

Implementering av tiltakspakker i praksis

– en kvalitativ studie av ansattes erfaringer og opplevelser med implementering av en tiltakspakke for å forebygge fall i sykehus.

Anne Helen Jacobsen

Masteroppgave i
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og
helseøkonomi



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

Høst 2016

Forord

I min stilling som mellomleder i spesialisthelsetjenesten er jeg særlig opptatt av at tjenestene vi yter til pasienten skal være av høy faglig kvalitet. Dette krever endring i arbeidsoppgaver og tilnæringsmåter i et stadig økende tempo. Jeg har videre erfart at implementering av slike endringer kan være utfordrende, og kanskje spesielt hvis kvalitetskravet er satt av andre og ikke initiert ut fra et opplevd problem i egen virksomhet. Dette vekket min nysgjerrighet rundt temaet implementering av kvalitetsforbedringstiltak som ikke er initiert i egen enhet.

Studiet «Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi» har gitt meg den teoretiske basen jeg trengte for å gå løs på masteroppgaven, og ikke minst har jeg fått viktig kompetanse som jeg bruker i mitt daglige arbeid som leder. Jeg vil takke min arbeidsgiver Ergoterapiavdelingen, Haukeland universitetssjukehus ved avdelingssjef Bodil Stokke for tilrettelegging, økonomisk bidrag og personlig støtte under gjennomføringen av studiet. Veien til ferdig masteroppgave har vært lang og til tider svært utfordrende. Da er det godt å ha en veileder som både inspirerer, utfordrer og støtter gjennom hele prosessen. Tusen takk til universitetslektor Miriam Hartveit. Uten deg ingen master!

Videre vil jeg takke Medisinsk avdeling ved «Prosjektgruppen for fallforebygging» for at jeg ble invitert inn i fallforebyggingsprosjektet, og avdelingssjukepleierne for uvurderlig praktisk hjelp til rekruttering av informanter og tilrettelegging rundt intervjuene. Stor takk også informantene for at dere ville være med å dele tanker og erfaringer rundt temaet.

De som likevel fortjener størst takk er John-Helge, Halvard, Siri og Sondre. Jeg kunne ikke fullført dette arbeidet uten deres støtte, oppmuntring og tålmodighet gjennom den lange perioden jeg har vært i «masterboblen».

Bergen, desember 2016

Anne Helen Jacobsen



Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel Implementering av tiltakspakker i praksis – en kvalitativ studie av ansattes erfaringer og opplevelser med implementering av en tiltakspakke for å forebygge fall i sykehus.				
Forfatter Anne Helen Jacobsen				
Forfatterens stilling og arbeidssted Seksjonsleder ergoterapeut, Ergoterapiavdelingen Haukeland universitetssjukehus				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder Miriam Hartveit, universitetslektor		
Antall sider	Språk oppgave Norsk	Språk sammendrag Norsk	ISSN-nummer	ISBN-nummer
<p>Bakgrunn: Eldre som faller mens de er innlagt i sykehus representerer en vanlig og alvorlig pasientsikkerhetsutfordring. Tiltakspakken «Forebygging av fall i institusjon» er derfor inkludert i Pasientsikkerhetsprogrammet, og implementering er pålagt for alle sykehusavdelinger i Norge. Forskning viser at kvalitetsforbedringsprosjekter basert på tiltakspakker kan gi bedret pasientsikkerhet, men at tiltakspakker i seg selv sannsynligvis er utilstrekkelige for vellykket implementering. Ansattes holdninger og innsats synes vesentlig for å oppnå varig forbedring.</p> <p>Hensikt: Målsettingen med studien er å finne ny kunnskap om ansattes erfaringer i et pålagt forbedringsarbeid; hvordan ansattes tanker om fallforebygging kan endres, hva som kan oppleves som virksomme tiltak, og på hvilken måte de kan oppleve at forbedringsarbeidet har påvirket pasientsikkerheten.</p> <p>Materiale og metode: Data ble innhentet og analysert kvalitativt. Deltagerne kom fra to medisinske enheter som skulle implementere fallforebyggingspakken. Semistrukturerte fokusgruppeintervju ble gjennomført med samme gruppe informanter før og etter kvalitetsforbedringstiltaket var igangsatt (med henholdsvis 9 og 8 deltagere). Intervjuguide ble utarbeidet i forkant, og lydopptak med supplerende notater ble benyttet under intervjuene. Analysen av de transkriberte intervjuene ble gjennomført med systematisk tekstkondensering som metode.</p> <p>Resultat: De ansatte opplevde at det er relativt lite som var endret som følge av forbedringsprosjektet. De var blitt mer bevisst egen kompetanse. Nye strukturelle tiltak som ikke krevde merarbeid ble erfart som virkningsfulle. Andre tiltak som screening og dokumentering av fallfare, opplevdes som ekstraoppgaver de sjelden hadde tid til, og gjennomføringen var usystematisk. Informantene var usikre på om forbedringsarbeidet har ført til økt pasientsikkerhet.</p> <p>Konklusjon: Studien indikerer at en vellykket implementering av en eksternt initiert tiltakspakke forutsetter prosessuelle tiltak i miljøet for å tilrettelegge for gjennomføring av de konkrete tiltakene i pakken. Hvorvidt dette er særlig betydningsfullt for eksternt initierte tiltakspakker sier ikke denne studien noe om. For å kunne tilpasse implementeringsprosessen optimalt vil det være viktig for videre forskning å utforske om dette også gjelder for forbedringsarbeid initiert av enheten selv.</p>				
Nøkkelord Pasientsikkerhet, fallforebygging, tiltakspakke, implementering, ansatterfaring				



**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 Care Bundles in practice - a qualitative study of employees' experiences with the implementation of a Care Bundle to prevent falls in hospital				
Author				
Anne Helen Jacobsen				
Author's position and address				
Head Occupational Therapist, Department of Occupational Therapy, Haukeland University Hospital				
Date of approval		Supervisor		
		Miriam Hartveit		
Number of pages	Language dissertation	Language abstract	ISSN-number	ISBN-number
	Norwegian	English		
<p>Background: Elderly falling while hospitalized represents a common and serious challenge to patient safety. The Care Bundle "Prevention of falls in institution" is included in the Norwegian Patient Safety Program, and implementation is required for all hospitals. Research shows that quality improvement based on Care Bundles may provide improved patient safety, but that the Care Bundle itself probably is insufficient for successful implementation. Employee's attitude and effort seems essential to achieve long lasting improvement.</p> <p>Purpose: This study aims to seek new knowledge about employees' experiences in an instructed improvement; how employee's thoughts on fall prevention can be changed, what might be perceived as effective interventions, and how they may find that their improvement efforts have affected patient safety.</p> <p>Material and method: Data was collected and analyzed qualitatively. Semi-structured focus group interviews were conducted with the same group of informants before and after quality improvement initiative was launched (with respectively 9 and 8 participants). An interview guide was prepared in advance, and audio recording were used during the interviews. The interviews were transcribed, and analysis was carried out using systematic text condensation.</p> <p>Result: The employees report that there was relatively little changed as a result of the improvement project. They had become more aware of their own skills. New structural tasks that did not require additional work were experienced as effective. Other responsibilities like fall- screening and documentation, were perceived as extra tasks, and implementation was fragmented. The informants were not sure whether improvement efforts had led to improved patient safety.</p> <p>Conclusion: The study indicates that successful implementation of an externally initiated Care Bundle requires a lager emphasize on elements of the process of change within the given context in order to facilitate implementation of the specific tasks in the program. Whether this is particularly significant for externally initiated Care Bundles is not investigated in this study. In order to adapt the implementation process optimally it will be important for future research to explore whether this also applies to improvements initiated by the unit itself.</p>				
Key word				
Patient safety, fall prevention, Care Bundle, implementation, employee experience				

Innholdsfortegnelse:

1	Bakgrunn	1
1.1	Kvalitet i helsetjenesten	1
1.2	Pasientsikkerhet	1
1.3	Fallforebygging	3
1.4	Tiltakspakke for forebygging av fall i institusjon	4
1.5	Care bundles	5
1.6	Læring	6
1.7	Endring	7
1.8	Involvering av medarbeidere	9
1.9	Problemstilling og forskningsspørsmål	10
2	Design og metode	13
2.1	Valg av design og metode	13
2.2	Utvalg	14
2.3	Forforståelse	15
2.4	Informasjon og samtykke	16
2.5	Datainnsamling	16
2.6	Transkribering	18
2.7	Analyse	18
2.8	Etiske aspekter ved studien	21
3	Resultat	23
3.1	Bakgrunnsinformasjon om deltagerne i studien	23
3.2	Innholdet i fallforebyggingsprosjektet slik ansatte har erfart det	23
3.3	Ansattes tanker om fallforebygging	24
3.3.1	Fallfare er det normale – lite vi kan gjøre med det	24
3.3.2	Fall – potensielt alvorlige konsekvenser, men sjelden hos oss	25
3.3.3	Ansattskader – en fare i fallsituasjoner	26
3.3.4	Bevisst vår kompetanse	26
3.4	Ansattes opplevelse av fallforebyggende tiltak – hva kan være virksomt?	27
3.4.1	Redusert fallfare – uten merarbeid for oss	27
3.4.2	Mer tilsyn hvis vi har tid	28
3.4.3	Screening – sikkert bra, men vanskelig å få gjennomført	29
3.5	Ansattes tanker om hvordan fallforebyggingsprosjektet kan ha påvirket sikkerheten for pasientene	30
3.5.1	Positive tiltak, men usikker effekt på pasientsikkerhet	30
4	Diskusjon	32
4.1	Oppsummering av funn	32

4.2	Studiens gyldighet og mulige forklaringer på noen av funnene som er gjort.....	32
4.2.1	Fallfare det normale – lite vi kan gjøre med det.....	32
4.2.2	Kan ansattes fortellinger før oppstart av forbedringsarbeidet tyde på at de er klar for endring?	33
4.2.3	Hvilke tegn til endring kan det være etter at fallforebyggingsprosjektet har vært i gang en periode?	34
4.2.4	Hvorfor ser vi så lite endring – mulige forklaringer	36
4.2.4.1	En ekstraoppgave vi sjelden har tid til.	36
4.2.4.2	Involvering og tilpasning til lokal kontekst	36
4.2.4.3	Screening og strukturelle tiltak – om å velge deler av en tiltakspakke.....	37
4.2.4.4	Hun skal ikke gjøre det der neste gang – om læring i en endringsprosess .	38
4.3	Metodiske overveielser.....	39
4.3.1	Metode og design	39
4.3.2	Utvalg	40
4.3.3	Datainnsamling og analyse.....	41
4.4	Generaliserbarhet.....	43
5	Konklusjon	44
	Referanser.....	45
	Vedlegg I: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	i
	Vedlegg II: Intervjuguide	iii

1 Bakgrunn

1.1 Kvalitet i helsetjenesten

Begrepet kvalitet brukes i flere sammenhenger når man skal beskrive helsetjenesten. Det amerikanske Institute of Health Improvement (IHI) angir en tredelt målsetning for kvalitet i helsetjenesten; bedre befolkningshelse, bedre brukerens opplevelse av behandling og redusert kostnad per behandling (Berwick, Nolan, & Whittington, 2008). Dette stemmer godt overens med Øvretveit sin anerkjente definisjon som knyttet god kvalitet i helsetjenesten til at de som trenger tjenesten mest får møtt sine behov, samtidig som kostnadene for organisasjonen er lavest mulig, og virksomheten oppfyller myndighetenes krav (Øvretveit, 1992). Norske helsemyndigheter har i sin bruk av kvalitetsbegrepet fulgt opp internasjonale standarder ved å legge inn ulike dimensjoner som effekt, brukeropplevelser, sikkerhet og forbedring i sin definisjon (Institute of Medicine, 2001; Meld. St. 10 (2012-2013)). Målet er å ha virkningsfulle, trygge og sikre helsetjenester som involverer brukeren og gir dem innflytelse (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Ressursene skal utnyttes på en god måte, og helsetjenesten skal være samordnet, ha kontinuitet, være tilgjengelige og rettferdig fordelt (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

1.2 Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet innebærer å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skader som følge av helsetjenesteprosesser. (Vincent 2006, i Aase, 2010, s.26). Både nasjonalt og internasjonalt er det erkjent at pasientsikkerheten ikke er god nok (Meld. St. 10 (2012-2013); World Health Organization, 2012). Tradisjonelt har en forsøkt å måle uønskede hendelser som truer pasientsikkerheten ved ulike metoder som ofte har vært både unøyaktige og ressurskrevende (IHI/ Griffin FA; Resar RK., 2009). Tall fra USA tyder for eksempel på at bare 10 – 20 % av uønskede hendelser rapporteres i helsetjenestenes avviksrapporteringssystem (IHI/ Griffin FA; Resar RK., 2009). Det har derfor vært et behov for å utvikle effektive metoder for systematisk innsamling, kategorisering og analyse av data fra helsetjenesteprosesser. Ett eksempel på en slik metode er Global Trigger Tool (GTT) (IHI/ Griffin FA; Resar RK., 2009).

GTT-metoden innebærer at spesialtrent helsepersonell gjennomgår et tilfeldig utvalg av journaler metodisk og raskt for å finne triggerer som indikerer at uønskede hendelser har

funnet sted (IHI/ Griffin FA; Resar RK., 2009). Metoden har sin begrensning ved at en ikke kan vente å avdekke alle uønskede hendelser som kan ha hendt en pasient, men riktig brukt vil metoden kunne gi et godt nok utvalg til kan si noe om omfang av skader og observere forbedring over tid (IHI/ Griffin FA; Resar RK., 2009).

I Norge har GTT-målinger vært brukt i somatisk sektor i spesialisthelsetjenesten siden 2010 (Deilkås, 2014).

GTT- målinger i Norge fra 2013 estimerer at 13 % av pasientene i den somatiske del av spesialisthelsetjenesten ble utsatt for en eller flere skader og 8 % fikk skader som førte til forlenget sykehusopphold, reinnleggelse eller andre alvorlige konsekvenser (Deilkås, 2014). GTT-målinger kan gi et estimat på skadeomfang, og det er noe usikkerhet knyttet til blant annet interater reliabilitet mellom de norske GTT-teamene (Deilkås, 2014). En større studie fra USA tyder likevel på at GTT-metoden er uovertruffen i forhold til tradisjonelle målemetoder, og ti ganger flere bekreftede alvorlige hendelser ble identifisert med GTT enn med andre metoder som ble undersøkt (Classen et al., 2011). En sammenfatning av internasjonale studier tyder på at ca. halvparten av meldte uheldige hendelser kunne vært forebygget (Hjort 2007 i Aase, 2010). Den banebrytende rapporten «To Err is Human» fra 1999 pekte blant annet på at det er nødvendig med systemiske endringer i helsetjenesten for å møte disse utfordringene (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 1999). Denne type systemtenkning er i tråd med forskning på området, og internasjonale og nasjonale satsninger for å bedre pasientsikkerhet (Aase, 2010; Mainz et al., 2011).

I Norge er Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» en viktig del av satsningen for å bedre pasientsikkerheten i helsetjenestene. Målene for programmet er å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helse- og omsorgstjenesten (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 1016). Programmet følges med nasjonale målinger av antall pasientskader, og ved utvikling i pasientsikkerhetskulturen i helseforetakene (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 1016). Forbedring skal oppnås ved målrettet arbeid innen ulike innsatsområder (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 1016). Et av disse innsatsområdene er «Forebygging av fall i helseinstitusjon».

1.3 Fallforebygging

Fall kan defineres som en utilsiktet hendelse som medfører at en person havner på bakken, gulvet eller et annet lavere nivå, uavhengig av årsaken til fallet og om det foreligger skade som følge av fallet (Lamb et al., 2005; Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 2014a; World Health Organization, 2008). Studier viser at ca. halvparten av eldre over 65 år innlagt i sykehjem eller sykehus faller minst en gang pr. år, og fall regnes som den vanligste årsaken til at eldre pasienter skader seg (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 2014a; Pettersen, 2002).

