

Detta vet vi, men hur gör vi?

Ett arbete kring implementering av BPSD-registret

Marie Grundström

FoU-trainee vid hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen

Uppsats nr 46

Februari 2019



Förord

Detta arbete är resultatet av en litteraturstudie som genomförts av Marie Grundström som är Silviasyster, Certifierad utbildare i BPSD-registret i hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen, men också Regionkoordinator i Senior alert. Arbetet är genomfört under Maries tid som FoU-trainee. FoU betyder forskning och utveckling.

Att vara trainee innebär att arbeta på enheten FoU, kvalitet och utbildning, strategiska utvecklingsavdelningen, en dag i veckan under ett halvår. Medarbetare inom hälsa, vård och omsorg får ledigt från sitt ordinarie arbete för att kunna fördjupa sig inom något område som är viktigt för den egna arbetsplatsen. Ämnet kan vara en fråga eller ett problem som diskuterats på arbetsplatsen, eller något som medarbetaren själv funderat på. Fördjupningen sker genom att medarbetaren får tillfälle att söka litteratur som rör det valda ämnet. Litteratursökningen genomförs med hjälp av handledning av en disputerad forskare och FoU-koordinator på enheten FoU, kvalitet och utbildning.

Aktiviteten FoU-trainee syftar till att öka de anställdas intressen och möjligheter att följa utvecklingen av den forskning som bedrivs inom hälsa, vård och omsorg. Målet är att stödja Malmö stads långsiktiga arbete med kvalitets- och kompetensutveckling inom detta område.

Varje trainee redovisar sin studie i en uppsats. Uppsatserna publiceras i en serie enklare publikationer. De publicerade uppsatserna har olika ambitionsnivåer. Syftet med publiceringen är att ge personalen på den egna arbetsplatsen och andra intresserade möjlighet att ta del av litteraturstudien.

Marie har under sin tid som FoU trainee fördjupat sig i vad som är viktigt att tänka på vid implementering av BPSD-registret. Marie har lyft fram modeller och teorier, men också framgångsfaktorer vid implementering. Vissa faktorer arbetar vi dagligen med, men vi förstår kanske inte alltid hur viktiga de är. Det är väldigt förmånligt att få denna ”guide” som hjälp i arbetet med implementering. Förhoppningsvis kan uppsatsen användas på många områden och av flera olika professioner.

Magdalena Andersson
FoU-koordinator, Dr. Med Vet.

Malmö stad
Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen
Strategiska utvecklingsavdelningen
Enhet för FoU, kvalitet och utbildning

Sammanfattning

Ungefär 90 procent av de som lever med en demenssjukdom drabbas av Beteendemässiga och Psykiska Symtom (BPSD). Dessa symtom ger en minskad livskvalitet och skapar ett stort lidande. Genom ett gott bemötande, en god omvårdnad och ett strukturerat arbetssätt kan lidandet minskas. BPSD-registret, som är ett nationellt kvalitetsregister sedan år 2010, är ett bra arbetsredskap i processen att minska symtomen. Då ett arbetssätt, i detta fall BPSD-registret, ska användas i en verksamhet är det viktigt det implementeras och efterlevs. Implementering betyder förverkliga/genomföra och avser de processer som används för att införa ett nytt arbetssätt i en verksamhet. Det är också dessa som säkerställer att arbetssättet används som det är tänkt och bidrar till att det till slut blir ett ordinarie arbetssätt.

Syftet med denna litteraturstudie var att identifiera modeller och teorier inom implementering som stöd i införandet av kvalitetsregistret BPSD. Syftet var även att urskilja framgångsfaktorer för en väl genomförd implementering.

Resultatet visar flera teorier och modeller som är användbara i planeringen och genomförandet av arbetet med BPSD-registret och vid utvärdering av processer och utfall. Kort sagt förklarar de *hur* och *varför* implementeringen lyckades eller misslyckades. En modell är PGSA-hjulet, vilken visar på betydelsen av att noga planera ett genomförande för att få inverkan på utfall och framgång av arbetssättet. En annan modell identifierade förändringsfaktorer som skapar bättre förutsättningar för att lyckas med implementeringen. Resultatet visar också flera framgångsfaktorer för en väl genomförd implementering. Dessa är exempelvis organisation, ledarskap, utbildning, möjlighet till handledning och vikten av att följa kärnkomponenterna i arbetssättet. En annan viktig del i implementering av kvalitetsregister är det som berörs i den avslutande diskussionen, nämligen utveckling och förbättring. Att förändra rutiner så resultat efterfrågas stärker införandet och utvecklandet av arbetssättet och bidrar därmed till att höja kvalitén på den vård som ges.

Förkortningar och förklaringar

BPSD	Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens
NPI-NH	Neuro Psychiatric Inventory - Nursing Home
PGSA-hjulet	Planera (P), Göra (G), Studera (S) och Agera (A)
Verksamheterna	Hemtjänstgrupper, dagverksamhet och särskilt boende

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	4
BPSD.....	5
Förändring, kvalitetsarbete och lärande i organisationer	6
Implementering	6
Syfte	7
Frågeställningar.....	7
Metod	7
Resultat	7
Implementeringsteori och modeller.....	8
<i>Kurt Lewin trestegsmodell</i>	8
<i>PGSA</i>	10
<i>Activ Implementation Frameworks</i>	14
Framgångsfaktorer för att lyckas med implementering.....	15
<i>Organisation</i>	15
<i>Ledarskap</i>	15
<i>Utbildning</i>	17
<i>Handledning</i>	17
<i>Kärnkomponenter</i>	18
<i>Urval av personal</i>	19
<i>Delaktighet vid förändring</i>	20
Avslutande diskussion	20
Utveckling och förbättring	21
Tack	23
Referenser	24

Inledning

Som certifierad utbildare i BPSD-registret har jag 4 ½ års erfarenhet av utbildning, handledning och stöd i systemet vilket har lett till ett intresse för implementering. Detta intresse började år 2016 då jag fick möjlighet att följa upp arbetet med registret på några enheter i form av en utvärdering av omvårdnadsinsatser löpande över åtta veckor.

