problematisk, det blir for tilfeldig til at de kan ta det på alvor. Med de diagnosene pasientene som er innlagt i avdelingen har, er det sannsynlig at noen faller, på tross av tiltak.

#### **4.7 Pasient-fall påvirker fokus**

Sykepleierne i denne studien forteller at når de har opplevd et fall, virker dette skjerpene på fokuset i avdelingen, både fordi det går inn på den som har opplevd det, men også fordi at fall som skjer i avdelingen tas opp til diskusjon. Diskusjoner rundt fall som har skjedd bør ha et læringsfokus (15). Vinklinger som medfører at de som var på vakt da dette skjedde føler skyld for det som har skjedd, kan virke demotiverende for fokuset på forbedringsarbeidet. Man kan klare å øke motivasjonen for endringsarbeid i avdelingen dersom man klarer å bruke hendelsen til et økt fokus på at fall forekommer, og samtidig forsøke å lære av hendelsen for å prøve å unngå at det samme skal skje igjen. Dette er også funnet i en annen studie (57). Når personalet som var på arbeid når et fall hadde inntruffet diskuterte det i etterkant, ble de mer oppmerksomme på at de hadde behov for å bearbeide de tiltakene de hadde satt i verk for å redusere fall i avdelingen. En slik diskusjon kan ses som en beskrivelse av PDCA-sirkelens fjerde fase «Evaluere», i liten skala (41). Personalet gjennomgår det som har skjedd for å evaluere om de tiltakene de har iverksatt er tilstrekkelige, og eventuelt justere på det som tidligere er iverksatt av tiltak.

At personalet bruker faktiske fall fra egen avdeling for læring, kan virke som en predisponerende faktor for det fallforebyggende arbeidet. Fokuset rettes mot at fall faktisk skjer i avdelingen. Når de diskuterer hvordan de kan unngå dem, styrker de egen tro på at de kan gjennomføre endringene. Dette kan ha en innvirkning på endringskapasiteten i avdelingen. Ved å bruke faktiske fall som skjer i avdelingen, kan ledere aktivt understøtte læringsorienteringen. Når de ansattes egne erfaringer med fall brukes i åpne diskusjoner der man har fokus på å unngå at fall skal skje igjen, kan man oppnå en større involvering av de ansatte. Denne involveringen kan gjøre forbedringsområdet bedre tilpasset pasientgruppen og avdelingen, og dermed være med på å bidra til en bedre implementering av forbedringsområdet (43).

Noen av sykepleierne som har opplevd fall, uttrykker en frustrasjon fordi pasientene faller selv om jobben er gjort med å identifisere pasienter i fallfare, og det legges ned en stor innsats med å iverksette fallforebyggende tiltak. Dette beskrives også i en annen studie (15). Sykepleierne går med skyld fordi fall skjer, og går med tanker på om de har gjort alt

de kunne for å unngå at det skjedde. Når sykepleierne i vår studie snakker om dette, uttrykker noen av dem tanker i forhold til om tiden de bruker på å screene heller burde vært brukt sammen med pasienten. I den kanadiske studien er lav bemanning og dårlige fysiske forhold på pasientrom og bad beskrevet som forhold som påvirker at det er vanskelig å forebygge fall (15). Sykepleierne i vår studie peker også på bemanningsutfordringer, men de fysiske forholdene i avdelingene blir ikke tematisert.