Fall som medfører at personen trenger ekstra overvåkning eller behandling i etterkant, regnes som fall med skade (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 2014a). Norske GTT-målinger fra 2013 tyder på at det forekom fall med skade i 0,4 % av alle pasientopphold i somatisk sektor i spesialisthelsetjenesten (Deilkås, 2014). De fleste av disse skadene er mindre alvorlige, som hudavskrapninger, kutt og lignende. Mer alvorlige skader, som for eksempel bruddskader, ble estimert å forekomme i 0,1 % av pasientoppholdene i somatisk sektor, og i to av pasientoppholdene i 2013 kan fallskaden ha bidratt til død (Deilkås, 2014). Ved enheter med større andel eldre kan en forvente høyere fallrate. Det er for eksempel funnet en fallrate på 3,4 fall pr. personår i geriatriske rehabiliteringsavdelinger og 6,2 fall pr. personår i psykogeriatriske avdelinger (Cameron et al., 2012). I tillegg til det fysiske funksjonstapet viser litteraturen at fall kan få psykiske konsekvenser som for eksempel redsel for å falle på nytt, angst eller depresjon (Gillespie et al., 2012). Et fall kan derfor medføre at personen får et lavere aktivitetsnivå, mindre selvstendighet og dårligere livskvalitet enn den fysiske skaden i seg selv skulle tilsi (Gillespie et al., 2012). Dette kan videre føre personen inn i en negativ spiral der både fysisk og psykisk helse blir dårligere, og hjelpebehovet øker. På den måten blir det enda mer utfordrende å oppnå kvalitetsmålene om effektive og virkningsfulle tjenester som samtidig holder kostnadene så lave som mulig.

God ressursutnyttelse er en del av kvalitetsbegrepet i helsetjenestene, og behandling av fallskader og økt hjelpebehov i kortere eller lengre periode i etterkant har derfor også en betydning ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Helsedirektoratet viser som et eksempel til at behandling og rehabilitering av et hoftebrudd gjennomsnittlig koster ca. 340.000,- det første året. Med ca. 9000 hoftebrudd i året gir dette en årlig utgift for samfunnet på rundt tre milliarder kroner (Helsedirektoratet, 2013). I tillegg kommer utgifter ved økt omsorgsbehov

på lengre sikt som for eksempel tjenester i hjemmet eller fast institusjonsplass (Uleberg, 2012).

1.4 Tiltakspakke for forebygging av fall i institusjon

At pasienter faller og skader seg mens de er innlagt i institusjon har vært en kjent lenge, og Morgan viser til forskning tilbake til 1940-årene når hun beskriver fall som et vedvarende stort problem (Morgan, V.R., Mathison, Rice, & Clemmer, 1985). Imidlertid har nyere studier avdekket at det er fullt mulig å redusere antall fall ved hjelp av systematisk implementering av tiltak for å fange opp de som er særlig utsatt for denne risikoen (Healey et al., 2014; The Joint Commition, 2015). Som en del av den norske satsingen på pasientsikkerhet, implementeres denne type tiltak i alle sykehusavdelinger og andre institusjoner der en har pasienter som er over 65 år eller som har andre sykdommer/tilstander som øker faren for fall (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 2014a). Tiltakene er satt sammen som en stegvis «pakke» og starter med screening for fallrisiko av alle pasienter i målgruppen (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 2014a). Screeningen skal utføres så snart som mulig etter innleggelse og dokumenteres i pasientjournal (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 2014a). Pasienter som har økt fallfare skal følges opp med generelle tiltak, og ved behov, tverrfaglig vurdering og individuelle tiltak. Ved utskriving skal det gis informasjon om risikovurdering og tiltak til instansen som skal følge pasienten videre. Resultat for innsatsområdet måles i antall dager mellom hvert fall og antall dager mellom hvert fall med skade, og disse målingene er obligatoriske (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 2014a). I tillegg kan en velge prosessmål som for eksempel andel pasienter som er screenet for fallrisiko (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 2014a). Tiltakspakken ble prøvd ut på noen sykehusavdelinger i Norge i regi av Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 2011 – 2013». Tall fra kampanjens sluttrapport viser til en signifikant økning i antall dager mellom hvert fall i en sykehusavdeling som fikk tilført midler for å gjennomføre en pilot på fallforebyggingspakken (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 2014b). Det er imidlertid ikke redegjort for i hvilken grad det er tiltakene «fallforebyggingspakken» i seg selv eller andre faktorer ved prosjektet som førte til denne forbedringen.

1.5 Care bundles

Bruken av slike sammensatte tiltakspakker bygger på forskning og teori om «Care Bundles». Et nøye studert eksempel på et «bundel»-prosjekt er Keystone Michigan-prosjektet som viste en tydelig og vedvarende forbedring av pasientsikkerhet ved innføring av denne type samvirkende tiltak (Pronovost et al., 2006). Dixon-Woods identifiserte i etterkant av prosjektet viktige faktorer som kan forklare hvorfor de lykkes så godt. Det ble blant annet brukt ulike intervensjoner for en bedret kultur for god praksis og redefinering av uønskede hendelser som et sosialt problem som måtte løses med endret teamsamarbeid (Dixon-Woods, Bosk, Aveling, Goeschel, & Pronovost, 2011). Dette ble kombinert med ulike tiltak som skapte «positivt press» mot forbedring, som for eksempel tett nettverkssamarbeid, og tilbakemelding til enhetene om egen prestasjon i forhold til andre (Dixon-Woods et al., 2011). Prosjektledelsen hadde muligheter til å iverksette sanksjoner hvis deltagerne ikke fulgte opp avtalene. Disse ble brukt når det var nødvendig, men hovedsakelig fungerte de som «et ris bak speilet» (Dixon-Woods et al., 2011).

Funnene til Dixon-Woods er i tråd med Bataldens og Stolz teori om kontinuerlig forbedring i helsetjenesten (Batalden & Stoltz, 1993). De peker på at forskningsbasert fagkunnskap om beste praksis er utgangspunktet, men at dette ikke er nok (Batalden & Stoltz, 1993). Forbedringsarbeid krever også kunnskap om system, variasjon, endringspsykologi og læringsteori, og tiltak basert på denne kunnskapen (Batalden & Stoltz, 1993). For å unngå uønsket variasjon i helsetjenesteprosesser som fører til lavere kvalitet på tjenesten, blir det da viktig å analysere prosessvariasjon og de systemiske årsakene til variasjonen for å få til forbedring (Batalden & Stoltz, 1993). Et resultat av en slik analyse av arbeidsprosessene kan være at det identifiseres et sett av evidensbaserte nøkkelaktiviteter som, når de implementeres sammen, vil gi signifikant bedre resultat enn når de brukes hver for seg, altså Care Bundles (Resar, Griffin, Haraden, & Nolan, 2012). Care Bundles består av tre til fem intervensjoner som beskriver konkrete tiltak for å oppnå beste praksis innen et innsatsområde (Resar et al., 2012). Intervensjonene er relativt uavhengig av hverandre, og bør ha sterk støtte i det kliniske miljø de skal implementeres i (Resar et al., 2012). En tilstreber at elementene skal være beskrivende og gi rom for lokal tilpasning og klinisk skjønn (Resar et al., 2012). Tiltakspakken utvikles av tverrfaglige team, og brukes for en bestemt populasjon på et sted. Implementering følges med prosessmålinger som gjøres etter alt-eller-ingenting-prinsippet (Resar et al., 2012). En Care-Bundle vil altså dels bestå av et teknisk innhold, for

eksempel at alle pasienter over 65 år skal risikovurderes for fallrisiko innen 24 etter innleggelse (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 2014a). I tillegg kommer mekanismer som understøtter endringsprosessene, som for eksempel at tiltakspakken tilpasses lokal kontekst av et tverrfaglig team som faktisk skal iverksette tiltakene, og at gjennomføring av tiltakspakken følges med målinger på prosess og resultat (Resar et al., 2012). Innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet er bygget opp etter prinsippene om Care Bundles (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 1016).

Forskning viser imidlertid at det ikke er nok bare å ta i bruk en god tiltakspakke i en ny sammenheng for å gjenskape en vellykket forbedring (Bion et al., 2013; Dixon-Woods, Leslie, Tarrant, & Bion, 2013). Et eksempel på dette er «Matching Michigan»-prosjektet som brukte tiltakene fra Keystone- Michigan i en ny kontekst (Bion et al., 2013). Matching Michigan viste også forbedringer, men forskerne kunne ikke slutte at disse forbedringene var en effekt av prosjektet (Bion et al., 2013; Dixon-Woods et al., 2013). Dixon-Woods peker på at det er behov for videre forskning for å utvide forståelsen av hvordan andre mekanismer enn de tekniske intervensjonene virker inn på hvor vellykket et forbedringsprosjekt blir (Dixon-Woods et al., 2013).

Teoretisk kan disse mekanismene blant annet forstås gjennom to av de andre grunnleggende begrepene i forbedringskunnskap; læring og endring (Batalden & Stoltz, 1993).

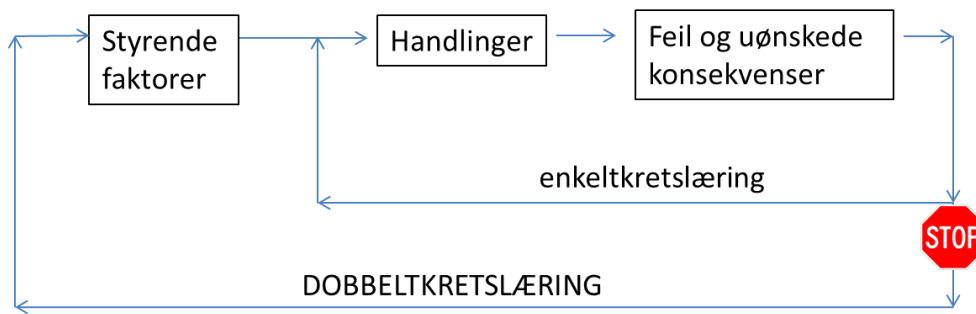
Argyris & Schön definerer læring som:

“Something that takes place when new knowledge is translated into different behavior that is replicable” (Argyris & Schön, 1978).

Sammenhengen mellom læring og endring er tydeliggjort i definisjonen over. Alternativt kan en si at endringer kan bli varige eller overførbare når de bygges på læring ved ny kunnskap eller erkjennelse.

1.6 Læring

Argyris og Schön deler videre læringsbegrepet inn i enkeltkrets- og dobbeltkretslæring, og dette kan illustreres på denne måten (Irgens, 2007). (Figur 1)



Figur 1 Enkelt- og dobbeltekretslæring (Etter Argyris 1990, i Irgens 2007:123)

Enkeltekretslæring innebærer at problemene løses ved å justere handlinger (Irgens, 2007). Dette skjer ofte fort og automatisk, og kan være hensiktsmessig for å takle engangshendelser og mindre problemer (Irgens, 2007). Noen ganger brukes enkeltekretslæring også der problemene er mer sammensatte. Da vil en oppleve at problemene dukker opp igjen, og at organisasjonen eller enkeltpersonen ikke har lært noe av hendelsen (Irgens, 2007).

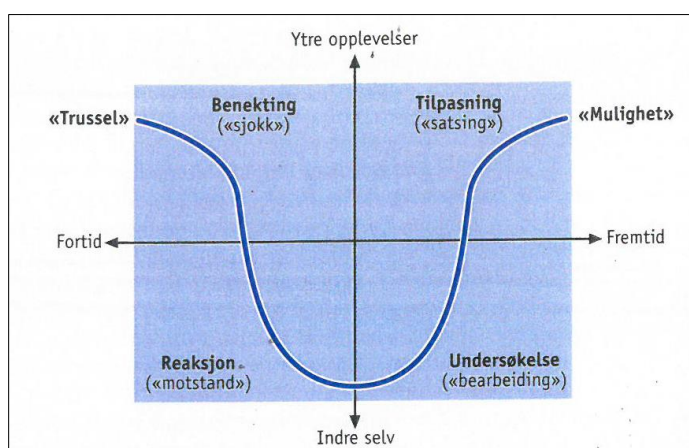
Dobbeltekretslæring innebærer at en stopper opp, og vurderer og analyserer hvordan grunnleggende forhold påvirker situasjonen som fører til de uønskede konsekvensene (Irgens, 2007). Det er disse grunnleggende forutsetningene som må endres for å få til læring og dermed endring (Irgens, 2007). Forskning på pasientsikkerhet viser tilsvarende at hvis en ser på uønskede hendelser som symptomer og kilde til informasjon om bakenforliggende faktorer, vil en kunne oppnå en læring på systemnivå heller enn å fokusere på enkeltpersoners feil (Aase, 2010). Dobbeltekretslæring kan imidlertid stoppes blant annet av ulike forsvarsmekanismer som kan være individuelle eller organisatoriske (Irgens, 2007).

1.7 Endring

Endring har en nært sagt universell betydning i de fleste organisasjoner og har derfor blitt undersøkt i mange sammenhenger. Grol og Wensing har i sine litteraturstudier identifisert ulike endringssteg som kan være gjenkjennelige i implementering av nye arbeidsmåter (Richard Grol, 2013). **Orientering** handler om å gjøre målgruppen oppmerksom på nyvinningen og å skape interesse og involvering (Richard Grol, 2013). **Innsiktsfasen** skal lede til en følelse av viktighet, at det er uakseptabelt å fortsette som før (Richard Grol, 2013). Dette krever forståelse for hva innovasjonen innebærer, og innsikt i hvordan etablerte arbeidsrutiner avviker fra de nye (Richard Grol, 2013). **Akseptering** har som siktemål at endringen skal føles som viktig og oppnåelig, og skape motivasjon for reell endring (Richard

Grol, 2013). Deltagerne beveger seg via en positiv holdning eller motivasjon for endring til en positiv intensjon eller bestemmelse for endring (Richard Grol, 2013). I **endringsfasen** prøves endringen ut i praksis og målgruppen får erfaring med nye rutiner og en begynnende tro på at nyvinningen er effektiv og oppnåelig (Richard Grol, 2013). Utprøving i mindre skala er anbefalt for å vinne erfaring, lære nye metoder, og gjøre nødvendige tilpasninger til egen kontekst (Richard Grol, 2013). Gjennom utprøving kan fordelene med og verdien av innovasjonen bekreftes (Richard Grol, 2013). **Vedlikeholdsfasen** innebærer at den nye praksisen blir den vanlige arbeidsmåten, og at den er integrert i rutine og i dokumentasjon som støtter praksis (Richard Grol, 2013). Den nye praksis må støttes og forankres i organisasjonen for å sikre fortsatt implementering (Richard Grol, 2013). Fasene følger ikke nødvendigvis etter hverandre i denne rekkefølgen, og ikke alle steg er gjenkjennelige i alle prosjekt (Richard Grol, 2013). Forfatterne mener imidlertid at inndelingen kan hjelpe til med forstå hvor klare ulike grupper i en organisasjon er for endring (Richard Grol, 2013).

Scott & Jaffee viser gjennom sin teori om «Forandringskurven» hvordan medarbeideres vanlige reaksjonsforløp vil være når de skal inn i en endringsprosess (Jaffee & Scott, 1997). (Figur 2)



Figur 2 «Forandringskurven» (etter Scott & Jaffee 1989, i Grøndal 2001)

Benektingsfasen er preget av en følelsesmessig nummenhet, realitetene trenger ikke inn, og en er usikker på hva det nye innebærer (Grønhaug, Hellesøy, & Kaufmann, 2001). I denne fasen vil medarbeiderne fortsette som før og holde fast på den kjente måte å arbeide på (Grønhaug et al., 2001). I reaksjonsfasen går realitetene opp for medarbeiderne, og varierende

følelsesmessige reaksjoner er vanlige (Grønhaug et al., 2001). For eksempel vil noen lukker seg inne, mens andre vil protesterer åpenlyst eller direkte saboterer (Grønhaug et al., 2001). Etter en tid vil en gå over i undersøkelsesfasen, der perspektivene utvides og en klarer å rette oppmerksomhet og energi mot å utforske det nye (Grønhaug et al., 2001). I tilpasningsfasen er troen på det nye så sterk hos medarbeideren at de er villige til, og i stand til, å satse framover (Grønhaug et al., 2001). Teorien til Scott og Jaffee er at de fleste på en eller annen måte gjennomgår alle disse fasene, men at de kan nå de ulike fasene til ulik tid (Jaffee & Scott, 1997).

