

# Att inte falla - ett fall för vårdpersonalen

Tjänstedesign som stöd för implementering av  
fallförebyggande arbete

Lehtinen Tove  
Rautelius Janica  
Sjöblom Tove

Examensarbete för sjukskötare- och hälsovårdarexamen (YH)

Utbildning till sjukskötare och hälsovårdare

Åbo 2017



## EXAMENSARBETE

Författare: Lehtinen Tove, Rautelius Janica & Sjöblom Tove

Utbildning och ort: Utbildning till sjukskötare och hälsovårdare, Åbo

Inriktningsalternativ/Fördjupning:

Handledare: Jalava Michaela & Syrjäläinen-Lindberg Minna

Titel: Att inte falla – ett fall för vårdpersonalen: Tjänstedesign som stöd för implementering av fallförebyggande arbete

---

Datum 05/2017

Sidantal 57

Bilagor 6

---

### Abstrakt

Detta examensarbete ingår i projektet We Can – We Care vid Yrkeshögskolan Novia i Åbo. Examensarbetet är ett samarbete med Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning med syftet att genom implementering av verksamhetsmodellen IKINÄ kunna förstärka vårdpersonalens fallförebyggande arbete och göra förändringen hållbar. Målet är att skapa en produkt som aktiverar vårdpersonalen i förebyggandet av fallolyckor och som stöder dem i det dagliga arbetet.

Som metod för examensarbetet används tjänstedesign och arbetet följer dess arbetsprocess. Data är insamlad från olika tillförlitliga vetenskapliga källor och personlig kommunikation med beställaren har även använts som underlag för arbetet.

Arbetet har närmare beskrivit implementering och implementeringsprocessen, dessutom har främjande faktorer för implementering kartlagts. Vårdpersonalens behov vid förändringsarbeten har lyfts fram. Under arbetet framkom det att vårdpersonalen på Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning upplever verksamhetsmodellen IKINÄ som arbetsam och tidskrävande. Därtill har det funnits oklarheter kring systemet för utförandet av IKINÄ:s fallriskbedömningar.

Genom kontinuerlig kontakt med beställaren utvecklas en produkt som förtydligar processen kring fallriskutvärderingarna. Utöver produkten bidrar examensarbetet med utvecklingsförslag till avdelningen för att ytterligare förbättra och styra upp arbetet kring fallriskutvärderingarna.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: fallolyckor, förebyggande arbete, implementering, patientsäkerhet, utvärdering, fallprevention, tjänstedesign, vårdpersonal, verksamhetsmodell

---

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Lehtinen Tove, Rautelius Janica & Sjöblom Tove

Koulutus ja paikkakunta: Utbildning till sjukskötare och hälsovårdare, Åbo

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot:

Ohjaaja(t): Jalava Michaela & Syrjäläinen-Lindberg Minna

Nimike: Älä kadu – tapaus hoitohenkilökunnalle: Palvelumuotoilu implementoinnin tukena kaatumisten ehkäisyssä/Att inte falla – ett fall för vårdpersonalen: Tjänstedesign som stöd för implementering av fallförebyggande arbete

---

Päivämäärä 05/2017

Sivumäärä 57

Liitteet 6

---

### Tiivistelmä

Tämä opinnäytetyö on osa projektia We Can – We Care joka toteutetaan Novian ammattikorkeakoulun toimesta. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Paraisten akuutti- ja kuntoutusosaston kanssa. Tavoitteena on parantaa hoitajien osaamista IKINÄ-toimintamallin mukaisesti joka tähtää siihen, että estetään potilaita kaatuilemasta ja saadaan kestävä muutos työtapoihin.

Tavoitteena on kehittää tuote joka aktivoi, sekä tukee hoitohenkilökuntaa heidän päivittäisessä työssään. Opinnäytetyössä on käytetty metodina palvelun muotoilua työn toteutukseen. Työn pohjana käytetään luotettavista tieteellisistä lähteistä, sekä henkilökohtaista viestintää tilaajien kanssa joita käytetään työpohjana.

Opinnäytetyö kuvaa implementointia, sen prosessia, sekä tekijöitä, joilla on myönteinen vaikutus uusien kartoitettujen menetelmien toteuttamiseen. Hoitohenkilökunnan toiveet on otettu huomioon muutostyötä tehdessä. Hoitohenkilökunta on kokenut IKINÄ-toimintamallin tuntuvan raskaalta sekä aikaa vievältä. Toisaalta on ollut epävarmuutta siitä, kuinka kaatumisriskianalyysiä pitäisi toteuttaa IKINÄ-toimintamallin mukaisesti.

Tilaajan kanssa yhteistyössä on toteutettu tuote, joka selventää prosessia, kuinka käyttää kaatumisriskiarviointia IKINÄ-toimintamallin mukaisesti. Opinnäytetyön tulos on ehdotus siitä, kuinka tulevaisuudessa voisi parantaa, sekä selventää kaatumisriskiarviointityötä kanssa IKINÄ-toimintamallin mukaisesti.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: kaatumistapaturma, ennaltaehkäisevä työ, implementointi, potilasturvallisuus, arviointi, kaatumisten ehkäisytyö, palvelumuotoilu, hoitohenkilökunta, toimintamalli

---

## BACHELOR'S THESIS

Author: Lehtinen Tove, Rautelius Janica & Sjöblom Tove

Degree Programme: Degree Programme in Nursing, SA in Nursing and Health Care, Åbo

Specialization:

Supervisor(s): Jalava Michaela & Syrjäläinen-Lindberg Minna

Title: To not fall – a case for the nursing staff: Using service design as a method to support implementation of fall preventing work/Att inte falla – ett fall för

vårdpersonalen: Tjänstedesign som stöd för implementering av fallförebyggande arbete

---

Date 05/2017

Number of pages 57

Appendices 6

---

### Abstract

This Bachelor's thesis is a part of the project We Can – We Care at Novia University of applied Sciences in Turku. This thesis aims, in collaboration with the General Ward at Pargas Care Station, to improve the fall preventive work of the nursing staff by implementation of the IKINÄ model and making a sustainable change.

The goal is to develop a product that activates the nursing staff and supports them in their daily care giving. Service design is used as a method for the thesis and the work follows the process for service design. Data is collected from different trustworthy scientific sources and personal communication with the General Ward at Pargas Care Station is used as a base for this thesis.

This thesis describes the process of implementation, as well as maps elements with a positive influence on implementation. The needs of the nursing staff in the change process are brought up. To the nursing staff at the ward, the IKINÄ model feels laborious and time-consuming. In addition, there has been some uncertainty regarding how the fall risk assessments in the IKINÄ model are carried out.

A product that explains the process for carrying out the fall risk assessments of IKINÄ model is developed through continuous contact with the General Ward at Pargas Care Station. In addition, this thesis presents development proposals for the ward to further improve and clarify the work around the fall risk assessments of the IKINÄ model.

---

Language: Swedish

Key words: fall accidents, preventive nursing, implementation, patient safety, assessment, fall prevention, service design, nursing staff, model of action

---

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Tjänstedesign.....	3
3	Definition.....	5
3.1	Start och första kontakt med beställaren.....	6
3.2	Förundersökning.....	8
3.2.1	Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning.....	8
3.2.2	Fallolyckor.....	9
3.2.3	Fallprevention.....	13
3.2.4	Verksamhetsmodellen IKINÄ.....	16
3.2.5	Utvärderingsverktyg av fallolyckor baserat på IKINÄ.....	17
4	Undersökning.....	20
4.1	Datainsamling och litteratursökning.....	20
4.2	Kundförståelse och andra kontakten med beställaren.....	22
4.3	Strategisk planering.....	24
4.3.1	Säkerhetskultur.....	24
4.3.2	Kvalitetssäkring.....	26
4.3.3	Implementering.....	29
4.3.4	Implementeringsprocessen.....	32
4.3.5	Framgångsfaktorer.....	34
5	Planering.....	37
5.1	Tredje kontakten med beställaren.....	38
5.2	Produktidé.....	39
5.3	Prototyp.....	40
5.4	Fjärde kontakten med beställaren.....	41
6	Tjänsteproduktion.....	42
6.1	Produktplanering.....	43
6.2	Lansering.....	44
7	Utvärdering och fortsatt utveckling.....	45
8	Diskussion.....	49
	Källförteckning.....	54

## Figurförteckning

Figur 1	Helhetsbild över tjänstedesign.....	3
Figur 2	Definition, ett steg i processen för tjänstedesign.....	5
Figur 3	Dödliga olyckor bland män i åldrarna 65 år och äldre under år 2013.....	11
Figur 4	Dödliga olyckor bland kvinnor i åldrarna 65 år och äldre under 2013.....	11
Figur 5	Sjukhuskostnader för fallolyckor i åldrarna 65 år och äldre.....	12

Figur 6 IKINÄ:s verksamhetsmodell för förebyggande av fallolyckor.....	17
Figur 7 Undersökning, ett steg i processen för tjänstedesign.....	20
Figur 8 Planering, ett steg i processen för tjänstedesign.....	37
Figur 9 Prototypen så som den presenteras för beställaren.....	41
Figur 10 Tjänsteproduktion, ett steg i processen för tjänstedesign.....	42
Figur 11 Utvärdering, ett steg i processen för tjänstedesign.....	45

## **Förteckning över bilagor**

Bilaga 1 – Tabell 1: Sökord, Tabell 2: Artikelsökning

Bilaga 2 – Tabell 3: Valda artiklar

Bilaga 3 – Examensarbetets produkter

Bilaga 4 – Verktuget utvecklat för Åbolands sjukhus

Bilaga 5 – Kort fallriskbedömning, FRAT

Bilaga 6 – Omfattande fallriskbedömning

## 1 Inledning

Projektet We Can – We Care består av fyra olika beställningsarbeten som kommit till Yrkeshögskolan Novia från olika vårdinstanser. Årets beställningar handlar bl.a. om diabeteshandledning, nutrition och förebyggande av fallolyckor. Beställningsarbetet för förebyggande av fallolyckor för Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning startade föregående år, då en grupp studerande gjorde en litteraturstudie i motivation och engagemang i syfte att förebygga fallolyckor. Utgångspunkten för projektet var att beskriva betydelsen av motivation och engagemang samt faktorer som påverkar dessa. Med arbetet ville man öka personalens uppmärksamhet på dessa faktorer för att effektivt kunna använda verksamhetsmodellen IKINÄ på avdelningen. Årets examensarbete tar avstamp i det som den tidigare gruppen kommit fram till och spinner vidare på samma ämnesområde – att förebygga fallolyckor.

Då arbetslivets representant presenterade projektbeställningen för i år framkom det att önskemålet nu är att implementera IKINÄ-verksamhetsmodellen på akut- och rehabiliteringsavdelningen i Pargas. IKINÄ är ett program utvecklat av Institutet för hälsa och välfärd vars syfte är att uppmärksamma fallförebyggande arbete genom att sprida kunskap och medvetenhet om fallolyckor. Programmet riktar sig till olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Det har utvecklats material för att sprida evidensbaserad kunskap, en verksamhetsmodell samt olika utvärderingsverktyg för att utvärdera patienters risk för fallolyckor. IKINÄ behandlas närmare i kapitel 3.2.4. I diskussion med beställaren framkom en önskan om ett konkret verktyg att arbeta med för att underlätta implementeringen av verksamhetsmodellen för IKINÄ och att engagera personalen i det fallförebyggande arbetet på avdelningen. Fokus i det här arbetet kommer därför att ligga på implementering av verksamhetsmodellen.

Det finns både globalt och nationellt intresse för fallolyckor och hur man ska förebygga dem för att förhindra allvarliga skador. Intresset ligger i att öka befolkningens hälsa och säkerhet, men det föreligger även ett ekonomiskt intresse. Vården efter fallolyckor kostar stora summor för hälsovården och kräver dessutom stora resurser eftersom vårdtiderna ofta är långa (Världshälsoorganisationen, 2016). På nationell nivå har Social- och hälsovårdsministeriet utvecklat *Målprogram för förebyggande av olycksfall i hemmen och på fritiden – för åren 2014–2020*. Programmets vision är att ingen ska behöva dö eller skadas till följd av olycksfall och att antalet fallolyckor ska minska, därtill vill man åstadkomma en god säkerhetsnivå i alla typer av miljöer och fastställa samt säkra resurserna för

förebyggandearbete (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013). Det här sammanfattar det stora behovet och intresset för att komma åt kostnadseffektiva lösningar för att minska fallolyckor. Utöver det behövs lösningar som i tidigt skede kan förebygga fallolyckor för att undvika allvarliga skador och även dödsfall, både i hemmen och på olika vårdinrättningar.

Lösningar för förebyggande arbete i frågan om fallolyckor är därför eftertraktade. Ämnet för detta examensarbete är därför högst aktuellt. Förebyggande arbete behöver bedrivas på flera nivåer och det är där IKINÄ-projektet kommer in. Dessutom är implementering en viktig del i all vårdutveckling, och då speciellt inom utvecklingen av den kliniska vården, eftersom ny kunskap och nya metoder kan medföra utmaningar då de ska tillämpas i det dagliga vårdarbetet. Genom att tillämpa ny evidensbaserad kunskap och genom lyckad implementering av denna kan man utveckla vårdens kvalitets- och säkerhetsnivå.

Syftet med arbetet är att genom implementering av fallförebyggande verktyg förstärka det förebyggande arbetet på avdelningen och göra förändringen hållbar. Målet med arbetet är att implementera arbetsverktyg för att få vårdpersonalen engagerade i det fallförebyggande arbetet på Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning, och skapa en produkt som personalen har verklig användning för och som kan stöda deras dagliga arbete. Målgruppen för arbetet är vårdpersonalen på Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning.

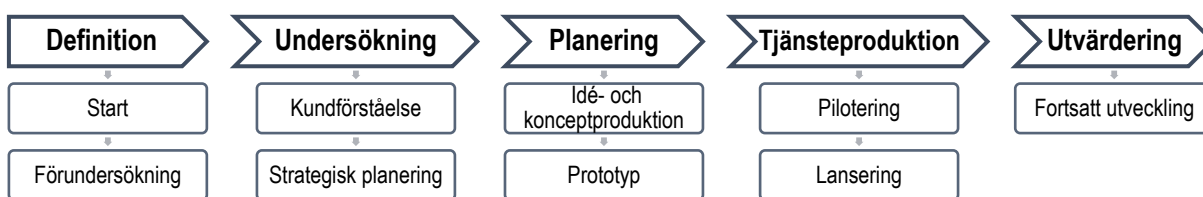
I valet av metod för arbetet har slutproduktens målgrupp beaktats. Som metod för arbetet har därför tjänstedesign valts eftersom metoden sätter tjänsteanvändaren i fokus och utgår från hans behov. Tjänstedesign består av en arbetsprocess som upprätthåller en öppen kommunikation med användaren och låter hen vara delaktig under hela utvecklingsprocessen. Metoden och arbetsprocessen beskrivs närmare i kapitel 2.

Syftet med frågeställningen är att beskriva det som arbetet ämnar ta reda på. Dessutom hjälper frågeställningen till att upprätthålla arbetets röda tråd och att i slutändan knyta samman arbetet. Arbetets frågeställningar är:

- Hur kan en lyckad implementering av verksamhetsmodellen IKINÄ genomföras?
- Hurdan produkt/hurdant verktyg kan underlätta implementeringen samt stöda avdelningspersonalens fallförebyggande arbete?



## 2 Tjänstedesign



**Figur 1** Helhetsbild över tjänstedesign.

Metoden för examensarbete beskriver sättet som idén ska förverkligas på. Dessutom beskriver den hur insamling av data, databehandling och -analys kommer att gå till. Metoden är till för att komma åt den information och kunskap som stödjer processen och ger ett lyckat resultat (Vilkka & Airaksinen, 2004, 56-57). Som metod för det här examensarbetet har tjänstedesign valts. Arbetet kommer att följa arbetsprocessen för tjänstedesign för att utveckla en slutprodukt för beställaren (figur 1). Arbetsprocessen visualiseras genom arbetet med figurer för varje steg i processen. Figurerna är modifierade efter Tuuliniemis utvecklingsprocess enligt tjänstedesign (2016, 130-131). Vid arbetets begynnelse var systematisk litteraturoversikt ett alternativ till metodval, men istället valdes tjänstedesign eftersom processen och arbetsmetoden för tjänstedesign lämpade sig bättre med tanke på arbetets mål och syfte. Med tjänstedesign, även kallat tjänsteinnovation, avses en värdeskapande eller förbättrande process där användaren spelar en viktig roll i själva utvecklandet (Kristensson, et al., 2014, 16). Metoden lämpar sig ypperligt för detta projekt eftersom den fokuserar på utvecklingen av en användbar produkt som tillgodoser behoven.

En tjänst definieras som en värdeskapande process, där fysiska och/eller immateriella resurser skapar värde hos användaren. Den centrala rollen i tjänsteinnovation innehas av kunden, som man också kan kalla för användaren eller mottagaren. Tjänstedesign frångår den traditionella synen på användaren som den passiva parten i processen, t.ex. kunden tar emot en vara, betalar för sig och går sedan sin väg (Kristensson, et al., 2014, 23). Kunden, det vill säga användaren, är egentligen en aktiv komponent i processen och det är hans aktivitet som skapar värde. Därför är det utvecklarens uppgift att stödja och hjälpa användaren i den värdeskapande processen och låta användaren bli en medskapare av tjänsten. Användarna ses även som experter som kan komma med de mest innovativa och värdeskapande idéerna (Kristensson, et al., 2014, 110) och därför är det viktigt att låta användaren vara en del i utvecklingsprocessen. Metodens syfte är alltså att genom

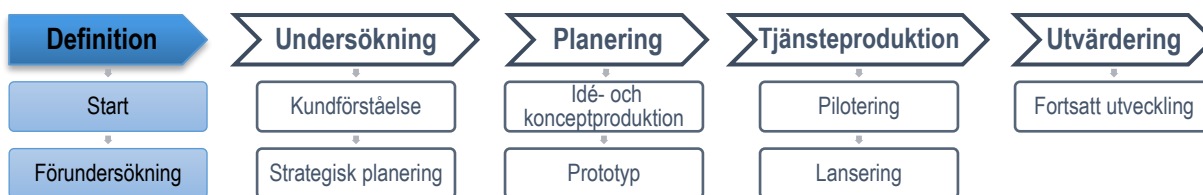
samverkan med användaren skapa tjänster som motsvarar det verkliga behovet hos användaren, på ett sätt som användaren förstår och kan använda.