För att minska BPSD-symtom behöver de åtgärder som bestämts utföras och följas upp. För att vårdtagare ska ha vinning av ett förändrat arbetssätt så måste det ske en förändring i det direkta patientarbetet med bemötandepplaner och omvårdnadsinsatser, vilka i sin tur måste spridas och följas upp. Genom att analysera BPSD-registreringarnas kvalitet gick det att se hur väl inarbetat arbetssättet var. I min utvärdering fick verksamheterna fylla i listor på valda omvårdnadsinsatser som sedan sammanställdes. Synergieffekten av denna utvärdering blev att några verksamheter skapade egna system för att löpande utvärdera sig själv inför varje registrering i registret. Att stärka upp med eget stöd till omvårdnadspersonalen utan att frångå arbetssättet som det är tänkt hjälper till i implementeringsprocessen. Detta var början på mitt intresse för implementering och implementeringsprocesser och anledningen till att jag ville fördjupa mig mer i ämnet.

Bakgrund

Det finns mellan 130 000 och 150 000 personer med demenssjukdom i Sverige idag och varje år insjuknar ytterligare mellan 20 000 och 25 000 personer. Antalet personer med demenssjukdom kommer öka kraftigt efter år 2020. Detta på grund av det stora antalet personer som föddes på 1940-talet uppnår en hög ålder enligt Socialstyrelsen (2017). Nittio procent av personer med demenssjukdom drabbas någon gång av beteendemässiga och psykiska symtom. Dessa symtom blir vanligare ju längre personen går in i sin sjukdom. Faktorer som påverkar dessa symtom är miljön, personalens bemötande samt att basala behov är tillgodosedda. Kvalitén på vård och omsorg är avgörande för personer med demenssjukdom. Det individuella mötet mellan vårdtagare och personal i omsorgsarbetet är viktig för personens välbefinnande samt livskvalitet.

BPSD

I det nationella BPSD-registret arbetar personalen strukturerat utifrån varje vårdtagares behov, vilket medför att det personcentrerade synsättet stärks. Samtidigt kvalitetsutvecklas verksamheten och kan följa sina resultat. BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som bygger på att synliggöra beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom¹. Det är ett evidensbaserat arbetssätt där personal systematiskt går igenom 12 symtom med hjälp av NPI-NH skalan². Exempel på symtom är vanföreställningar, hallucinationer, motorisk rastlöshet, agitation och apati. NPI-NH skalan som står för Neuro Psychiatric Inventory - Nursing Home har blivit översatt till svenska och flera andra språk. Den är vida accepterad som ett standardmått av BPSD-symtom i kliniska studier och populationsbaserade studier kring demenssjukdomar samt andra relaterade sjukdomar (Ferreira m fl., 2006). Arbetet med BPSD-registret fungerar enligt följande struktur:

- Vid varje registrering bedöms beteendemässiga och psykiska symtom utifrån NPI-NH skalan. Symtomens specifika huvudfrågor ställs och vidare tittar personalen på förekomst och allvarlighetsgrad. Om det råder tveksamheter kring huvudfrågan finns förtydligande frågor som stöd.
- Teamet går tillsammans igenom analysdelen och de basala behoven i registret.
- Där symtom finns arbetar omvårdnadspersonalen strukturerat med åtgärder för att minska dessa symtom som ofta är väldigt besvärande för vårdtagaren, anhöriga och personal.
- Det upprättas en bemötandeplan vilken utgår ifrån det personcentrerade synsättet.
- På utsatt tid följer personalen upp utförda åtgärder med en ny skattning. Effekten syns genom minskade poäng på symtomen i NPI-NH skalan.

Med vetskap om att BPSD-symtom skapar mycket lidande för vårdtagare och deras anhöriga samt är ansträngande för personal och resurskrävande för verksamheten är det viktigt att använda sig av detta

¹ Läs mer om BPSD på www.bpsd.se

² Läs mer om NPI-NH skalan på www.bpsd.se

arbetssätt. Men det är även viktigt att arbeta med införandet av arbetssättet för att nå den effekt som önskas.

Förändring, kvalitetsarbete och lärande i organisationer

Förändringsbenägenhet inom olika organisationer är förknippad med en hög grad av specialisering, en hög grad av ansvar uppåt och neråt i beslutsprocessen, god kommunikation och chefer som har en positiv inställning till förändring. Inom hälso- och sjukvårdsorganisationer visar det sig att större enheter snabbare tar till sig såväl tekniska som administrativa innovationer. Specifika individer har i större utsträckning än organisationen inflytande över speciella förändringar. Centralisering och strikt hierarki är ett hinder för förändring (Carlfjord, 2011).

I hälsa, vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår det tydligt att förvaltningens hälso- och sjukvård ska bygga på vetenskap, men även på beprövad erfarenhet. Vidare står det att registrering i nationella kvalitetsregister ska ske för att synliggöra risker eller illabefinnande, men även för att utveckla ett förebyggande arbetssätt som ökar livskvalitén med personcentrerad omvårdnad kring vårdtagaren.

Lärandeteorier på individnivå förekommer även på organisationsnivå. En lärande organisation är en organisation som framgångsrikt kan skapa, förvärva och sprida kunskap. Den kan förändra sitt beteende utifrån ny kunskap och nya insikter. Det är endast genom individens lärande som organisationens rutiner kan förändras. Därför är det viktigt att skapa förutsättningar för ett fortlöpande lärande. På så väl individ, grupp- och organisationsnivå. Kunskap i form av vanor, regler och rutiner består även om enskilda medarbetare lämnar organisationen (Carlfjord, 2011).

Implementering

Implementering som betyder förverkliga/genomföra avser de processer som används för att införa ett nytt arbetssätt eller en ny metod i en verksamhet. Det är också dessa som säkerställer att arbetssättet används som det är tänkt och till slut blir ett ordinarie arbetssätt. När kunskap om implementering finns i alla led genomförs i genomsnitt 80 procent av det planerade förändringsarbetet efter tre år. Saknas denna kunskap genomförs 14 procent av förändringsarbetet efter i genomsnitt 17 år enligt Socialstyrelsen (2012).

Att förstå implementering är att förstå de beteenden och processer som leder till att ett nytt arbetssätt förverkligas. Om användandet av en ny metod inte planeras och genomförs väl finns risk att den inte kommer

att användas eller att metoden används på fel sätt (Sundell & Soydan, 2008). Som forskning visar tar det två – fyra år att införa ett nytt arbetssätt och få det att fungera som ett ordinarie arbetssätt. Detta under förutsättning att åttio procent av arbetsgruppen/teamet har kunskap om implementeringen. Det är därför viktigt att veta vad en lyckad implementering innebär och vilka framgångsfaktorer som är väsentliga för införandet.