En annen viktig faktor ved endring er hvordan nye arbeidsmåter spres i organisasjonen. Rogers har gjennom sin teori Diffusion of Innovation studert dette (Rogers, 2001). Hvor godt og hvor raskt en slik nyvinning sprer seg i en organisasjon avhenger blant annet av hvordan egenskapene til den nye arbeidsmåten oppfattes av medlemmene i det sosiale systemet (Rogers, 2001). Rogers understreker at personers oppfatning av den nye arbeidsmåten oftest har større betydning enn de objektive karakteristika ved den (Rogers, 2001).

Høy grad av usikkerhet er vanlig når nye arbeidsmåter introduseres i et system (Rogers, 2001). Det vil i følge Rogers imidlertid oftest være noen av medarbeiderne som er tidligere klar til å prøve ut nye arbeidsmåter enn majoriteten (Rogers, 2001). Disse bør identifiseres og oppmuntres i endringsprosessene (Rogers, 2001). Når en har nådd en «kritisk masse» av de som bruker den nye arbeidsmåten, vil videre spredning gå lettere (Rogers, 2001). Spredning av nye arbeidsmåter krever en målrettet innsats fra organisasjonen, og dermed en ledelse som aktivt fasiliteter prosessene (Rogers, 2001). Ut fra Rogers teorier kan det se ut som om både hvordan selve nyvinningen fremstår for individene, og organisasjonens evne til å identifisere og gjøre bruk av innovatører og positive opinionsledere vil ha betydning for om endringsprosessen lykkes.

1.8 Involvering av medarbeidere

Både teori og forskning på «Care Bundles» og læring- og endringsteorier tilsier at det er vesentlig at medarbeiderne som skal i gang med forbedringsarbeid er direkte involvert i alle faser av endringen (Dixon-Woods et al., 2011; Richard Grol, 2013; Jaffee & Scott, 1997; Resar et al., 2012; Rogers, 2001). En anerkjent metode for å sikre involvering og samtidig sørge for lokal tilpasning av arbeidsmåtene, er å bruke «Forbedringsmodellen» (Richard Grol,

2013). (Figur 3) Dette er også en anbefalt metode fra Pasientsikkerhetsprogrammet (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 2016).



Figur 3 Forbedringsmodellen (Pasientsikkerhetsprogrammet)

Arbeid etter forbedringsmodellen starter med tre avgjørende spørsmål knyttet til å definere konkrete mål for forbedringen, hvordan forbedringen skal måles, og hvilken strategi en tenker er optimal for å få til ønsket endring (Langley et al., 2009). Deretter brukes PSDA-sirkelen for å planlegge hvordan en skal få til endingene (Langley et al., 2009). Foreslåtte endringer prøves ut i liten skala, og erfaringene fra medarbeidere brukes til justering før ny utprøving (Langley et al., 2009). Det vil altså oftest være nødvendig med flere «omganger» i PSDA-sirkelen (Langley et al., 2009). På denne måten kan en få en gradvis endring som er tilpasset lokale forhold og som medarbeiderne har et eierforhold til (Langley et al., 2009).

1.9 Problemstilling og forskningsspørsmål

Forskningslitteraturen og endringsteoriene som er presentert viser at ansattes innsats og deres holdninger, kunnskap og involvering er vesentlig for å lykkes med kvalitetsforbedringsarbeid (Dixon-Woods et al., 2011; Richard Grol, 2013; Langley et al., 2009; Resar et al., 2012; Rogers, 2001). Det er videre kjent at konteksten et forbedringsprosjekt iverksettes i, sannsynligvis har betydning for hvor godt man lykkes med forbedringsarbeidet (Dixon-

Woods et al., 2013; Harvey, Jas, & Walshe, 2015). En evalueringsstudie av et større forbedringsprosjekt i England viser for eksempel at av 17 enheter som tok i bruk den samme anerkjente tiltakspakken, lyktes 1 enhet med å få til den ønskete endringen som følge av programmet, 5 økte sine eksisterende anstrengelser, mens for 11 enheter var det liten endring (Dixon-Woods et al., 2013). Det vil derfor være viktig å få økt kunnskap om ansattes opplevelser av forskjellige forbedringsprosjekt i ulike kontekster kan forstås i lys av kunnskapen om ansattes betydning i endringsprosesser.

En interessant kontekst er forbedringsarbeid som er pålagt av nasjonale myndigheter, og ikke initiert ut fra et opplevd kvalitetsproblem i egen enhet. Denne type pålagt forbedringsarbeid ser ut til å øke i omfang. For eksempel er antall innsatsområder i Pasientsikkerhetsprogrammet økende (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 1016). Det er forventet at implementeringen av denne type tiltak skal skje innen rammene for vanlig klinisk praksis, uten tilføring av ekstra ressurser (Meld. St. 10 (2012-2013)). Det mangler kunnskap om ansattes opplevelser av endringsprosessen når forbedringsarbeid settes i gang på denne type premisser. Dette kunnskapshullet kan være viktig å få studert nærmere på grunn av det økende omfanget av denne type forbedringsarbeid.

Et av innsatsområdene som nå implementeres i alle landes sykehusavdelinger er «Forebygging av fall i institusjon» (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 2014a). Fall er den vanligste årsaken til skade hos eldre i institusjon, og det har vist seg å være vanskelig å redusere fallraten uten at omfattende og sammensatte tiltak settes inn (Holte, Underland, Hafstad, & Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015; Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 2014a; The Joint Commition, 2015). «Forebygging av fall i institusjon» må derfor anses som et vanlig, viktig og vanskelig problemområde der det er vesentlig å få økt kunnskap om faktorer som kan påvirke implementeringen.

Med utgangspunkt i ansattperspektivet ser vi derfor behov for økt kunnskap om hvordan ansatte kan oppleve endringsprosessen når store landsomfattende program som «Forebygging av fall i institusjon» skal implementeres i vanlig klinisk hverdag med lite eller ingen tilførte ressurser. Vi vet heller ikke i hvilken grad ansatte i en slik situasjon vil vurdere

fallforebyggingstiltakene som viktige, eller i hvilken grad de vil oppleve at fallforebyggingstiltakene fører til bedre pasientsikkerhet enn tidligere praksis.

Vi reiser derfor følgende forskningsspørsmål:

I en enhet der et pålagt forbedringsarbeid skal gjennomføres:

1. Hvordan kan ansattes tanker om fallforebygging endres etter en tid med forbedringsarbeid?
2. Hvilke tiltak kan ansatte oppleve som virksomme i forbedringsarbeidet?
3. På hvilke måter kan ansatte oppleve at fallforebyggingsprosjektet har påvirket sikkerheten for pasientene?

2 Design og metode

2.1 Valg av design og metode

Kvalitativ forskning har som mål å granske hvordan sosiale og kulturelle fenomener kan forstås slik de erfares av de som er involvert, og i sin naturlige sammenheng (Malterud K., 2011). Denne studien søker å øke kunnskapen om ansattes opplevelse av endring i et kvalitetsforbedringsprosjekt, og en kvalitativ tilnærming er derfor et naturlig metodevalg.

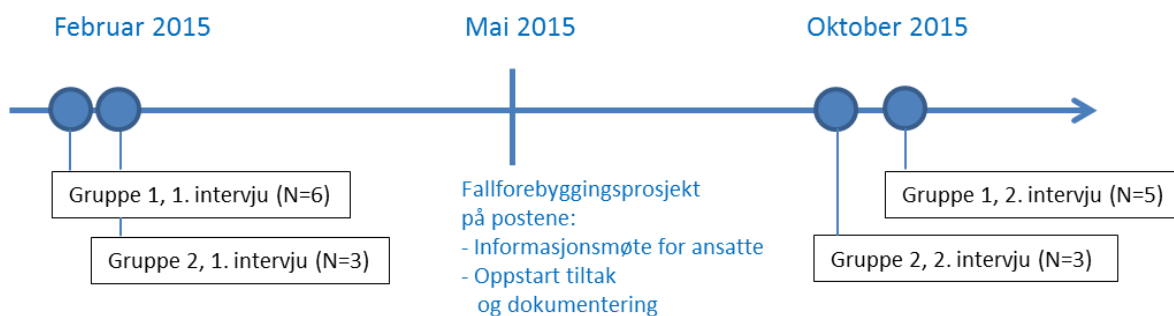
Resultatet av kvalitativ forskning baseres på systematisk innhenting, organisering og tolking av tekstlig materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig kildemateriale (Malterud, 2011). Metoden for datainnhenting må ses i sammenheng med målet for undersøkelsen (Malterud, 2011). Gjennom samtale med de som er involvert vil en kunne få tilgang til deres tolkning av det fenomenet som studeres (Malterud, 2011). Dette stemmer godt med formålet med denne studien og er derfor valgt som tilnærming.

Intervju er en anerkjent måte for å strukturere en slik forskningssamtale (Malterud, 2011; Tjora, 2012). Det skilles mellom to hovedtyper av forskningsintervju; individuelle dybdeintervju eller fokusgruppeintervju (Malterud, 2011; Tjora, 2012). Når en ønsker å utforske fenomener som gjelder felles erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange samhandler, er fokusgrupper den best egnete intervjuformen (Malterud, 2012). Fokusgrupper sin unike styrke er at en kan få data om grad av enighet og mangfold mellom deltagerne (Morgan, D.L., 1996). Synergieffekten en kan oppnå ved at deltagerne både spør hverandre og forklarer seg til de andre er også en styrke ved fokusgrupper (Morgan, D.L., 1996). Videre har forskeren mulighet til å spørre deltagerne om å sammenligne erfaringer og synspunkter heller enn å samle data separat og fundere på årsaken til at de er ulike i etterkant (Morgan, D.L., 1996). Denne type erfarings- og meningsutvekslinger mellom informantene, og forskerens mulighet til å avklare grunnen til eventuelle ulike synspunkt, vil være sentrale for å besvare forskningsspørsmålene i denne studien, og derfor er fokusgruppeintervju valgt som datainnsamlingsmetode.

Kjølstad viser til at studiedesignet skal være egnet til å besvare forskningsspørsmålene (Kjølstad i Widerberg, Hansen, & Album, 2010). Forskningsdesignet skal videre beskytte forskeren mot distraksjoner og fristelser underveis, og være et instrument for å takle begrensninger i tid og penger (Kjølstad i Widerberg, Hansen, & Album, 2010). Denne studien

følger en reel prosess der nye arbeidsmetoder knyttet til fallforebygging skal implementeres i to medisinske sengeposter. Endringen er organisert som et prosjekt uten eksterne ressurser. Siden data om opplevd ending er vesentlig for å få besvart forskningsspørsmålene, har studien et kvalitativt longitudinalt design der de samme informantene intervjues før og etter en forbedringsintervensjon.

Skjematisk kan studiedesignet fremstilles slik:



Figur 4 Skjematisk framstilling av studien

2.2 Utvalg

Utvalget i en studie vil bestemme hva vi kan si noe om, og egenskapene ved utvalget vil være særlig viktig med hensyn til studiens overførbarhet (Malterud, 2011). Muligheten til å få inn materiale om det aktuelle temaet som er innholdsmessig rikt, variert og reflektert bør stå sentralt når en setter sammen utvalget (Malterud, 2011; Tjora, 2012). Et utvalg med disse egenskapene kan betegnes som et strategisk utvalg (Tjora, 2012). Deltagerne i denne studien er rekruttert blant sykepleiere og hjelpepleiere med direkte pasientkontakt på de to sengepostene som deltok i fallforebyggingsprosjektet. Disse to yrkesgruppene må regnes som avgjørende for informasjonsinnhenting for å svare på våre forskningsspørsmål.

Den optimale størrelsen på utvalget i kvalitativ forskning er ofte knyttet til begrepet «datametning» (Carlsen & Glenton, 2011; Malterud, 2011). Metning oppnås når ytterligere datainnsamling ikke vurderes å tilføre ny kunnskap (Malterud, 2011). I følge litteraturen kan idealet om metning være vanskelig å oppnå blant annet på grunn av rekrutteringsproblemer og begrensninger i konteksten undersøkelsen skal gjennomføres i (Carlsen & Glenton, 2011; Tjora, 2012). I denne studien er rekrutteringsgrunnlaget begrenset til pleiepersonale ansatt i de to sengepostene, og det har derfor vært særlig viktig å tilstrebe å få tak i informanter som har

interesse av temaet og som ønsker å dele sine erfaring, samt å legge til rette for at det skal være minst mulig ulempe for deltagerne å være med i studien. For å oppnå dette fikk alle sykepleier og hjelpepleiere i de to sengepostene muntlig og skriftlig informasjon om studien. Alle som ønsket å være med kunne melde seg på, og intervjuene ble gjennomført i deltagerens arbeidstid.

Anbefalinger om antall deltagere i hver fokusgruppe varierer i litteraturen (Malterud, 2012). Carlsen viser i sin litteraturgjennomgang til at et deltagerantall mellom fire og tolv ofte er anbefalt, men at en kan regne med å få et rikere materiale med å gjennomføre to intervju med fire deltagere enn et med åtte (Carlsen & Glenton, 2011). Malterud hevder at selv om store grupper kan være en fordel med hensyn til variasjon og bredde, er det så krevende for moderator å lede en fokusert samtale med mange deltagere at det kan gå ut over kvaliteten på dataene (Malterud, 2012). Tjora fremholder at deltagerantallet må være stort nok til å få fram ulike meninger, men liten nok til at alle tør å uttrykke sin mening i gruppen (Tjora, 2012). I vår studie måtte vi ta også ta hensyn til driften i postene når gruppestørrelsen ble vurdert. En maksimal gruppestørrelse på seks deltagere, tre fra hver post, ble bestemt i samarbeid med ledelsen på sengepostene. Interesserte som hadde meldt seg ble fordelt i to grupper sammensatt etter hvem som var på jobb samtidig.

Det endelige utvalget besto av ni deltagere i første intervjurunde og åtte i siste intervjurunde. Forhold på den ene sengeposten første intervjudag for gruppe 2 gjorde at ingen deltagere fra denne sengeposten kunne møte, så utvalget ble noe mindre enn planlagt. En deltager kunne ikke møte til andre intervju av praktiske årsaker.

Rekrutteringsstrategien i denne studien har tatt sikte på å skaffe et strategisk utvalg av frivillige informanter innen den konteksten undersøkelsen finner sted. En ønsket at utvalget skulle ha god spredning i erfaringsbakgrunn og at begge yrkesgrupper, kjønn og sengeposter var representert i utvalget. Selv om utvalget er noe mindre enn vi ønsket, mener vi dette viser at utvalget er sammensatt på en måte som øker sannsynligheten for rike og varierte data.

2.3 Forforståelse

Refleksivitet i forhold til egen posisjon i alle deler av forskningsprosessen er avgjørende for god vitenskapelig kvalitet i kvalitativ forskning (Malterud, 2011). Selv om en tilstreber å sette

egen forforståelse til side i møtet med studiens data, må dette regnes som et uopnåelig mål (Malterud, 2011). Forskeren bør derfor redegjøre for sin forforståelse før datainnsamlingen starter, for på denne måten å få et bevisst forhold til hvordan egen forforståelse kan påvirke studiens ulike faser, og søke å minske denne betydningen der det er mulig (Malterud, 2011).

Hoved-forskeren i denne studien har fagbakgrunn som ergoterapeut, og har i mange år jobbet tett med sykepleiere i tverrfaglig team. Gjennom samhandling oppleves det at yrkesgruppene har ulik faglig kultur, og at vi forstår noen begrep ulikt. Kunnskapen om pasientgruppene i de aktuelle medisinske postene, og om hvordan det er å arbeide i en avdeling med så kort liggetid må dessuten regnes som overfladisk. Dette må få spesiell oppmerksomhet under intervjuene, og det blir viktig å sørge for å få nødvendige avklaringer underveis for å minske faren for misforståelser. Videre må en være bevisst at egen teoretisk interesse for og kunnskap om endringsprosesser, samt praktiske erfaring med utfordringer knyttet til endring, kan påvirke både intervjuene og dataanalysen. Det blir derfor viktig å være åpen, nysgjerrig og genuint interessert i deltagerens fortellinger, for derigjennom å utvikle ny forståelse heller enn å bekrefte egen forforståelse.

2.4 Informasjon og samtykke

Informantene fikk skriftlig informasjon om studien og dens hensikt i forkant av fokusgruppeintervjuene. I starten av intervjuene ble informasjonen gjentatt muntlig, og informantene fikk i tillegg orientering om mulighet til å trekke seg fra studien. Alle informantene har undertegnet samtykkeerklæring for deltagelse i studien. Bruk av lydopptaker var avklart med deltagerne før intervjuene startet.