Utgående från metodens framställning ses skribenterna i det här examensarbetet som utvecklaren, medan användaren/kunden är beställaren, alltså Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning. Med hjälp av tjänstedesign kan det här arbetet fokusera helt på produktutvecklingen och samtidigt aktivera produktanvändaren i processen, det vill säga personalen på avdelningen. Processen underlättar skapandet av en funktionell och användbar produkt som motsvarar användarens behov och som stödjer dem att se värdet i fallförebyggande arbete. Att skapa en implementerbar och användbar produkt är av intresse för både produktutvecklarna och beställaren, vilket ger mer betydelse för användningen av tjänstedesign.

Tanken bakom tjänstedesign är att involvera tjänsteanvändaren i utvecklingsprocessen och skapa en kommunikation med användaren (Kristensson, et al., 2014, 88). Att involvera användaren och kommunicera med denne handlar inte enbart om att lyssna, utan även om att lära sig känna användaren och låta denne vara delaktig under hela utvecklingsprocessen. Trots det måste utvecklaren redan från början och under processens gång kunna utgå från organisationens realiteter (Tuuliniemi, 2016, 129), som handlar om bl.a. resursbegränsningar och tidsramar för utförandet. För att göra personalen delaktig i utvecklingsprocessen och aktiv i rollen som användare, förutsätts regelbunden kontakt med avdelningen i olika former. Datainsamlingen inför produktutvecklingen sker genom informationssökning, samt konsultation och kontakt med beställaren (beskrivs närmare under kapitel 4.1 Datainsamling och litteratursökning).

Processen för tjänstedesign består av olika steg där man involverar användaren på diverse sätt i utvecklingens alla skeden. Utvecklingsprocessen är relativt flexibel i sin struktur vilket innebär att stegen inte avlöser varandra ett efter ett, utan går in i varandra och utvecklaren obehindrat kan röra sig mellan de olika faserna under processen. Den grundläggande strukturen för utvecklingsprocessen finns till för att skapa fokus, som stöd för att lära känna kunden, samt för att skapa en struktur för hur man på bästa sätt kan leverera användarvärde (Kristensson, et al., 2014, 89).

### 3 Definition



**Figur 2 Definition, ett steg i processen för tjänstedesign**

Det första steget i processen, definition, handlar i korthet om att skapa mål och gemensam förståelse med beställaren (figur 2). En målsättning för utvecklarna under det här skedet är att lära känna organisationen, det vill säga beställaren. Genom briefing fastslår man tillsammans med beställaren det man vill uppnå, det innebär bl.a. vilken nytta tjänsten har för både användaren och organisationen samt målen för planeringsarbetet (Tuuliniemi, 2016, 132). Under det här skedet fastslås även resursbegränsningar samt tidsramar för utförandet. Organisationen behöver förse utvecklaren med information som berör organisationens målsättning samt information om målgruppen som organisationen redan har tillgång till (Tuuliniemi, 2016, 133, 136).

I det här examensarbetet består steget definition av att närmare lära känna beställaren och användaren, som är Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning. Det kan ses som en kartläggning inför det kommande arbetet där man skapar en förståelse för beställaren. Projektbeställningen definieras och preciseras samt gemensamma målsättningar fastställs med beställaren.

Beställningen och dess mål är att implementera fallförebyggande verktyg på avdelningen i enlighet med verksamhetsmodellen IKINÄ. Dessutom önskade beställaren att arbetet kunde stödja avdelningspersonalen att aktiveras i det fallförebyggande arbetet. Insamling av information rörande organisationen och beställningen sker främst genom kontakt med avdelningsskötaren Ann-Christin Elmvik. Arbetets avgränsning och tidsram beskrivs närmare i kapitel 3.1. Under samma kapitel presenteras även beställningen närmare. Kapitel 3.2 behandlar ämnen som fungerar som bakgrundsinformation för examensarbetet och som skapar en förståelse för beställaren och dennes nuvarande situation.

### 3.1 Start och första kontakt med beställaren

Enligt Breimaier, Halfens och Lohrmann (2011, 1745) bör först en samlad bedömning och utvärdering av den nuvarande situationen göras, både på individuell och på institutionell nivå, för att kunna implementera forskningsbaserade metoder som lämpar sig för det dagliga arbetet i praktiken. För att kunna förbättra den kliniska effektiviteten bör även sjukskötarens behov såsom krav och önskemål beaktas (Breimaier, et al., 2011, 1745). Det här examensarbetet kommer inte att sammanställa en samlad bedömning eller utvärdering av det nuvarande läget gällande fallolyckor på avdelningen. Arbetet kommer att utgå från beställarens uttryckta behov av att förbättra det förebyggande arbetet genom att implementera verksamhetsmodellen för IKINÄ på avdelningen, då bl.a. HaiPro-statistik visat högt antal fallolyckor på avdelningen. HaiPro och avvikande händelser behandlas närmare i kapitel 4.3.2.

För att närmare diskutera beställningen och beställarens förväntningar bestämdes ett möte på Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning den 16.1.2017. Målet med mötet var att skapa en gemensam bild av förväntningar och resultat av examensarbetet. I mötet deltog examensarbetsgruppen, avdelningsskötare Ann-Christin Elmvik och Jaana-Maria Ullner, som är en av två ansvariga för IKINÄ-projektet på avdelningen. Mötet gav goda resultat: beställaren kunde närmare beskriva sina önskemål med arbetet och en gemensam grund uppnåddes gällande förväntningar. Under mötet diskuterades även möjliga idéer för utförandet och annat som examensarbetsgruppen funderat kring, och om dessa lämpar sig för implementering av verksamhetsmodellen IKINÄ på avdelningen.

Beställningen går ut på att implementera arbetsverktyg för att engagera vårdpersonalen i det fallförebyggande arbetet på Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning. Den samlade produkten av arbetet ska utgå från verksamhetsmodellen IKINÄ för förebyggande av fallolyckor. Målet med arbetet är att skapa en produkt som personalen har verklig användning för och som kan stöda deras dagliga arbete. Syftet med arbetet är att genom implementering av fallförebyggande verktyg förstärka det förebyggande arbetet på avdelningen och att göra förändringen hållbar. Målgruppen för arbetet är vårdpersonalen på Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning. För att kunna skapa en så användbar och funktionell produkt som möjligt strävade examensarbetsgruppen till ett gott samarbete med avdelningen och att från början aktivera vårdpersonalen i utvecklingsprocessen. Genom att upprätthålla regelbunden kontakt med beställaren håller man beställaren uppdaterad och engagerad i processen.

Tidtabellen för projektet är våren 2017, detta utgör därmed tidsavgränsningen för arbetet. Utöver detta avgränsas arbetet utgående från beställarens önskemål och behov för att arbetet ska kunna resultera i en produkt som motsvarar deras förväntningar. Arbetet har avgränsats till att fokusera på implementering av fallförebyggande arbete och hur personalen ska involveras i förändringsarbetet. Det finns mycket information gällande fallolyckor och ett stort intresse att utveckla effektiva förebyggande åtgärder på många områden inom vården, därför är arbetet i behov av en tydlig avgränsning för att kunna upprätthålla den röda tråden och skapa en produkt som motsvarar beställarens önskemål. Ämnesmässigt avgränsas arbetet så att det fokuserar på förebyggande av fallolyckor bland den äldre befolkningen och då främst olyckor som sker på vårdinrättningar. Arbetet kommer inte att närmare behandla evidensbaserade vårdåtgärder som bör vidtas för att förhindra fallolyckor, även om det kortfattat behandlas för helhetens skull.

Implementering och förändringsarbete är mångfasetterade ämnesområden som är högst aktuella inom många branscher utöver hälso- och sjukvård. Därför kommer arbetet att fokusera på implementering av förbättringsarbete och nya evidensbaserade metoder inom vården, då främst på vårdinrättningar. Förändringsarbete och implementering sker alltid på alla olika nivåer inom en organisation, men det här arbetet kommer att fokusera på implementering på själva vårdinrättningen och avdelningen. För helhetens skull kommer arbetet även kort behandla förändringsarbete högre upp i organisationen.

Målgrupp för arbetet är vårdpersonalen på Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning. Föregående års examensarbete som gjordes för samma avdelning behandlade engagemang och motivation hos personalen i relation till förebyggande arbete. Därför kommer detta examensarbete att gå vidare från det arbetet och inte närmare behandla just dessa ämnen. Utgående från arbetets beställning och för att kunna skapa en slutprodukt som motsvarar beställarens förväntningar och personalens behov, behöver det här arbetet skapa en förståelse för användaren. Utgående från beställarens önskan att öka personalens delaktighet i det fallförebyggande arbetet valdes tjänstedesign som metod för arbetet då metoden utgår från användaren och gör användaren delaktig i processen redan från början. Genom metoden hoppas examensarbetsgruppen kunna skapa förståelse för användarna och deras behov. Arbetet avgränsas därför till att behandla ämnen som berör personalens behov i samband med förändringsarbete för att en lyckad implementering ska kunna genomföras.

## **3.2 Förundersökning**

Förundersökning utgör en del av definitionsskedet i enlighet med utvecklingsprocessen för tjänstedesign. Syftet är att under det här skedet skapa en förståelse för beställaren, dess målsättning och nuvarande situation. Under det här kapitlet presenteras bakgrundsinformation som anses vara nödvändig för arbetet och produktutvecklingen. Den här informationen och kunskapen förväntas ge bättre insikt om viktiga element rörande arbetets ämne. I det här kapitlet presenteras beställaren, Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning, liksom verksamhetsmodellen för IKINÄ med tillhörande fallriskutvärderingar. Kapitlet behandlar också fallolyckor med inriktning på den äldre befolkningen, hur nuläget ser ut både nationellt och internationellt, samt behovet av fallförebyggande arbete. I samband med att fallolyckor behandlas kommer ämnet fallprevention tas upp.

### **3.2.1 Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning**

Akut- och rehabiliteringsavdelningen i Pargas är på allmänläkarnivå och patienterna tas in på avdelningen för vård på olika medicinska grunder. Avdelningen erbjuder sammanlagt 24 vårdplatser. På avdelningen vårdas allt från akuta åkommor, så som andnöd, bröstsmärtor eller infektioner, till fortsatt vård efter t.ex. sjukdomsanfall eller operation. På avdelningen satsar man dessutom på rehabiliteringen för att patienterna så fort som möjligt ska kunna åka tillbaka hem och vårdtiden på avdelningen förkortas. Även vård i livets slutskede betonas starkt på avdelningen; man möjliggör ett smärtfritt och rofyllt slutskede för patienter i slutet av livet. Patienterna kommer till avdelningen från jouren, andra sjukhus eller via läkarmottagningen på hälsovårdscentralen. (Pargas, u.d.).

Avdelningspersonalen är tvåspråkig och man strävar till att ge vård på patientens modersmål vilket medför en trygg och säker vård för patienten. För att göra vården så bra som möjligt betonas vårdutveckling och man strävar till att hålla personalen uppdaterad med ny kunskap och nya arbetssätt. Specialkompetenser inom minnesstörningar, sårvård och den åldrandes vårdssituation har utvecklats bland personalen på avdelningen. (Pargas, u.d.).

Avdelningens patientsskaderapporter, HaiPro, har visat att olycksfall är den näst största gruppen av patientskador. Statistiken från rapporterna gällande hela hälsovårdsenheten visar att andelen olycksfall under tiden 1.7–31.12.2013 var 23,6 %, 1.1–30.6.2014 22,7 % och 1.7–31.12.2014 var andelen 16,3 % (personlig kommunikation med avdelningsskötare Elmvik 10.4.2017). HaiPro-statistik från avdelningen visar att under 2016 skedde 22

händelser där patienten ramlat och åtta där patienten fallit (personlig kommunikation med avdelningsskötare Elmvik 21.4.2017). Man har velat skilja mellan att patienten faller och ramlar för att lättare komma åt bakomliggande orsaker till olyckorna. Man vill t.ex. skilja på om patienten ramlat som orsak av dålig rörelseförmåga eller fallit från sängen, för att bättre kunna fördela resurser inom det förebyggande arbetet.

Verksamhetsmodellen IKINÄ, som utarbetats av Institutet för hälsa och välfärd på basen av evidensbaserad kunskap för att förebygga fallolyckor, har redan tidigare presenterats för personalen på hälsovårdsenheten. Alla inom vårdpersonalen har fått information och skolning i hur verksamhetsmodellen IKINÄ ska användas och utgående från muntlig kontakt med personalen (1.2.2017) anser de sig ha tillräcklig kunskap om fallförebyggande åtgärder. Verksamhetsmodellen IKINÄ används således redan i viss mån på avdelningen, men beställaren önskar att verksamhetsmodellen nu ytterligare ska implementeras för att förbättra det fallförebyggande arbetet. Fjolårets examensarbetsgrupp för Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning behandlade hur man kunde förbättra personalens motivation och engagemang för fallpreventivt arbete. Årets examensarbete har som syfte att nu verkställa användningen av IKINÄ:s fallförebyggande verksamhetsmodell på avdelningen.

### **3.2.2 Fallolyckor**

Enligt WHO är fallolyckor globalt sett ett stort folkhälsoproblem. Uppskattningsvis inträffar 424 000 dödliga fall varje år, vilket gör detta till den näst vanligaste orsaken till oavsiktlig skada med dödlig utgång. Utöver det inträffar årligen en stor mängd fallolyckor med skador allvarliga nog att kräva läkarvård. Den högsta risken innehas av den äldre befolkningen (över 60 år) både globalt och på nationell nivå. Inom den här gruppen finns även den största skadligheten där risken för långtidsvård och institutionalisering är särskilt hög. (Världshälsoorganisationen, 2016).

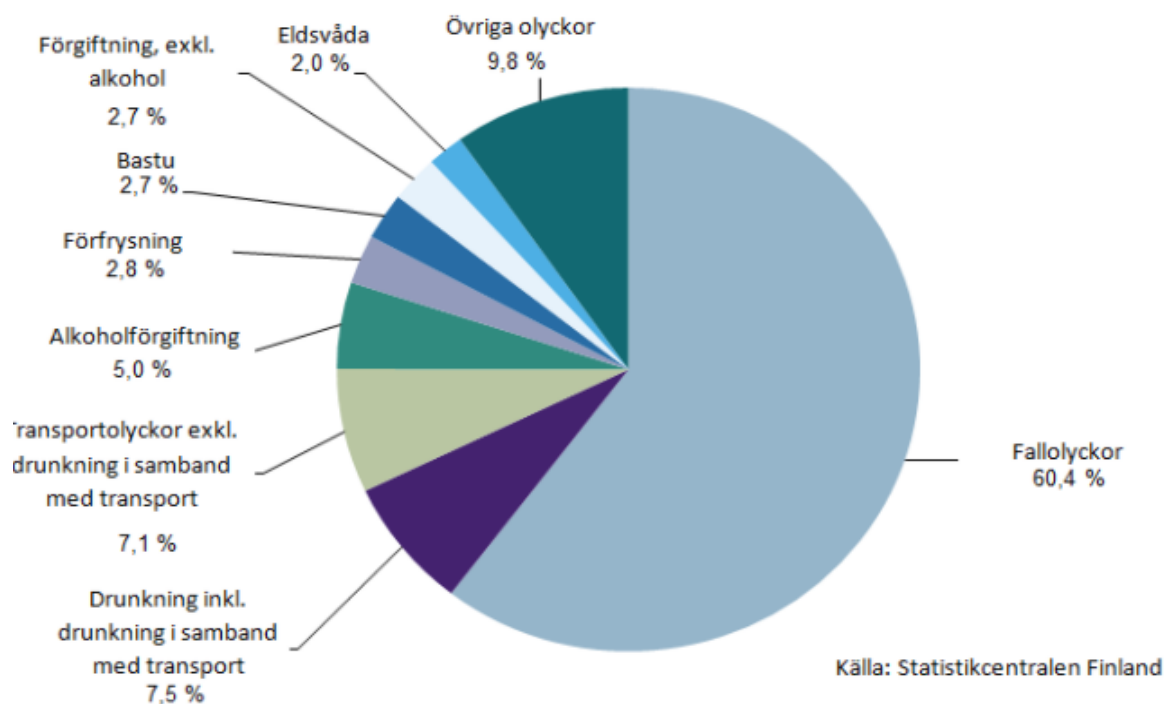
Alla människor löper risk för fallolyckor, men orsaker som gör den äldre befolkningen särskilt utsatt har främst att göra med fysiska, sensoriska och kognitiva förändringar i samband med åldrandet. Dessa förändringar i kombination med att äldre vistas i miljöer som inte är anpassade för dem eller deras behov utgör även en risk (Världshälsoorganisationen, 2016). Andra faktorer som ökar fallrisk inkluderar hälsotillstånd och bakgrundssjukdomar, användning av vissa läkemedel, fysisk inaktivitet, nedsatt syn och kognition, samt osäkerhet (Världshälsoorganisationen, 2016). Enligt Fonad, Wahlin, Winblad, Emami och Sandmark medför åldrandet för många en minskning i aktivitet och kan leda till sämre hälsa samt

beroende av andra i det dagliga livet. Därför placeras många 80 år fyllda personer på någon form av vårdanstalt för att de ska kunna känna sig tryggare. Reducering av kognitiva funktioner och av allmän funktionsförmåga kan bidra till att fallrisken ökar bland äldre. Dessutom bidrar ett högt medicinintag och medicinernas interaktion till ökad fallrisk hos äldre. En del neurologiska mediciner kan ge upphov till yrsel, hallucinationer eller orsaka att en person blir paranoid (speciellt hos personer med demens), och detta kan i sin tur öka risken för fall. (Fonad , et al., 2008, 127).