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie är att identifiera implementeringsteorier och modeller som ett stöd vid införandet av arbetet med BPSD-registret. Vidare är syftet att titta på framgångsfaktorer vid implementering.

Frågeställningar

- Vilka implementeringsteorier och modeller är användbara vid införandet av BPSD-registret?
- Vilka framgångsfaktorer är viktiga för att lyckas med implementeringen?

Metod

Denna uppsats är en litteraturstudie där material har valts utifrån syfte och frågeställning. En del av litteraturen har jag haft kännedom om sedan tidigare utbildning inom demens och BPSD-registret. I övrigt har material sökts på Malin – Malmö stadsbiblioteks katalog, via Google Scholar och Socialtjänstbiblioteket. Artiklar och böckers referenslistor har också granskats för att finna relevant litteratur. Sökord som har använts är implementering, implementeringsprocesser, kvalitetsregister och implementeringsmodeller.

Resultat

I denna uppsats knyts resultatet löpande till praktiska exempel som illustrerar arbetet med BPSD-registret. Dessa återfinns i rutor under respektive avsnitt.

Implementeringsteori och modeller

Det finns många teorier och modeller som används i området implementeringsforskning, några har lånats in från andra forskningsområden, men forskare inom området har utvecklat en hel del själv. Teorianvändandet betonas allt mer inom området och det underlättar förståelsen för problem som kan uppstå. Detta är viktigt för att hitta bättre lösningar. Teorier kan alltså användas till att förklara *hur* och *varför* implementeringen lyckas eller misslyckas. Den kan även användas till att identifiera vilka komponenter i processen som har störst betydelse för utfallet (Carlford, 2015).

Det finns ingen klar skillnad mellan teori och modell, modeller bygger mer på förenklade antagande och kallas ibland för mini-teorier. Teorier däremot har en högre ambition och vill besvara hur och varför ett visst resultat erhöles vid implementeringen av ett nytt arbetssätt. Modeller inom implementeringsforskning används mer till planering än att förklara implementeringsperspektiv. Det finns tre betydelsefulla användningsområden för de teorier och modeller som förekommer i implementeringsforskningen:

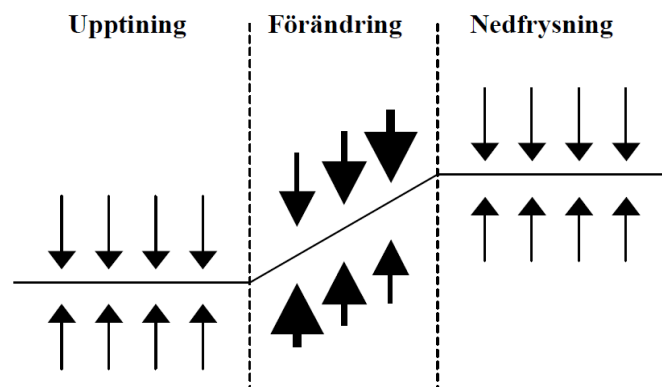
- Möjliggöra prognos och analys av implementeringens process och utfall.
- Fungera som stöd för att planera och genomföra en implementering.
- Finnas som underlag för utvärdering av implementeringens processer och utfall.

En form av tillämpning utesluter inte en annan och det som var tänkt för analys av utfall kan även användas till planering och genomförande av arbetssättet (Carlford, 2015).

Kurt Lewin trestegsmodell

I utbildningsmaterialet och administratörsmapparna som utformats av BPSD-registret hänvisar registret i delen kring implementering till Lewins förändringsfaser. Många av de teoretiska diskussionerna om organisationsförändring som genomförts bygger på socialpsykologen Kurt Lewins trestegsmodell som utvecklades på 1950-talet (figur 1). Denna modell talar för att mänskliga beteende i en organisation är baserat på jämviktsläge som bygger på en komplex sammansättning av drivande och tillbakahållande krafter. Förändringen sker när balansen mellan de olika krafterna i organisationen rubbats. De krafter som verkar

emot förändringen har fått stå tillbaka för de som stödjer vilket leder verksamheten in i ett nytt tillstånd (Forslund & Sahlborn, 2006).



Figur 1. Lewins modell för organisationsförändring (Hatch, 2002)

Upptining: I upptiningsfasen skapas motivation för förändring samt insikt om att förändring är nödvändigt för framtiden. Jämviktsläget påverkas när ökad information och utbildning ges, vilket i sin tur ökar förändringsbenägenheten eller minskar motståndet (Forslund & Sahlborn, 2006). Enligt Sandbergs och Targama (1998) kan denna fas även tolkas som mottaglighet. Om människor ska förändra och ompröva sitt arbets- och tankesätt krävs en mottaglighet för det nya arbetssättet. Här har upplevelse och problembaserade pedagogiska metoder sin styrka. Att öka osäkerheten inför det tidigare arbetssättet hos den som ska lära sig det nya arbetssättet kan medföra ett behov av att söka nya idéer och förklaringar. Detta betyder i sin tur att det nya arbetssättet som ska implementeras kommer till användning i större utsträckning.

Förändring: Förändringsfasen som kommer näst är just förändring av invanda gamla mönster och arbetssätt. I denna fas synliggörs vad som praktiskt behövs för att det nya ska fungera på arbetsplatsen. Här ligger fokus på utbildning, möte, rapporteringsvägar, struktur och att skapa delaktighet i det nya systemet. Att tillföra ytterligare förändringskraft eller minska motståndet genom information är en bra strategi för förändringsarbetet. Förändringen är pågående tills en ny balans uppstår mellan pådrivande och hindrande krafter (Hatch, 2002).

Stabilisering: Den sista av Lewins faser är stabiliseringsfasen, även känd som nedfrysningsfasen. Denna fas infinner sig när gamla

arbetsmönster är glömda och det nya arbetssättet är inarbetat som ordinarie arbetssätt (Hatch, 2002).

När det gäller motivationen att arbeta med BPSD-registret finns det på varje enhet och i varje verksamhet exempel på problematik kring personer med demenssjukdom där verksamheten blir hjälpt av strukturen i systemet.