2.5 Datainnsamling

Intervjuguiden skal henge nøye sammen med studiens problemstilling, og en må være spesielt oppmerksom på å unngå spørsmål som bare bekrefter egen forforståelse (Malterud, 2012). Grad av standardisering av spørsmålene bør også være et bevisst valg fra forskeren (Morgan, 1996). Høy grad av standardisering vil gjøre det lettere å sammenligne resultater på tvers av gruppene (Morgan, 1996). Ulempen ved høy grad av standardisering, er at en må leve med de spørsmål og prosedyrer som ble valgt før en gikk inn i feltet (Morgan, 1996). Morgan viser til at det derfor ofte kan være hensiktsmessig å velge noe lavere grad av standardisering, og at en

kan øke verdien av innsamlede data ved å tilpasse spørsmålene etter det en har lært fra forrige gruppe (Morgan, 1996). Ved utforming av intervjuguiden i denne studien er det derfor lagt vekt på at spørsmålene skal være konkrete og åpne, og i en form som gir muligheter for at ulike meninger kan få plass. I samsvar med intensjonen med fokusgruppeintervju inneholder intervjuguiden forholdsvis få spørsmål for å gi rom for interaksjon mellom deltagere, og mulighet for å stille oppfølgende spørsmål for videre utforskning av hvert tema (Malterud, 2012; Morgan, 1996). Videre ble intervjuguiden, i tråd med Morgans anbefalinger, vurdert og noe omarbeidet mellom de to intervjurundene (Morgan, 1996). Begge utgaver av intervjuguiden ble diskutert med en mer erfaren forsker i forkant av intervjuene. Under planlegging av studien fant vi at det ville være viktig å ha bakgrunnsinformasjon om hva informantene oppfattet var det konkrete innholdet i fagutviklingsprosjektet de var i gang med. Dette regnet vi med kunne hjelpe oss til å forstå deres opplevelser bedre, og også gjøre diskusjonen opp mot teori tydeligere. Derfor ble konkrete spørsmål om fallforebyggingsprosjektet tatt med mot slutten av andre intervju. Et planlagt prøveintervju på egen arbeidsplass lot seg dessverre ikke gjennomføre av praktiske årsaker.

Intervjuene foregikk i et møterom i tilknytning til sengepostene. Valg av møteplass har først og fremst en praktisk årsak. Det er lettere for informantene å delta når intervjuet foregår nær arbeidsplassen. I tillegg kan en tenke at valget av en kjent møteplass kan ha økt tryggheten for informantene i intervjusituasjonen, og dette kan være positivt for diskusjonen i gruppene (Malterud, 2012). Tidspunktene ble valgt slik at det passet for driften i sengeposten og for informantene som ville være med i studien. Maksimum tid for hvert intervju var satt til en time.

Det ble brukt lydopptak under intervjuene. På den måten kunne en være sikker på å få med alt som ble sagt samtidig som moderator fikk anledning til å være fullt konsentrert om gruppediskusjonen. I tillegg ble det gjort korte notater underveis for støtte i analysearbeidet.

I første intervjurunde fungerte en kollega som sekretær under intervjuene. Hun noterte og hjalp til med oppklarende spørsmål ved behov. Etter intervjuene gav hun tilbakemeldinger på rolleutøvelsen som moderator, og det umiddelbare hovedinntrykket fra intervjuet ble diskutert og notert. Videre lyttet en mer erfaren forsker til intervjuene etterhvert, og gav tilbakemelding

om moderators styrker og svakheter. Disse tiltakene hadde som formål å sikre at moderators måte å lede gruppene ble så bra som mulig, da dette er vesentlig for kvaliteten av dataene fra fokusgruppeintervju (Malterud, 2012).

2.6 Transkribering

Transkribering av lydfilene til skriftlig tekstformat og samtidig anonymisering av informantene, er i tråd med Malterud sitt råd gjort av forskeren som var moderator i gruppesamtalene, og ikke satt bort til andre. Malterud begrunner dette med at når den som transkriberer selv har vært tilstede under intervjuet er det sannsynlig at en i større grad får med seg alle nyanser i det som er sagt, og derved bedre kvalitet i transkriberingen (Malterud, 2012). Samtidig gir den grundige gjennomlyttingen et unikt overblikk over eget datamaterialet som blant annet kan gi verdifulle tilbakemeldinger om egne prestasjoner som moderator (Malterud, 2012). Derved får en mulighet til å gjøre mer av det som er bra, og notere seg nye og interessante problemstillinger som kan være viktig å ta opp i seinere intervju (Malterud, 2012). Transkriberingen ble av denne grunn gjort fortløpende etter hvert fokusgruppeintervju.

2.7 Analyse

Formålet med denne studien er å utvikle ny kunnskap om ansattes opplevelser av endring i et forbedringsprosjekt, og materialet er hentet inn ved fokusgruppeintervju. Systematisk tekstkondensering kan være en hensiktsmessig analysemetode for denne type materiale fordi metoden egner seg for tverrgående beskrivende analyse av fenomener (Malterud, 2011). Dataene fra fokusgruppeintervjuene ble derfor analysert med utgangspunkt i systematisk tekstkondensering slik den er beskrevet av Malterud (Malterud, 2011). Analysen av materialet ble gjort samlet etter at alle fire fokusgruppeintervjuene var gjennomført, og er i hovedsak utført av studiens hoved-forsker alene.

Malterud deler sin beskrivelse analyseprosessen inn i fire trinn (Malterud, 2011):

- 1) Skaffe seg ett helhetsbilde av materialet
- 2) Identifisere meningsbærende enheter
- 3) Abstrahere kunnskapen ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene

4) Sammenfatte det som er funnet til gjenfortellinger som kan danne grunnlag for nye beskrivelser og begreper

Første trinn i analyseprosessen representerer en intuitiv og databasert tidlig organisering av datamaterialet, og målet er å skaffe et helhetsinntrykk (Malterud, 2011). For å bli godt kjent med materialet ble transskripsjonen for hvert intervju lest flere ganger. Hovedinntrykket ble deretter nedtegnet i form av en kort gjenfortelling av innholdet i intervjuet. Det ble også notert noen beskrivende stikkord fra hvert intervju som kunne danne grunnlag for foreløpige tema. Disse stikkordene ble så sjekket opp mot hovedtemaene i intervjuguiden. Hvis de er for sammenfallende kan det være en indikasjon på at man ikke har vært kreativ nok i denne analysefasen, og det kan forstås som man forfølger sin egen forforståelse heller enn å søke etter nye mønstre (Malterud, 2011). Vi fant ikke grunnlag for å endre våre stikkord fordi de var for like temaene i intervjuguiden.

Å identifisere meningsbærende enheter innebærer å finne de deler av teksten som kan tenkes å belyse vår problemstilling (Malterud, 2011). Teksten fra hvert intervju ble i denne fasen gjennomgått linje for linje, og de stykkene av teksten som kunne relateres til forskningsspørsmålene ble markert. De meningsbærende enhetene som var identifisert ble så gruppert i samsvar med stikkordene som ble laget i første trinn av analysen. Noen nye stikkord kom til i denne delen av analysen, og andre ble justert. Det var forholdsvis mange små grupper av meningsbærende enheter med tilhørende stikkord i denne fasen av analysen. Disse ble så gjennomgått og fordelt i henhold til de tre forskningsspørsmålene i studien. Noen meningsbærende enheter var aktuelle under mer en et av forskningsspørsmålene, og de ble da tatt med begge steder. I følge Malterud vil det på dette stadiet være nødvendig å raffinere den intuitive klassifiseringen som er gjort til nå i analysen (Malterud, 2011). For å oppnå dette ble gruppene av meningsbærende enheter under hvert forskningsspørsmål gjennomgått gjentatte ganger, og en fant at flere av de små gruppene egentlig handlet om ulike sider av samme sak, og kunne slås sammen under en felles kode.

Neste trinn i analysen innebærer en kondensering og abstraksjon av kunnskapen vi har tilegnet oss i forrige analysefase (Malterud, 2011). Gruppene av meningsbærende enheter i vårt materiale ble omskrevet til en form for kunstig sitat som fortettet informasjonen i den enkelte kodegruppe. Informantenes egen ord og beskrivelser ble fortsatt beholdt i tråd med

Malteruds anvisning (Malterud, 2011). Samtidig ble det vurdert om det var behov for endringer i hvor de meningsbærende enhetene var plassert. Ingen endringer ble gjort i kodegruppene i denne fasen.

Så langt i analysen ble hvert intervju analysert for seg for at informasjonsmengden skulle være begrenset. På den måten kan en forsker med begrenset erfaring med større sannsynlighet unngå å overse viktige meninger som for eksempel er avvikende fra flertallets fortellinger, men som kan gi mulighet til ny innsikt (Malterud, 2011). Denne framgangsmåten innebar behov for en ny gjennomgang av trinn tre der det ble gjort en samlet kondensering under hvert forskningsspørsmål og endelige koder ble fastsatt. Kondensatet besto nå av totalt 8 kodegrupper fordelt under de tre forskningsspørsmålene. I denne fasen ble også beskrivende sitat knyttet til tematikken i de ulike kodegruppene markert med tanke på bruk seinere i analysen. Det ble videre vurdert om det var behov for å definere subgrupper under noen av kodegruppene. Det ble ikke funnet tydelige subgrupper under dette arbeidet, men for den største kodegruppen benyttet vi noen beskrivende stikkord for å sikre at alle viktige meninger ble med videre.

Det siste trinnet i systematisk tekstkondensering er rekontekstualisering av materialet (Malterud, 2011). Funnene som er gjort skal sammenfattes i form av en gjenfortelling som kan legge grunnlag for nye beskrivelser om kan deles med andre (Malterud, 2011). I vårt arbeid med å lage en slik analytisk tekst tok vi utgangspunkt i de kondenserte tekstene fra hver kodegruppe. Så langt så mulig prøvde vi å være tro mot informantenes uttrykk, samtidig som vi tilstrebet en analytisk distanse til materialet. Sitatene som var identifisert i forrige analysetrinn ble så vurdert for å se om de fortsatt kunne fungere som talende eller typiske eksempler på de funn vi hadde beskrevet, og egnete sitat ble lagt inn i teksten.

Gjennom hele analyseprosessen er det nødvendig at forskeren vurderer det foreløpige analyseresultatet opp mot rådata for å sikre at det er samsvar mellom dem, og at ikke finnes data i materialet som motsier våre konklusjoner (Malterud, 2011). I vår analyseprosess ble dette spesielt vektlagt i fase tre og fire av analysen. I flere omganger ble resultatene sammenholdt med oppsummeringene fra de enkelte intervjuene som ble laget i første trinn av analysen, og med hele transkripsjonen.

Bakgrunnsdataene om forbedringsprosjektets konkrete innhold slik informantene forteller om det, har ikke vært en del av analysen som er beskrevet så langt. Dataen fra disse spørsmålene i intervjuene ble imidlertid vurdert i forhold til om de inneholdt meningsbærende enheter som var viktige i forhold til forskningsspørsmålene i fase to av analysen. Videre ble hele materialet gjennomgått for å søke etter denne type faktaopplysninger også i andre deler av intervjuene. Erfaringen som informantene delte om selv prosjektets innhold ble så kondensert og sammenfattet på samme måte som beskrevet over.

2.8 Ethiske aspekter ved studien

Prosjektplan, informasjonsskriv til deltagerne og foreløpig intervjuguide ble sendt Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) for vurdering av prosjektet i forhold til Lov om behandling av personopplysninger (Personopplysningsloven, 2000). NSD fant at prosjektet var meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31, og studiens plan for behandling av personopplysninger ble godkjent 5.1.2015. Prosjektnummer hos NDS er 41283. Studien har fått regodkjenning 6.1.2016 og 26.7.2016.

Alle deltagerne undertegnet samtykkeerklæring for deltagelse i studien. For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og informert (Personvernombudet, 2016). Dette ble sikret ved at deltagerne selv meldte interesser for å delta i studien. Videre ble det gitt skriftlig og muntlig informasjon om studien, om at deltagelse i studien var frivillig, og om muligheten til å trekke seg når som helst så lenge studien pågikk.

For at forskning skal være forsvarlig er det viktig å ivareta informantenes anonymitet. (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). Lydfilene fra intervjuene ble overført og lagret som krypterte filer på en dataserver som er beskyttet med brannmur og passord. Deretter ble originalopptakene slettet. Videre ble de transkriberte intervjuene anonymisert med fiktive navn på deltagerne. Identifiserbare data på deltagerne ble oppbevart forsvarlig nedlåst på et annet sted enn transkripsjonene. Ved bruk av sitat i teksten henvises det til fokusgruppe og intervjurunde, og ikke til enkeltpersoner. På den måten mener vi at deltagerens anonymitet blir ivaretatt, samtidig som gjengivelsen er tilstrekkelig transparent.

Informantene ble i intervjuene oppfordret til å fortelle om konkrete hendelser rundt fallforebygging. Det ble da viktig å sikre at ikke taushetsbelagt informasjon vedrørende pasienter ble formidlet gjennom disse historiene. Dette ble tatt opp med deltagerne i starten av intervjuene, og de fulgte godt opp ved å fortelle pasienthistoriene på en måte som ivaretok taushetsplikten.

Denne studien har som formål å undersøke ansattes erfaringer og tanker rundt endringer i arbeidsmåten med hensyn til fallforebygging, og den innvirkning tiltakene i prosjektet har på deres vurdering av pasientsikkerheten. I utgangspunktet vurderes dette å være nøytrale tema som ikke i seg selv skulle være etisk vanskelig å diskutere i gruppe. En fare er likevel at en studie knyttet til et faktisk prosjekt kan oppfattes som en evaluering av hvorvidt prosjektet er vellykket eller ikke, og hvor «flinke» deltagerne er til å følge opp tiltakene. Dette er ikke intensjonen til denne studien, og en har tilstrebet å unngå denne «fallgraven» både ved utforming av intervjuguide, i analyseprosessen, og ved formidling og tolkning av resultatene.

3 Resultat

I dette kapittelet presenteres analyseresultatene knyttet opp mot hvert av de tre forskningsspørsmålene; Ansattes tanker om fallforebygging, hva de ser på som effektive tiltak for å forhindre fall, og deres mening om hvorvidt forbedringsprosjektet har påvirket sikkerheten for pasientene relatert til fall. Bakgrunnsdata om deltagerne i studien, og om fallforebyggingsprosjektets innhold slik informantene gjengav det i intervjuene er samlet først i kapittelet.

3.1 Bakgrunnsinformasjon om deltagerne i studien

Erfaring:	< 1 år N = 3 (2)	
	1- 5 år N=3	
	>5 år N=3	
Yrkesbakgrunn:	sykepleier N=7 (6)	
	hjelpepleier N= 2	
Kjønn:	kvinne N=8 (7)	
	mann N=1	
Posttilknytning:	post A* N= 6	* postnavn er fiktive
	Post B* N=3 (2)	Tall i parentes er 2. intervjurunde

Bakgrunnsinformasjonen viser at det er en god spredning når det gjelder erfaring blant informantene. Begge kjønn, yrkesgrupper og poster er representert i utvalget.

3.2 Innholdet i fallforebyggingsprosjektet slik ansatte har erfart det

Fallforebyggingsprosjektet var, slik informantene forsto det, planlagt av avdelingsledelsen. De to assisterende avdelingssykepleierne skulle lede det praktiske arbeidet på post, og avdelingssykepleierne fulgte opp med påminninger, ros og ris. I tillegg hadde noen ansatte fått en rolle som «forbedringsagent». De hadde fått noe mer informasjon i forkant, men opplevde rollen som noe uklar. De fleste av de andre informantene hadde bare en vag formening om hvem som var «forbedringsagent» på deres post.

Informantene forteller at fallforebyggingsprosjektet ble introdusert i et felles personalmøte for de to postene. Her fikk de ansatte som var på jobb den dagen informasjon om fallforebygging

og de nye arbeidsmåtene. Informantene antok at de som ikke var tilstede på møtet, lærte av andre eller fant ut av ting på egenhånd.