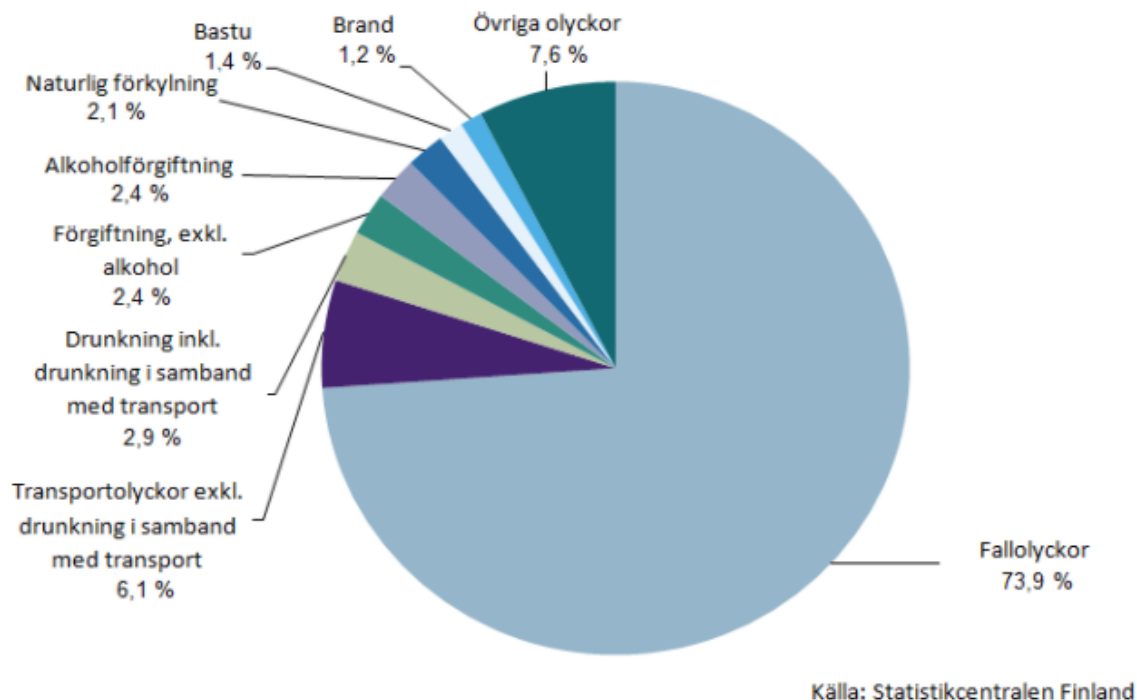
Enligt Jayasekara är fall den största orsaken till död och skador bland den äldre befolkningen. Fallen resulterar oftast i högre morbiditet, som till exempel frakturer, rädsla att falla, minskad fysisk aktivitet, depression och känsla av förlust av självständighet. Jayasekara menar att de faktorer som ökar risken för fall bland äldre inkluderar fallhistoriken, rädsla för att falla, användning av hjälpmedel, problem med den fysiska aktiviteten samt yrsel och nedsättning av de kognitiva funktionerna. En utförlig utvärdering och identifiering av fallrisken hos befolkningen utgör därför grunden för förebyggande och rehabiliterande program i samhället (Jayasekara, 2016, 1-2).

Olycksfall är ett betydande folkhälso- och säkerhetsproblem där behandlingen av skadorna medför, tillsammans med förgiftningar, näst flest vårdperioder inom den specialiserade sjukvården och en betydande andel inom primärvården (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013). Den vård som krävs efter fallolyckorna kostar stora summor för hälsovården och kräver dessutom stora resurser (Institutet för hälsa och välfärd, 2015b). Även nationellt förekommer de flesta fallolyckor bland den äldre befolkningen och dessutom har olycksfallen ökat i antal. Enligt statistik från Institutionen för hälsa och välfärd inträffar de flesta dödsfall inom den här åldersgruppen till följd av fallolyckor, där skadorna efter fallet är främsta orsaken. Figurerna 3, 4 och 5 visar statistiken för dödliga olyckor bland män och kvinnor i åldrarna 65 år och äldre under år 2013, samt sjukhuskostnaderna vid fallolyckor. (2015a). Fallolyckorna ökar i antal då befolkningen blir allt äldre och lever allt längre. Under de senaste 25 åren har fallolyckornas antal fyrdubblats. Hos personer över 65 år inträffar 100 000 fallolyckor årligen där merparten av dessa inträffar i hemmiljön och runt 40 000 av dessa kräver sjukhusvård. Enligt statistiken i Finland (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013) dog 960 personer i åldern 65 år och äldre i samband med fallolyckor och följder av dessa under år 2012.

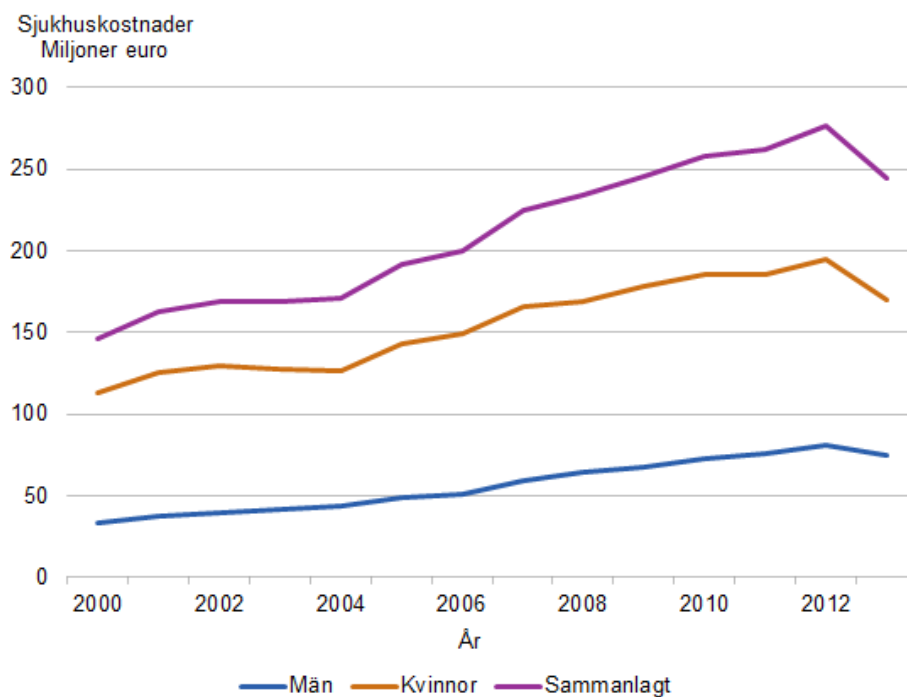




Figur 3 Dödliga olyckor bland män i åldrarna 65 år och äldre under år 2013, enligt Institutet för hälsa och välfärd.



Figur 4 Dödliga olyckor bland kvinnor i åldrarna 65 år och äldre under 2013, enligt Institutet för hälsa och välfärd.



**Figur 5 Sjukhuskostnader för fallolyckor i åldrarna 65 år och äldre, enligt Institutet för hälsa och välfärd.**

Fonad, et al. gjorde en undersökning om fallolyckor hos äldre. Undersökningen gjordes i Sverige på 21 olika vårdanstalter under åren 2000–2003. De utvecklade ett frågeformulär i samarbete med fem sjuksköterskor. Formuläret baserade sig på följande uppgifter: bedömning av fallrisken, fall och frakturer. Man gick igenom deltagarnas medicinering och var speciellt uppmärksam på bl.a. sömntabletter och sedativa mediciner med benzodiazepiner. Man kontrollerade även balansen hos de äldre deltagarna, eftersom en försvagad balans kan leda till ökad fallrisk. I undersökningen ombads de äldre att utföra uppgifter såsom att sitta, stiga upp, förflytta sig, plocka upp saker från golvet, snurra runt i en cirkel och att stå på ett ben för att kontrollera balansen. Resultatet av undersökningen visade att de flesta frakturer uppkom på grund av fallolyckor och att användning av sömntabletter och benzodiazepiner gav upphov till ökad fallrisk. Det starka sambandet mellan fall och frakturer tydde på att patienter som faller får svåra skador. Även om inte större skada uppstod så utvecklades ofta en rädsla för att falla igen, vilket kan bidra till minskad aktivitet hos den äldre. Detta i sin tur kan leda till beroende av andra, minskat socialt umgänge och sämre livskvalitet (Fonad, et al., 2008, 127-129).

Fallolyckor och deras konsekvenser är omfattande och kan ha en stor effekt på den drabbades funktionsförmåga, för att inte säga liv. Dessutom inverkar fallolyckorna med tillhörande konsekvenser på hälso- och sjukvården då vården kräver stora resurser. Därför borde förebyggande arbete värdesättas högre och implementering av detta borde få större utrymme

inom vården. Lyckad implementering av resursförstärkande förebyggande arbete ökar vårdens hållbarhet. Samtidigt kan man spara värdefulla resurser, för att inte tala om värdefulla människoliv. Strävan med det här arbetet är därför att komma åt faktorer som kan underlätta implementeringen av fallförebyggande arbete på Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning.

### **3.2.3 Fallprevention**

Enligt Fong är fallrelaterade skador bland den största orsaken till morbiditet och mortalitet hos den äldre befolkningen. Av personer över 65 år som kommer för sjukhusvård uppskattas upp till 80 % ha fallrelaterade skador. Även sjukhusvistelsen i sig kan leda till ökad fallrisk eftersom nedsatt fysisk och kognitiv förmåga i samband med främmande omgivning kan förvirra personen ytterligare. Fallskador resulterar allt som oftast i en längre sjukhusvistelse, minskad livskvalitet, emotionell stress samt rädsla för att falla igen. (Fong, 2016, 1).

Fallprevention är en del i en större helhet av förebyggande arbete. Förebyggande vård handlar om att förändra individuellt beteende och vanor för att skapa ett mindre sjukdomsframkallande och mer hälsosamt samhälle. Målet inom förebyggande hälsoarbete är att förebygga sjukdom, att förhindra skador och att främja hälsa (Johannessen, 1996, 19). Ur ett historiskt perspektiv har det varit mycket framgångsrikt att placera sjukdomen i centrum för vårdprocessen. Den moderna medicinens framgångar har dock åstadkommit den situationen att långvariga sjukdomstillstånd har blivit en integrerad del av hälsan hos allt flera människor. Det betyder att hälso- och sjukvården i framtiden ännu mera måste utvecklas mot att stöda och upprätthålla hälsa framom att bota sjukdom (Wolf & Carlström, 2014, 117).

I en undersökning gjord av Tzeng utreddes orsaker bakom den begränsade framgången för fallförebyggande program i sjukhusmiljö. Undersökningen koncentrerade sig på vårdarnas attityder och uppfattningar i förhållande till fallförebyggande arbete. Den uppfattning som sjuksköterskor har av fallförebyggande åtgärder, dvs. deras vårdande attityd gentemot detta arbete, är att utöva patientcentrerad vård där man tar varje enskild individs behov i beaktande. Med en vårdande attityd hos sjuksköterskor avses olika metoder att utöva vården i praktiken. För att uppnå en vårdande attityd hos sjuksköterskor, där de arbetar patientcentrerat och fallförebyggande, kan det ibland vara nödvändigt att fokusera på att utveckla och stärka en sådan attityd som sätter patienten i fokus. (Tzeng, 2011, 141-142).

Enligt Johannessen (1996, 5) är det bättre att förebygga än att behandla men ändå är det få yrkesgrupper i samhället som prioriterar förebyggande omvårdnad. En viktig del inom den förebyggande vården är människorna själva som har en aktiv roll, inte bara i sina egna liv utan också i samhället (Johannessen, 1996, 5). Istället för att behandla följderna av fallolyckor är det av stor betydelse att förhindra att de alls inträffar, eftersom fallolyckor och dess följder ofta kräver lång sjukhusvård och vården i sin tur oftast är en dyr kostnad för samhället (se figur 5). Dessutom utsätts patienten för lidande som hade eventuellt hade kunnat undvikas. På Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning har alla inom vårdpersonalen fått skolning i hur man bör arbeta för att förebygga fallolyckor (personlig kommunikation 16.1.2017). Dessutom har det till avdelningen införskaffats material i form av hjälpmedel och annan utrustning för att förstärka det fallförebyggande arbetet (personlig kommunikation 10.4.2017).

Enligt Social- och hälsovårdsministeriet (2013, 5) kan olycksfall förebyggas genom identifiering av risker för olycksfall hos människor i olika åldrar, genom uppföljning av förekomsten av olycksfall och genom att planmässigt avlägsna faror. Bra motorik och funktionsförmåga, ett tryggt hem, minskat rusmedelsbruk, tillgängliga och väl belysta omgivningar samt användning av ändamålsenlig säkerhetsutrustning, hjälper effektivt att skydda sig mot olyckor. Social- och hälsovårdsministeriets *Målprogram för förebyggande av olycksfall i hemmen och på fritiden – för åren 2014–2020* innehåller riksomfattande mål och åtgärdsrekommendationer för förebyggandet av olycksfall. Enligt social- och hälsovårdsministeriets strategi ska problem orsakade av olycksfall i hemmen och på fritiden förebyggas effektivare. Visionen är att ingen ska behöva dö eller skadas till följd av olycksfall, att antalet fallolyckor ska minska och att man ska åstadkomma en god säkerhetsnivå i alla typer av miljöer. Dessutom är målsättningen att fastställa och säkra resurserna för förebyggande arbete. Planen är att genom långsiktig planering och ett genomförande där de olika åtgärderna samverkar kunna skapa förutsättningar för lyckat förebyggande arbete, dessutom behövs ökning av resurser och ett effektivare samarbete över sektorsgränserna. Koordineringsgruppen tillsatt av Social- och hälsovårdsministeriet har fastställt viktiga åtgärder som innefattar bl.a. förbättring av säkerhetskulturen och stärkande av säkerhetsarbetet, stärkande av jämlikheten och särskilt förbättring av säkerheten för sårbara grupper, samt förebyggande av fall- och stötningsolyckor. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013, 5-6).

Fallförebyggande program på organisatorisk nivå och riksnivå bör vara heltäckande och mångfasetterade. Enligt Världshälsoorganisationen (2016) bör forskning och

folkhälsoinitiativ prioritera att ytterligare definiera belastningar, utforska variabla riskfaktorer och effektivare utnyttja förebyggande strategier. Programmen bör stödja en politik som skapar en säkrare miljö och minskar riskfaktorerna samt främjar teknik för att minimera risken för fallolyckor. Vårdgivare bör utbildas i förebyggande evidensbaserade strategier och individer och samhällen utbildas för att bygga riskmedvetenhet (Världshälsoorganisationen, 2016).

Enligt Fong (2016, 1) har mångfasetterade förhållningssätt till fallförebyggande program visat sig vara effektiva inom fallförebyggande arbete och ett sådant program kan minska fallen med upp till 30 %. Effektiva förebyggande fallprogram närmare patienten, t.ex. på vårdinrättningar, syftar till att minska antalet personer som faller, graden av fallen och skadans svårighetsgrad. För äldre personer, kan program för fallprevention innehålla ett antal komponenter för att identifiera och motverka risken. Alla äldre som nyligen har fallit eller anses ha en högre fallrisk bör ha egna individuellt utformade planer för hur de ska leva och klara av vardagen (Rahman, 2016, 1). De här planerna bör vara baserade på resultaten av en omfattande fallutvärdering. I utvärderingen bör man se över personens balans, rörelseförmåga och styrka och sedan skraddarsy ett program som stöder upp personens svagheter. Personen bör även uppmuntras till att ta del i olika aktiviteter och korrekt användning av olika hjälpmedel bör läras ut. Även medicinerna som personen använder bör ses över, i synnerhet mediciner som kan inverka på minnet och balansen. (Rahman, 2016, 1).

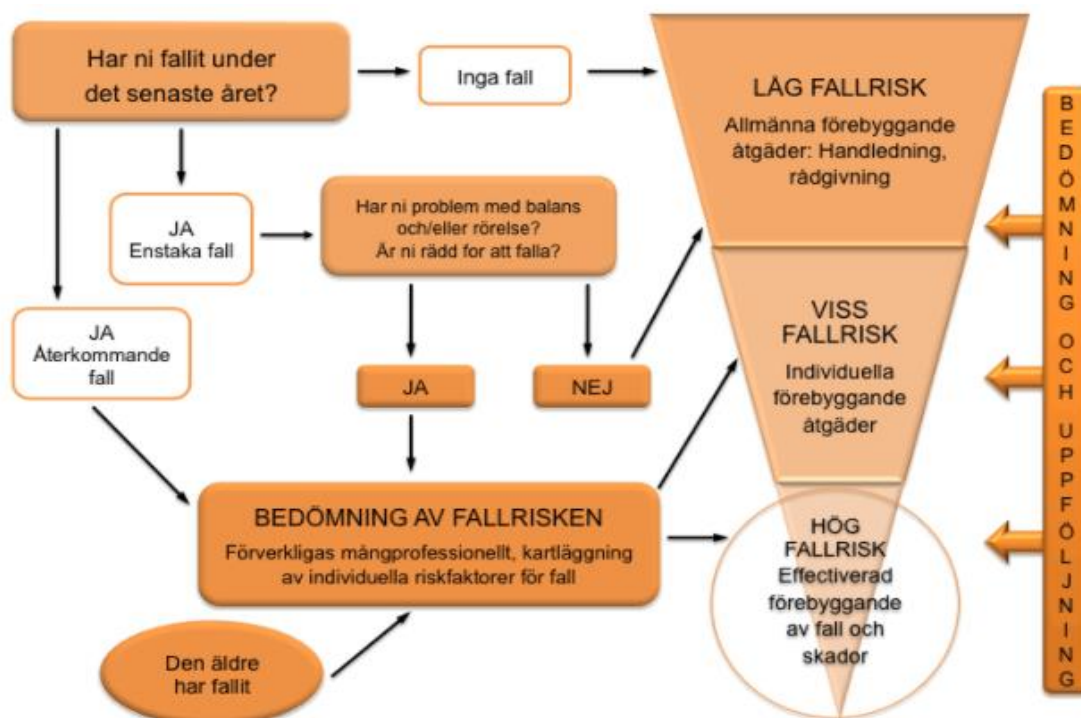
Utöver fallförebyggande program bör en säkerhetsplan upprättas på verksamhetsenheten. Den här planen bör beakta eventuella säkerhetsrisker i den fysiska vårdmiljön som patienten kan utsättas för. Delvis är det frågan om samma faktorer som ingår i brand- och räddningsplanen, men utöver dem kan det finnas många andra direkta risker i den fysiska miljön, såsom risk för att falla omkull, ramla, snubbla eller halka. Det kan t.ex. handla om nytvättade och bonade golv, icke utmärkta trappor och trösklar, eller korridorer som är överbelamrade av saker. Dessutom kan det handla om att patientövervakningen inte är tillräcklig. Otillräcklig städning och dålig ventilation är exempel på indirekta risker. En verksamhetsplan och uppföljningsdokument ska göras för alla områden och ansvarspersoner ska utses. Utöver vårdpersonal kan även chefer och experter inom de olika delområdena verka som ansvarspersoner. (Institutet för hälsa och välfärd, 2012, 27).

### 3.2.4 Verksamhetsmodellen IKINÄ

Verksamhetsmodellen IKINÄ (figur 6) har utarbetats av Institutet för hälsa och välfärd. Syftet med modellen är att förebygga fallolyckor hos den äldre befolkningen och har utarbetats för att lätt kunna införa förebyggande åtgärder och reducera risken för fallolyckor och deras följder. Modellen lyfter starkt fram organiserad utvärdering ur olika synvinklar, riskbaserad planering och utförande av nödvändiga ingripanden (Institutet för hälsa och välfärd, 2016b). I modellen poängteras utvärdering av olika synvinklar, planering av olika risker och utförande av nödvändiga åtgärder. Programmet syftar till att öka medvetenheten om fallolyckor samt förebyggande åtgärder, stödja spridning och implementering av evidensbaserade åtgärder (Institutet för hälsa och välfärd, 2015b). Som grund för själva utvärderingsprogrammet står förekomsten av fall hos äldre, bedömning av fallrisken samt övergripande kartläggning av de faktorer som kan medföra risk för fallolyckor.