Når man skal balansere respekten for pasientens autonomi og selvstendighet, og samtidig fremme pasientsikkerhet, kan det oppstå konkurrerende hensyn. Det vil være lederens ansvar å støtte personalet i denne vanskelige balansegangen, å søke å oppnå høy livskvalitet for pasientene, i trygge omgivelser (15). Flere av sykepleierne i vår studie problematiserer dette. De er klar over fallfare, og har gjort tiltak for å forhindre det. Men de har opplevd at de har stått og sett på at pasienten har falt, litt for langt unna til at de har kunnet forhindre det. Men selv om dette frustrerer dem, og de stiller spørsmålsteget ved ressursbruken med fallscreeningen, sier de at de gjennomfører fallscreening samvittighetsfullt. Det må være grunner til at de gjennomfører screeningen likevel som vurderes som viktigere enn denne frustrasjonen de opplever. Hva det er har man ikke klart å få tak i gjennom intervjuene med disse sykepleierne. I den Canadiske studien har de også beskrevet frustrasjon blant pleiepersonalet med det samme utgangspunktet som i vår studie (15). Der førte frustrasjonen til noe motstand mot de endringene som skulle gjennomføres. Men i tillegg til frustrasjonen over at de tiltakene som de skulle gjennomføre ikke opplevdes å være tilpasset den kliniske virkeligheten, hadde de en holdning til at konsekvensene av at pasienter falt var alvorlige, og at det derfor var nødvendig å gjennomføre tiltak for å redusere fall. Ved at ledere og andre som står ansvarlige for å gjennomføre forbedringsarbeid er oppmerksomme på at motstand mot forbedringsarbeid kan oppstå på dette grunnlaget, har de en mulighet til å møte det konstruktivt. Studien fra Canada påpeker at man må lytte til og anerkjenne erfaringskunnskapen og de kliniske realitetene til pleiepersonale og andre som omfattes av forbedringsarbeidet (15).

## **4.8 Vurdering av valgt metode**

### **4.8.1 Kilder**

Feltkunnskap og teoretisk bakgrunn viktige forutsetninger for å samle data fra relevante kilder (50). Kildene i denne studien er sykepleiere fra to avdelinger i samme sykehus, og avdelingene er valgt ut på grunn av de gode resultatene de har når det gjelder andel pasienter som er screenet for fallrisiko. Det kan allikevel ligge begrensninger for studien i

denne måten å velge ut kildene på. Hvis man hadde valgt å gå litt bredere ut, og valgt sykepleiere fra flere avdelinger som hadde lyktes, og gjerne fra flere sykehus i tillegg, kan man tenke seg at man hadde fått belyst andre faktorer som blir sett på som avgjørende for å lykkes, eller at faktorene hadde fått en annen vektlegging, enn det man har klart å få frem med de kildene man har valgt å gjennomføre denne studien med.

#### **4.8.2 Utvalg**

Det er viktig å sørge for utvalgsstrategier som sikrer at materialet både inneholder data om det fenomenet vi vil utforske, og grunnlag for overveielser om kunnskapens gyldighet og rekkevidde (50). Vårt utvalg består av sykepleiere fra to avdelinger der de lykkes med det fallforebyggende arbeidet i avdelingen. Informantene i studien har ulike lengder på sitt yrkesliv som sykepleiere, de har ulik alder, og de har ulike stillingsstørrelser. Disse utvalgsriteriene er valgt for å sikre at materialet fra intervjuene var bredt nok til at man kunne identifisere faktorer som sykepleiere vektlegger for at de skal gjennomfører fallscreening på pasienter. I tillegg hadde man en intensjon om at man skulle sikre variasjonsbredde i materialet for å kunne avdekke flere nyanser ved de faktorene man ønsket beskrevet. Man har gjennom studien lyktes med å identifisere faktorer som vektlegges av sykepleiere ved implementering av fallforebyggende tiltak. Men ved å ha gått bredere ut og intervjuet sykepleiere i andre avdelinger eller andre sykehus, kan man anta at man hadde fått identifisert andre faktorer også. Hvorvidt variasjonsbredden i materialet har gjort avgjørende utslag i forhold til funnene er vanskelig å si, til det er materialet for lite.