Allt fler äldre med demenssjukdom bor hemma längre med hjälp från hemtjänst. Det skapar utmaningar för hemtjänst som på begränsad tid ska få vårdtagaren att ta emot den hjälp den behöver. Här går det med små insatser och utifrån skattningen i registret att hitta lösningar. Dessa tar inte längre tid än själva insatsen, men innebär en stor skillnad för vårdtagaren och personal. När sedan vårdtagaren flyttar in på ett särskilt boende är de oftast så långt gångna i sin demenssjukdom att de kommer med flera besvärande BPSD-symtom och personalen har inte en möjlighet att lära känna personen som den var innan sjukdom. Här blir omvårdnadsinsatserna i registret en möjlighet att bygga en relation på och att skapa trygghet mellan personal och vårdtagare. Att sprida och använda goda exempel som redan finns är ett bra sätt att motivera personalen att vilja arbeta med systemet.

Det är också viktigt med utbildning, möten, struktur och rapporteringsvägar. Det vill säga att få in arbetet med omvårdnadsinsatserna och bemötandeplanen i rapporteringen mellan personal. Att skapa en struktur som gör det möjligt att genomföra skattningarna och de insatser som bestäms, men även sprida information kring arbetssättet så all personal blir påmind och får vara delaktiga.

PGSA

Att noga planera ett genomförande har visat sig ha stor inverkan på utfall och framgång. En modell som ofta används för planering av förbättringsarbete är PGSA-modellen (figur 2). Eller som den heter i sitt ursprung PDCA-modellen som står för plan (P), do (D), check (C) och act (A). Grunden till PDSA utvecklades av Walter Shewhart på 1920-talet, men förändrades till sin nuvarande form av Edwards Deming (Sörqvist, 2004). Hälsa, vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i Malmö stad hänvisar till PGSA-hjulet

som underlag för systematiska förbättringar. PGSA-hjulet kan användas för planering av kvalitetsutveckling, men även mer verksamhetsnära för praktiskt utförande. Det framgår tydligt att planerade och strukturerade åtgärder med uppföljning och med en tydlig vision har en högre sannolikhet att lyckas. Modellen beskriver problemlösningsarbetet som en cykel baserat på de fyra faserna planera (P), göra (G), studera (S) och agera (A). Det går att bryta ner faserna i underliggande förbättringssteg (Sörqvist, 2004).



Figur 2. Modell som beskriver problemlösningsarbetet enligt de fyra faserna i PGSA. (www.rjl.se)

Nedan beskrivs varje fas och ett exempel utifrån arbetet med BPSD-registret illustreras.

Planera: I denna fas definieras problemet. Här är tanken att de viktigaste orsakerna till problemet fastställs samt åtgärder tas fram för hur dessa kan avlägsnas. En plan skapas för hur åtgärderna ska genomföras och samtidigt identifieras eventuella hinder som förebyggs (Sörqvist, 2004).

Ett exempel på ett definierat problem är den ökade andelen personer med demenssjukdom som uppvisar tydliga tecken på BPSD-symtom. Åtgärden som väljs är att börja arbeta med BPSD och satsa på delaktighet, utbildning och handledning i kvalitetsregistret BPSD.

Göra: De åtgärder som föreslagits genomförs. Viktigt i denna fas är information och utbildning av berörda individer.

Det vårdtagarnära teamet i verksamheten går på tvådagars BPSD-utbildning och tillsammans identifierar de vinsterna med arbetet kring BPSD-registret, på vårdtagarens nivå men även på verksamhetsnivå. Här diskuteras det även vilka förutsättningar som praktiskt behövs och struktur kring genomförandet. Utbildarna kommer till respektive verksamhet och informerar övrig personal om arbetssättet och dess syfte.

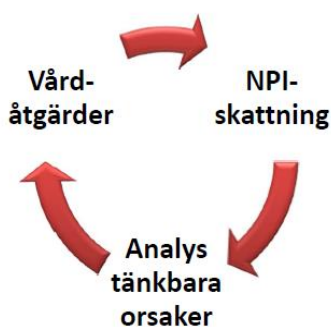
Studera: I denna fas sker uppföljning där resultatet studeras. Detta innebär oftast mätningar där erhållna data analyseras.

Exempel på detta är uppföljning av den första registreringen på en vårdtagare. Med en ny skattning ser teamet om bemötandeplan och de åtgärder som valdes har haft effekt. Men det kan även vara en uppföljning av själva implementeringen på enheten. Har enheten nått de mål som sattes upp och följs planeringen som det var tänkt.

Agera: Beroende på hur resultatet fallit ut sker här en korrigerings av de åtgärder som beslutats. Har genomförandet varit ett pilotförsök sprids det nu bredare i verksamheten. Resultat följs upp och utvärderas löpande samtidigt som framgångar kommuniceras och sprids.

Utifrån arbetet med BPSD-registret kan det vara bra att sprida goda exempel i verksamheten och lära av varandra. Det är ett bra underlag att dela med sig av och motivera dem som inte ser nyttan med arbetssättet. Om det visar sig att NPI-poängen inte minskat vid en uppföljande skattning, är det viktigt att fundera på om åtgärderna verkligen blivit utförda. Har de inte genomförts är det ett underlag för diskussion kring spridningen av införande på enheten och därför en del i implementeringen. Här bör verksamheterna fundera kring rutiner, rapportering och dokumentation.

Det praktiska arbetet med BPSD-registret påminner om PGSA-hjulet. Först planeras åtgärder utifrån skattningen som är tänkta att dämpa de symtom som är besvärande för vårdtagaren. Vidare testas dessa åtgärder under den period som bestämdes vid skattningen. I en ny skattning följer teamet upp om beslutade åtgärder och ser om de har haft effekt. Om NPI-poängen minskat har åtgärderna haft god effekt. Om poängen inte minskat måste teamet vara kreativa och tänka ut nya åtgärder som kan ha effekt. Så fortlöper arbetet med BPSD-registret där teamet och verksamheten hela tiden utvärderar det som gjorts och förhoppningsvis ses resultat i form av ökat välbefinnande för vårdtagaren.



www.bpsd.se

När arbetet med BPSD-registret är väl inarbetat och används som ordinarie arbetsätt är det ett bra redskap och underlag för förbättringsarbete och utveckling av organisationen. Fördelar finns på individnivå med ett personcentrerat bemötande. Det sker en kvalitetssäkring av omvårdnaden som utförs. Det finns även en ekonomisk vinst i att använda detta system. Verksamheterna arbetar strukturerat med omvårdnadsinsatser som minskar och/eller förebygger, vilket innebär att behov av extra personal som resurs minskar. I riktade förbättringsarbete är BPSD-registret och statistiken i registret ett bra underlag för information om resultat. I själva införandet av systemet blir statistiken kvantitativ, men när arbetssättet väl är inarbetat och det finns mycket information i registret på verksamhetsnivå går det att använda som ett kvalitativt underlag. Det är alltså ett bra underlag för att höja arbetet med styrning och säkring till en förbättring av kvalitetsnivån.