I verksamhetsmodellen IKINÄ ingår olika utvärderingar, däribland FRAT (*Falls Risk Assessment Tool*). Utvärderingarna är individuella och utgående från de poäng som FRAT-utvärderingen resulterar i kan man skraddarsy en fortsättning för patienten. Utöver FRAT-utvärderingen finns det en omfattande utvärdering som tar upp aktuella ämnen såsom patientens medicinering, fysiska funktionsförmåga, användning av hjälpmedel osv. De olika utvärderingarna och deras innehåll presenteras närmare i kommande kapitel 3.2.5.

Verksamhetsmodellen IKINÄ och tillhörande program har utarbetats för att förebygga att fallolyckor inträffar. Dessutom berör verksamhetsmodellen många av de förutsättningar som behövs vid förebyggande arbete, som behandlades i kapitel 3.2.3. Programmet är mångsidigt och syftar till att öka medvetenheten om fallolyckor och dess risker. Verksamhetsmodellen visar tydligt i vilka situationer en fallriskbedömning bör genomföras och understöder utformandet av en individuellt anpassad vårdplan, där risken för fall beaktas för ökad patientsäkerhet. Om man lyckas implementera verksamhetsmodellen IKINÄ ytterligare och öka det förebyggande arbetet kan man ge en tryggare vård som dessutom förbättrar avdelningens säkerhetskultur.



Figur 6 Verksamhetsmodellen IKINÄ för förebyggande av fallolyckor.

### 3.2.5 Utvärderingsverktyg av fallolyckor baserat på IKINÄ

Syftet med utvärderingsverktyg är att kunna utvärdera systematiskt och effektivt. Olika verktyg används för att kunna identifiera och kartlägga behov på ett förenklat och lätt kommunikativt sätt. I vårdplaneringen är olika screening- och utvärderingsverktyg till stöd för att kunna avgöra graden av patienters vårdbehov. Utvärderingsverktyg kan även användas för att utvärdera vårdens effekt och ändamålsenlighet. (Howartson-Jones, 2012, 38).

Utgående från utvärderingsbehovet kan man dela in verktygen i olika grupper enligt användningsområde. Hälsa-screening och diagnostiseringsverktyg syftar till att identifiera ohälsa och risker samt graden av dessa. Beskrivande verktyg finns till för att kunna hjälpa till att förtydliga och beskriva ett problem, t.ex. kan man mäta smärta med hjälp av VAS (visuell analog skala). Den här typen av verktyg ger inte nödvändigtvis direktiv för hur man ska handla utgående från utvärderingens resultat. Sedan finns det förutsägande verktyg, vars syfte är att identifiera och utvärdera risker i syfte att förebygga. FRAT-utvärderingen i verksamhetsmodellen IKINÄ är ett sådant verktyg. Oberoende av verktygets karaktär påverkas användningen av kunskapen och erfarenheten hos den som utför utvärderingen. (Howartson-Jones, 2012, 39).

FRAT (se Bilaga 5) är en kort utvärdering som utförs på vårdinrättningar och sjukhus för att utvärdera en persons risk för fall under vårdvistelsen. I utvärderingen frågar man om personen ifråga har fallit under de senaste tolv månaderna och i så fall hur många gånger. Man utreder också den nuvarande medicineringen, för att upptäcka läkemedel som kan öka risken för fall, t.ex. lugnande medicinering eller sömnmedicinering. Man utvärderar också personens mentala tillstånd, eftersom rastlöshet och orolighet ökar risk för fallolyckor. Den sista delen består av MMSE (*Mini-Mental State Examination*) för att fånga upp eventuella risker gällande personens minne eller kognition. Utgående från personens poängantal får man en bild av och en riktlinje för hur bra personen klarar sig och kan därmed utvärdera hur låg respektive hög fallrisken är. (Institutet för hälsa och välfärd, 2016a).

Utöver FRAT-utvärderingen, finns det en bredare och mer omfattande utvärdering av fallrisken (se Bilaga 6). Denna görs på personer som får höga riskpoäng i FRAT-utvärderingen, har fallit flera gånger under ett år eller som kommer till läkarmottagning eller sjukhus på grund av fall. Utgående från poängantalen i utvärderingen beslutar man sig för vilka åtgärder som bör vidtas för att kunna minska och förebygga fallolyckor (Institutet för hälsa och välfärd, 2016a). I blanketten för utvärdering av fallrisken frågar man mer ingående om personens historia av fallolyckor, t.ex. huruvida personen har fallit under de senaste tolv månaderna, orsaker till fallen, var fallen inträffat, om några skador uppkommit i samband med fallet och under vilken tid på dygnet de inträffat. Man tar även i beaktande andra faktorer som fötternas kondition och vilka skor som personen använder, vilka mediciner som används, om personen har några andra sjukdomar, syn och hörsel samt minne, inkontinensbesvär, näringsintag och alkoholanvändning, mentalt tillstånd, behov av hjälp, och funktionsförmåga samt miljö och aktivitet (Institutet för hälsa och välfärd, 2016a).

Enligt instruktioner från Institutet för hälsa- och välfärd (2016a) ska den utförligare fallriskutvärderingen göras inom de närmsta tre dygnen om personen i FRAT-utvärderingen fått poäng för hög fallrisk. För personer med enbart förhöjd risk ska utvärderingen göras inom två veckors tid. FRAT-utvärderingen ska utföras på alla som fallit under de senaste tolv månaderna ifall utvärderingen inte gjorts tidigare, utöver det ska man alltid utvärdera läget på nytt i fall att hälsotillståndet förändras på sådant sätt att det inverkar på fallrisken. Hela utvärderingen behöver inte utföras på en gång, utan kan göras inom tre dagar från att utvärderingen påbörjades (Institutet för hälsa och välfärd, 2016a).

För att utvärderingsverktyg ska kunna ge nyttig information och kunna användas för det ändamål det är ämnat för, behöver den som använder verktyget ha tillräcklig kunskap om

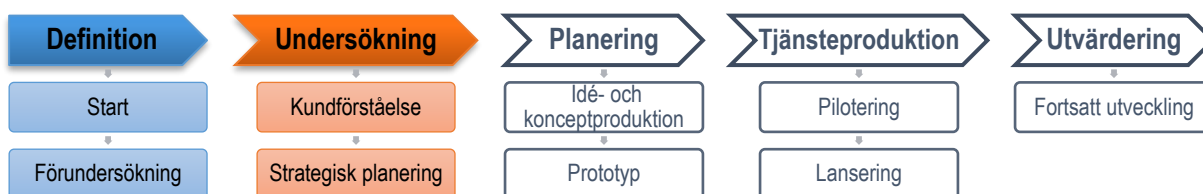


verktyget och dess funktion. Ifall verktyget används felaktigt och utvärderingen under- eller överskattar risker, kan det uppstå oväntade risker i vården och slösaktig användning av resurser. Vid användning av utvärderingsverktyg är det därför viktigt att ha kunskap om vad meningen med verktyget är. Det handlar om hurdan information verktyget ger om patienten, och hur relevant informationen är i en viss situation. Användaren behöver även ha kunskap om patientens situation, t.ex. orsaken bakom behovet av utvärderingen, hur verktyget används och på vilket sätt informationen från utvärderingen dokumenteras. Dessutom behöver utvärderaren ha kunskap om hur man analyserar och tolkar resultatet av utvärderingen samt hur man fortsätter utgående från resultatet. Vid användning av utvärderingsverktyg måste man delge patienten orsaken till utvärderingen, förklara hur verktyget fungerar samt vad resultatet berättar så att man kan motivera sina handlingar för patienten, samt göra patienten involverad i vården och utvärderingen för att få bästa möjliga resultat (Howartson-Jones, 2012, 39-41).

Användning av utvärderingsverktyg kräver erfarenhet och övning eftersom den här typen av verktyg inte är perfekta. Att helt okritiskt lita på verktygens resultat kan göra verktygsanvändaren blind för omkringliggande faktorer som inverkar på utvärderingen. Om inte patientens helhetssituation tas i beaktande kan verktygen vara missvisande. Dessutom fångar verktygen inte upp t.ex. kulturella olikheter som kan inverka på det slutliga resultatet (Howartson-Jones, 2012, 41). Därför är det viktigt att utvärderaren, vid sidan av själva verktyget, använder sig av klinisk observationsförmåga och kan kommunicera med patienten. (Howartson-Jones, 2012, 41).

Enligt Ann-Christin Elmvik har hela personalen på Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning fått utbildning i verksamhetsmodellen för IKINÄ och hur de använder IKINÄ:s fallriskutvärderingar (personlig kommunikation 16.1.2017).

## 4 Undersökning



**Figur 7 Undersökning, ett steg i processen för tjänstedesign.**

Undersökningsskedet (figur 7) består av informationsinsamling genom olika metoder i syfte att skapa en gemensam förståelse för bl.a. användarbehovet och utvecklingsmålsättningar (Tuuliniemi, 2016, 130). Det som upptar stor uppmärksamhet i det här skedet är kundförståelse. I detta skede ingår också strategisk planering inför det fortsatta arbetet. Examensarbetsgruppen datainsamling och litteratursökning behandlas närmare under kommande underrubrik.

Under det här skedet kommer målgruppen, dvs. avdelningspersonalen, att behandlas närmare som en del av kundförståelsen. Det består av målgruppens förväntningar, åsikter och önskemål, samt personalens nuvarande situation och behov. I samband med det undersöks orsaker till att verksamhetsmodellen för IKINÄ inte har förankrats på avdelningen. Genom att lyssna direkt till personalens behov och upplevda svårigheter kan man öka deras delaktighet i utvecklingen av slutprodukten. Den kunskapen stöder även det fortsatta arbetet och utvecklingen av en användbar produkt som svarar på personalens verkliga behov.

Under den strategiska planeringen behandlas komponenter som inverkar på produktens utveckling och dess kommande implementering på avdelningen. Till det hör framgångsfaktorer som bidrar till lyckad implementering samt implementeringsprocessen. Dessutom behandlas ämnen som säkerhetskultur och kvalitetssäkring i detta kapitel eftersom de har en relevant roll i förändrings- och förebyggande arbete.

### 4.1 Datainsamling och litteratursökning

Evidensbaserad vård kan ses som användning av den bästa tillgängliga kunskap inom området som för tillfället existerar (Forsberg & Wengström, 2013, 18). Av den orsaken är det viktigt att arbetet baserar sig på tillförlitlig och ny evidensbaserad kunskap som stöd för produktutvecklingen.

Sökorden för arbetets artikelsökningsprocess är huvudsakligen avgränsade till *implementering (implementation)* och *fallprevention (falls prevention, preventing falls)*. Utöver dessa tillkommer under arbetsprocessens gång andra sökord utgående från arbetets behov, dessa kombineras sedan med de primära sökorden. Sökorden presenteras närmare i tabell 1 i Bilaga 1. Artikelsökningarna har avgränsats till 2010–2017 för att få tillgång till nyaste evidens som bakgrund till arbetet. För att öka källorna och med det arbetets tillförlitlighet har gruppen valt att avgränsa sökningsresultaten till *peer reviewed*.

Examensarbetsgruppen har sökt litteratur i olika vetenskapliga databaser så som EBSCO (Academic Search Elite), CINAHL with full text, SWEMED+ och Joanna Briggs Institute (JBI). Gruppen valde att söka litteratur i dessa databaser eftersom de innehåller ett stort antal nya och aktuella artiklar inom ämnet. Joanna Briggs Institute (JBI) valdes eftersom examensarbetsgruppen ville få de bästa rekommenderade åtgärderna för bästa möjliga praxis. Från denna databas fås strukturerad sökning och analys av litteratur samt utvalda evidensbaserade vårddatabaser. Även här var avgränsningen år 2010–2017. Artikelsökningen visualiseras närmare i Bilaga 1 (tabell 2) i form av en sökrapport som presenterar datum för sökning, databas, sökordskombinationer, avgränsningar och antal träffar samt antal valda artiklar. I Bilaga 2 (tabell 3) presenteras också arbetets valda artiklar med författare, publiceringsår, titel, studiens syfte och metod, studiens resultat och motivering för val av artikeln.

Böcker söks manuellt i Yrkeshögskolan Novias bibliotek och dessa söks upp i Tritonias databas. Böckerna väljs ut utgående från relevans för ämnet och delvis också utgående från årtal. Även andra källor används, såsom Institutet för hälsa och välfärd, Världshälsoorganisationen och Social- och hälsovårdsministeriet.

Utöver litteratur kommer arbetet baseras på konsultationer med beställaren, dvs. avdelningsskötare Ann-Christine Elmvik på Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning och personalen på avdelningen. Ann-Christine Elmvik har gett sitt samtycke att användas som källa i arbetet, detta benämns som personlig kommunikation. Arbetet kommer dessutom att använda sig av studiebesök till avdelningen och möten med personalen som informationsinsamling. På förhand planeras vad examensarbetsgruppen har för mål inför konsultationen eller diskussionen med beställaren och hurdant resultat som förväntas. Dessutom förbereds frågor som är relevanta för att föra arbetet framåt.

## 4.2 Kundförståelse och andra kontakten med beställaren

Kundförståelse innebär att undersöka målgruppens förväntningar, behov och mål, så att tjänsteutvecklaren ska få en verklig uppfattning om den slutliga användarens motiv och förväntningar (Tuuliniemi, 2016, 142). Kundförståelse för det här arbetet innebär förståelse för slutproduktens användare, det vill säga personalen på Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning. Det innebär att skapa förståelse för personalens situation och verkliga behov för att kunna skapa en produkt som är funktionell och som främjar personalens förebyggande arbete. För att få kunskap om kundförståelsen ska arbetet närmare undersöka målgruppens behov för att lyckas med implementering samt hur förebyggande arbete kan främjas.

Breimaier et al. (2011, 1744) utförde en undersökning där syftet var att identifiera och beskriva sjukskötarens önskemål, behov och krav angående implementering och utnyttjande av forskning. Därtill undersöktes sjukskötarens attityder till implementering- och omvårdnadsforskning samt de hinder och framgångsfaktorer för implementering som sjukskötaren upplevde. Undersökningens resultat visade att de önskemål som sjukskötaren hade angående implementering var tillräckligt adekvat information, strukturell tillgänglighet och professionellt stöd. (Breimaier, et al., 2011, 1750). De faktorer som sjukskötaren ansåg vara hinder för implementering var tidsbrist, brist på information, kunskaper och intresse (Breimaier, et al., 2011, 1744).

En annan undersökning gjord av Clark och Marks-Maran visade att vårdpersonal behöver stöd för att ändra gamla vanor till nya rutiner. Genom att involvera dem i förändringsarbetet redan från början ökar man personalens delaktighet i förändringen och de har kontroll över förändringsarbetet. (Clarke & Marks-Maran, 2014, 223). Genom ökad delaktighet ges vårdarna bättre kontroll över förändringsarbetet och de känner att de blir hörda. Utgående från en annan studie ansåg vårdare att vissa egenskaper i ledarskap inverkar på förändringsarbetet. De önskade synligt, engagerande och stödjande ledarskap för genomförandet av förändringar, samt öppenhet i samband med förändringar (Godlock, et al., 2016, 23).

Delaktighet i processen är ett återkommande behov hos sjukskötare vid implementering och förändringsarbete. I en studie gjord av Friesen-Storms, Moser, van der Loo, Beurskens och Bours (2014, 63) uppkom att de deltagande sjukskötarna kände sig förbisedda och att deras åsikter vad värdelösa gentemot den forskningsbaserade evidensen. Detta är ett problem som lätt kan uppstå och av den orsaken är det av stor betydelse att upprätthålla en öppen

kommunikation för att sjukskötarna ska känna sig involverade i förändringsarbetet. I samma studie påpekas att begränsad kunskap om evidensbaserad praxis och negativa attityder hos sjukskötarna inverkar negativt på implementeringsprocessen. Däremot visade sjukskötarna vilja att ge högkvalitativ vård samt entusiasm och öppenhet inför nya innovationer (Friesen-Storms, et al., 2014, 62-63).

I samband med det första besöket fastställdes ett konsultations- och studiebesökstillfälle den 1.2.2017 tillsammans med avdelningens vårdpersonal och förmannen Ann-Christine Elmvik. Målet med tillfället var att presentera examensarbetsgruppen och tanken med arbetet. Gruppen ämnade också diskutera med personalen om deras tankar kring bl.a. det nuvarande läget avseende förebyggande arbete i frågan om fallolyckor på avdelningen. För att kunna skapa något som hjälper personalen i det dagliga förebyggandet av fallolyckor på avdelningen, har arbetet som mål att involvera personalen i processen. Innan mötet hade examensarbetsgruppen funderat kring målet med mötet och eventuella förslag på idéer att presentera för personalen. Examensarbetsgruppen förberedde sig för att lyssna på personalens tankar och åsikter.

Under mötet diskuterades tillsammans med personalen om varför fallriskutvärderingen enligt IKINÄ-modellen kanske inte alltid utnyttjas och används så som det är tänkt. Enligt personalen känns det inte som en så akut uppgift då patienten kommer till avdelningen utan de satsar sin tid på andra arbetsuppgifter istället. Avdelningen är också väldigt ofta överfull, alltså har de maximalt antal patienter inne som alla kräver sin tid. Detta leder då till att fallriskutvärderingen blir liggande, och kanske inte alltid blir gjord.

Enligt personalen är själva innehållet i den omfattande fallriskutvärderingen inte krävande så att det skulle hindra utförandet och alla anser sig ha den kunskap de behöver för att kunna använda den, men enligt dem räcker varken tiden eller resurserna till. Även en studie gjord av Breimaier et. al. (2011, 1744) visar att tidsbrist är ett hinder för lyckad implementering. Dock anser de att farmaceutens delaktighet i fallriskutvärderingen underlättar då denne går igenom patientens mediciner. Även ergoterapeuten och fysioterapeuten deltar genom att kontrollera patienternas hem och omgivning samt rörelseförmåga.

Under mötet fick personalen ta del av olika förslag och idéer som utformats inom examensarbetsgruppen. Därtill visades verktyget som förra årets examensarbetsgrupp hade gjort för Åbolands sjukhus. Personalen ansåg att det var ett väldigt bra hjälpmedel, och önskade att även de skulle ha användning av det. Andra idéer som presenterades var bl.a. att den som tar emot patienten även skulle vara den person som utför FRAT-utvärderingen.