Sykepleiere kan sjelden implementere endringer i det kliniske miljøet isolert fra andre yrkesgrupper. De tilhører et arbeidsmiljø der leger, fysioterapeuter, sosionomer og andre yrkesgrupper er representert. Disse vil også være med på det samvirket det er å få endringer til å fungere i praksis. Et utvalg som hadde tatt hensyn til flere yrkesgrupper ville ha gitt et bredere perspektiv på faktorer som har betydning for implementering av fallforebyggende tiltak. På den annen side er sykepleiere sentrale aktører når tiltakspakker nært knyttet opp mot pleie av pasientene skal innføres, og de vil ha avgjørende oppgaver knyttet til innføringen av tiltakspakken. Slik sett kan det være det relevant å etterspørre sykepleieres synspunkter spesifikt i en slik sammenheng.

#### **4.8.3 Innsamling av materialet**

I denne studien er det valgt å bruke semistrukturerte individuelle intervju. Individuelle intervju har flere begrensinger, man kan risikere at samtalen blir for overfladisk og

generell. Det er også en risiko for at intervjueren i for stor grad styrer samtalen ut fra sin forforståelse til at man får tak i informantens egen versjon av virkeligheten (50). Jeg var under veis i intervjusituasjonen veldig oppmerksom på hvordan spørsmålene ble stilt, slik at de skulle være tydelige nok, men samtidig ikke ledende. Spørsmålene må være tydelige på tematikk, slik at det er forståelig for informanten hva det spørres om, og de må samtidig være åpne nok til at informanten får anledning til å legge innholdet i svarene ut fra egne preferanser (50). Dette ble forsøkt ivaretatt både gjennom intervjuguiden og i intervjusituasjonen, men det var allikevel til en viss grad nødvendig å tydeliggjøre spørsmål til noen av informantene. Noen tydeliggjøringer var nødvendig på bakgrunn av dialektiske forskjeller mellom informant og intervjuer. Men enkelte informanter hadde også behov for en utdyping av spørsmålene. Man har i etterkant gått etter i intervjuene for å se om man da ble ledende i spørsmålsstillingen, og det er vanskelig å avgjøre om man ble det.

Det hadde også vært mulig å gjennomføre undersøkelsen ved hjelp av gruppeintervju, da disse kan være egnet til å få fram erfaringer og synspunkter i gruppen. Samtidig kan dynamikken i gruppen stenge for at individuelle syn og meninger kommer godt fram, slik at resultatet kan bli overfladisk. Dette vil også kunne avhenge av hvordan intervjueren håndterer situasjonen, og klarer å styre diskusjonene (50).

#### **4.8.4 Analyse av materialet**

Analysene av resultatene i denne studien er kun gjort av en person. Dette kan representere en svakhet i studien, da analysene i for stor grad kan bli farget av personlighet, bakgrunn og forforståelse av tematikken hos den som gjennomfører analysen (51). Malterud sier at en slik påvirkning i seg selv ikke er negativt, men ved å være åpen og beskrivende i forhold til eget ståsted, skal forskeren få frem den nye kunnskapen mellom de teoretiske perspektivene og de empiriske dataene (50). Jeg har hele tiden forsøkt å være oppmerksom på hvorvidt analysene er blitt påvirket av min forforståelse og erfaringsgrunnlag, og gjort systematiske grep for å redusere sannsynligheten for at dette i for stor grad skal skje. Dette er gjort ved at jeg flere ganger har sjekket analyseresultater og diskusjon opp mot det originale materialet, og reflektert over hvorvidt funnene er forankret i informantens utsagn, eller om det kommer andre steder fra. Ved at analysen i tillegg kunne blitt gjennomført av en annen person, med andre preferanser, kan man anta at analysen vil kunne trekke fram andre faktorer enn det man har gjort her. Man kan også tenke seg at de faktorene man har funnet ved denne analysen kan ble vektlagt på en annen måte enn det

som er gjort her. På grunn av begrenset ressurstilgang ble analysen i denne studien kun utført av en person.