Oppgavene i prosjektet var, slik deltagerne så det, å screene alle nye pasienter over 65 år for fallrisiko, og å fylle inn opplysninger fra screeningen i pasientjournal. Dato for fallscreening skulle føres opp på pasienttavlen, og pasienter med fallrisiko skulle markeres med en trekant på tavlen og i pasientoversikten i journal. Tavlene var plassert sentralt i post slik at de var lett synlige, men ingen av postene hadde tavlemøter. Tiltak for å forebygge fall for den enkelte pasient skulle iverksettes etter behov.

Informantene kjente ikke til om det var satt opp konkrete mål for prosess eller resultat i prosjektet. De husket heller ikke at de hadde fått informasjon om målinger i prosjektet, men mente det var mulig å måle utvikling i fallfrekvens ut fra meldinger i sykehuset avvikssystem.

3.3 Ansattes tanker om fallforebygging

3.3.1 Fallfare er det normale – lite vi kan gjøre med det

Informantene beskriver en pasientpopulasjon der de fleste har svært høy alder, er ustøe og ofte uklare. De er kjent med at det er mange fall i avdelingene, og synes av fallforebygging er viktig. Samtidig opplever de at høy fallrisiko er så dagligdags at dette er noe de lever med uten at de som enkeltpersoner føler så mye på det. En informant beskriver en vanlig hendelse slik:

«De er ustø – så skal de opp å gå alene når vi ikke er der, så kommer vi inn på rommet, så ligger de på golvet for eksempel. Det kan være sånn typisk hos oss i hvert fall» (intervju 1, gruppe 1)

Det kommer videre fram at de ansatte opplever mange hindringer i forhold til å prioritere fallforebygging i hverdagen. Informantene beskriver en svært travel arbeidshverdag der de ofte er få på jobb. Da føler de det bare er tid til å ivareta pasientens primære pleie og medisinske behov. Dette beskriver de som frustrerende, og mener det er synd for pasientene som burde fått en annen behandling og oppfølging. En informant forteller om hvordan det kan oppleves:

«da går sånne ting som fallforebygging, mobilisering, eh - det går dessverre ut, for da går det bort i prioriteringen at vi får inn medisinene, de må få mat og [... ..] og da er det ofte at du

står og kjenner på en frustrasjon der hvor du går hjem med en følelse av at du klarer ikke å gi pasienten det de har rett på». (intervju 1, gruppe 2)

I noen tilfeller virker det som frustrasjon kan tippe over mot resignasjon. Informantene snakker om «*holdningsslitasje*», «*å få problemene i fanget uten å ha kapasitet til det*», og å «*ikke ha noe å spille på*». (intervju 1, gruppe 1 og 2)

Frustrasjonen knyttet til høy arbeidsbelastning og at ansatte ofte opplever at de er underbemannet kommer også til uttrykk i intervjuene etter at fallforebyggingsprosjektet er iverksatt. Et eksempel er følgende sitat som er hentet fra en fortelling om en pasient med kjent høy fallfare:

«når vi ikke har folk til å sitte fastvakt på pasienter som lege har sagt skal ha fastvakt engang så er det egentlig litt beskrivende for den frustrasjonen vi opplever på jobb». (intervju 2, gruppe 2)

I de første intervjuene forteller informantene også mye om strukturelle hindringer i fallforebyggingsarbeidet. De er opptatt av at badene i avdelingen er uhensiktsmessige. Opplevelsen deres er at det nesten ikke er plass til hverken hjelpemidler eller hjelpere på badene, og dette beskrives som uverdigg for pasientene og en faktor som øker fallfare. Heller ikke nye strukturelle løsninger oppleves alltid som funksjonelle for å forhindre fall. For eksempel forteller informantene at sykehuset har fått nye senger der sengehestene er så korte at pasienten kan klatre ut i enden av sengen og falle.

3.3.2 Fall – potensielt alvorlige konsekvenser, men sjelden hos oss

Informantene mener fallforebygging er viktig, og flere knytter dette til at fall kan få svært alvorlige konsekvenser for eldre pasienter. En informant uttrykker at hun blir helt fortvilet hvis et fall fører til at pasienten ble sengeliggende, i verste fall for resten av livet. Samtidig omtaler flere av informantene, også de med lang erfaring, alvorlige konsekvenser av fall som om de oppfatter det mer som en teoretisk fare enn en opplevd realitet i egen avdeling. De forteller at de ikke kan huske konkrete hendelser med veldig alvorlige konsekvenser. En informant uttrykker det slik:

«Jeg ser for meg noe blodbad altså, men jeg ser ikke for meg noen sånne voldsomme konsekvenser egentlig». (intervju 1, gruppe 2)

3.3.3 Ansattskader – en fare i fallsituasjoner

De ansatte forteller videre om erfaringer med ansattskade når de kommer i situasjoner der de prøver å forhindre at pasienten skader seg når han er i ferd med å falle. En informant forteller om en episode der hun kom inn for å hjelpe en kollega som prøvde å holde en tung pasient igjen mens han falt:

«Ja, han dunket seg ikke eller noen sånt for hun tok jo imot sant, men hun ble jo sykemeldt en uke etter sant [...]. I ettertid har jo hun funnet ut at hun ikke skal gjøre det der neste gang».

(intervju 1, gruppe 1)

Andre informanter bekrefter at de kjenner seg igjen i dette. Selv om de vet hva de egentlig bør gjøre, erfarer flere at det er vanskelig å anvende denne kunnskapen når de står i situasjonen. Da blir det viktigst å sørge for at pasienten ikke skades.

3.3.4 Bevisst vår kompetanse

Etter at fallforebyggingsprosjektet har pågått noen måneder forteller flere av informantene om en endring i bevisstheten rundt fallforebygging. De sier at selv om de ikke får gjennomført de nye oppgavene knyttet til prosjektet, føler de at oppmerksomheten rundt temaet har ført til at de oftere husker på å bruke kompetansen og erfaringen de har i det daglige arbeidet:

«Du blir jo mer bevisst, på det, tenker nå i alle fall jeg. .. du blir jo liksom ... ja at du husker ... Selv om du kanskje ikke screener pasienten så blir det jo til at hvis du ser en pasient som er litt ustø så tilbyr du de en rullator og gir beskjed om at de på ringe på hver gang de skal på toalettet og sånn og ja du tenker mer over det da.» (intervju 2, gruppe 1)

De forteller videre at pasientens diagnose, sykehistorie og alder kan gi en god pekepinn om når de bør være særlig observant. Innkomstsamtalen kan også brukes for å gjøre seg opp en mening om fallfare. Samtidig gir noen uttrykk for at de ikke kan være sikker så lenge de ikke har tatt en fallscreening.

En annen erfaring er at ansatte kan glippe med å identifisere økt fallfare hvis pasienten blir dårligere under oppholdet:

«folk er kanskje oppegående når de kommer inn, blir liggende lenge, blir dårligere, eh.. kognitivt redusert, og da er min erfaring at vi blir veldig flink på å se falltendensen når de har falt, når vi for første gang plukker de opp fra golvet». (intervju 2, gruppe 2)

3.4 Ansattes opplevelse av fallforebyggende tiltak – hva kan være virksomt?

3.4.1 Redusert fallfare – uten merarbeid for oss

I alle intervjuene er deltagerne opptatt av strukturelle tiltak som ulike typer utstyr når de får spørsmål om hva som kan være virksomme tiltak for å forhindre fall. Som eksempler på gode tiltak nevner de rullatorer, prekestoler og sengehester som dekker hele sengen. De forteller at to nye tiltak av denne typen er kommet til som følge av fallforebyggingssatsningen; sklisiske sokker som de kan dele ut til ustø pasienter, og fastmonterte håndtak rundt alle vaskene på den ene sengeposten. Begge deler oppleves som positive tiltak som hjelper. Spesielt håndtakene har de gode erfaringer med. En informant sier det sånn:

«jeg ser jo at... pasientene... griper det [håndtaket] med en gang, så det er jo fantastisk»
(intervju 2, gruppe 2)

Følgene utsagn kan kanskje være med å forklare noe om hvorfor informantene vektlegger denne type tiltak som gode og virksomme:

«Det er ting som gjør pasienten mer selvstendig da, altså trygg [...] uten vår hjelp på en måte. Sånn som disse håndtakene eller sokkene som... Det er ikke noe ekstra arbeid for vår del. Da blir de tryggere alene.» (intervju 2, gruppe 1)

Som en mer indirekte gunstig effekt av slikt utstyr opplever informantene at ansatte blir minnet på fallrisiko og fallforebygging når de ser håndtakene, og de tenker at dette kan gjøre dem mer bevisste og oppmerksomme. Fallscreenings-tavlen kan etter noens erfaring har samme effekt.

En annen positiv endring som informantene har notert seg, er at det virker som det er blitt større oppmerksomhet på å trygge omgivelsene på posten. De har en følelse av at personalet

er flinkere til å rydde bort løse gjenstander som pasienten kan snuble i, at de oftere husker å sette bremsen på nattbordet, og lignende.

Selv om de ser positivt på å gi pasienter utstyr som kan forhindre fall, er informantene likevel skeptisk til at pasienter med fallfare blir for tydelig identifisert overfor andre pasienter og utenforstående. Informantene forteller for eksempel at et planlagt tiltak med en «varseltrekant» på pasientens seng ikke er tatt i bruk fordi de tenker at dette kan være betenkelig ut fra taushetsplikt-hensyn.

I førte intervjuer forteller informantene også om tiltak som de anser som virksomme, men som de ikke kan benytte fordi de defineres som tvang. For eksempel å feste ringesnoren til pasientskjorten slik at personalet får et varsel når pasienten beveger seg. En ansatt forteller nokså oppgitt om hvordan dette kan oppleves:

«men så lenge vi ikke har lov til å sette inn et varslingssystem eller noe, så kommer vi uansett til kort mot fall altså, det er ingen vei rundt det» (intervju 1, gruppe 2)

3.4.2 Mer tilsyn hvis vi har tid

Informantene er i alle intervjuene opptatt av at strukturelle tiltak alene er ikke godt nok til å forhindre fall dersom pasienten er uklar og ikke i stand til å ta vare på seg selv. Denne problemstillingen opplever de ofte på begge sengepostene, og informantene er enige om at hyppig tilsyn og i noen tilfeller fastvakt, er nødvendig for å øke sikkerheten for disse pasientene. Å få dette til i praksis kan være utfordrende. En informant forteller om det på denne måten:

«Det kommer jo an på hvor travelt det er ellers. Du vet gjerne at de har hyppig tilsyn men så holder du på med noe annet og hvis du er på en seinvakt er det gjerne ikke så mange på jobb og da hvis du er opptatt på et rom så har du ikke sjans til å følge med den andre samtidig.» (intervju 1, gruppe 1)

De ansatte mener også at det kan være behov for fastvakt oftere enn praksisen er nå. De føler at det kan være et kostnadsspørsmål, men erfarer også at det kan være praktisk vanskelig å få

tak i kvalifiserte vikarer når det trengs. Hvis det ikke er nok personale til å ha nødvendig tilsyn med pasienten, hender det at pasienter sederes for å holde seg i ro, særlig på nattestid. Informantene beskriver denne praksisen som etisk og politisk ukorrekt, og de er klar på at de mener dette tiltaket heller øker enn minsker fallfaren videre.

Informantene kommer også inn på forhold ved måten behandling og omsorg gjennomføres som kan påvirke fallfare. De har for eksempel gode erfaringer med medisingjennomgang med farmasøyt, og å tilrettelegge slik at intravenøs væske gis på dagtid i stedet for på natt. Videre ser de at hvis pasienten kan mobiliseres og aktiviseres på dagtid, er det sannsynlig at pasienten sover bedre og derved kan fallfaren reduseres på nattestid.

3.4.3 Screening – sikkert bra, men vanskelig å få gjennomført

Etter oppstart av fallforebyggingsprosjektet føler informantene en tydelig forventning om at alle pasienter over 65 år skal screenes for fallfare når de kommer til avdelingen, og at screeningen skal dokumenteres på et eget skjema i pasientjournal. De forteller at dette oppleves som en tilleggsbelastning, de får dårlig samvittighet og en følelse av å ikke strekke til:

«vi hører jo det ordet noen ganger i uken så jeg tror det gjør noe med oss. Screening. Jo, det ligger jo der og skaper dårlig samvittighet og at du ikke går rundt og tar disse her screeningene tror jeg. Alle kjenner jo på det samme». (intervju 2, gruppe 2)

På den annen side har informantene erfart at selve fallscreeningen er enkel og fort gjort å gjennomføre, og de har opplevd at pasientbehov, som kunne blitt oversett, blir oppdaget som en direkte følge av screening. De uttrykker at den typen erfaringer er med på å styrke troen på screening som et nyttig verktøy. Samtidig forteller informantene at det er vanskelig å huske på og prioritere fallscreening i hverdagen, og at arbeidet derfor oppleves som usystematisk og ikke til å stole på. En informant forteller om det på denne måten:

«Det er jo super lett egentlig og kjapt å spørre de spørsmålene [bekreftende hm fra en annen deltager] sant [.....]. I hvert fall en av pasientene da som viste seg å brukte hjelpemiddel hjemme, og ikke hadde fått det her og som derfor da fikk det, rett og slett som en konsekvens av atte du ... spurte de spørsmålene. Så jeg så på det som veldig nyttig men altså det det er for travelt rett og slett til atte du kan... du får ikke systematikk på... [.....] Ja det var så bra at

jeg tenkte wow, ... men det var det. [Gjenkjennende latter fra de andre deltagerne]» (intervju 2, gruppe 2)

Dokumentering av fallscreeningen i pasientjournal oppleves som en tungvint og frustrerende tidstyv. De synes det tar lang tid å finne og fylle ut skjemaet, og de er usikker på om alle har tilgang. Informantene kunne ønske at fallscreeningen var en integrert del av innkomstdokumentet som de alltid fyller ut, eller at screeningen kom inn i det nye elektroniske kurvesystemet. Andre forslag til forbedring er lett tilgjengelige PCer som bare ble brukt til screeninger.

Informantene forteller også at det er lettere å prioritere fallscreening de dagene de får påminning fra leder. De ser positivt på dette, og noen mener at hvis leder er litt streng på gjennomføring i begynnelsen blir det kanskje enklere å innarbeide nye arbeidsvaner.

Det kommer også frem andre momenter som kan påvirke hvordan de vurderer de nye arbeidsoppgavene som følger med fallforebyggingsprosjektet.

En informant er opptatt av hvordan nye arbeidsmåter blir introdusert. Informanten funderer over om det at en ny arbeidsmåte introduseres som et prosjekt kanskje i seg selv kan føre til at det føles mindre forpliktende å prioritere gjennomføringen:

«Jeg tenker lite grann på altså ordet prosjekt. [kremt] For meg så tenker jeg ja ja det er noe som foregår en periode. Akkurat som jeg på en måte ikke tar det helt så alvorlig, skjønner du?» (intervju 2, gruppe 2)

Et annet moment som trekkes frem er at fallscreening bare er en av flere screeninger som skal gjøres, og at det generelt oppleves som vanskelig å prioritere screening framfor andre oppgaver.

3.5 Ansattes tanker om hvordan fallforebyggingsprosjektet kan ha påvirket sikkerheten for pasientene

3.5.1 Positive tiltak, men usikker effekt på pasientsikkerhet

Når det gjelder prosjektets effekt på pasientsikkerhet synes meningen blant informantene å være noe delt. Det kommer fram synspunkter på at prosjektet har hatt liten effekt fordi forholdene ikke er lagt til rette for en god gjennomføring. En informant formulerer det slik:

«Det blir litt som å bygge... hold på å si bygge et korthus på gyngende grunn altså med det at det ikke er et solid fundament i bunn for å støtte opp om systemene så så ryker... det du bygger med en gang. I dette tilfellet så er det da fallforebygging. Jeg kan ikke sette navnet mitt på at pasienten har opplevd økt trygghet på posten i som følge av det her. Så.. Noe mer enn det de allerede får når vi støtter de under stell og går på det som vi kan og det vi ser og sånn som vi på en måte har gjort tidligere». (intervju 2, gruppe 2)

Andre trekker frem positive erfaringer med de nye tiltakene, og mener at de i seg selv har ført til bedre sikkerhet. En informant forteller om sin erfaring med håndtakene rundt vaskene:
«du merker at de føler seg trygg [annen deltager: bekræftende hm] og da blir det det er jo noe helt annet trygt å holde i enn liksom å holde på vasken [annen deltager: ja] det er jo det ... eh [annen deltager: ja veldig bra] de som bare: ”de er så utrolig grei å holde i disse her”. Jeg tenker at de føler seg ... kanskje litt mer ivaretatt enn hvis de ikke skulle vært der. [bekreftende hm fra de andre deltagerne]». (intervju 2, gruppe 2)

Videre mener noen av informantene at screening og tiltak kan ha en positiv effekt på pasientsikkerheten, men at det kan være vanskelig å vite når de ikke har fått tilbakemelding om konkrete målinger. De lurer på om de pasientene som har falt i perioden har blitt screenet og fått tiltak, eller om de er blant de som ikke har fått dette tilbudet. De er også usikker på om antall fall totalt er gått ned i løpet av perioden.