Samma person skulle också kontrollera om MMSE är gjord inom ett år, eftersom resultatet från den då får användas. Personalen ansåg att detta skulle kunna vara en fungerande idé. Personalen själva sa att det skulle vara bra om det i patientens vårdplan skulle framgå om utvärderingen är gjord eller inte, så att de vet om den bör göras. I det stora hela verkar de vilja ha ett lättanvänt fungerande system, och inte mycket papper att hålla reda på.

### **4.3 Strategisk planering**

Den andra stora biten i undersökningsskedet är strategisk planering. Strategisk planering har större betydelse inom företagsvärlden, då man under det här steget utvärderar bl.a. företagets nuvarande position på marknaden (Tuuliniemi, 2016, 174). För det här examensarbetet inriktar sig strategisk planering mer på kartläggning av möjligheter och på att göra strategiska val inför det kommande arbetet i utvecklingsprocessen. Utifrån den insamlade informationen och kunskapen från tidigare steg görs strategiska val inför den kommande arbetsprocessen.

#### **4.3.1 Säkerhetskultur**

Alla patienter har rätt till säker och trygg vård. Kvalitet och säkerhet är nära sammanlänkade; om det uppstår brister i patientsäkerheten så uppstår även brister i vårdens kvalitet. Patientsäkerhet är en av grundstenarna för god vård och har en central roll i det förebyggande arbetet. Examensarbetsgruppen har därför valt att behandla ämnet säkerhetskultur eftersom förebyggande arbete är en viktig del av avdelningens kvalitetssäkrande arbete. Haavisto, Mäkijärvi och Anttila beskriver den allmänna säkerhetskulturen som den viktigaste av säkerhetsfaktorerna inom vårdbranschen. Säkerhetskultur ses i allt från planering och verkställning till uppföljning och utveckling. Säkerhetskulturen ingår som en del av organisationskulturen. (Haavisto, et al., 2013, 321).

Ansvar för patientsäkerheten och säkerhetskulturen ligger på alla nivåer inom vården. Vårdgivande organisationer ansvarar för att det finns tillgång till dokumenterade rutiner och organisatorisk struktur så att verksamheten kan följas upp t.ex. inom en kommun. På administrativ nivå ansvarar man för att framställa, slå fast och dokumentera de rutiner som t.ex. en vårdcentral ska följa för att systematiskt bedriva kvalitets- och säkerhetsarbete. Alla medarbetare ansvarar sedan för att medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera avvikelser och risker, ta del i analyser och delta i arbetet med att följa upp mål och resultat. Orsaker till att patienter skadas, visar sig ofta vara brister i organisationen, t.ex. brister i

rutiner, kommunikation och information. Med ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, en fungerande hantering av avvikelser samt analys och uppföljning av de inträffade händelserna, kan man identifiera, åtgärda och följa upp risker inom vården. För att nå en hög patientsäkerhet krävs utarbetade arbetsrutiner och vårdkedjor, att personalen har rätt kompetens och att alla aktivt medverkar till att öka säkerheten inom vården. (Öhrn & Nilsen, 2010, 197-198).

Säkerhetskultur som begrepp brukar beskrivas i de förhållningssätt och attityder till risker som finns i en organisation och hos medarbetarna. För att nå hög patientsäkerhet krävs det en god säkerhetskultur, vilket bl.a. betyder att man sätter in åtgärder i de systemfel som ligger till grund för problemen. Man kan även identifiera vissa kännetecken hos en organisation med hög säkerhetskultur. I den här typen av organisationer kan personalen erkänna att fel inträffar i organisationen. Dessutom upplever personalen att miljön är sådan att de utan rädsla kan rapportera missöden och negativa händelser. Inom organisationen finns det dessutom ett utvecklat samarbete mellan olika enheter och man har utvecklat processer för att hitta lösningar på säkerhetsproblem. Till sist ska det finnas särskilt utsedda resurser för säkerhetsarbetet (Öhrn & Nilsen, 2010, 198-199). Även Haavisto, Mäkijärvi och Anttila (2013, 321) har kunnat konstatera viktiga faktorer för en god säkerhetskultur: rapportering av skadeverkningar och farosituationer (såsom fallolyckor och medicinfel), informationsspridning, ledning av patientsäkerhetsarbete, tillräcklig personalbemanning och ett uppskattat kvalitetssystem.

Sjukhusets säkerhetsklimat har inverkan på patientsäkerheten. I synnerhet vårdpersonalens uppfattning av säkerhetsklimatet har visat sig hjälpa till att förutse farosituationer och närapå-situationer (Aaltonen & Rosenberg, 2013, 321). Inom hälso- och sjukvården är patientsäkerheten grunden för säkerhetskulturen, även grundstenen för god vård. För att systematiskt kunna utveckla patientsäkerhetskulturen inom en organisation krävs det att alla organisationens yrkesgrupper är delaktiga. Dessutom behövs ett starkt ledarskap för att genomföra förändringen. Utöver det behövs färdighet och kunskap hos både personal och ledning för att kunna förbättra patientsäkerheten. Med patientsäkerhetskompetens menar man personalens medvetenhet om vilka riskerna för patientsäkerheten är och kännedom om den egna enhetens riskhanteringsförfarande, samt förmågan att omsätta detta i det dagliga praktiska arbetet. Patientsäkerhetskompetensen omfattar även samarbetsfärdigheter och kommunikation. Ledningens uppgift är att se till att riskhanteringsförfarandet och arbetsprocessen är tydligt beskrivna och lätta att uppfatta samt att det finns förutsättningar för personalen att tillämpa dem i verksamheten. Vårdpersonalen ska i sitt arbete följa

principerna för en god patientsäkerhet och använda metoder, verktyg och rekommendationer som finns för att förbättra patientsäkerheten. Med hjälp av tillräcklig inskolning i arbetsuppgifterna och genom kontinuerlig fortbildning och uppföljning av kompetensen kan man trygga patientsäkerheten (Institutet för hälsa och välfärd, 2012, 15-17).

### 4.3.2 Kvalitetssäkring

Hälsovårdens grundläggande etiska principer innefattar att utföra goda gärningar, undvika uppkomst av skada, och säkerställa patientens självbestämmanderätt samt rättvisa. I patientsäkerhetsfrågan framhävs speciellt principen om undvikande av skada som centralt innebär att undvika onödigt lidande och riskerna för det hos patienten. Personal inom hälso- och sjukvård har en etisk skyldighet att i mån av möjlighet sträva till att minimera både risker för skador och skador som kan uppkomma i vården av patienten. Åtgärder som strävar till patientsäkerhet är därför helt i linje med hälsovårdens etiska principer. (Halila, 2013, 231).

Utöver det har enligt Lagen om patientens ställning och rättigheter (1992/785) alla rätt till en god och kvalitativ vård (§3). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326) ska sjukvårdsverksamheten baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner för att räknas som högkvalitativ och säker (§8). Kvalitativ vård innebär bl.a. säker vård där vårdskador förebyggs och i bästa fall inte förekommer överhuvud taget. Enligt Nordström och Wilde-Larsson utvecklas hälso- och sjukvården konstant och blir allt mer komplex. Detta ökar riskerna för att oönskade situationer och händelser uppstår i samband med patientens vård. För att reducera antalet vårdskador inom hälso- och sjukvården är det av yttersta vikt att kunna förutse risker och ta till åtgärder för att minimera riskerna (Nordström & Wilde-Larsson, 2012, 23).

Brister i patientsäkerheten relaterade till vårdskador förekommer både nationellt och internationellt på olika nivåer inom vården. Därför behövs kunskap och kännedom om risker och brister som förekommer inom organisationen relaterat till patientsäkerheten (Öhman, 2014, 382). Förutom att känna till detta behöver man ha kännedom om vad som definierar vårdskada för att aktivt kunna arbeta förebyggande samt för att förbättra patientsäkerheten. Öhman (2014, 382) beskriver vårdskada som resultatet av omständigheter inom den erhållna vården som kunnat undvikas hos den drabbade. Exempel är felmedicinering eller infektioner förorsakade av felaktig vård. Skador förorsakade av vården kan emellertid vara svåra att utreda. Man måste skilja på skadeverkningar av patientens vård (skada eller olyckshändelse) och på insjuknande eller dödlighet som förorsakas av patientens grundsjukdom. Dessutom



måste man skilja på skadeverkningar som går att förebygga och på oundvikliga händelser, eftersom patienten kan skadas även utan att vårdfel har inträffat, t.ex. biverkningar av medicinering. (Aaltonen & Rosenberg, 2013, 11). Detta kan närmast definieras som komplikationer, vilket innebär att en medförd skada inte kunnat förhindras under gällande omständigheter vid tidpunkten (Öhman, 2014, 382).

Utgående från detta är då vårdskada något som kunnat undvikas och kan förebyggas, medan en komplikation inte kunnat förhindras vid tidpunkten för händelsen, men gränsen mellan begreppen är smal. Relaterat till fallolyckor som sker på vårdinrättningar kan man utgående från ovan beskrivna definition säga att fallolyckor är avvikande händelser som medför vårdskador, eftersom de långt kan förhindras och förebyggas. Av skadorna som fallolyckor ger kan patienten däremot genomlida ytterligare komplikationer. Äldre patienter löper ökad risk för komplikationer under större operationer, som t.ex. höftbensoperationer efter en fallolycka.

Om en oönskad händelse skulle inträffa måste man ta lärdom av den och vidta åtgärder för att förhindra att den inträffar igen. Därför är avvikelserapportering ett viktigt redskap för att registrera alla oönskade händelser för att sedan kunna ta i bruk åtgärder för att förhindra en upprepning (Nordström & Wilde-Larsson, 2012, 23-24). Vid en oönskad händelse som medför att en patient kommit till skada bör man göra en händelseanalys. En händelseanalys är en reaktiv metod, med den betydelsen att man försöker dra lärdom av tidigare misstag och felhandlingar, så att de inte ska upprepas. Syftet är att ta reda på grundorsaken till varför en händelse inträffat, man beskriver den kedja av händelser som lett till vårdskadan. (Nordström & Wilde-Larsson, 2012, 24).

På akut- och rehabiliteringsavdelningen i Pargas använder man sig av rapporteringssystemet HaiPro för att kartlägga de farosituationer och tillbud som sker inom vårdarbetet. HaiPro utvecklades ur ett behov av ett systematiskt och datatekniskt redskap för att kontrollera de ökande läkemedelsfelen och andra skadeverkningar. Rapporteringssystemet behandlar numera både skadeverkningar och tillbud/nära-på-situationer. Rapporteringen av farosituationer sker enligt följande skeden: identifiering av farosituationen, anmälning/rapportering, emottagande av rapporten samt analys och klassificering av den, beslut om fortsatta åtgärder, uppföljning och utvärdering. Rapporteringen sker elektroniskt och den kan göras anonymt eller med namn. Rapporteringen bygger på den enskilda personalens initiativtagande och det kräver att alla som upptäcker en farosituation kontrollerar rutinerna kring situationen. Anmälningarna kommer till vissa utsedda personer,

i detta fall till avdelningssköterskan, som behandlar och beslutar om åtgärder och uppföljning. För att kunna utnyttja kunskapen som anmälningarna ger, är det viktigt att arbetsenheten regelbundet får information om uppgifterna som samlats i rapporteringssystemet. (Kinnunen, et al., 2013, 260-261).

En studie gjordes för att öka förståelsen för hur beslutsfattande och samtal efter fallolyckor kan utnyttjas som källa till kunskap för att minska fallolyckor (Reiter-Palmon, et al., 2015, 322). Resultatet visade att en gemensam genomgång av fallolyckor och de beslut som fattades i samband med incidenten, bidrog till ökad kunskap att identifiera riskfaktorer för fallolyckor i det dagliga arbetet. Den gemensamma hanteringen visade sig även vara gynnsam för det fallförebyggande arbetet då det minskade antalet olyckor och misstag i samband med fallolyckorna (Reiter-Palmon, et al., 2015, 322). Även en annan studie gjord av Godlock, Christiansen och Feider (2016, 18, 22) där man tillsatte en särskild arbetsgrupp för att förebygga fallolyckor, visade att teamarbete är användbart och att månatliga genomgångar av fallolycksrapporter inverkade förebyggande.

På Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning går man igenom HaiPro-rapporterna en gång i månaden under ett personalmöte. Vid mötet deltar även fysioterapeut och ergoterapeut. Med stöd av rapporterna är meningen med den gemensamma genomgången att ge utrymme för utveckling och idéer för hur man skulle kunna förhindra att dessa olyckor inträffar. Ibruktagnandet av verksamhetsmodellen IKINÄ är ett resultat av en sådan utveckling, med målet att fallstatistiken ska gå neråt. Utgående från HaiPro-rapporterna görs även en bedömning om hurdana hjälpmedel och hurdan utrustning som ska införskaffas till avdelningen för att underlätta det fallförebyggande arbetet. Det kan vara t.ex. skor och strumpor till patienterna, eller specialmadrasser där sidorna är extra starka för att förhindra att patienten glider ur sängen (personlig kommunikation med avdelningssköterska Elmvik 10.04.2017).

Kvalitet och säker vård går så att säga hand i hand. Om kvaliteten är hög är oftast vården också säker. Patientsäkerhet innebär att skydda patienten mot vårdskador. En vårdskada kan drabba en person som får vård och behandling, en sådan skada är resultatet av en så kallad negativ händelse och därmed möjlig att undvika. Grunden för säkerhetsarbete är god kännedom om organisationens risker och en medvetenhet om systemets brister. Detta uppnås genom aktivt patientsäkerhetsarbete som inkluderar en fungerande avvikelshantering, systematiska analyser av allvarliga händelser, förebyggande riskanalyser och en god säkerhetskultur (Ehrenberg & Wallin, 2014, 382).

### 4.3.3 Implementering

Implementering brukar i vardagligt tal beskrivas som att genomföra, införa, förverkliga, applicera, utföra eller sätta i verket. Termen saknar tillsvidare en enhetlig definition, men förenklat är implementeringens syfte att förverkliga och realisera idéer och planer till en konkret handling (Nilsen & Roback, 2010, 51-52). Implementering inom hälso- och sjukvården väcker allt större uppmärksamhet. I strävan att erbjuda patienter bästa möjliga vård finns det förväntningar på att forskningsresultat ska implementeras inom vården.

Förändringar i världen är inte något nytt fenomen, de sker konstant och alla organisationer behöver anpassa sig till förändringarna. Det är fråga om att göra en systematisk förbättring till en del av det dagliga arbetet och ta tillvara kompetensen och utvecklingskraften hos personalen (Ehrenberg & Wallin, 2014, 332). För att kunna utveckla sitt arbete är det viktigt att kunna granska det kritiskt och att kontinuerligt utvärdera utvecklingen. Helhetsmålet med utvecklingsarbete inom vården är att förbättra vården för patienterna.

Då är frågan; hur utvecklar man en förändring som leder till en förbättring? Många olika metoder kan användas här. Enligt Nordström och Wilde-Larsson kan man använda sig av till exempel kreativt tänkande och hämta goda idéer från andra. Dock räcker inte enbart vetenskaplig evidens för att uppnå en förbättring, kunskapen behöver också tillämpas i praktiken. För att få en hållbar och god effekt bör tillämpningen anpassas till den situationen i fråga och till den specifika miljö där arbetet sker (Nordström & Wilde-Larsson, 2012, 102-104).

John Kotter har introducerat tillämpningssteg som används globalt inom många olika yrkesområden och nivåer inom organisationer för att underlätta förändringsledarskap. Sedan ursprungsmodellen introducerades under 1990-talet har världen börjat snurra snabbare, och med det även förändringstakten (Kotter International, 2017). För att underlätta och möjliggöra förändringsarbetet skapade han därför en modell med åtta steg. Kotters modell tas här upp eftersom den ger en bra överblick för hur förändringsarbete sker och påvisar även hur mångfasetterad den är, samtidigt som de olika stegen ger direktiv för hur man kan lyckas genomföra förändringar.

De tre första stegen handlar om att skapa ett förändringsklimat. Inledningsvis handlar det om att befästa en känsla av angelägenhet där man beskriver möjligheterna så att det attraherar följare och inleder skapandet av en vilja till förändring. Därefter skapar man en koalition, som kan beskrivas som en grupp människor som handleder och kommunicerar aktiviteterna

inom förändringsarbetet. Detta förbättrar möjligheterna för att föra vidare förändringsarbetet och främjar hela organisationens deltagande i en hållbar förändring. Tillsammans utvecklar man därefter en tydlig vision med välplanerade initiativ och mål som underlättar förverkligandet av förändringsarbetet. (Kotter International, 2017).

De följande tre stegen i Kotters modell beskriver hur man uppmuntrar och skapar förutsättningar för förändring. En viktig del i själva förändringsarbetet är att kunna kommunicera visioner. Genom att skapa en tydlig vision som man lätt kan föra vidare inom organisationen, skapar man möjlighet för organisationsmedlemmarna att komma med i visionen och hjälpa till att genomföra förändringsarbetet. Följande steg handlar om att avlägsna hinder som förhindrar förändring. Genom att rensa bort hinder som t.ex. ineffektiva processer, skapar man potential för nya möjligheter och ger frihet att göra inverkan. Därefter gäller det att ta små steg genom att säkra kortsiktiga segrar. Genom små delmål upprätthåller man energin till viljan att förändras, samtidigt som man på nära håll kan följa implementeringsprocessens resultat. Den sista delen bestående av två steg innefattar själva implementeringen och bibehållandet av förändringen. Genom att vara flexibel inför eventuella utmaningar inom förändringsprocessen och anpassa sig efter behovet, kan man hålla liv i förändringsarbetet. För att till slut förankra förändringsarbetet gäller det att se till att det nya beteendet fortsätter upprepas och att den positiva följden av förändringen kommuniceras inom organisationen. (Kotter International, 2017).

Det har också visat sig att ömsesidiga positiva förväntningar och tilltro mellan ledning och personal är viktiga förutsättningar för det goda förändringsarbetet. Positiva förväntningar ger energi och uppmuntrar till ett konstruktivt förändringsarbete, liksom tron på att förändringsarbetet kommer att föra med sig positiva resultat (Angelöw, 1991, 104, 106). Däremot är ett stort hinder för förändringsarbetet otillräcklig tro på att förändringarna är möjliga att genomföra inom den egna organisationen, i synnerhet för de förändringsprocesser som bygger på delaktighet (Angelöw, 1991, 108).