#### **4.8 Generaliserbarhet**

Malterud sier at generaliserbarhet er et ord som gir urealistiske forventninger til at forskningen skal være allmenngyldig overførbart, dette vil bare unntaksvis være tilfelle (50). De funnene som er beskrevet i denne studien sammenfaller med funn fra teori og annen litteratur. Men materialet er basert på et lite materiale, intervju med ni sykepleiere i to avdelinger ved ett sykehus. Resultatene i denne studien kan sannsynligvis overføres til andre avdelinger i og med at det er funnet støtt for dem i teori og i andre studier. De beskrevne faktorene kan være nyttige innspill til ledere og andre som er involvert i implementering, både av tiltakspakken for fall i Pasientsikkerhetsprogrammet, og kvalitetsforbedringsarbeid generelt.

## 5.0 KONKLUSJON

Selv om det er usikkerhet knyttet til generaliserbarheten av funnene i denne studien, pekes det på områder som vil være aktuelle innspill for ledere eller prosjektmedarbeidere som skal initiere og gjennomføre kvalitetsforbedrende arbeid generelt, eller fallforebyggende arbeid spesielt. Det kan være aktuelt å fokusere på mer systematisk tilrettelegging i forhold til de seks faktorene som er funnet, for å øke sannsynligheten for å lykkes med kvalitetsforbedringsarbeid.

Det er særlig tre områder jeg vil anbefale videre forskning innen. Det første er arbeidsmiljøets betydning for å lykkes med forbedringsarbeid. Resultatene i denne studien indikerer at å ha fokus på å oppnå eller å opprettholde et godt arbeidsmiljø vil være viktig. Imidlertid sier den lite om hvilke elementer som er viktige og i hvilken grad enkeltelementer har betydning, eller om det er en helhetlig opplevelse av et godt arbeidsmiljø som er viktig. Det andre området jeg vil anbefale å studere videre er betydningen av tverrfaglig deltagelse. Andre studier og PSP anbefaler tverrfaglig fokus og spesielt deltagelse fra leger i kvalitetsforbedringsarbeid slik som tiltakspakken for fall. Beskrivelsene fra den ene avdelingen i denne studien tilsier at legene ikke er deltagende i det arbeidet som foregår på dette området, men avdelingen har allikevel lyktes med implementeringen av forbedringsområdet. Hvordan de har fått til dette har man ikke funnet svar på i denne studien. Det tredje området er knyttet til at flere informanter i denne studien som beskriver at de samvittighetsfullt gjennomfører oppgavene som ligger i det fallforebyggende arbeidet, på tross av at de stiller spørsmål ved ressursbruken dette krever. Hva årsaken er til at de gjør dette, har man ikke klart å få tak i gjennom denne studien.

Denne studien sier ikke noe om i hvor stor grad de ulike faktorene predikerer implementering av slike forbedringspakker, eller i hvilken grad de er innbyrdes avhengig av hverandre. Å studere dette videre vil gi ytterligere forståelse for hva en må tilrettelegge for, for å oppnå kvalitetsforbedring. I tillegg kan det i senere forskning være interessant å se på resultatene man har kommet fram til i denne studien i andre settinger. Da kan et bredere utvalg være interessant, både i forhold til antall deltagere, og i forhold til andre yrkesgrupper. I tillegg kan det i senere forskning være interessant å se på resultatene man har kommet fram til i denne studien i andre settinger for å undersøke overføringsverdien.