Activ Implementation Frameworks

Ytterligare en modell som används vid implementering är Activ Implementation Frameworks som tagits fram vid National Implementation Research Network (NIRN) i USA (Nilsen, 2015) (figur 3). Författarna beskriver tre förändringsfaktorer som är centrala för att åstadkomma och stödja ett bevarande av den nya metoden över tid och med metodtrohet, vilka är:

- Användarnas kompetens
- Organisation
- Ledarskap

Förändringsfaktorerna skapar bättre förutsättningar för att lyckas med implementeringen samt att metoden används som planerat. Faktorerna är interaktiva och kompensatoriska, vilket innebär att de arbetar tillsammans. Om en svaghet i en faktor uppstår kan det uppvägas med styrkor inom de andra faktorerna. När dessa tre faktorer arbetar tillsammans kommer de avsedda metoderna användas konsekvent och fördelar för vårdtagaren uppnås (Socialstyrelsen, 2012; Socialstyrelsen, 2013).



Figur 3. Modellen Activ Implementation Frameworks (Socialstyrelsen, 2012).

Framgångsfaktorer för att lyckas med implementering

Organisation

En av framgångsfaktorerna för en bra implementering är organisationen enligt Sörqvist (2004). Här bör ansvar och befogenheter vara tydligt definierade för de personer som är delaktiga i förbättringsarbetet samt att organisationen är väl genomtänkt. Många studier och erfarenheter visar att organisationens och ledningens engagemang är avgörande för verksamhetens resultat. För att bli framgångsrik måste därför förbättringen ha en stark koppling till verksamhetens högsta ledning. Större delen av det operativa och praktiska arbetet är delegerat, men erfarenheter visar att det tydligt måste framgå att förändringen och implementeringen drivs och leds från verksamhetens högsta ledning. Här finns det yttersta ansvaret för att förbättringen drivs på ett effektivt sätt med information och motivation. Högsta chef bär yttersta ansvaret i organisationen, men på varje hierarkisk nivå återfinns ansvar för de förbättringar som respektive chef ansvarar för. Ansvaret för lokala problem ligger på respektive förstalinjechef och vidare upp i hierarkin. Grunden för detta resonemang ligger i att förbättringsansvaret alltid ska ligga på de individer som kan möjliggöra detta. Enkelt sagt är att de som äger verksamhetens resurser skall också äga dess problem. Det är endast dessa personer som kan frigöra tid och de medel som krävs i kvalitetsutvecklingen (Sörqvist, 2004).

Ledarskap

En central roll i införandet av nya arbetssätt är människan och människans attityder, upplevelser och beteende. Många förändringsarbeten misslyckas när förändringsmotstånd uppstår bland medarbetarna och/eller chefer. Ledarens beteende och engagemang har därför en avgörande roll för hur arbetet kommer fungera i verksamheten. Utan organisationens ledare som aktivt driver och tydligt markerar arbetssättets betydelse är det svårt att nå framgång. Orsaken till bristande engagemang och aktivt pådrivande kan vara flera. Bristande motivation är en del, men mer sannolikt är okunskap samt avsaknad av erfarenheter inom området. Det krävs kunskap för att förstå vad som behöver göras i ett implementeringsarbete. Dock räcker inte teoretisk kunskap för att förändra ett beteende. Medarbetarna påverkas mer av vad chefer gör än vad de säger. Ett aktivt och synligt ledarskap med fokus på

verksamhetsutveckling är därför en förutsättning för att en organisation skall lyckas driva förändringar (Sörqvist, 2004). System och rutiner bör fungera som grova ramar för verksamheten. Innanför dessa ramar finns det grader av frihet som medarbetarna förväntas nyttja för att på bästa vis tillgodose vårdtagarens behov och samtidigt förbättra verksamhetens kvalitet och bevaka kostnaderna. Det är viktigt att ta tillvara personalens drivkraft, engagemang och ansvarskänsla.

En viktig uppgift som ledare är att vägleda och stimulera medarbetarna i de processer som ständigt pågår i organisationen. Ledarskapet blir då av en mer konsultativ karaktär. En konsultativ ledare ska ta fram relevant information för sammanhanget. Det kan ske genom att ledaren själv gör observationer och delger det den sett. Men det kan även ske genom möjligheten att anordna de sociala förutsättningarna t.ex. genom möten eller att inspirera medarbetarna till att själv ta fram relevant information. Ledarrollen har traditionellt förknippats med uppgifter att utforma, planera och verkställa, där energin gått åt till att bestämma vad som skall göras och hur det ska utföras. Som konsultativ ledare ligger fokus inte på hur något ska göras utan att inspirera medarbetarna till att ta tag i problem, att söka lösningar, ta initiativ och anstränga sig att förbättra kvalitén. Här är ledarens uppgift att vägleda, förklara, stödja och stimulera till förändringsarbete. Men det gäller även att följa upp kvalitén, att förbättra och utveckla arbetssättet (Sörqvist, 2004).

Mål och beslut kring arbetet med BPSD-registret bör komma uppifrån i organisationen och resultat ska efterfrågas. Samtidigt som förutsättningarna skapas högre upp så äger respektive chef de problem som uppstår hos dem och skapar möjligheter för implementeringen. Förstalinjen chef bör visa ett intresse för arbetet och följa utvecklingen på enheten, men även vara vaksam på förändring i arbetsgruppen. De bör finnas som ett stöd för administratörerna om kollegerna visar ett motstånd till arbetet med registret. Men även titta på statistik och följa upp resultat samt att involvera utbildarna. Utbildarna kan hjälpa till med tolkningen av statistiken och synliggöra förbättringsområden men även motivera till förändring.