En förbättring kräver att man arbetar aktivt för att nå det önskade målet. En viktig del i implementeringsarbetet är själva förändringen från det gamla till det nya. Utöver det behövs det dessutom vilja hos personalen. För att en vilja för förändring ska uppstå, krävs det att man upplever förändringen som nödvändig och att fördelarna med förändringen är större än nackdelarna. Omställningar och förändringar inom dagens hälso- och sjukvård handlar många gånger om att förändra ett system som baserar sig på föråldrad och ibland också ineffektiv syn på hur vård ska utföras. (Wolf & Carlström, 2014, 117).

Systemtänkande är väsentligt för att förstå hur saker och ting hänger ihop och hur förändringar i en del av systemet kan ha svårförutsedda effekter på delar av systemet. Genom att tänka efter vad man försöker åstadkomma konkretiserar man målet för förbättringen. Genom att testa och följa med resultat får man svar på hur man kan veta att en förändring är en förbättring eller inte, och utgående från detta kan man välja den förändring som högst troligen leder till en förbättring. (Nordström & Wilde-Larsson, 2012, 100-101).

Relaterat till tjänstedesign, även kallat tjänsteinnovation, beskrivs implementering som en särskild utmaning i sig. Som även tidigare konstaterats ligger implementeringens utmaning i att förbli en varaktig del av vården. Tjänstedesign beskriver även den värdeskapande processen som en utmaning för implementering (Kristensson, et al., 2014, 97). Det vill säga att då tjänsten eller produkten används ska den kunna ge användaren något av värde. En annan utmaning enligt Kristensson et al. (2014, 97) ligger i att företaget ska kunna förklara sin tjänst på sådant sätt att den säljer. Tillämpat på implementering inom hälso- och sjukvården innebär detta att kunna kommunicera nya metoder eller produkter till användarna på ett sätt som ökar deras vilja att vara delaktiga i förändringen. Organisationen ska därför själv kunna förstå och förklara den nya metoden eller produkten för användarna, dvs. personalen, för att de lättare ska kunna ta den till sig. För att underlätta både för organisationen och för användaren gäller det att produkten är lätt att förstå (Kristensson, et al., 2014, 97).

Dessutom är det generellt lättare för produkter att implementeras än för tjänster (Kristensson, et al., 2014, 98). En produkt är något mer konkret och kan snabbare ge värde och tillfredsställelse för användaren jämfört med tjänster, som kan vara en sammanställning av både något materiellt och immateriellt, eller enbart något immateriellt. Med tanke på arbetet inom hälso- och sjukvården kan det kännas lättare att ta i användning ett nytt mätinstrument, istället för att ändra gamla arbetsrutiner och införa nya metoder i det dagliga arbetet. Kristensson et al. (2014, 98) beskriver några aspekter som organisationen kan beakta vid implementering. För organisationen handlar det om att kunna kommunicera värdet i metoden eller produkten (Kristensson, et al., 2014, 98), vilket innebär att förmedla nyttan och värdet med förändringen för organisationen och användaren. För att underlätta värdeskapandet och anpassningen ska organisationen kunna anpassa förändringen enligt organisationens och användarnas behov och kontext (Kristensson, et al., 2014, 98). Det vill säga, organisationen ska kunna ta i beaktande användarna vid införandet av nya metoder och produkter och lyssna till deras behov. Det är därför viktigt att det finns en dialog och kommunikation mellan användarna och organisationen så att man kan skapa sig en gemensam bild inför

förändringen. Då det gäller införandet av nya metoder gäller det därför att även användarna, dvs. personalen, lyssnar på organisationens behov. Om det inom organisationen finns behov och önskemål att öka det fallförebyggande arbetet ska personalen kunna ta till sig det behovet. Men organisationen behöver lika väl lyssna till personalen och vara öppen inför deras tankar kring förändringen. Genom öppen dialog och förståelse mellan parterna kan man öka chanserna för en hållbar förändring.

#### **4.3.4 Implementeringsprocessen**

Att införa nya metoder i en verksamhet tar ofta lång tid, men implementering kan både planeras och genomföras framgångsrikt. Forskning om implementering har gjorts inom många områden, t.ex. inom hälso- och sjukvården och inom socialt arbete, och det har lett till den kunskap man nu har om lyckad implementering (Socialstyrelsen, 2012).

Implementeringen kan delas in i fyra olika faser. Första fasen består av behovsinventering. Förändringsarbetet borde starta med att identifiera vilket behovet är av nya metoder. Många gånger startar ett förändringsarbete genom att en metod slår igenom och man bestämmer sig för att implementera den, oberoende av vilken evidens eller vilket forskningsstöd som finns för hur effektiv metoden är. Då placeras metoden i centrum istället för behovet. För att bättre lyckas med en implementering, bör man utgå från det identifierade förändringsbehovet och sedan försöka välja det bästa sättet att tillgodose detta behov. För att identifiera och förtydliga vad behovet är, behövs det oftast objektiv data i någon form, dvs. neutrala och opartiska fakta, som tydligt kan påvisa vad behovet är. Objektiva data kan t.ex. vara statistik som visar högt antal fallolyckor på en avdelning, och detta utgör behovet för förändring. Detsamma gäller även för målet med implementeringen, målet måste vara tydligt och inte kunna missförstås. Målet ska även vara mätbart. Det är lätt hänt att man formulerar en vision istället för ett konkret och mätbart mål som går att nå inom en överskådlig framtid. (Socialstyrelsen, 2012).

Behovet för implementering av fallförebyggande arbete har redan definierats på avdelningen i och med det höga antalet fallolyckor som förekommer på avdelningen, även om statistik visat att trenden inte varit stigande (personlig kommunikation med avdelningsskötare Elmvik 16.1.2017). Beställarens mål att minska fallolyckor kan i nuläget beskrivas som en vision, men en lyckad implementering av förebyggande arbete borde kunna ses i minskat antal fallolyckor.

Följande steg är installation av metoden. När behovsidentifieringen har gjorts och man har beslutat att en ny metod ska införas, måste man se till vilka resurser som krävs. Det kan t.ex. handla om tid, nytt material, aktiviteter och utbildning av personal. Förändringsarbetet är en process och för att det ska bli tydligt, behöver det förankras. En del av förankringen är att enas om målen. Det är också viktigt att behovet av förändring förankras inom hela organisationen och inte bara inom den direkt berörda delen. Om man inte förstår förändringsbehovet kan förändringsarbetets innebörd och syfte missförstås. Den metod man har beslutat sig för bör även överensstämma med organisationens värderingar och uppgifter. Grundläggande frågor i förankringsarbetet är: varför, på vilket sätt, vilka berörs, vilka resurser finns, vilka resurser behövs, vad krävs av mig, vad krävs av organisationen, vilka eventuella hinder finns, vilka faktorer för framgång finns (Socialstyrelsen, 2012).

Utgående från ovannämnda beskrivning av steget i implementeringsprocessen kan man identifiera den nuvarande situationen på Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning. Det finns uttryckta behov av förändring och personalen har kunskap och resurser för att arbeta fallförebyggande. Dock har förändringsbehovets syfte och innebörd delvis missuppfattats. Personalen har förståelse för att förändringar behöver ske, men hur, vad och vem som ansvarar för detta i praktiken har blivit oklart. Med det här examensarbetet är målet att klargöra syftet och innebörden med implementeringen och stödja vårdpersonalen och organisationen i processen genom att utveckla en stödjande produkt.

När en ny metod tas i användning kan den professionella känna sig både obekvämt och osäker. Därför är det just i denna fas som många förändringsarbeten misslyckas. Risken finns för att den professionella börjar anpassa metoden enligt sig själv istället för att använda metoden på det förväntade sättet. Varje metod består av delar, så kallade kärnkomponenter, som utgör själva innehållet i metoden. En viktig del av implementeringen är att kärnkomponenterna används på det avsedda sättet, och att metodens anvisningar följs. Det är enbart då man kan påstå att den nya metoden har implementerats på ett korrekt sätt. För att stöda en korrekt implementering av en ny metod, är det bra med en fortlöpande handledning som är integrerad i verksamheten. (Socialstyrelsen, 2012).

Sista steget i implementeringsprocessen handlar om vidmakthållande av metoden. Man anser att metoden är implementerad om mer än hälften av de professionella använder den nya metoden på det tilltänkta sättet. Efter det tar det ytterligare ett till två år innan metoden har blivit rutin. För att uppnå och upprätthålla ett patientsäkert arbete, måste man utvärdera arbetet och kunna skilja på om problem som uppstår beror på implementeringsprocessen, på

själva metoden eller på kompetensen hos de professionella, på organisationen eller på ledarskapet. (Socialcentralen, 2012).

Efter att implementering gjorts finns det alltid en risk för att man återgår till de gamla och välbekanta rutinerna (Friesen-Storms, et al., 2014, 65). Implementering är en lång process och alla förändringsarbeten behöver tillämpas utgående från den enskilda avdelningen. Men man har ändå kunnat konstatera några faktorer som inverkar på hur väl en ny metod implementeras. En del faktorer kan relateras till själva innovationen, dvs. den nya metoden. Till dessa hör metodens relevans och karaktär (Fleiszer, et al., 2015, 8). Andra faktorer som berör metoden är även metodens relativa fördelar, användbarhet och anpassningsbarhet. De snabba och positiva följderna efter införandet ökar motivationen att använda den nya metoden. (Socialstyrelsen, 2012).

Faktorer relaterade till förändringens kontext inverkar på implementeringens hållbarhet. Samarbetsparter utanför den egentliga organisationen kan fungera som stöd och vägledning. Genom att se lyckade förändringsarbeten inom andra organisationer ställer det krav på organisationen att genomföra förändringar för att förbättra organisationens prestationer. Negativa faktorer kopplade till kontexten för förändringsarbete är bl.a. ekonomiska resurser, mångprofessionellt samarbete och vårdenhetens atmosfär. (Fleiszer, et al., 2015, 8). Mångprofessionellt samarbete har i studien utförd av Fleiszer et al. (2015, 8) upplevts som en negativ faktor eftersom många yrkesgrupper ofta varit involverade vid förändringsarbeten, men att de längs med processen fallit ur då metoden mera avgränsats till enbart vård. Detta leder i sin tur till förvirring och frustration hos vårdarna och andra delaktiga i förändringsarbetet. För att förhindra detta gäller det att stödja det mångprofessionella samarbetet och se till att de olika yrkesgrupperna förblir involverade och har en aktiv roll. Dessutom behöver alla involverade yrkesgrupper ha förståelse för varandras roller och ansvarsområden (Babine, et al., 2016, 48).

En annan grupp av förstärkande faktorer berör ledarskap. Gott samarbete och förbindelse mellan olika ledare, och kompletterande ledarskap (Fleiszer, et al., 2015, 8). Faktorer i själva implementeringsprocessen är reflektion kring orsak och verkan (Fleiszer, et al., 2015, 8-9).

#### **4.3.5 Framgångsfaktorer**

Tzeng har i en undersökning konstaterat att det ännu är oklart om det finns ett enkelt sätt eller en enkel metod för att framgångsrikt genomföra evidensbaserade kliniska förbättringar. Då man utformar en strategi för genomförandet av förändringar är det viktigt att man riktar



sig mot den enskilda vårdinstitutionens strukturella och attitydmässiga behov, samt på hindren respektive möjligheterna till förändring. Dock kan befintliga forskningsresultat visa sig vara otillräckliga för att påverka sjuksköterskors värderingar, föreställningar och beteendemönster för patientsäkerheten, samt för att förändra praxis och arbetsmiljö. (Tzeng, 2011, 140).

En framgångsrik strategi kan rikta in sig på två mål: främjandet av sjuksköterskors professionella kunskaper och färdigheter i samband med att implementera fallförebyggande program, och utvecklandet av sjuksköterskors attityder i samband med att behandla patienterna som en i familjen. Att fokusera på sjuksköterskornas attityder och inställningar kan medföra en förändring, som i sin tur kan stödja en patientcentrerad och relationsbaserad verksamhetsmiljö. (Tzeng, 2011, 140-141). En studie fann att ledare som införde evidensbaserad praktik i en strategisk plan uppmuntrade och möjliggjorde för sjuksköterna att ta del av ny evidens, och sedan tillämpa den på ett värdefullt sätt i deras arbete. Den strategiska planen för evidensbaserad praxis fungerade stödjande genom att den utgjorde en gemensam vision och struktur samt process för hur evidensen ska tillämpas. (Hauck, et al., 2013, 673).

Då man implementerar ett fallförebyggande program i vårdmiljö behöver utbildningsmålet för sjuksköterskor inte enbart främja deras professionella kunskaper, utan även utveckla deras vårdande attityder för att behandla patienterna som en i familjen, enligt principerna för patientcentrerad vård (Tzeng, 2011, 142-143).

Då metoden ska börja användas är det tre faktorer som påverkar hur väl förändringsarbetet lyckas. För det första handlar det om kompetens hos användarna. Urval, utbildning och handledning av personalen är viktiga delar i implementeringsprocessen. Oftast är kraven specifika på dem som ska arbeta med en ny metod och därför är det viktigt att informationen om vad arbetet kommer att innebära, är tydlig och komplett. Valet av personal handlar inte bara om att hitta rätt personer för genomförandet, utan också om att framställa en tydlig målbild. Personalen behöver utbildning i den nya metoden, men det är först då handledning knyts till undervisningen, som en mera varaktig förändring brukar inträffa. En kunnig handledare kan fånga upp problem och vägleda förbi de svårigheter som uppstår i början och på det sättet underlätta att metoden används korrekt. (Socialstyrelsen, 2012).

Dagens informationssamhälle ställer stora krav på individers förmåga att ständigt lära sig nya saker och ta till sig nya kunskaper. Ofta betonas vikten av livslångt lärande och arbetsuppgifterna förändras under hela den yrkesverksamma tiden. Allt flera av

arbetsuppgifterna kräver teoretisk kunskap, vilket leder till att praktikbaserad kunskap måste kompletteras med teoribaserad kunskap. Detta sker genom olika former av utbildning och fortbildning. (Nilsen, 2010, 140).

Vårdorganisationen idag är kunskapsintensiv med välutbildad personal och med samarbete i tvärprofessionella team. Det har dock visat sig att olikheterna beträffande medlemmarnas värderingar, arbetssätt, rollkonflikter samt bristande förståelse för varandras kunskap, kan utgöra hinder för en praktisk kunskapsspridning och förminska möjligheterna till utveckling. Lärande inom vårdarbetet försvåras också bl.a. av förväntningar på arbetets utförande och rutiner samt instruktioner som måste eller bör följas. Autonomi gällande tidsdisponeringen är även den en försvårande omständighet. Vanligen används tid enligt standardiserade enheter, oftast en viss tid per patient, istället för att anpassa tiden enligt patientens problem eller diagnoser. Dessutom kännetecknas vården av oförutsedda händelser som personalen måste reagera på. (Nilsen, 2010, 139-140).

En stödjande organisation är en annan betydande faktor. Det är viktigt att det inom organisationen råder en positiv inställning till nytänkande, förändring och kompetensutveckling. Organisatoriskt stöd handlar om att samordna andra verksamheter och organisationer samt att säkra finansieringen och det politiska och administrativa stödet. En stödjande administration omfördelar vid behov resurser såsom tid, ekonomi och personal. Det som är utmanande vid implementeringen av nya metoder, är att se till att metoden inte ändras för att passa organisationen istället för att organisationen anpassas till de nya effektivare metoderna. (Socialstyrelsen, 2012). Detta för att behålla metodens tillförlitlighet.

Till sist spelar ledarskap en avgörande roll för en lyckad implementering. Ledarskapet kan handla om att tydliggöra roller och ansvar, tilldela uppgifter och kunna motivera förändringarna samt förstå svårigheterna i att ta i bruk ett nytt arbetssätt. Ledaren måste också kunna hantera situationer där lösningen inte är självklar och övertyga tveksamma medarbetare (Socialstyrelsen, 2012). En förändringsstrategi som betonar delaktighet går ut på att alla som berörs av förändringarna deltar i förändringsarbetet. Det betyder att många personer deltar i planerandet, genomförandet och uppföljandet av förändringarna. Detta är tidskrävande, men samtidigt känner de berörda både engagemang och förändringsvilja, alla är delaktiga och tar ansvar för att åtgärder utförs. På det sättet skapas goda förutsättningar för att förändringsarbetet kan ingå som en naturlig del i det dagliga arbetet (Angelöw, 1991, 95-96). Ledarens tillgänglighet inverkar även på accepterandet och upprätthållandet av evidens i det praktiska arbetet hos avdelningspersonalen (Babine, et al., 2016, 39).

De här faktorerna, tillsammans med en korrekt användning av metoden, ökar sannolikheten för att verksamheten når målgruppen, i det här fallet vårdpersonalen på Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning. De tre förändringsfaktorerna samverkar med varandra och kompenserar varandra. Det betyder att om en faktor är mindre utvecklad, så ställer det högre krav på de båda andra (Socialstyrelsen, 2012).

På en allmän nivå är den mångprofessionella gruppens målsättning i patientarbetet klar: man strävar till att reda ut patientens situation och lösa eventuella problem genom att sammansätta expertkunskap från olika områden. En fungerande grupp har en gemensam uppfattning om målsättningen och arbetsfördelningen i gruppen ska stöda arbetet så att målen kan uppnås. För att samarbetet inom en grupp ska fungera behöver alla medlemmar ha en gemensam förståelse för arbetsprocessen och känna till vilket skede man just för tillfället befinner sig i. Dessutom måste alla kunna lita på att varje gruppmedlem känner till sitt eget ansvarsområde och sin del av processen. Då kunskap och förtroende för de andra i gruppen finns, behöver man inte varje gång diskutera arbetsfördelningen på nytt. Arbetsprestationskedjan hålls intakt om alla vet i vilket arbetsskede det egna ansvarsområdet slutar och var den andras ansvar börjar. Gruppen kan till sin hjälp ha olika checklistor för att försäkra sig om att vårdåtgärderna vidtas. (Aaltonen & Rosenberg, 2013, 306).

## 5 Planering



**Figur 8 Planering, ett steg i processen för tjänstedesign.**

Under följande steg, planeringen (figur 8), påbörjas skapandet av idéer och koncept för möjliga lösningar. Målet med idéproduktion är att producera olika tänkbara lösningar och sedan värdera dem utgående från hur realiserbara de är (Tuuliniemi, 2016, 182). Efter att man hittat en fungerande idé påbörjas konceptskapandet som byggs upp efter idéns huvuddrag. Konceptet ska svara på frågor om hurdan tjänsten är, hur tjänsten ska levereras, hur den motsvarar användarbehovet och hurdana krav den ställer på beställaren/tjänsteleverantören. (Tuuliniemi, 2016, 191). Utgående från idéproduktionen och konceptskapandet kan man sedan framställa en prototyp, det vill säga en grundläggande mall

för tjänsten som kan användas för testning och fortsatt utveckling. Prototyper används för att pröva ifall den tilltänkta användningen fungerar som planerat samt att upptäcka eventuella brister som behöver korrigeras (Tuuliniemi, 2016, 196). Koncept och prototyper prövas både på målgruppen, det vill säga användaren, och på organisationen, det vill säga beställaren (Tuuliniemi, 2016, 196), tills man kommer fram till en produkt som fungerar.