## Referanseliste

1. Stortingsforhandling OT.prp. nr 31(1998-99). Odelstingsproposisjon nr 31. In: politidepartementet J-o, editor. 1998-99.
2. World Health Organization. Health topics/Patient safety/Data and statistics 2015 [updated cited 2015 April 18]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics>.
3. Classen DC, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N, et al. 'Global trigger tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health affairs (Project Hope)*. 2011;30(4):581-9.
4. Skjellanger A-G. Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 24/7 2011-2013. Oslo: Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7; 2014. p. 98.
5. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality & safety in health care*. 2008;17(3):216-23.
6. Baines R, Langelaan M, de Bruijne M, Spreeuwenberg P, Wagner C. How effective are patient safety initiatives? A retrospective patient record review study of changes to patient safety over time. *BMJ quality & safety*. 2015;24(9):561-71.
7. Stortingsforhandling Meld.St. nr 10 (2012-13). God kvalitet - trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet t i helse- og omsorgstjenesten. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. 2012.
8. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality and Safety in Health Care*. 2008;17(3):216-23.
9. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7. Strategi 2014-2018. 2014.
10. Pettersen R. Falltendens hos gamle. *Tidsskrift for Den norske legeforsening*. 2002;6(122):3.
11. Giles K, Stephenson M, McArthur A, Aromataris E. Prevention of in-hospital falls: development of criteria of the conduct of a multi-site audit. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2015.
12. Healey F, Lowe D, Darowski A, Windsor J, Trembl J, Byrne L, et al. Falls prevention in hospitals and mental health units: an extended evaluation of the FallSafe quality improvement project. *Age and ageing*. 2013.
13. Vande Walle N, Kenis C, Heeren P, Van Puyvelde K, Decoster L, Beyer I, et al. Fall predictors in older cancer patients: a multicenter prospective study. *BMC geriatrics*. 2014;14(1):135.
14. Dunne TJ, Gaboury I, Ashe MC. Falls in hospital increase length of stay regardless of degree of harm. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2014;20(4):396-400.
15. Ireland S, Kirkpatrick H, Boblin S, Robertson K. The real world journey of implementing fall prevention best practices in three acute care hospitals: a case study. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*. 2013;10(2):95-103.
16. Hill KD, Vu M, Walsh W. Falls in the acute hospital setting - impact on resource utilisation. *Australian Health Review*. 2007;31(3):471-7.
17. The Joint Commission. Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities 2015 [cited 2015 September 28]. Available from: [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org).
18. Bakke T, Brudvik M, deVive M, Konsmo T, Nyen B, Udness E, et al. En beskrivelse av utviklingen av modell for kvalitetsforbedring, og hvordan den kan brukes i praktisk forbedringsarbeid. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013.
19. Mainz J, Bartels P, Bek T, Pedersen KM, Krøll V, Rhode P. *Kvalitetsudvikling i praksis*. København: Munksgaard Danmark; 2011.
20. Deilkås ET. Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Globla trigger Tool 2013. 2014.
21. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Veileder for bruk av Global Trigger Tool for å identifisere og måle forekomst av skader i helsetjenesten. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.