Utbildning

En grundförutsättning för att ändra attityder och invanda arbetssätt är kunskap. Utbildning av det nya arbetssättet har därför en viktig och avgörande roll för att påverka och förebygga förändringsmotstånd. En ökad förståelse innebär att upplevda hot, missuppfattningar och rykten kan förebyggas. Ökad kunskap är en viktig grund för förändring, men det räcker inte med utbildning och kunskap för att förändra. En utbildning ska även påverka och engagera. Här har utbildaren en viktig roll i att hitta exempel och argument som attraherar målgruppen (Sörqvist, 2004).

Det är en skillnad på att ha kunskap och faktiskt använda den i praktiken. Detta har visat sig i en metaanalys av olika träningskomponenter vid utbildning av lärare. I ”Att förändra socialt arbete” hänvisar Joyce & Showers, (2002) till en studie som tydligt visar att av de lärare som lyssnat på en föreläsning samt diskuterat innehållet var det 10 procent som korrekt kunde återge vad de hört och 5 procent som kunde demonstrera färdigheten. Däremot använde ingen av dem metoden i sitt klassrum. När utbildningen kompletterades med att utbildarna visade praktiskt hur de skulle göra ökade förutsättningarna. Trettio procent förstod och 20 procent kunde demonstrera färdigheten, men fortfarande var det ingen som använde den i klassrummet. När lärarna fick möjlighet att öva genom rollspel och få återkoppling av utbildaren resulterade det i en ökning av de som förstod och kunde använda metoden till 60 procent, dock använde endast 5 procent den i sitt arbete. Det var först när utbildarna besökte lärarna i deras klassrum och gav handledning på plats som metoden kom att användas av nästan samtliga lärare.

I införandet av BPSD-registret går teamet tillsammans på 2-dagars utbildning. I Malmö stad finns det stöd att få i form av handledning i systemet av utbildarna. Stödet går även att forma utifrån verksamhetens önskemål och behov. Det är bra om teamet ber om hjälp löpande under arbetet med BPSD-registret.

Handledning

För att förstå logiken i ett nytt arbetssätt är handledning och träning den effektivaste metoden. Det är också viktigt att få feedback i en trygg miljö.

Det nya arbetssättet demonstreras för dem som ska lära, därefter övar de och får återkoppling på sitt arbete. När en ny metod ska användas är det viktigt att de professionella känner till metodens struktur och haft tid till övning. Känner sig personalen osäker på metoden och otrygg i sin nya roll finns det en ökad risk för att de inte använder den som det är tänkt (Olsson & Sundell, 2008).

Som handledare är det viktigt att känna till och vara observant på tre problem som brukar uppkomma vid implementering av ett nytt arbetssätt. Det *första* är att ett ny inlärt förhållningssätt är ovant i förhållande till det som använts sedan länge. Därför bör träning planeras in så personalen får öva sig i arbetssättet. Det *andra* som handledaren bör tänka på är att ett nytt förhållningssätt är instabilt och påverkas av reaktioner från andra som är berörda. Om reaktionen är positiv ökar sannolikheten att arbetssättet används i större utsträckning. Det sista och *tredje* problemet som kan uppstå är att nya inlärd förhållningssätt är fragmentariska och behöver utvecklas i praktiken för att bli funktionella. I den begränsande utbildningstiden finns endast utrymme för grundläggande kunskap om arbetssättet eller systemet, men med stöd av handledning finnslipas baskunskapen till ett funktionellt verktyg i verksamheten (Olsson & Sundell, 2008).

Det har funnits möjlighet att titta på Malmö stads registreringar i BPSD-registret och det är tydligt var stöd har funnits och efterfrågats. I de verksamheter där det inte funnits något stöd har systemet anpassats utifrån egna tolkningar. Kärnkomponenterna har inte följts och uppföljningar har gjorts sporadiskt. Det går alltså att se och bekräfta genom statistik i systemet att handledning och stöd är viktigt i implementeringen av BPSD-registret.

Kärnkomponenter

I varje metod finns det komponenter som är viktiga och avgörande, dessa är själva kärnan av metoden. Detta nödvändiga kallas även för kärnkomponenter eftersom metoden inte skulle fungera utan dem. När en ny metod ska implementeras är det därför viktigt att arbeta med kärnkomponenterna och göra det på det sätt som är avsett. När alla berörda använder metodens kärnkomponenter som det är tänkt sägs det att de är behandlingstroga. Utan denna behandlingstrohet går det inte att säga att metoden implementerats korrekt. Hur stor kunskap som finns kring kärnkomponenterna är avgörande för hur effektivt och snabbt en metod kan implementeras. Det finns en risk för slöseri av tid

och resurser om dessa komponenter inte är kända då det lätt läggs fokus på fel saker. Med en tydlig beskrivning av kärnkomponenterna blir det lättare att utvärdera metoden (Olsson & Sundell, 2008).

De viktiga kärnkomponenterna i arbetet med BPSD-registret är NPI-skalan, registrering, tid för uppföljning, teamarbetet och vikten av att det finns flera personer med vid skattning.

När det gäller NPI-skalan ska varje huvudfråga vid alla tolv symtom ställas varje gång det görs en skattning eller uppföljning. Vid osäkerhet kring frågan och symtomet ställs följdfrågorna för att säkerställa om personen har detta symtom eller ej.

Uppföljning sker inom avsatt och rimlig tid för att se om valda åtgärder haft effekt. På så vis utvärderas insatserna och de som inte har effekt avslutas och nya insatser skapas. Detta förutsätter att åtgärderna praktiskt utförs och inte endast finns i systemet. När det görs en skattning är teamet viktigt, även om inte sjuksköterskan kan vara med vid själva skattningen ska hans kompetens tas tillvara antingen innan eller efter. Kontaktmannen svarar på frågorna som ställs av administratören som har kunskap om systemet, tillvägagångssättet och kärnkomponenterna. Administratören bör även ha kunskap om vårdtagaren och känna denna.