Som tidigare nämnts är processtegen för tjänstedesign flytande och behöver inte följa en bestämd ordning. Det innebär att idéproduktionen kan inledas redan tidigare i processen, däremot rekommenderas att själva skapandet och vidareutvecklingen av idéer genomförs som ett resultat av den insamlade informationen och kunskapen. Detta för att den insamlade kunskapen bättre ska komma till nytta i produktutvecklingen. I det här skedet är det av stor nytta att diskutera idéer och koncept tillsammans med beställaren och personalen på avdelningen. Det bör göras för att kontrollera att idéerna verkligen är genomförbara och att de förhoppningsvis motsvarar användarnas behov av och förväntningar på produkten.

## **5.1 Tredje kontakten med beställaren**

Den 3.3.2017 träffade examensarbetsgruppen avdelningsskötare Ann-Christin Elmvik på Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning. Det diskuterades kring hur implementeringen av verksamhetsmodellen IKINÄ skulle kunna gå till på avdelningen. Målet är fortsättningsvis att på bästa sätt möjliggöra att genomförandet av de olika utvärderingarna blir en smidig arbetsrutin i vårdarbetet, samt säkerställa att rutinen vidmakthålls i framtiden.

Under mötet diskuterades olika idéer som tillkommit inom examensarbetsgruppen. Följande planer diskuterades och utvecklades tillsammans med avdelningsskötaren och är ett första utkast till hur rutinen kring användningen av verksamhetsmodellen IKINÄ kunde se ut.

1. Vårdare som tar emot patienten till avdelningen gör FRAT-utvärderingen. Samma vårdare kollar upp om MMSE gjorts tidigare och om resultatet fortfarande är giltigt. Om det senaste MMSE -testet är över tolv månader gammalt gör vårdaren ett nytt test. Vårdaren ger sedan informationen vidare till modulens ansvariga sjukskötare.
2. Om poängen i FRAT-utvärderingen överstiger 11 poäng ska den omfattande utvärderingen göras och då koordinerar sjukskötaren det arbetet och ser till att utvärderingens olika delar blir gjorda. Förslagsvis kunde den omfattande utvärderingen förvaras i patientens pappersjournal tills alla de olika delarna är ifyllda. På så sätt blir det enklare att fördela utvärderingen på flera olika tillfällen, vilket antagligen skulle underlätta

användningen av den utförliga utvärderingen, då personalen anger tidsbrist som den största orsaken till att utvärderingarna inte blir utförda. Det finns redan en viss arbetsfördelning av de olika delarna i den omfattande utvärderingen, t.ex. gör avdelningens fysioterapeut de delar som har att göra med den fysiska rörligheten och motoriken, farmaceuten går igenom patientens läkemedel och samarbetar med avdelningens läkare om medicinförändringar behövs. Övriga delar av den omfattande utvärderingen görs av modulens vårdare.

3. Vid tidigare kontakter med avdelningen har examensarbetsgruppen tagit reda på bl.a. hur de olika arbetspassen överlappar varandra, och gav som förslag att man eventuellt kunde planera in tid för pappersarbete på vårdpersonalens arbetsschema. Viktigt är dock att denna tid fördelas på olika personer i personalgruppen, för att göra alla delaktiga. Det här förslaget diskuterades under mötet tillsammans med avdelningssköterskan och enligt henne är idén bra och genomförbar. Tidpunkten skulle kunna införas på eftermiddagarna under den timme då både morgon- och kvällspersonal samtidigt är på plats. Avdelningssköterskan tar som uppgift att kontrollera arbetslistorna närmare och fundera på hur man kunde införa den här tiden för pappersarbete i arbetsschemat.

4. Avdelningen och avdelningssköterskan har fått bekanta sig med de konkreta verktyg som utvecklades föregående år av ett examensarbete i samarbete med Åbolands sjukhus. De ansåg att verktyget var bra och att de gärna tar det i användning. Minna Syrjäläinen-Lindberg, projekthandledare för det här examensarbetet, har kontrollerat om den examensarbetsgrupp som utvecklade verktyget ger sitt tillstånd för användning av produkten. De gav årets examensarbetsgrupp tillåtelse att använda produkten. Årets examensarbetsgrupp ser senare till att verktygets logo för Åbolands sjukhus byts ut till logon för Pargas stad. I övrigt används produkten som sådan.

## **5.2 Produktidé**

Examensarbetsgruppen har funderat mycket och noggrant över den slutliga produkten av arbetet. Det har funnits idéer som t.ex. ett välkomstpaket för patienten som kommer till avdelningen (där då FRAT-utvärderingen skulle ingå), en checklista för personalen, ett litet verktyg för personalen att ha med sig och en affisch.

Gruppen bestämde sig för att satsa på ett litet verktyg för personalen och en större affisch. Det lilla verktyget utgörs av produkten som utvecklades av examensarbetsgruppen i samarbete med Åbolands sjukhus föregående år. Tillåtelse att använda produkten har erhållits. I verktyget ingår en komprimerad version av FRAT-utvärderingen och innehåller även

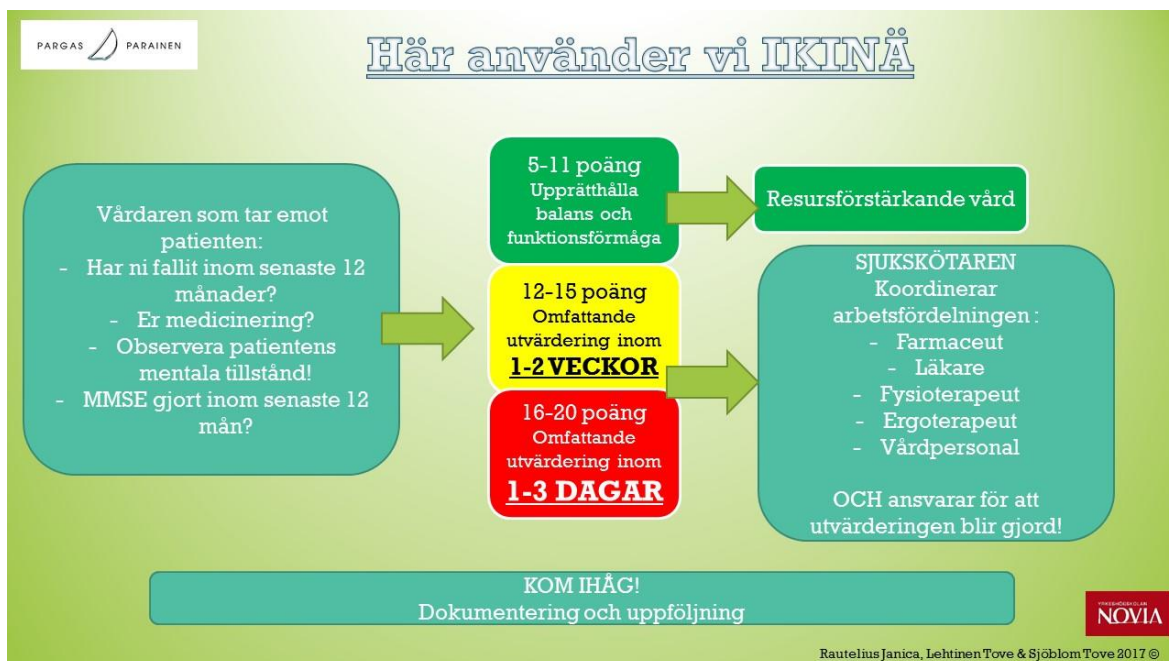
åtgärder som kan vidtas utgående från utvärderingens poängantal. Produkten kommer att användas som sådan, förutom logon för Åbolands sjukhus som kommer bytas ut till Pargas stads logo (se Bilaga 4). Verktuget var omtyckt av personalen på Pargas bäddavdelning och kommer därför att användas för att underlätta personalens fallförebyggande arbete.

Affischen är tänkt att visualisera en vårdstig för hur verksamhetsmodellen IKINÄ ska användas i praktiken. Med enkla bilder eller meningar visas utförligt vad som bör göras, när, och av vem. Vårdstigen påbörjas då patienten anländer till avdelningen och de åtgärder som vidtas fastställs utgående från poängantal i FRAT-utvärderingen, om patienten får över elva poäng ska personalen följa vidare direktiv. Affischen är tänkt att hänga i kansliet och eventuellt i korridorerna på avdelningen. Tanken bakom affischen är tydliggöra verksamhetsmodellen IKINÄ för personalen och enkelt strukturera arbetet.

### **5.3 Prototyp**

Prototypen (figur 9) utvecklades inom examensarbetsgruppen utgående från de behov som personalen uttryckt på Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning. Målet blev tidigt inställt på att göra en visuell uppstyrning av processen kring ifyllandet av fallriskutvärderingarna. Prototypen planerades så att de olika delarna i utvärderingsprocessen skulle vara tydliga och på ett enkelt och överskådligt sätt visa vem som har vilka uppgifter. Vårdpersonalen på Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning uppgav tidsbrist som en avgörande faktor för att utförandet av fallriskutvärderingarna inte fungerat optimalt. Genom att förtydliga och förenkla processen för arbetet med utvärderingarna är förhoppningarna att effektivisera arbetet för utförandet och spara tid hos vårdpersonalen.

Utformningen av produkten är inte slutförd, men målet är att den ska vara färggrann, intresseväckande och tydlig. Vid senare utveckling av produkten planeras utformningen närmare då det kommer till bestämda färger, grafiska utformningen och textinnehåll.



Figur 9 Prototypen så som den presenteras för beställaren.

## 5.4 Fjärde kontakten med beställaren

Den 21.4.2017 besökte gruppen Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning för att presentera produktprototypen och diskutera utformningen. I mötet deltog avdelningssköterskan och två sjukskötare från vårdpersonalen.

Prototypen upplevdes som överskådlig och tydlig. Sjuksköterna tyckte vårdstigen förenklade processen kring utförandet av utvärderingarna. Men vid första anblicken uppfattade de dock sjukskötarens roll som alldeles för omfattande och arbetsdryg. Dessutom poängterade de igen att tidsbristen negativt påverkar utförandet i praktiken. Vid närmare diskussion med sjuksköterna poängterades det att sjukskötarens roll inte är att göra allt arbete, utan att delegera, koordinera och följa upp processen. Detta upplevde sjuksköterna som bra och genomförbart. Att hela vårdpersonalen ska vara involverad i utvärderingsutförandet kändes dessutom underlättande och praktiskt möjligt.

Under mötet diskuterades tillsammans med deltagarna olika idéer för rutinerna kring ifyllandet av utvärderingarna. För sjuksköterna presenterades tanken på en regelbundet utsatt tid för pappersarbete, som tidigare presenterats för avdelningssköterskan. Förslaget var att i arbetsschemat skulle finnas en utsatt tid, t.ex. då morgon- och kvällsskiftet överlappar varandra, som skulle vara avsedd för uppföljning och utförandet av utvärderingarnas olika delar. Tiden skulle även vara roterande, vilket betyder att alla i vårdpersonalen ska kunna få tiden utdelad på sitt arbetsschema. Tanken med den utsatta tiden är att ge vårdaren arbetsro

för att utföra utvärderingarna utan att bli distraherad av andra arbetsuppgifter. Genom att göra tiden roterande hoppas man kunna öka vårdpersonalens delaktighet i arbetet och förankra införandet av den nya rutinen.

För tillfället förvaras utvärderingsblanketterna i patienternas pappersjournaler i ett skilt kansli. Sjukskötarna medgav att en svårighet vid utförandet av utvärderingarna inte enbart är tidsbrist utan också att det finns svårigheter i uppföljningen. En av orsakerna är att pappersjournalerna med utvärderingarna glöms bort eftersom de försvaras skilt från de verkliga arbetsutrymmena. Sjukskötarna funderade själva kring idéer som t.ex. att placera patientjournalerna i de egna modulutrymmena eller att själva utvärderingarna borde finnas närmare till hands. Detta skulle enligt dem förenkla ifyllandet och utförandet samt underlätta uppföljningen av utvärderingarna.

Mötet gav examensarbetet och produkten nya tankar och idéer att arbeta vidare med. Till följande steg hör att skriva om vissa punkter i produkttexten, t.ex. förtydliga att sjukskötaren delegerar arbetsfördelningen och inte utför alla arbetsmoment själv. Utgående från den samlade informationen från mötet fortsätter gruppen utveckla produkten.

## 6 Tjänsteproduktion



**Figur 10 Tjänsteproduktion, ett steg i processen för tjänstedesign.**

Efter dessa steg är det dags för tjänsteproduktion (figur 10). I det här skedet sker först en piloting, som kan ses som ett provningssteg av tjänstekonceptet, där man låter målgruppen testa och utveckla produkten före själva lanseringen. Ett kritiskt skede i processen är själva implementeringen, som går ut på att förverkliga och producera tjänsten. Därför ska man vara angelägen om att kritiska komponenter, som kundförståelse och tjänstekoncept, kan konkretiseras och presenteras för användaren (Tuuliniemi, 2016, 230).

Eftersom tidtabellen för arbetet är begränsad kommer det inte ske en piloting av produkten innan själva lanseringen, istället sker en tillämpad piloting i samband med prototyputvecklingen. Meningen bakom piloting är att kunna testa produkten för att kunna



rätta till eventuella problem före den slutliga lanseringen. Därför kommer det att vara viktigt att upprätthålla en jämn och öppen kommunikation med användaren och beställaren under utvecklingsprocessens tidigare skeden, för att kunna kompensera för den uteblivna piloteringen. Under det här kapitlet presenteras närmare produktens utvecklingsprocess och planeringsarbetet inför lanseringen.

## 6.1 Produktplanering

Kvalitet definieras ofta som ”alla sammantagna egenskaper hos en produkt eller tjänst som ger dess förmåga att tillfredsställa uttalade eller underförstådda behov” (Ehrenberg & Wallin, 2014, 337). Denna definition består av två sidor: att inkludera både produkter och tjänster, och att inkludera både de uttalade, alltså kända behoven och behov som inte uttalats men som borde uppmärksammas av en professionell person (Ehrenberg & Wallin, 2014, 337). Under utvecklingsprocessen har det framkommit att personalens uttryckta behov inför implementeringen av IKINÄ är en klar vision över arbetsprocessen i relation till fallriskutvärderingarna. De har uttryckt behov som t.ex. klar arbetsfördelning, bättre uppstyning och förtydligande av arbetsprocessen kring ifyllandet av utvärderingarna. För att fånga intresset är det viktigt att anpassa budskapet till den tilltänkta målgruppen (Olsson & Sörensen, 2013, 291). Målgruppen bör tas i beaktande i produktutveckling samt produktens användningssyfte (Vilkka & Airaksinen, 2004, 129), för att kunna skapa en produkt som motsvarar målgruppens behov och förväntningar.

Utgående från idéproduktionen och prototyputvecklingen har en slutprodukt sammanställts. Produkten för examensarbetet är tänkt att vara en affisch som illustrerar en vårdstig för utförandet av IKINÄ:s fallriskutvärderingar. Produkten kommer resultera i två affischer, en på svenska och en på finska, då avdelningspersonalen är tvåspråkig. Innehållet är tänkt att visa de olika stegen kring utvärderingsprocessen. Produktens text bör uppfylla målgruppens användningsbehov genom att under planeringen fundera kring i vilken form produkten förverkligas så att den betjänar målgruppen på bästa sätt (Vilkka & Airaksinen, 2004, 51). Vårdstigen påbörjas med att mottagande vårdaren gör FRAT-utvärderingen på nyinkomna patienter. Följande steg illustrerar poängantalet utgående från FRAT och hur snabbt vårdaren bör reagera och påbörja utförandet av den omfattande utvärderingen. Följande steg i processen visar hur vårdaren ska reagera utgående från poängantalet. Om patienten från 5–11 poäng i utvärderingen ska vården vara resursförstärkande. Om patienten får mer än 11 poäng så är det sjukskötarens uppgift att delegera och koordinera arbetet kring den

omfattande utvärderingen. Under hela processen är det dessutom viktigt att dokumentera varje steg och genom uppföljning försäkra att utvärderingarna utförs.

För att lyckas med att förmedla produktens budskap och innehåll till målgruppen är själva produktutformningen en viktig del. Affischen bör vara enkel, lättläst med välplanerad disposition för att kunna läsas även på avstånd, detta för att väcka nyfikenhet hos mottagaren (Olsson & Sörensen, 2013, p. 320). Vid planeringen bör även produktens storlek beaktas med tanke på textens typografi (Vilkka & Airaksinen, 2004, p. 52). För att göra affischen iögonfallande och tydlig bestämdes att storleken ska vara A1. Affischen är planerad att finnas i personalens arbetsutrymmen så att innehållet är lätt tillgängligt. Rubriken bör vara fångande och intresseväckande (Bohman & Hallberg, 1985, 157). Rubriken på affischen är tänkt att vara *Här använder vi IKINÄ*. Med denna rubrik vill examensarbetsgruppen fånga åskådarens intresse och samtidigt kort och koncist beskriva innehållet. Examensarbetsgruppen ville inkludera ordet IKINÄ i affischen för att ytterligare belysa användningen av verksamhetsmodellen. Formuleringen "Här använder vi..." syftar på att göra alla delaktiga och engagerade i processen.

Textinnehållet planeras finnas i textrutor för att tydligare illustrera en vårdstig. Färgvalen för affischen är tänkt att förtydliga budskapet och tillsammans utgöra en harmonisk helhet. Som bakgrundsfärg och färg på textrutorna har grön valts eftersom det är en lugnande färg som inte är påträngande (Löfgren, 2003, 23). Färgerna på de textrutor som beskriver poängantalen från FRAT har utarbetats för att komplettera det lilla verktyget som utvecklades för Åbolandssjukhus föregående år. Färgerna är valda utgående från inom vilken tid den omfattande utvärderingen bör göras. Den översta rutan, 5–11 poäng, är grön och symboliserar att läget är under kontroll. Den följande rutan för vidtagande åtgärder har samma färg för att illustrera sambandet mellan rutorna. Rutan för poängantalen 12–15 är gul för att markera att läget bör uppmärksammas och vidare åtgärder bör vidtas relativt snabbt. Gult är en lämplig färg eftersom den är strålande samtidigt som den uppmärksammar fara (Löfgren, 2003, 23). Sista rutan, 16–20 poäng, är röd, en färg som är aktiverande och iögonfallande samt tyder på en orolig situation (Löfgren, 2003, 23). Färgen passar eftersom den upplyser om lägets allvarlighetsgrad och att åtgärder behöver vidtas genast.