22. World Health Organization. Patient Safety, About us 2015 [updated cited 2014 April 18]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety>.
23. Saunes IS, Krogstad U. Valg av innsatsområder i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Kunnskapssentret, 2011.
24. Shojania KG, Thomas EJ. Trends in adverse events over time: why are we not improving? *BMJ quality & safety*. 2013;22:273-7.
25. The Health Foundation. Research scan: Does improving safety culture affect patient outcomes? London: 2011.
26. Mardon RE, Khanna K, Sorra J, Dyer N, Fomoralo T. Exploring relationships between hospital patients safety culture and adverse events. *J patients saf*. 2010;6:226-32.
27. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/ 7. Veileder for Ledelse av pasientsikkerhet.
28. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7 2015 [cited 2015 September 10]. Available from: [www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/).
29. Flottorp S, Aakhus E. Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk Epidemiologi*. 2013;23(2):187-96.
30. Grol R, Berwick DM, Wensing M. On the trail of quality and safety in health care 2008 2008-01-10 23:01:42. 74-6 p.
31. Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *The Medical journal of Australia*. 2004;180(6 Suppl):S57-60.
32. Dixon-Woods M, Leslie M, Tarrant C, Bion J. Explaining Matching Michigan: an ethnographic study of a patient safety program. *Implementation science : IS*. 2013;8:70.
33. Dixon-Woods M, Bosk CL, Aveling EL, Goeschel CA, Pronovost PJ. Explaining Michigan: Developing an Ex Post Theory of a Quality Improvement Program. *Milbank Quarterly*. 2011;89(2):167-205.
34. Resar R, Griffin FA, Haraden C, Nolan TW. Using Care Bundles to Improve Health Care Quality. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement, 2012.
35. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7. Forebygging av fall i helseinstitusjoner 2015 [updated 030315; cited 2015 August 20]. Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Forebygging+av+fall+i+helseinstitusjoner.453.cms>.
36. Lohse GR, Leopold SS, Theiler S, Sayre C, Cizik A, Lee MJ. Systems-Based Safety Intervention: Reducing Falls with Injury and Total Falls on an Orthopaedic Ward. *The Journal of Bone & Joint Surgery*. 2012;94(13):1217-22.
37. Lohse GR, Leopold SS, Theiler S, Sayre C, Cizik A, Lee MJ. Systems-based safety intervention: reducing falls with injury and total falls on an orthopaedic ward. *The Journal of bone and joint surgery American volume*. 2012;94(13):1217-22.
38. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7. Tiltakspakke for Forebygging av fall i helseinstitusjoner: Helsedirektoratet; 2014 [cited 2015 September 13]. Available from: <http://pasientsikkerhetsprogrammet.customer.enonic.io/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Forebygging+av+fall+i+helseinstitusjoner.453.cms>.
39. Langlely GJ. The improvement guide - a practical approach to enhancing organizational performance. -Bass J, editor. San Fransisco, USA: Jossey-Bass; 2009. 479 p.
40. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7. Forbedringsmodellen Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7 2015 [updated 010715; cited 2015].
41. Kongsmo T. Modell for kvalitetsforbedring Helsebiblioteket 2015 [cited 2015 August 19]. Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/slik-kommer-du-i-gang/modell-for-kvalitetsforbedring>.
42. Klein KJ, Sorra JS. The challenge of innovation implementation. *Academy of management review*. 1996;21(4):1055-80.

43. Klein KJ, Knight AP. Innovation Impelmentation Overcoming the Challenge. *Current Directions in Psychological Science*. 2005;14(5):4.
44. Kongsmo T. Hvordan kan vi skape vedvarende forbedringer? Kunnskapssentret [cited 2015 March 13]. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/slik-kommer-du-i-gang/verkt%C3%B8y/verkt%C3%B8y-for-vedvarende-forbedringer-sustainability>.
45. Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. *Implementation science* : IS. 2009;4:67.
46. Armenakis AA, Harris SG, Mossholder KW. Creating Readiness for Organizational Change. *Human Relations*. 1993;46(6):681-703.
47. Green LW, Kreuter MW. *Health Program Planning*. New York: The McGraw-Hill Companies; 2005.
48. Nair S. Precede-Proceed 2015 [cited 2015 October 10.]. Available from: <http://www.lgreen.net/index.html>.
49. InfoSihat. The Precede/proceed-model [cited 2015 October 2]. Available from: [http://www.infosihat.gov.my/infosihat/artikelHP/bahanrujukan/HE\\_DAN\\_TEORI/The%20Precede.doc](http://www.infosihat.gov.my/infosihat/artikelHP/bahanrujukan/HE_DAN_TEORI/The%20Precede.doc).
50. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget; 2013. 236 p.
51. Ringdal K. *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget; 2013. 527 p.
52. Tjora A. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012. 233 p.
53. Sutton D, Windsor J, Husk J. A care bundle approach to falls prevention. *Nursing times*. 2014;110(20):21-3.
54. Hoeck I. Resultater af fokusgruppeinterview om erfaringer med brugen af patientsikkerhedstavler. *Dansk Selskab for Patientsikkerhed*, 2014.
55. Schein EH. *Organisasjonspsykologi*. A/S F-N, editor2000.
56. Pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24/7". *Undersøkelse av pasientsikkerhetskultur 2012* [updated 22.10.15; cited 2015 October 15]. Available from: [www.pasientsikkerhetsprogrammet.no](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no).
57. O'Connor P, Creager J, Mooney S, Laizner AM, Ritchie JA. Taking aim at fall injury adverse events: best practices and organizational change. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont)*. 2006;9 Spec No:43-9.
58. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003;362(9391):1225-30.