Det synes derimot å være stor enighet om at den delen av pasientpopulasjonen som av ulike årsaker er uklar og forvirret og ikke kan ta vare på seg selv, har mindre effekt av fallforebyggingstiltakene som er iverksatt. Informantene mener disse pasientene trenger at personalet er tilstede mer eller mindre hele tiden for å forhindre fall, og det oppleves ikke å være gjennomførbart med den bemanningen som vanligvis er på postene.

4 Diskusjon

4.1 Oppsummering av funn

Denne studien søker å finne ny kunnskap om ansattes opplevelser av endring i forbedringsprosjekter som ikke er initiert lokalt. «Forebygging av fall i institusjon» er et eksempel på denne type forbedringsarbeid. Implementering av denne tiltakspakken ved to medisinske sengeposter er fulgt ved gruppeintervju med ansatte før oppstart av prosjektet, og etter at de har fått erfaring med nye arbeidsmåter. Analyse av intervjuene tyder på at informantene opplever at det er relativt lite som er endret som følge av forbedringsprosjektet. De opplever at de er noe mer bevisst på fallforebygging ved at de mer aktivt bruker den kompetansen de allerede har. Videre har de fått noen nye strukturelle virkemidler som de mener er gode. Disse tiltakene har det til felles at de i liten grad medfører ekstraarbeid for personalet. Samtidig opplever informantene at denne typen tiltak har mindre effekt for pasienter som ikke er i stand til å ta vare på seg selv, og at utfordringen med lite personalressurser blir særlig tydelig overfor denne store pasientgruppen. Resultatene tyder også på at nye arbeidsoppgaver knyttet til fallforebygging, som for eksempel screening og dokumentering av fallfare, oppleves som ekstraoppgaver de ansatte sjelden føler de har tid til, og gjennomføringen synes å være tilfeldig og usystematisk.

I dette kapittelet vil jeg først diskutere gyldighet av studiens funn og skissere noen mulige forklaringer på funnene. Malterud sidestiller begrepet gyldighet med indre validitet, og beskriver dette som en granskning av hva våre resultater kan gi gyldig kunnskap om (Malterud, 2011). En god indre validitet forutsetter også at forskeren fortløpende og kritisk undersøker egne valg i alle faser av forskningsprosessen (Malterud, 2011). Dette belyses ved å se på studiens metodiske styrker og svakheter. Til slutt behandles funnenes generaliserbarhet.

4.2 Studiens gyldighet og mulige forklaringer på noen av funnene som er gjort

4.2.1 Fallfare det normale – lite vi kan gjøre med det

Informantene beskriver en pasientpopulasjon som for en stor del er eldre og generelt svekket, og mange har økt fallfare. En ansatt uttrykker fortvilelse med tanke på de alvorlige følgene et fall kan få for den enkelte pasient. En slik emosjonell reaksjon kan kjennes igjen fra tidligere

studier som har vist at sykepleiere kan oppleve sterke følelsesmessige reaksjoner når pasienter faller (Johnsen & Hauge, 2014; Rush et al., 2009).

Andre informanter i vår studie har en mer distansert måte å snakke om temaet. De vet at der er mange fall på avdelingen og at det potensielt kan være alvorlig, men det framgår samtidig at fall oppleves som dagligdagse hendelser som de har lært seg å leve med. Dette stemmer godt med tidligere forskning der en har funnet at i enheter med høy fallrate lærer sykepleierne seg å akseptere at pasienter kan falle uansett hva du gjør for å forhindre det (Rush et al., 2009). Derved kan sykepleiere se på fall som en del av hverdagen uten at det betyr at de gir opp å prøve å forhindre nye fall (Rush et al., 2009). Dette kan være med å forklare våre funn der fallfare oppleves som det normale i pasientpopulasjonen, og at informantene synes å ha en litt reservert holdning til hvor stor forbedring det er mulig å oppnå.

I en hverdag med mange fallrealterte hendelser kommer det også fram at flere av våre informanter har opplevd at ansatte blir fysisk skadet når en pasient faller. De forteller at de automatisk har fokus på å hindre at pasienten skader seg, og at mange i mindre grad klarer å anvende den kunnskapen de har om å ta vare på egen helse i situasjonen. At sykepleiere kan oppleve kroppslige reaksjoner på fall er vist i tidligere studier (Johnsen & Hauge, 2014; Rush et al., 2009). Våre informanters mer konkrete fortellinger om ansattskade, evt. med påfølgende sykemelding, synes imidlertid ikke å være beskrevet i tidligere forskning. Dette kan være interessante funn i et endringsperspektiv i og med opplevelsene er konkrete og nære for våre informanter. Grol og Wensing fremhever at en endring må oppleves som viktig for de involverte for å få i gang endringsprosessen (Grol, 2013). Fare for ansattskade synes å være av betydning for våre informanters opplevelser knyttet til fall. Det kan derfor tenkes at oppmerksomhet også på ansattskader vil kunne bidra til å fasilitere den nødvendige følelsen av viktighet for å starte forbedringsarbeidet.

4.2.2 Kan ansattes fortellinger før oppstart av forbedringsarbeidet tyde på at de er klar for endring?

Før fallforebyggingsprosjektet ble iverksatt er informantene klare på at de synes det er viktig å være god på fallforebygging og det er enighet om at det er bra å satse på fallforebygging som et forbedringsprosjekt. På den andre siden peker de på mange begrensinger innenfor den konteksten de arbeider. Grol og Wensing viser til at det er vesentlig at både fremmede og

hemmende faktorer er kjent og adressert når implementering av endring planlegges (Grol, 2013). Dette støttes av forskning på fallforebygging som viser at hvis det er en uoverensstemmelse mellom hvordan fallforebygging er tenkt gjennomført på et organisatorisk nivå, og ansattes erfaring med fallforebygging, deres kunnskap om behovene til pasientgruppen, og ressursene som er tilgjengelige, kan det oppstå motstand mot endring og frustrasjon (Ireland, Kirkpatrick, Boblin, & Robertson, 2013). Våre informanternes frustrasjon over faktorer de ikke har så stor mulighet til å påvirke er tydelig i intervjuene. Dette kan forstås som om de ser det nye som en trussel, og det synes som de ønsker å holde fast ved sine vante arbeidsmåter. I «forandringskurven» kan dette gjenkjennes som en «før endring»- fase der ansatte vet at en endring er forventet, men man er egentlig ikke kommet i gang med endringsprosessen (Jaffee & Scott, 1997). Det typiske uttrykket er nettopp at en fortsetter som før og holder fast med det som var (Grønhaug et al., 2001). Før oppstart av prosjektet synes altså våre informanter å være en normal fase der skepsis til det nye er rådende. For å komme videre i endringsprosessen må en, i følge Grol og Wensing, møte de ansatte på dette, og samtidig understreke de positive effektene av endringen (Grol, 2013).

4.2.3 Hvilke tegn til endring kan det være etter at fallforebyggingsprosjektet har vært i gang en periode?

Det er noe som har endret seg i de fortellingene informantene deler etter at de har vært i gang med fallforebyggingsprosjektet en tid. De forteller at de er mer bevisst sin egen kompetanse, og bruker den mer. Konkrete nye tiltak er kommet til og de vurderes som effektive. Videre har informantene fått positive erfaringer med effekten av screening og at det er lett å gjennomføre den. Samtidig er det tilbakevendende at de ser mange hindringer for å få gjennomført fallforebygging slik de føler er forventet av dem. De fleste er knyttet til mangel på tid og ressurser. Det synes også som flere av informantene er i tvil om den nye arbeidsmåten gir bedre kvalitet for pasienten enn det de allerede gjør.

Når informantene forteller at de er mer bevisst sin egen kompetanse kan det i følge Grol og Wensing tolkes som en del av innsiktsfasen og vil være viktig for at målgruppen skal forstå hvordan den nye arbeidsmåten skiller seg fra det de har gjort tidligere (Grol, 2013). Videre tyder det på begynnende innsikt når informantene gir uttrykk for at de er klar over hvilke endringer som er forventet av dem (Grol, 2013). Målet i innsiktsfasen er imidlertid at de involverte skal oppleve at det er uakseptabelt å fortsette med gamle rutiner og at det haster å

komme i gang med endringen (Grol, 2013). Denne iveren for å komme i gang finner vi ikke i våre analyser. Det kan virke som informantene føler mer på et ytre press enn en indre motivasjon som baseres på en faktisk tro på at den nye arbeidsmåten vil føre til forbedring for pasientene. Dette kan tolkes som at informantene bare delvis har gjennomgått innsiktsfasen.

Informantenes uttrykk for tvil om endringen vil føre til forbedring kan i følge Grol og Grimshaw virke begrensende for dere motivasjon for endring, og kan derved tenkes å forsinke eller hindre utviklingen av aksept for den nye arbeidsmåten (Grol & Grimshaw, 2003). Samtidig har informantene fått noen positive erfaringer med deler av den nye arbeidsmåten, og noen av informantene gir uttrykk for tro på at dette hadde vært veldig bra hvis de hadde hatt praktisk mulighet til å gjennomføre det i sin arbeidshverdag. Målet for Grol og Wensings aksepteringsfase er at endringen skal føles viktig og oppnåelig (Grol, 2013). Informantene våre synes å være delt i synet på om endringen er viktig, men ganske enige om at den nye arbeidsmåten vil være vanskelig å gjennomføre fullt ut i nåværende arbeidssituasjon. Dette kan tolkes som det ikke har vært tilstrekkelig oppmerksomhet rundt aksepteringsfasen i dette prosjektet.

De nye effektive tiltakene som informantene forteller om, har det til felles at de er av strukturell art og at de ikke medfører særlig merarbeid eller endring i arbeidsmåte for de ansatte. Denne type tiltak vil ofte raskt implementeres i organisasjonen blant annet fordi det er lett å se den relative fordel med tiltaket, og at de er i overenstemmelse med eksisterende verdier blant deltagerne (Rogers, 2001). De tiltakene som utfordrer deltagerne mer fordi de krever større reel endring i arbeidsmåte er imidlertid i liten grad implementert på intervjuetidspunktet. De har prøvd ut screening og fått positive erfaringer av nytteverdi, men dokumentering i pasientjournal synes ikke å oppleves som nyttig eller oppnåelig for informantene. Selv om informantene formidler flere gode ideer til forbedring og tilpasning, virker det som det har vært lite fokus på å finne måter å tilpasse den nye arbeidsmåten for at det skal bli praktisk gjennomførbart. Dette er i følge Grol og Wensing vesentlig i endringsfasen, og kan være med å forklare hvorfor man ser så pass lite endring (Grol, 2013).

4.2.4 Hvorfor ser vi så lite endring – mulige forklaringer

Tilsynelatende lite fokus på tidlige faser i endringsprosessen kan være en forklaring på at det virker som det er skjedd lite ending i fallforebyggingsprosjektet så langt. Videre vil vi belyse andre mulige faktorer som kan være med å forklare våre funn.

4.2.4.1 En ekstraoppgave vi sjelden har tid til.

Et tydelig funn i vår studie er at informantene opplever de nye arbeidsmåtene knyttet til fallforebygging som ekstraoppgaver som de sjelden har tid til. De beskriver en hverdag som allerede er svært travel, og der de sjelden rekker over mer enn det mest nødvendige. Hvis en i utgangspunktet føler at en har for mange oppgaver, er det naturlig å tenke seg at endringer som oppleves som merarbeid kan bli vanskelig å implementere. Dette støttes av forskning som viser at hvis forbedringsarbeid øker arbeidsmengden uten å tilføre ekstra ressurser, kan dette framkalle defensive strategier hos deltagerne i en endringsprosess, og at det sannsynligvis bidrar til motstand mot endring (Hayes, Batalden, & Goldmann, 2015).

Noe av den samme argumentasjonen finner vi hos Kaplan og medarbeidere som presiserer at kvalitetsforbedringsaktiviteter ikke skal eksistere som isolerte aktiviteter eller ekstraarbeid, men må inngå som en del av det å gjøre jobben (Kaplan, Patterson, Ching, & Blackmore, 2014).

Disse mekanismene kan kanskje være med å forklare hvorfor de delene av den nye arbeidsmåten som oppfattes som merarbeid synes å være vanskeligere å implementere i sengepostene.

4.2.4.2 Involvering og tilpasning til lokal kontekst

Hayes et.al mener at utfordringen med merarbeid bør møtes med en «jobb smartere - ikke mer» tilnærming i forbedringsarbeidet der en legger vekt på å øke organisasjonens endringskapasitet og -evne, blant annet gjennom å forstå hvordan arbeidsmengden oppleves av de ansatte, og søke å redusere den (Hayes et al., 2015). For å få dette til ser de et behov for å involvere arbeidsstokken som partnere og aktive deltagere i prioritering, endringsdesign, testing av nye arbeidsmåter, tilpasning til lokal kontekst og i implementeringsarbeidet (Hayes et al., 2015). Dette støttes av Kaplan et.al som viser til at medarbeiderne i frontlinjen må styrkes og respekteres for sin unike plassering for å kunne kontrollere kvalitet og bidra med ideer til forbedring (Kaplan et al., 2014).

Spørsmålet er om landsomfattende pålagte forbedringer som «Forebygging av fall i institusjon» legger til rette for denne type involvering. Flere faktorer er gitt, som for eksempel at gjennomføringen er pålagt for alle og ikke initiert ut fra et opplevd kvalitetsproblem i enheten. Videre er tiltakspakken ferdig utarbeidet med et knippe av tiltak som det forventes at alle skal ta i bruk (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 2014a). At tiltakene er «ferdiglagde» og pålagte kan tolkes som det er mindre behov for lokal planlegging og tilpasning. På den andre siden framholder Pasientsikkerhetsprogrammet at det er viktig at alle ansatte i helsetjenesten har kunnskap om kvalitetsforbedring, og anbefaler for eksempel bruk av «Forbedringsmodellen» ved implementering av tiltakspakkene (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 2016). I forbedringsmodellen danner utredning og fastsetting av mål, målinger og type endring grunnlaget for småskalautprøving etter PDSA metoden (Langley et al., 2009). Dette kan forstås som at det er ønskelig med lokal forankring og tilpasning innen gitte rammer, og at involvering av medarbeiderne er sentralt. I vår studie synes involvering å være begrenset til at ledelsen har gitt informasjon om fallforebygging og nye arbeidsoppgaver, og at de ansatte har hatt mulighet til å komme med tilbakemeldinger på personalmøter. Dette er kanskje ikke nok til at ansatte føler seg hørt på sine synspunkter om merarbeid, eller at de får et eierforhold til endringsprosessen.