Urval av personal

Det händer att ett nytt arbetssätt berör samtlig personal, men vanligast är att en mindre grupp berörs. Om arbetssättet endast berör en liten del av arbetsgruppen måste chefen välja de personer som ska arbeta med metoden. Alla i en arbetsgrupp är inte lämpade för en viss arbetsuppgift. Olsson och Sundell (2008) skriver att med rätt vald person kan metodens effektivitet öka, personalomsättningen minska och det blir ett förbättrat arbetsklimat. Den som ansvarar för implementeringen på arbetsplatsen bör exempelvis behärska metoden samt ha social kompetens. Personen ska även ha förståelse för den aktuella insatsen och dess kärnkomponenter.

Delaktighet vid förändring

Att få vara delaktig och påverka är en stor drivkraft hos människor. Det vi själv skapar och är delaktiga i tror vi på och försvarar, medan det någon annan skapar betraktar vi kritiskt. Vi söker gärna fel och brister i någon annans arbete. Därför har delaktighet en avgörande betydelse för att motverka motstånd och negativa attityder. Känslan av delaktighet kan uppnås på olika vis, men det handlar alltid om individens upplevelse. Att få med de som är motståndare genom fysiskt deltagande, att de får komma med idéer och utforma lösningar är bra, men det finns även andra sätt att skapa delaktighet på. Att hålla individen informerad, att personen blir tillfrågad och att de i efterhand får vara delaktiga i förslagen. Motstånd kan uppstå, exempel på detta är om beslut inom gruppen sker mot individens vilja eller att de inte fått vara delaktiga. Ska detta undvikas bör det strävas efter en samsyn inom arbetsgruppen gällande viktiga frågor (Sörqvist, 2004).

Att kunna visa på framgång och positivt resultat är det som starkast motverkar negativa attityder och motstånd till förändring både hos medarbetare och ledning. Det bör prioriteras att genomföra förbättringar som snabbt visar på en förändring som går att mäta. Goda resultat och framgångar bör dokumenteras men framför allt spridas till medarbetare och ledning (Sörqvist, 2004).

I arbetet med BPSD-registret bör teamet inte börja med en skattning på den vårdtagare som har mest besvär. Där har arbetslaget förmodligen testat det mesta redan. Däremot bör de välja en vårdtagare där arbetslaget tror sig se vad som kan ha effekt. Då blir resultatet positivt och kan användas som motivation till fortsatt arbete och som en inspiration för kollegerna.

Avslutande diskussion

Resultatet av litteraturstudien visade flera användbara modeller och teorier som kan ses som stöd vid implementering. Troligen arbetar vi redan med delar av dessa teorier, mer eller mindre medvetet. Exempel på en av dessa är PGSA, som dessutom finns med i hälsa, vård- och omsorgs ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Att arbeta mer medvetet efter modeller och teorier medför att vi säkerställer implementeringsarbetet. Resultatet visade också flera framgångsfaktorer

som är bra att ha kännedom om. Det handlar om allt från lärande till ledarskap och organisation.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att ska ett nytt arbetssätt införas i en arbetsgrupp eller i en verksamhet är det av största vikt att det finns en planering kring införandet och att denna planering följs upp. Goda exempel är bra att sprida, men även att ta lärdom av det som fungerat sämre. Men också att inte släppa fokus och tro att bra arbetssätt sprider sig själv. Att ha utbildning och handledning löpande är bra för metodtrohet, men även att ha en ödmjukhet inför att implementering tar tid.

En annan viktig del av implementeringsarbetet är att efterfråga resultat, och att använda statistiken. Verksamheten behöver bli bättre på att använda registret för styrning och säkring för att höja kvalitén på den vård som ges. Det vill säga få in arbetet med registret i våra rutiner och vårt utvecklingsarbete. Det är vidare viktigt att förstå att alla personer i hela verksamheten har en del i implementeringsarbetet.

Precis som i framgångsfaktorerna belyser tillitsbaserad styrning vikten av att det skapas förutsättningar med tydliga ramar och visioner. En närvarande chef som motiverar och stöttar kan främja öppenhet och teamarbete. Men också att se och sprida goda exempel sinsemellan, och att lyfta problem och förbättringsområden (Bringselius, 2018).

Utveckling och förbättring

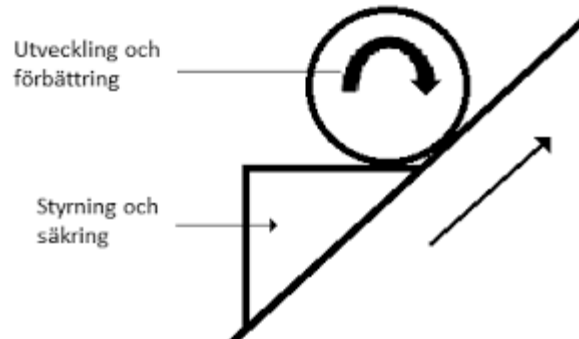
Det finns två generella huvudaktiviteter som övergripande beskriver kvalitets- eller verksamhetsutvecklingsarbete. Dessa är motpoler, men utgör ett viktigt komplement till varandra. De benämns styrning och säkring samt utveckling och förbättring (Sörqvist, 2004).

Styrning och säkring innebär det arbete och aktiviteter som utförs för att bibehålla en viss kvalitetsnivå. Här är målet att undvika fel och brister, men även att garantera en viss mininivå. Här finns verksamhetens skyddsnet t.ex. kartläggning av processer, införande av mål och det primära här är inriktning på kontroll och granskning (Sörqvist, 2004).

Utveckling och förbättring är de initiativ som görs för att höja den aktuella nivån till en ny och bättre nivå. Detta är ett nödvändigt arbete för att kunna möta vårdagarnas behov. Verksamheten står alltid under kontinuerlig förändring. För att lyckas krävs det ett införande av systematiskt förbättringsarbete (Sörqvist, 2004).

En vanlig liknelse är hjulet som ska rullas upp för en sluttande backe (figur 4). Hjulet symboliserar utveckling och förbättring (t.ex. förbättringshjulet PGSA) och kilen symboliserar styrning och säkring. Denna bild visar tydligt att båda aktiviteterna är nödvändiga i ett förändringsarbete. Om hjulet inte rullar med påtaglig kraft kommer det

inte upp för backen, och finns inte kilen som stöttar och följer med förändringen riskeras att hjulet rullar nedåt igen. På samma sätt kräver en framgångsrik verksamhetsutveckling en kombination av styrning och säkring samt utveckling och förbättring. (Sörqvist, 2004).