## **Vedlegg 1:INTERVJUGUIDE – sykepleier sengepost**

### **Innledning**

Litt om meg selv, og hvorfor jeg er her:

Jeg studerer Kvalitetsforbedring i helsetjenesten ved Universitet i Bergen. Etter mange år i klinikk som bl.a. leder ønsker jeg å utforske **hva som har betydning for at vi skal lykkes med å få til endringer** når det gjelder f.eks nye behandlingsmåter og arbeidsrutiner.

Det finnes en rekke ulike modeller og tiltak som anbefales for å få til endring i praksis, men **vi mangler i stor grad kunnskap om hva som egentlig har betydning for å få til slik endring.**

Siden du og dine kolleger har erfaring med å implementere fallrisiko-reduserende tiltak gjennom pasientsikkerhetsprogrammet er erfaringene deres av særlig interesse for å forstå hvordan en kan lykkes med å få til endring

*Jeg forsøker å finne ut litt mer hva som vektlegges av sykepleiere for at de skal gjennomføre oppgaven med å fallscreene pasienter.*

*Jeg er også interessert i hvordan fallscreeningen gjennomføres rent praktisk. Når og hvordan.*

Be informanten spørre dersom noe er uklart.

Sjekk samtykkeskjema.

Informert om opptak.

Start opptak.

#### **1. Din avdeling har et fokus på fallforebygging, kan du si litt om dette?**

Hvorfor har dere dette fokuset?

Hvordan startet dere?

Hvem initierte arbeidet?

Hvilken opplæring har du fått a) hvorfor dere skal gjøre dette

b) hvordan dere skal gjøre det

#### **2. Du har screenet pasienter for fall-risiko, kan du fortelle meg litt om dette?**

Hvordan løses oppgaven rent praktisk? Konkret eksempel på hvordan jobben blir gjort!

Hvordan sikres det at alle blir screenet?

Hva skjer hvis en pasient ikke blir screenet?

Gjøres det målinger av andel screenede/tidsenhet?

Var det fokus på dette området før PSP?

**3. Har du opplevd at pasienter du har hatt ansvar for har falt?**

Gi beskrivelse av en spesiell hendelse

Hvordan opplevde du dette?

Hvorfor husker du denne hendelsen spesielt?

**4. Er det noen pådriver for fall-screeningsarbeidet i avdelingen?**

«Formelt» utnevnt ressursperson?

Ildsjel?

Konkrete eksempel!

Har opplæringen hatt noe å si for din måte å forholde deg til denne oppgaven på?

Oppsummere hva jeg har hørt? Oppklarende spørsmål

Har informanten noe hun vil tilføye?

## Vedlegg 2: SPØRRESKJEMA – avdelingssykepleier sengepost

1. Har avdelingen implementert andre deler av pasientsikkerhetsprogrammet?

Evt hvilke?

2. Hvor stor andel av pasientene som er innlagt i avdelingen blir screenet for fall-risiko?

a. Siste måned

b. Siste halvår

3. Har avdelingen fastsatt mål for screeningarbeidet når det gjelder fall?

4. Hvordan kommuniseres måloppnåelsen i avdelingen?

5. Med hvilken frekvens kommuniseres måloppnåelsen i avdelingen?

6. Feieres/markeres måloppnåelse?

7. Hvor lang er gjennomsnittlig liggetid for pasientene i avdelingen?