4.2.4.3 Screening og strukturelle tiltak – om å velge deler av en tiltakspakke

Fallforebyggingsprogrammet består av en tiltakspakke med tilhørende målinger og anbefalinger for implementering (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 2014a). I postene som vi har studert synes det som om de har valgt å bruke deler av denne tiltakspakken, med hovedvekt på å gjennomføre risikovurdering og iverksette strukturelle tiltak som ligner dem de kjenner fra før. Dette avviker fra intensjonen bak tiltakspakkene der en grunnleggende forutsetning er at tiltakene må gjennomføres sammen for å få ønsket forbedringseffekt (Resar et al., 2012). Videre framholder Resar at bare gjennomføring av tiltakene i pakken i seg selv ikke vil være nok til å forbedre behandlingen (Resar et al., 2012). Et bedre behandlingsresultat er avhengig av at teamarbeidet endres for å tilpasses den nye arbeidsmåten og at kommunikasjonen mellom teammedlemmene bedres (Resar et al., 2012). Våre resultater tyder ikke på at informantene har oppfattet at prosjektet vil medføre endringer i hvordan de jobber sammen. Et eksempel på dette er bruken av pasientsikkerhetstavlen. Begge poster har innført pasientsikkerhetstavler som blant annet skal dokumentere gjennomført fallscreening. Ingen av postene har imidlertid innført tavlemøter der en tar tavlen

aktivt i bruk for å synliggjøre forbedringsområder. Tidligere forskning tyder på at dynamisk bruk av tavlen kan fungere som et visst sosialt press fordi det synliggjør den enkeltes arbeidstakers innsats, og også at medarbeiderne lettere kan hjelpe hverandre når arbeidsoppgavene er visualisert på denne måten (Fossland, 2015). Dette støttes av evalueringsstudien «Explainig Micigan» der forskerne finner at sterke bånd og normativt press blant ansatte i samme nivå er viktig for å få til ønsket endring (Dixon-Woods et al., 2013). Informantene i vår studie gir uttrykk for at de føler en visst press fra ledelsen om å utføre de nye arbeidsoppgavene, og samtidig er de ganske enige om at det er vanskelig å få dette til i praksis. Dette kan tolkes som om det ennå ikke er mange nok som har tro på at endring er mulig til at prosessen kan fasiliteres av horisontalt normativt press. I følge Rogers er det normalt at en ny arbeidsmåte adopteres langsomt inntil man når en kritisk masse av de som har tro på endringen (Rogers, 2001). Forskning på kvalitetsforbedring kan forstås som at en kan nå et slikt vendepunkt tidligere ved å ta i bruk alle virkemidler i tilknytning til tiltakspakkene (Dixon-Woods et al., 2011; Kaplan et al., 2014; Resar et al., 2012). Fallforebyggingsprosjektet i vår studie synes derfor å ha minsket sine muligheter til å framskynde endring ved å bare ta i bruk deler av tiltakspakken og ikke ta i bruk tilknyttede virkemidler som kan føre til normativt press.

4.2.4.4 Hun skal ikke gjøre det der neste gang – om læring i en endringsprosess

Et annet perspektiv for å forstå hvorfor det synes å være små endringer i vår studie, er å se på hvordan de ansatte forteller om læring i prosjektet.

I materialet vårt finner vi flere utsagn som kan forstås som enkeltkretslæring. Et eksempel på dette kan være fortellingen om kollegaen som ble sykemeldt etter å ha forsøkt å holde igjen en pasient som falt. Hun bemerket i etterkant at hun ikke vil gjøre det på den måten neste gang. Flere av informantene er opptatt av denne typen hendelser. Noen har funnet sin måte å håndtere det på, mens andre forteller at de sannsynligvis ville gjort som kollegaen til tross for at det kunne gå ut over egen helse. Det kommer imidlertid ikke fram fortellinger som tyder på at denne type hendelser blir analysert av ledelse sammen med ansatte for å få klarhet i de bakenforliggende faktorene knyttet til struktur og prosess som kan føre til denne type hendelser. Argyris og Schöns modell viser at en slik analyse er utgangspunktet for å få til dobbelkretslæring som igjen er en forutsetning for å få til endring når problemstillingene er sammensatte (Argyris & Schön, 1978). Ved å klargjøre og endre de bakenforliggende

faktorene kan en ha større sannsynlighet for å hindre at slike situasjoner oppstår i fremtiden og derved endre tilnærmingen fra en reaktiv til en reelt forebyggende arbeidsmåte. Dette er i overenstemmelse med Illingworth som sier at målet med det fallforebyggende arbeidet må være at ansatte blir i stand til å identifisere farer og risiko før pasientskade oppstår (Illingworth, 2015). Informantene våre forteller at de kjenner pasientgruppene i postene godt, og mener at de er ganske gode på å identifisere risikopasienter. De forteller også at fallforebyggingsprosjektet har gjort dem mer oppmerksom. Som følge av dette setter de inn flere individuelle tiltak som å tilrettelegge omgivelsene og å dele ut personlig utstyr til pasienter de mener har fallfare. Hindringene de opplever, som for eksempel ivaretagelse av forvirrede pasienter og ressursknapphet, synes imidlertid ikke å være mindre. De er kanskje heller forsterket når fokuset på fallforebygging øker. Dette støtter inntrykket av at det ikke har foregått så mye læring på et systemplan, og dette kan være medvirkende at endringene som følge av fallforebyggingsprosjektet er begrenset.

4.3 Metodiske overveielser

4.3.1 Metode og design

Det er valgt en kvalitativ metode for å få svar på forskningsspørsmålene i vår studie. Dette må anses som en styrke, da en kvalitativ forskningstilnærming er regnet for å være best egnet når man ønsker å belyse informantenes opplevelser av et fenomen (Malterud, 2011).

Fokusgruppeintervju fungerer godt for datainnsamling når en ønsker å studere sosiale eller kulturelle fenomener (Malterud, 2011). Grunnen til dette er at samtalene mellom flere informanter skaper meningsutvekslinger og assosiasjoner som kan være vanskeligere å få fram hvis informantene blir intervjuet individuelt (Malterud, 2011; Tjora, 2012). Nye arbeidsmåter som krever endringer i hvordan medarbeiderne arbeider sammen må anses som et slikt fenomen, og styrker metodevalget. En annen begrunnelse for å velge fokusgruppeintervju er at det kan gi bedre datafangst enn individuelle intervju hvis en forventer at temaet for studien skaper mindre engasjement blant informantene (Morgan, 1996). Dette kunne vi ikke vite noe sikkert om ved oppstart av studien, men siden første intervjurunde var før informantene hadde startet forbedringsarbeidet, vurderte vi at lavt engasjement kunne være en mulig utfordring. Vi valgte derfor en metode som kunne ivareta dette på en god måte.

En svakhet med fokusgruppeintervju er at en ikke kan forvente samme dybde i dataene som ved individuelle intervju (Malterud, 2011; Morgan, 1996; Tjora, 2012). Dette kan ha påvirket vår studie negativt, men vår vurdering var at meningsutveksling mellom deltagerne kunne gi en merverdi i forhold til våre forskningsspørsmål som sannsynligvis ville være viktigere enn dybdekunnskap om den enkeltes opplevelser.

I vår studie har vi valgt å intervju de samme informantene før forbedringsarbeidet ble satt i gang, og etter at de hadde fått noen måneders erfaring med den nye arbeidsmåten. I følge Malterud er ikke kvalitativ metode egnet for en direkte sammenligning av en før-etter-situasjon (Malterud, 2011). Hun begrunner dette med at diskusjoner kan utvikle seg forskjellig, og det kan være viktige momenter som ikke kommer frem (Malterud, 2011). Vi har likevel valgt å snakke med informantene to ganger for å få forståelse av mulige endinger ut over hva deltagerne selv kan fortelle hvis en bare hadde snakket med dem etter oppstart. Det ble vurdert som viktig å kjenne deres utgangspunkt for å få et bilde av hvilke kunnskaper og erfaringer og holdninger de har fra før, og hvordan et forbedringsprosjekt kan ha påvirket dette.

Ved planlegging av studien ble det vurdert om de kvalitative dataene innsamlet ved intervju burde suppleres med kvalitative data som for eksempel antall screenete pasienter, antall fall registret i sykehuset avvikssystem, og lignende. Vi valgte å ikke gjøre dette fordi vi ønsket å rendyrke studien mot de ansattes opplevelser i endringsprosessen. En kvantifisering av måloppnåelse knyttet til prosess og resultat ville kunne tatt bort noe av dette fokuset.

Observasjon er en annen metode for å innhente kvalitative data som ble vurdert i planleggingsfasen. Denne metoden er godt egnet for å innhente data om sosiale situasjoner uten at de involverte i situasjonen først har tolket den (Tjora, 2012). Siden det nettopp er de involvertes perspektiv vi ønsker å studere, fant vi at denne metoden ikke kunne gi oss de dataene vi ønsket.

4.3.2 Utvalg

Det kan anses som en styrke for studien at vi har et strategisk utvalg av ansatte med pasientkontakt som er direkte berørt av endringen. Deltagerne har meldt seg selv, og dette vil ofte føre til at en får informanter som er mer interessert i prosjektets tema (Malterud, 2012).

På den andre siden er det en mulig svakhet at informanter som er spesielt interessert i et tema kan ha særspenninger med begrenset overførbarhet (Malterud, 2012).

Utvalget på ni informanter i første intervjurunde og åtte i andre er mindre enn vi ønsket, og dette kan ha gått ut over bredden av erfaringer som ble delt. Fordelingen mellom postene er også ujevn, og det kan ha ført til at ulikheter mellom postene ikke har kommet så godt frem i intervjuene. På den andre siden viser Malterud til at det ikke nødvendigvis sammenheng mellom større omfang av en studie og større overførbarhet (Malterud, 2012). At utvalget har god spredning i alder, erfaring og yrkesbakgrunn kan ha oppveiet noe av ulempene ved at utvalget er så pass lite. Vi kunne fått et større utvalg og derved sannsynligvis større bredde i dataene ved å inkludere informanter fra andre sammenlignbare sykehusavdelinger. Det ville imidlertid ligge utenfor denne studiens rammer å søke opp og eventuelt vente på andre avdelinger som var i oppstartsfasen med metodisk fallforebyggingsarbeid. Det hadde vært mulig å inkludere informanter fra poster som er kommet lenger i implementeringen av «fallforebyggingspakken». Fra disse informantene kunne en imidlertid ikke fått «før-data», og det ble derfor valgt bort.

I vår studie har vi valgt ikke å snakke med lederne som var ansvarlig for implementeringen i postene. Ved å inkludere ledere kunne vi fått et mer helhetlig bilde av implementeringsprosessen, for eksempel kunnskap om ledelsens intensjoner og mål med endringen. Denne type data kunne kanskje hjulpet oss i forståelsen av ansattes erfaringer, og kan derfor være en svakhet i studien.

Vi har heller ikke intervjuet andre teammedlemmer som jobber sammen med pleiepersonalet om fallforebygging, for eksempel fysioterapeuter og leger. Fallforebyggingsprosjektets design i undersøkt avdeling er imidlertid rettet mot pleiepersonalet, og trekker i mindre grad inn samarbeidende yrkesgrupper på en direkte måte. Derfor var det naturlig å begrense studien til å omfatte pleiepersonalet.

4.3.3 Datainnsamling og analyse

Resultatet av et gruppeintervju, som av annen kvalitativ forskning, vil være påvirket av hvordan forskeren bruker seg selv som metodisk verktøy under datainnsamling (Malterud, 2012; Morgan, 1996). Videre understrekes det at det er viktig med opplæring og øving for å mestre moderatorrollen godt (Malterud, 2012). Intervjuene i denne studien er ledet av en

moderator som ikke har erfaring fra gruppeintervju i forskningssammenheng tidligere, og planlagt prøveintervju lot seg ikke gjennomføre. Dette kan ha påvirket resultatet og datarikdommen i studien negativt. På den annen side har moderator solid klinisk erfaring fra andre intervjusituasjoner som kunne overføres til denne situasjonen. Moderator har også mottatt veiledning på egen prestasjon fra en mer erfaren forsker som har hørt gjennom intervjuene etterhvert, og har på den måten blitt tryggere i moderatorrollen.

Intervjuene ble gjennomført med støtte fra en semistrukturert intervjuguide. Intervjuguiden i de to intervjurundene var noe ulik. Dette syntes å være en hensiktsmessig ide i planleggingsfasen, og de to ulike intervjuguidene fungerte godt under intervjuene. I analyseprosessen ble det imidlertid klart at det var potensielt viktige data som manglet fordi noen spørsmål ble utelatt i andre intervjurunde. Dette må anses som en svakhet i studien.

Posisjon og perspektiver i analysearbeidet vil påvirkes av forskerens egen forforståelse og teoretiske perspektiv (Malterud, 2011). I følge litteraturen bør en derfor tilstrebe at flere enn en forsker deltar i analysearbeidet (Malterud, 2011; Tjora, 2012). Forskningen styrkes da ved at ulike perspektiv og flere nyanser av kunnskap kan komme frem gjennom analysen (Malterud, 2011). Analysearbeidet i denne studien er i hovedsak gjort av en person, og dette kan ha ført til at datamaterialet ikke er optimalt utnyttet. Det har derfor vært særlig viktig å være oppmerksom på hvordan egen forforståelse, kunnskap og erfaring kan ha påvirket tolkningen av dataene. Analyseresultat og diskusjon er gjennom arbeidet sjekket opp mot originalmaterialet ved å tilbakeføre funn til den sammenhengen de er hentet fra. Denne arbeidsmetoden kan styrke studiens gyldighet (Malterud, 2011).

Et viktig fokus i analyseprosessen har vært å unngå at viktige data skulle gå tapt på grunn av før-etter-designet i vår studie. Det kan være lett å overse viktige temaer som kommer opp i det enkelte intervju til fordel for temaer der en kan sammenligne data før og etter. For å motvirke dette har hvert intervju blitt analysert for seg selv. Først etter denne innledende analysen har vi sett på materialet som en helhet for å finne fellestrekk og ulikheter mellom de fire intervjuene, og de to intervjurundene. Denne analysemetoden mener vi kan oppveie noen av ulempene med å velge en før/etter-design i en kvalitativ studie.

4.4 Generaliserbarhet

Generaliserbarheten eller ekstern validitet kan beskrives som den overførbarhet våre funn har ut over den sammenheng studien er gjennomført i (Malterud, 2011). Våre funn er basert på gruppeintervju med ni sykepleiere og hjelpepleiere, fra to sengeposter, på et sykehus. Et lite utvalg og konteksten intervjuene er gjort i, kan ha begrenset generaliserbarheten av vår studie til andre kontekster. På den annen side vil det at funnene i denne studien er diskutert opp mot tidligere forskning og teori sannsynligvis kunne øke generaliserbarheten. Bruk av relevant teori vil kunne hjelpe forskeren til en mer målrettet tolkning av empiriske data, og gi mulighet til å oppdage nye og distingverte mønstre i materialet (Malterud, 2016). Davidoff et.al argumenterer tilsvarende for at bruk av teori i forbedringsarbeid muliggjør optimalisering av læringsutbytte, og overføring av denne læringen fra et prosjekt i en kontekst til den neste (Davidoff, Dixon-Woods, Leviton, & Michie, 2015). Funnene i vår studie stemmer overens, og kan forklares med, teori og forskning innen kvalitetsforbedring generelt og fallforebygging spesielt. Det er derfor grunn til å tro at kunnskapen fra vår studie vil kunne være overførbar til andre sykehusavdelinger som skal i gang med forbedringsprosjekt som ikke er initiert av enheten selv. Kunnskap om ansattes opplevelser i denne type situasjoner og de mulige forklaringene på erfaringene deres, vil sannsynligvis kunne være nyttig for ledere som skal planlegge og iverksette tilsvarende endringer i egen avdeling.

5 Konklusjon

Studien avdekker at implementering av en tiltakspakke krever mer enn at de ansatte kjenner til hva som forventes av dem og at hjelpemidler som pasientsikkerhetstavle er på plass for å oppnår ønsket forbedring. Funnene indikerer et behov for en prosessuell tilrettelegging i miljøet for at eksternt initiert forbedringstiltak skal fungere godt. Hvorvidt dette er særlig viktig for eksternt initierte tiltakspakker slik vi ser i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet, mer enn for forbedringsarbeid initiert av enheten selv, sier ikke denne studien noe om. Det vil være viktig for videre forskning å utforske denne mulige ulikheten for å kunne tilpasse implementeringsprosessen etter behov.