Figur 4. Nödvändig aktivitet vid ett förändringsarbete (Sörqvist, 2004)

Exempel på arbetet med BPSD-registret under styrning och säkring är att använda det som underlag vid avvikelser som rör t.ex. bemötande. En åtgärd vid en sådan avvikelse kan vara att efterfråga BPSD-skattningen och bemötandeplanen. Finns inte dessa, ska det åtgärdas. Minnesklinikens mobila team efterfrågar alltid den senaste BPSD-skattningen om de ska komma ut till en verksamhet som är ansluten till registret. Arbetet med registret bör även finnas med i rutiner som rör arbetet i verksamheterna.

Vi vet att olämpliga läkemedel påverkar och ökar risken för fall. Inte allt för sällan ordineras dessa läkemedel till personer med demenssjukdom då de är oroliga och har BPSD-symtom. Ett förbättringsarbete skulle kunna vara att arbeta strukturerat med fallprevention. Studera underlaget i kvalitetsregistret Senior alert och synliggöra vilka personer som har ökad risk för fall p.g.a. olämpliga läkemedel. Att arbeta tillsammans i teamet med åtgärder i BPSD-registret för att undvika vidbehovs medicin och se till så all berörd personal är delaktig och har kunskap kring syftet med förbättringsarbetet och tillvägagångssättet. Därefter göra nya skattningar i BPSD-registret när förbättringsarbetet startar och utvärdera efter rimlig tid. Utvärderingen kan ske genom nya skattningar och studera antal avvikelser i Flexit på fall.

Ytterligare exempel på förbättringsarbete som stärker införandet av strukturen på mer än individnivå kan vara att synliggöra möjliga förbättringar i måltidsmiljön på en avdelning. Detta kan göras genom att

utföra skattning på alla vårdtagare innan förändringen genomförs. Därefter utvärdera resultat efter överenskommen tid med nya skattningar på alla vårdtagare. Har NPI-poängen minskat är det ett tydligt resultat på att förändringen var positiv. Detta kan vara ett objektiva komplement till ex. observationer som riskerar att färgas av observeraren. Om vi använder oss av evidensbaserat bedömningsunderlag blir resultatet tillförlitligare och vi stärker implementeringen.

Endast vår egen kreativitet är ett hinder för användandet av resultaten i registret. Dock tror jag att vi måste bli bättre på att följa upp vår statistik och se den som ett kvalitetsunderlag och inte endast titta på antal registreringar. När vi kommit så långt är vi på väldigt god väg i vår implementeringsprocess.

Tack

Tack till FoU HVOF för möjligheten jag fått att fördjupa mig i detta ämne. För det stöd och intresse som visats av alla på avdelningen och i korridoren. Det har varit en lärorik tid med ny kunskap, nya insikter och en hel del tvivel. Ett extra stort tack till min handledare Magdalena Andersson som i dessa stunder av tvivel stöttat mig och väglett mig rätt igen. Med Magdalenas hjälp har syfte och frågeställning diskuterats ur olika vinklar för att inte tappa fokus. Många givande samtal och mycket nytt har jag lärt mig. Det har varit en förmån att på arbetstid få fördjupa mig i ett för mig intressant ämne. Något jag önskar fler får möjlighet till. Än en gång ett stort tack till alla som gett mig denna möjlighet.

Referenser

Bringselius, L. (2018). *Tillit. En ledningsfilosofi för framtidens offentliga sektor*. Komlitt AB: Helsingborg.

Carlfjord, S (2011). Teorianvändning vid forskning som rör implementering inom hälso- och sjukvård. I *Implementering teori och tillämpning inom hälso- & sjukvård*. (Red. Nilsen, P.) Studentlitteratur AB: Lund.

Carlfjord, S. (2015). Modeller och ramverk. I *Implementering av evidensbaserad praktik*. (Red. Nilsen, P.) Gleerups Utbildning AB: Malmö.

Ferreira, A.R., Martins, S., Ribeiro, O. & Fernandes, L. (2015). Validity and Reliability of the European Portuguese Version of Neuropsychiatric Inventory in an Institutionalized Sample. *Journal of Clinical Medicine Research*; 7(1): 21–28.

Forslund, H. & Sahlborn, H. (2006). *Förändringsarbete i tre ideella ungdomsorganisationer. Hur påverkar tidsbegränsat ledarskap förändringsarbete?* Uppsala universitet.

Hatch, M. (2002) Förändring och lärande i organisationer. I *Organisationsteori, Moderna, symboliska och postmoderna perspektiv*. Studentlitteratur AB: Lund.

Joyce, B. & Showers, B. (2002). *Student achievement through staff development*. 3rd. Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.

Nilsen, P. (2015) Implementeringsforskning – en introduktion. I *Implementering av evidensbaserad praktik*. (Red. Nilsen, P.) Gleerups Utbildning AB: Malmö.

Olsson, T och Sundell, K. (2008). Implementering steg för steg – vad säger forskningen? I *Att förändra socialt arbete Forskare och praktiker om implementering*. (Red. Roselius, M. & Sundell, K.). Gothia förlag: Stockholm.

Sandberg, J och Targama, A (1998) *Ledning och förståelse. Ett kompetensperspektiv på organisationer*. Studentlitteratur AB: Lund.

Socialstyrelsen (2017). *Vård och omsorg vid demenssjukdom. – Stöd för styrning och ledning. Nationella riktlinjer*. Socialstyrelsen: Stockholm Artikelnummer 2017-12-2

Socialstyrelsen (2013). *Behov av stöd vid implementering av nationellt kunskapsstöd*. Socialstyrelsen: Stockholm. Artikel nr. 2013-9-6

Socialstyrelsen (2012). *Om implementering*. Socialstyrelsen: Västerås. Artikel nr. 2012-6-12

Sundell, K. och Soydan, H. (2008). Från kunskap till praktik. I *Att förändra socialt arbete Forskare och praktiker om implementering*. (Red. Roselius, M. & Sundell, K.). Gothia förlag: Stockholm.

Sörqvist, L. (2004) I *Ständiga förbättringar*. Studentlitteratur AB: Lund.



HÄLSA-, VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN

Strategiska utvecklingsavdelningen, enheten för FoU, kvalitet och utbildning
205 80 Malmö
Telefon 040-34 00 60
www.malmo.se/fou