Referanser

- Aase, K. (2010). *Pasientsikkerhet : teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforl.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1978). *Organizational learning : a theory of action perspective*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Batalden, P. B., & Stoltz, P. K. (1993). A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *Jt Comm J Qual Improv*, 19(10), 424-447; discussion 448-452.
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health affairs (Project Hope)*, 27(3), 759. doi: 10.1377/hlthaff.27.3.759
- Bion, J., Richardson, A., Hibbert, P., Beer, J., Abrusci, T., McCutcheon, M., . . . Writing, C. (2013). 'Matching Michigan': a 2-year stepped interventional programme to minimise central venous catheter-blood stream infections in intensive care units in England. *BMJ Qual Saf*, 22(2), 110-123. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001325
- Cameron, I. D., Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Murray, G. R., Hill, K. D., Cumming, R. G., & Kerse, N. (2012). Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev*, 12, CD005465. doi: 10.1002/14651858.CD005465.pub3
- Carlsen, B., & Glenton, C. (2011). What about N? A methodological study of sample-size reporting in focus group studies. *Bmc Medical Research Methodology*, 11. doi: Artn 26 10.1186/1471-2288-11-26
- Classen, D. C., Resar, R., Griffin, F., Federico, F., Frankel, T., Kimmel, N., . . . James, B. C. (2011). 'Global trigger tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Aff (Millwood)*, 30(4), 581-589. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0190
- Davidoff, F., Dixon-Woods, M., Leviton, L., & Michie, S. (2015). Demystifying theory and its use in improvement. *BMJ Qual Saf*, 24(3), 228-238. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003627
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Retrieved 11.12.16, from <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Deilkås, E. (2014). Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool 2013. Rapport fra Kunnskapssenteret. Oslo Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Dixon-Woods, M., Bosk, C. L., Aveling, E. L., Goeschel, C. A., & Pronovost, P. J. (2011). Explaining Michigan: Developing an Ex Post Theory of a Quality Improvement Program. *Milbank Quarterly*, 89(2), 167-205. doi: 10.1111/j.1468-0009.2011.00625.x
- Dixon-Woods, M., Leslie, M., Tarrant, C., & Bion, J. (2013). Explaining Matching Michigan: an ethnographic study of a patient safety program. *Implement Sci*, 8, 70. doi: 10.1186/1748-5908-8-70
- Fossland, H. (2015). *Implementering av ny praksis - hvilke faktorer er av betydning for at sykepleiere skal gjennomføre standardiserte tiltakspakker for å redusere fallrisiko i spesialisthelsetjenesten?* (Master), Universitet i Bergen.
- Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, CD007146. doi: 10.1002/14651858.CD007146.pub3
- Grol, R. (2013). *Improving patient care : the implementation of change in health care* (2nd ed.). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362(9391), 1225-1230. doi: 10.1016/S0140-6736(03)14546-1
- Grønhaug, K., Hellesøy, O. H., & Kaufmann, G. (2001). *Ledelse i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforl.
- Harvey, G., Jas, P., & Walshe, K. (2015). Analysing organisational context: case studies on the contribution of absorptive capacity theory to understanding inter-organisational variation in performance improvement. *BMJ Qual Saf*, 24(1), 48-55. doi: 10.1136/bmjqs-2014-002928
- Hayes, C. W., Batalden, P. B., & Goldmann, D. (2015). A 'work smarter, not harder' approach to improving healthcare quality. *BMJ Qual Saf*, 24(2), 100-102. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003673
- Healey, F., Lowe, D., Darowski, A., Windsor, J., Treml, J., Byrne, L., . . . Phipps, J. (2014). Falls prevention in hospitals and mental health units: an extended evaluation of the FallSafe quality improvement project. *Age Ageing*, 43(4), 484-491. doi: 10.1093/ageing/aft190
- Helsedirektoratet. (2013). *Fallforebygging i kommunen kunnskap og anbefalinger*. Oslo, : Helsedirektoratet.
- Holte, H. H., Underland, V., Hafstad, E., & Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2015). *Oppsummering av systematiske oversikter om forebygging av fall i institusjoner*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- IHI/ Griffin FA; Resar RK. (2009). IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition). *IHI Innovation Series white paper*. . Retrieved 03.12.2016, from <http://www.ihl.org/resources/pages/tools/ihiglobaltriggertoolformeasuringaes.aspx>
- Illingworth, J. (2015). Continuous improvement of patient safety. The case of change i the NHS.: The Health Foundation.
- Institute of Medicin. (2001). Crossing the Quality Chasm: A new Health System for the 21st Century. Retrieved 16.12.16, from <http://nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>
- Ireland, S., Kirkpatrick, H., Boblin, S., & Robertson, K. (2013). The real world journey of implementing fall prevention best practices in three acute care hospitals: a case study. *Worldviews Evid Based Nurs*, 10(2), 95-103. doi: 10.1111/j.1741-6787.2012.00258.x
- Irgens, E. J. (2007). *Profesjon og organisasjon : å arbeide som profesjonsutdannet*. Bergen: Fagbokforl.
- Jaffee, D., & Scott, C. (1997). *Mastering the Change Curve*. .
- Johnsen, N. T., & Hauge, S. (2014). Lyden av fall - en kvalitativ undersøkelse av pleiepersonells erfaring med pasientfall i sykehus. *Vård i Norden*, 3/2014.
- Kaplan, G. S., Patterson, S. H., Ching, J. M., & Blackmore, C. C. (2014). Why Lean doesn't work for everyone. *BMJ Qual Saf*, 23(12), 970-973. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003248
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (1999). *To Err Is Human : Building a Safer Health System*. Washington: National Academies Press.
- Lamb, S. E., Jorstad-Stein, E. C., Hauer, K., Becker, C., Prevention of Falls Network, E., & Outcomes Consensus, G. (2005). Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the Prevention of Falls Network Europe consensus. *J Am Geriatr Soc*, 53(9), 1618-1622. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53455.x
- Langley, G., Moen, R., Nolan, K., Nolan, T., Norman, C., & Pronovost, L. (2009). *The Improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. San Francisco, Carlifornia: Jossey-Bass.

- Mainz, J., Bartels, P., Bek, T., Møller Pedersen, K., Krøll, V., & Rhode, P. (2011). *Kvalitetsudvikling i praksis*. København: Munksgaard.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2016). Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: Why and how? *Scand J Public Health*, 44(2), 120-129. doi: 10.1177/1403494815621181
- Meld. St. 10 (2012-2013). *God kvalitet - trygge tjenester - Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>.
- Morgan, D. L. (1996). Focus groups. *Annual Review of Sociology*, 22, 129-152. doi: DOI 10.1146/annurev.soc.22.1.129
- Morgan, V. R., Mathison, J. H., Rice, J. C., & Clemmer, D. I. (1985). Hospital falls: a persistent problem. *American journal of public health*, 75(7), 775.
- Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. (2016). Pasientsikkerhetsprogrammets arbeidsområde, målsettinger, målinger, organisering. Retrieved 16.12.16, from <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>
- Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. (2014a). Forebygging av fall i helseinstitusjon. Retrieved 2014-10-10, from <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Forebygging+av+fall+i+helseinstitusjoner.453.cms>
- Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. (2014b). Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 24-7 2011-2013. Retrieved 2016-11-30, from <http://www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/sluttrapport-for-pasientsikkerhetskampanjen-i-trygge-hender-24-7-2011-2013>
- Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. (2016). Introduksjon til forbedringmodellen. Retrieved 16.12.16, from <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/Forbedringskunnskap/Forbedringsarbeid/forbedringsmodellen>
- LOV-2000-04-14.31 Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) (2000).
- Personvernombudet. (2016). Krav til samtykke. Retrieved 11.12.2016, from <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/samtykke.html>
- Pettersen, R. (2002). Falltendens hos gamle. *Tidsskrift for Den norske legeförening*.
- Pronovost, P., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., . . . Goeschel, C. (2006). An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med*, 355(26), 2725-2732. doi: 10.1056/NEJMoa061115
- Resar, R., Griffin, F., Haraden, C., & Nolan, T. (2012). Using Care Bundles to Improve Health Care Quality. *IHI Innovation Series white paper*. Cambridge, Massachusetts:: Institute for Healthcare Improvement.
- Rogers, M. (2001). Evolution: Diffusion of Innovations. In N. J. S. B. Baltes (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 4982-4986). Oxford: Pergamon.
- Rush, K. L., Robey-Williams, C., Patton, L. M., Chamberlain, D., Bendyk, H., & Sparks, T. (2009). Patient falls: acute care nurses' experiences. *J Clin Nurs*, 18(3), 357-365. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02260.x

- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). ... og bedre skal det bli. *Nasjonalt strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten.*: Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonalt-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>.
- The Joint Commission. (2015). Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities. Retrieved 2016-11-30, from https://www.jointcommission.org/sea_issue_55/
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Uleberg, J. K., Johnsson, E. R. (2012). Fallprosjektet i Helseregion Midt-Norge. Konsekvenser av fall i sykehus. Kommunestudien 2012: Fylkesmannen i Møre og Romsdal, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag.
- Widerberg, K., Hansen, M. N., & Album, D. (2010). *Metodene våre : eksempler fra samfunnsvitenskapelig forskning*. Oslo: Universitetsforl.
- World Health Organization. (2008). *WHO global report on falls prevention in older age*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). What is patient Safety? Retrieved 16.12.16, from http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/course1_handout.pdf
- Øvretveit, J. (1992). *Health service quality : an introduction to quality methods for health services*. Oxford: Blackwell.

Vedlegg I: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Fallforebyggende tiltak i to medisinske poster – ansattes erfaringer»

Bakgrunn og formål

Forskningsprosjektet er en mastergrad-studie ved Universitet i Bergen, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, og er tilknyttet fallforebyggingsprosjektet ved Medisinsk avdeling. Formålet med studien er å undersøke ansattes erfaringer med fallforebygging knyttet opp mot pasienters trygghet, verdighet og selvhjulpenhet.

Din post er valgt ut til å delta i prosjektet, og din erfaring vil gi verdifull informasjon til studien.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagelse i studien innebærer et gruppeintervju med 5-6 kollegaer før fallforebyggingsprosjektet iverksettes og et nytt intervju etter ca. to måneder, når dere har fått en del erfaring med tiltakene i fallforebyggingsprogrammet. Hvert av intervjuene vil vare i underkant av en time og legges i arbeidstiden. Totalt blir det ca. to timers innsats. Det forventes ingen annen forberedelse enn deltagelse på de tiltak som avdelingen iverksetter i forbindelse med fallforebyggingsprosjektet, herunder informasjon-, opplæring- og tilbakemeldingsmøter.

Spørsmålene i intervjuene vil dreie seg om erfaringer og tanker rundt temaet fallforebygging på din arbeidsplass. Det vil bli brukt lydopptak under intervjuene.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Lydopptakene vil bli skrevet ut og anonymisert av u.t. Listen med navn/kodenøkkel oppbevares nedlåst separat fra intervjuutskriftene. Bare student og veileder vil ha tilgang til utskriftene fra intervjuene. Det kan være aktuelt å bruke sitater fra intervjuene i masteroppgaven og eventuelt i en artikkel basert på masteroppgaven. Det vil legges stor vekt på å sikre deltagerens anonymitet ved bruk av sitat. Masterprosjektet skal etter planen avsluttes desember 2015. Etter prosjektslutt vil datamaterialet bli helt anonymisert ved at navn/kodenøkkel makuleres og lydfiler slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst trekke ditt samtykke til å delta i intervjuene, også etter at første intervju er fullført. Imidlertid har vi ikke mulighet for å slette innspillene du har gitt i gjennomførte intervju siden de er gitt i et samspill med de andre deltakerne. Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Har spørsmål til studien, ta kontakt med student Anne Helen Jacobsen, tlf. 924 55 902, mail: anne.jacobsen@helse-bergen.no. Veileder/prosjektansvarlig er fagansvarlig MOF UiB Miriam Hartveit, mail: Miriam.Hartveit@helse-fonna.no.

Med vennlig hilsen
Anne Helen Jacobsen
Masterstudent UiB

Samtykke til deltakelse i studien:

«Fallforebyggende tiltak i to medisinske poster – ansattes erfaringer»

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg II: Intervjuguide

«Fallforebyggende tiltak i to medisinske poster – ansattes erfaringer.»

Student: Anne Helen Jacobsen

Velkommen til fokusgruppeintervju.

Jeg heter Anne Helen Jacobsen og holder på med en master innen kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (Hverdagsjobben min er som ergoterapeut og leder på Nordås,). Med meg i dag har jeg kollega Jorunn Ellingsen. Hun skal hjelpe meg med å ta litt notater underveis, og evt. hjelpe meg inn igjen på sporet hvis det blir nødvendig.

Denne studien er en del av fallforebyggingsprosjektet som starter opp i medisinsk avdeling om ikke så lenge. Jeg er interessert i deres tanker og erfaringer rundt temaet fallforebygging, og sammenhengen mellom fallforebygging og pasienters trygghet, verdighet og selvhjelpenhet mens de er innlagt i avdelingen. Jeg ønsker også å se hvordan fallforebyggingsprosjektet virker inn på dette. Derfor blir det et intervju nå før prosjektet starter, og et til når dere har gjort dere noen erfaringer med opplæring, tiltak og tilbakemeldinger i prosjektet.

Før vi starter vil jeg minne om at det er frivillig å delta i denne studien, og at det er mulig å trekke seg uten at jeg stiller spørsmål ved det. Det vil ikke være mulig å slette innspillene du har gitt i gjennomførte intervju siden de er gitt i samspill med andre deltagere. Intervjuene blir tatt opp og deretter skrevet ut samtidig som de anonymiseres. All informasjon som direkte eller indirekte kan identifisere dere vil bli oppbevart nedlåst men studien pågår, og de blir makulert etter at studien er fullført.

Jeg vil også minne dere på at jeg ikke skal ha tilgang til taushetsbelagt informasjon om pasienter i avdelingen.

For opptaket vil jeg nå gjerne at dere presenterer dere kort med navn, yrke og hvor lenge du har jobbet i avdelingen.

Når vi nå begynner intervjuet vil jeg gjerne høre konkrete erfaringer/historier knyttet til spørsmålene jeg stiller. Det vekker forhåpentligvis tanker og assosiasjoner hos dere andre, og det er flott om samtalen går mellom dere. Min rolle vil være å be om konkretiseringer hvis det blir generelt, og å bringe dere videre for å få belyst flere sider av temaet i løpet av denne lille timen vi har sammen.

Spørsmål intervju 1:

Postene deres planlegger et forbedringsprosjekt for å redusere risiko for fall. Hva tenker du om prioriteringen av dette området?

Hvor stor tenker du fallrisikoen hos pasientene deres er?

Hva gjør du konkret i din arbeidshverdag for å hindre at pasienter faller?

Hvilke tiltak tror du vil ha mest effekt for å forhindre fall på posten?

I forbindelse med fallforebygging er det hevdet at fallforebyggende tiltak kan bidra bedre pasienters verdighet og trygghet og selvhjulpenhet. Hva tenker du om denne påstanden? Eksempler?

Kan du beskrive en typisk fallrelatert situasjon som meldes i Synergi, og en som ikke meldes? Kan andre faktorer enn hendelsen alvorlighetsgrad påvirke om hendelsen blir meldt?

Spørsmål intervju 2:

Kan dere fortelle hva fallforebyggingsprosjektet på postene har inneholdt så langt?

Hva er bra med fallforebyggingsatsningen? Noen konkrete hendelser som illustrerer dette?

Hva kunne vært bedre? Konkrete forslag til forbedringer.

Tenker du annerledes om fallforebygging og tiltak for det nå enn tidligere? Eksempler?

Hvordan jobber du annerledes nå enn tidligere for å hindre at pasienter faller?

Hvilke tiltak tror du har mest effekt for å forhindre fall på posten og hvorfor tror du de virker?

Det konkrete målet med fallforebygging er å forhindre at pasienten faller mens de er innlagt i avdelingen. I tillegg håper en at denne typen kvalitetsforbedringsprosjekt kan ha en «ekstra» gevinst for pasienten ved at de opplever økt trygghet, selvhjulpenhet og verdighet. Hva tenker dere om dette ut fra de erfaringene dere har gjort i prosjektiden? Eksempler?

Til slutt vil jeg vende tilbake til det første spørsmålet for litt mer utdyping om innholdet i fallforebyggingsprosjektet slik dere erfarer det:

Hvilken informasjon og opplæring har dere fått?

Hvilke fallforebyggende tiltak er iverksatt?

Hvordan dokumenterer dere arbeidet med fallforebygging?

Hvordan viderefremmes informasjon om fallrisiko og tiltak ved overflytting av pasienten?

Finnes det konkrete mål for forbedringen? I så fall hvilke?

Gjøres det målinger knyttet til prosjektet? I så fall hvilke?

Får dere som ansatt tilbakemeldinger om resultatene av målingene? I tilfelle på hvilken måte?

Hvordan er prosjektet organisert?