## 6.2 Lansering

Vid slutseminariet den 18.5.2017 kommer examensarbetet och produkten att presenteras för beställaren Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning. I samband med presentationen sker

även lanseringen av slutprodukten. Tyngdpunkten för arbetspresentationen ligger inte på arbetets teoretiska del, utan istället på arbetets tillämpning på avdelningen. Syftet med presentation är att få avdelningspersonalen att inse betydelsen av det fallförebyggande arbetet genom att presentera bl.a. fallolycksstatistik (figur 3–5), avdelningens och personalens behov av förebyggande arbete samt resultatet av examensarbetet. I samband med det presenteras också utvecklingsförslag och idéer inför det fortsatta förändringsarbetet på avdelningen. Gruppen ämnar göra en visuell presentation med Power Point och slutprodukterna, dvs. affischerna, för att göra presentationen intresseväckande. Slutprodukterna kan ses i Bilaga 3. Vid samma tillfälle delas även det komprimerade FRAT-utvärderingsverktyget ut till personalen.

## 7 Utvärdering och fortsatt utveckling



**Figur 11** Utvärdering, ett steg i processen för tjänstedesign.

Det slutliga skedet i processen går ut på att utvärdera (figur 11) utfallet av utvecklingsprocessen samt att utvärdera hur utvecklingen ska fortsätta. Det är viktigt att minnas att en tjänst är en ständig process och att en produkt aldrig är färdigutvecklad (Tuuliniemi, 2016, 245).

Examensarbetsgruppen kommer inte kunna utvärdera arbetets resultat till fullo, eftersom implementering är en tidskrävande arbetsprocess som tar tid att genomföra. Ansvaret för den fortsatta utvecklingen och den fortsatta implementeringen ligger på avdelningen, dvs. Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning. Detta examensarbete kommer under följande kapitel bl.a. beskriva olika idéer och tankar inför den fortsatta utvecklingen, men det ligger på avdelningens ansvar och intresse att genomföra dem.

För att förklara implementeringsforskning används idag teorier om individers beteendeförändringar och lärande. Man utgår från att det är den enskilda individen som självständigt bestämmer sig för att använda sig av en evidensbaserad metod eller låta bli. Med den kunskapen ligger därför fokus på förbättring och effektivisering av befintliga rutiner och arbetssätt (Nilsen, 2014, 73-74). Utgående från olika beskrivningar av begreppet

lärande, tyder en förändring på att individen i viss mån är annorlunda jämfört med innan lärandet påbörjades. Förändring kan medföra allt från ändringar i förståelse, attityder och kunskaper till förmågor och beteenden. Vanor är ett resultat av repetition av beteenden och ju oftare ett beteende utförs, desto starkare blir vanemässigheten i beteendet (Nilsen, 2014, 74). Det resulterar i att starka vanor och vanemässigt beteende är svårare att förändra och försvårar implementering av t.ex. nya rutiner. Införandet av hållbara förändringar stöds av en aktiv process av förenkling och uppföljning (Babine, et al., 2016, 48). För att kunna införa permanenta praktiska förändringar behövs fortsatt utbildning, som oftast är en förbisedd komponent i implementeringsprocessen och planeringen (Babine, et al., 2016, 48). Det innebär att även om personalen på Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning redan har kunskap om fallolyckor och förebyggande åtgärder, samt kan utföra fallriskutvärderingarna, är det ändå nödvändigt att de fortsätter utbilda sig och utveckla sina kompetenser och kunskaper.

Flera framgångsfaktorer för att lyckas med implementering finns redan på avdelningen. Till att börja med har personalen tillräcklig kunskap och kompetens för fallförebyggande arbete samt fått utbildning i användningen av verksamhetsmodellen IKINÄ. Vårdpersonalen själva har uttryckt förståelse för att om implementeringen ska förankras på avdelningen och nya rutiner vidmakthållas, behöver vårdarnas tankesätt förändras (personlig kommunikation 21.4.2017). Tankesättet har hittills varit att verksamhetsmodellen IKINÄ är en arbetsdryg och tidskrävande process som medför en utmanande förändring. Examensarbetsgruppen förslag på uppdelning av ifyllandet av fallriskutvärderingarna på flera personer och tillfällen, ger ökad delaktighet i utförandet och mindre belastning på enskilda personer.

Processen för implementering av IKINÄ har redan påbörjats på avdelningen. Man har identifierat behov av förändring och skapat mål för vad förändringen ska åstadkomma, dvs. minska antalet fallolyckor och dess allvarliga följder samt förstärka avdelningens förebyggande arbete. Som tidigare nämnts finns redan både kunskap och resurser att arbeta med och dessutom förståelse för att förändring behöver genomföras. Meningen är nu att ytterligare förankra implementeringen och att verkligen installera förändringsarbetet på avdelningen. Med det menas att skapa hållbara och fungerande rutiner som kan underlätta vårdpersonalens förebyggande arbete i det dagliga vårdandet. Det är i den här delen av processen som beställningen för detta examensarbete kommer in. Beställningen för examensarbetet var att ytterligare implementera fallförebyggande verksamhetsmodellen IKINÄ på avdelningen. Som diskuterats redan tidigare i arbetet, kommer detta examensarbetet inte kunna genomföra en implementering från början till slut.

Examensarbetet har arbetat för att identifiera faktorer som främjar implementering på avdelningen och identifierat behov hos vårdpersonalen vid förändringsarbeten. Detta har sedan använts till att skapa en produkt som motsvarar personalens behov och kan stödja dem under implementeringsprocessen av verksamhetsmodellen IKINÄ.

Examensarbetsgruppen har utöver själva slutprodukten utvecklat förslag och tankar för hur verksamhetsmodellen IKINÄ kan förankras på avdelningen och stödja den fortsatta implementeringsprocessen. Slutproduktens syfte är att överskådliggöra och förtydliga arbetet kring fallriskutvärderingsprocessen. Ett förslag för att underlätta arbetet är att omfördela personalens tid och skapa utrymme för utvärderingsarbete på arbetsschemat. Förslaget är att en utsedd person skulle ägna sig åt t.ex. uppföljning av fallriskutvärderingar eller genomföra delar av den omfattande utvärderingen. Detta skulle kunna ske under den timme på dagen då dag- och kvällspersonal samtidigt är på plats. Rutinen skulle vara roterande och eventuellt insatt på arbetsschemat. Under den utsatta tiden är det tänkt att den tilldelade personen har arbetsro och inte behöver delta i avdelningens övriga arbete. Genom en roterande tilldelning ökar man personalens delaktighet i arbetet, samtidigt som förslaget skulle ge personalen tid att genomföra arbetet och i ro. Relaterat till fallriskutvärderingarna, har en studie visat att vårdpersonal haft ökad acceptans av införandet av fallriskutvärderingar då dessa varit anslutna till det existerande elektroniska vårddokumentationsprogrammet (Neiman, et al., 2011, 138). Detta skulle kunna förenkla ifyllandet av utvärderingarna samt uppföljningen av arbetsprocessen.

Under konsultationer tillsammans med personalen på avdelningen har det framkommit önskemål om att det borde diskuteras mera om det fallförebyggande arbetet (personlig kommunikation 21.4.2017). Examensarbetsgruppen föreslår därför att den öppna kommunikationen mellan ledare och personal kunde utökas. Öppen kommunikation har kunnat identifieras som främjande faktor vid implementering och upprätthållandet av förändringsarbete. Dessutom främjar det delaktighet då det aktiverar vårdpersonalen i förändringsprocessen. En öppen kommunikation ska fungera både som informationsgång och som ett forum mellan personal och ledare. Examensarbetet har konstaterat att vårdpersonal upplever behov av adekvat information och professionellt stöd vid förändringsarbeten. Utöver det behöver de ett synligt, engagerande och stödjande ledarskap under förändringsprocessen. Detta för att personalen ska känna sig delaktiga i förändringen och att de inte lämnas ensamma. Kontinuerlig handledning av personalen och uppföljning av processen behövs under hela den långvariga implementeringsprocessen. Personalen

behöver känna delaktighet från förändringsarbetets början och genom att involvera dem i processen ökar man deras delaktighet och möjligheter att påverka.

I samband med månadmötet då fallstatistiken går igenom på avdelningen, kunde man förslagsvis även följa upp förändringsarbetet och tillsammans diskutera hur arbetet ska fortsätta. Personalen kan då komma med både positiv och negativ respons, t.ex. vad upplevs som fungerande eller icke fungerande. Viktigt är att samtidigt komma med eller tillsammans utveckla förbättringsförslag. Personalens upplevelser är viktiga för att kunna förankra verksamhetsmodellen IKINÄ till avdelningen och för att öka deras delaktighet i förändringsprocessen. Då personalen känner att de kan påverka arbetet och processen känns förändringen mer meningsfull. Förutsättningarna att lyckas med implementeringen ökar då hela organisationen arbetar aktivt för förändringen.

Resultatet av en studie visade markant nedgång i antalet fallolyckor och dess allvarlighetsgrad då man lyckats införa regelbundna överläggningar där man vårdpersonalen tillsammans diskuterade fallolycksrapporter (Reiter-Palmon, et al., 2015, 322). Av den orsaken är det viktigt att poängtera nyttan med gemensamma diskussioner och överläggningar efter fallolyckor. Som förslag kunde man på Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning oftare gå igenom fallrapporter och tillsammans diskutera omständigheterna kring fallet: vad som gjordes, vad som skulle ha kunnat förbättras och vad tar man lärdom av. De gemensamma överläggningarna fungerar som inläringstillfälle och genom inläring tillsammans kan man förbättra det fallförebyggande arbetet.

För att kunna vidmakthålla förändringarna behöver man med jämna mellanrum utvärdera effekterna av förändringsarbetet. Genom att tidigt identifiera brister i förändringsprocessen kan problemen tidigt åtgärdas innan bristande rutiner hinner skapas. För att upprätthålla goda förändringar och göra dem till hållbara och användbara rutiner av det dagliga arbetet behövs därför redan installerade förändringar ständigt utvecklas. Av den orsaken är det av stor betydelse att Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning ständigt anpassar verksamhetsmodellen utgående från avdelningens behov och situation. Ökat antal fallolyckor på avdelningen kan betyda att nya rutiner behöver utvecklas eller andra resurser införskaffas. Men också om fallolyckorna skulle minska, behöver arbetet utvärderas för att eventuellt identifiera förebyggande faktorer och fundera vidare på hur dessa kan stödja att upprätthålla en hållbar förändring. Dessutom har upprepade studier visat att fortsatt programrelaterad utbildning behövs för att upprätthålla förändringsarbete (Neiman, et al., 2011, p. 138). För Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning innebär det att med jämna

mellanrum komplettera personalens kunskap om fallförebyggande arbete och verksamhetsmodellen IKINÄ.

## 8 Diskussion

Beställningen för examensarbetet var att implementera fallförebyggande verksamhetsmodellen IKINÄ på Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning. Syftet var att förstärka avdelningens förebyggande arbete genom implementering av fallförebyggande verktyg och att göra förändringen hållbar. Målet var också att med hjälp av ett verktyg som personalen har verklig användning för i det dagliga arbetet kunna engagera dem i det förebyggande arbetet. Arbetets frågeställningar var: hur kan en lyckad implementering av verksamhetsmodellen IKINÄ genomföras, och hurdan produkt/verktyg kan underlätta implementeringen samt stöda avdelningspersonalens fallförebyggande arbete?

Examensarbetsgruppen har under arbetets gång kommit fram till att det finns olika faktorer som inverkar på hur väl arbetsmetoder implementeras. Olika faktorer som berör metoden, förändringens kontext och ledarskap har påvisats inverka på implementeringen. Dessutom behöver förändringsarbete genomföras utgående från den enskilda vårdinstitutionens strukturella och attitydmässiga behov, samt uppmärksamma institutionens specifika hinder respektive möjligheter till förändring. Implementering är en långvarig process, därför har inte ett genomgående förändringsarbete varit möjligt att genomföra under den utsatta tidsperioden för examensarbetet. För att uppnå beställningens mål att ytterligare implementera verksamhetsmodellen IKINÄ på avdelningen har examensarbeten utarbetat konkreta förslag för det fortsatta implementeringsarbetet. Förslag kring arbetsrutiner, personal- och uppgiftsfördelning har framställts inom gruppen tillsammans med beställaren och avdelningspersonalen. I samband med detta har personalen blivit delaktiga i processen för förändringsarbetet. Examensarbetsgruppen har kunnat identifiera flera framgångsfaktorer för lyckad implementering på avdelningen. Implementeringen har redan inletts och behöver nu fortsätta för att ytterligare förankra IKINÄ. Personalen har kunskap och kompetens för fallförebyggande arbete och av verksamhetsmodellen IKINÄ. Avdelningspersonalen är mångprofessionell och därför är en uppdelning av arbetet kring utvärderingarna möjlig. Avdelningen borde till följande skapa hållbara rutiner som underlättar vårdpersonalens förebyggande arbete i det dagliga vårdandet.

Examensarbetsgruppen anser att arbetets syfte och mål att skapa en produkt som stöder det fallförebyggande arbetet har uppnåtts. Genom användning av tillförlitlig litteratur som

bakgrund för produkten och produktutvecklingen har en evidensbaserad produkt skapats. Produkten för detta arbete är en affisch som visualiserar verksamhetsmodellen för IKINÄ, anpassad till avdelningens behov. Affischen består av en vårdstig som förenklat visualiserar arbetsfördelningen och utförandet av fallriskutvärderingarna, dvs. FRAT och den omfattande utvärderingen. Tanken bakom produkten är att underlätta implementeringen och styra upp processen kring ifyllandet av fallriskutvärderingarna. Dessutom får avdelningen ta del av material utvecklat föregående år för Åbolands sjukhus. Examensarbetsgruppen har därtill upprätthållit en kontinuerlig kontakt med beställaren och avdelningen för att kunna beakta målgruppens behov och önskemål för ökad kundförståelse under utvecklingsprocessen. För att underlätta implementeringen av verksamhetsmodellen IKINÄ på akut- och rehabiliteringsavdelningen i Pargas och för att få personalen att förbinda sig till verksamhetsmodellen, ansågs det vara viktigt att involvera personalen i processen och göra dem delaktiga i examensarbetet. Tanken var att aktivera vårdpersonalen och tillsammans med dem komma fram till hurdana metoder och lösningar som skulle fungera bäst på deras arbetsplats. Angelöw beskriver i boken *Det goda förändringsarbetet* (1991, 93), att ett bra förändringsarbete utgörs av att så många som möjligt av personalen inom organisationen görs delaktiga i förändringsprocessen. Målet borde enligt Angelöw (1991, 93) vara att alla som berörs av förändringen, aktivt engageras från början och har en möjlighet att vara med och formulera problemen, diskutera förslag till åtgärder och förändringar samt att även vara med och besluta om förändringstakten.

All sorts forskning bör präglas av ett etiskt förhållningssätt. Inom forskningsetiken bör man ta ansvar för de personer som involveras i forskningen och se till att de alltid behandlas med respekt, både då det gäller att se till deras välbefinnande och att informationen som samlas in hanteras på ett korrekt och respektfullt sätt (Kristensson, 2014, 49-51). Vetenskaplig forskning är etiskt acceptabel och tillförlitlig och dess resultat trovärdiga endast om forskningen bedrivs enligt god vetenskaplig praxis. God vetenskaplig forskning utgör en del av forskningsorganisationens kvalitetssystem och en del av forskarsamfundets självkontroll, där också gränserna definieras i lagstiftningen (Forskningsetiska delegationen, 2012).

För att följa god vetenskaplig praxis bör hederlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet i forskning, dokumentering och resultat iakttas. Datainsamlings-, undersöknings- och bedömningsmetoder som är förenliga med kriterierna för vetenskaplig forskning och etisk hållbarhet bör tillämpas i forskningen. Forskarna bör i sin egen forskning ta hänsyn till andra forskares arbeten och resultat samt hänvisa till deras publikationer på korrekt sätt. Därtill bör forskningen planeras och genomföras på det sätt som kraven på vetenskapliga fakta



förutsätter (Forskningsetiska delegationen, 2012). Vid konsultationer och intervjuer bör det framkomma kort information om studiens syfte och bakgrund samt varför studien är riktad mot de utvalda personerna. Det är också viktigt att tänka på att syftet ska vara etiskt försvarbart att undersöka och inte inkludera personer som är i riskzonen för att skadas fysiskt, psykiskt eller emotionellt (Kristensson, 2014, 49-51).

Det är i första hand varje medlem i forskningsgruppen som själv ansvarar för att god vetenskaplig praxis iakttas och följs (Forskningsetiska delegationen, 2012). Enligt Friesen-Storms, et al. (2014, 58) har evidensbaserad praktik definierats som samvetsgrann, förnuftig och tydlig användning av den nuvarande bästa evidensen, med mål att fatta beslut om vården för enskilda patienter och använda de bästa forskningsresultaten i arbetet. Examensarbetsgruppen har beaktat god vetenskaplig praxis genom att vara tillförlitliga ämnet och insamlingen av information och kunskap har skett på ett korrekt sätt. Den litteratur och kunskap som har använts till arbetet är evidensbaserad och relativt hög tillförlitlighetsgrad har upprätthållits. I artikelsökningarna har avgränsningen "peer-reviewed" används för att hitta granskade artiklar och med det öka tillförlitligheter eftersom det finns rikligt med material rörande examensarbetets ämne. Då tjänstedesign som metod inte bidrar med riktlinjer för informationssökning har examensarbetsgruppen varit tvungna att på egenhand avgränsa och värdera materialets innehåll för att öka arbetets tillförlitlighet. Arbetet når inte samma tillförlitlighetsgrad som t.ex. en systematisk litteraturöversikt där det insamlade materialet inom området analyseras systematiskt. Examensarbetsgruppen har arbetat med att öka arbetets tillförlitlighet genom att använda relevant och nytt evidensbaserat material. Genom användning av relevant material har examensarbetsgruppen kunnat bibehålla förtroendet till ämnet, genom vilket tillförlitligheten ökats. Hänvisning till källor har skett på ett korrekt sätt och examensarbetsgruppen har även fått tillåtelse att använda avdelningsskötare Ann-Christin Elmvik som källa i arbetet.

Examensarbetsgruppen består av sjukskötar- och hälsovårdarstuderande i slutskedet av sina studier och har därmed kompetens för att skriva lärdomsprov. Examensarbetet ingår som en del av utbildningen och syftar till att fördjupa studerandes kunskaper och färdigheter för den kommande yrkesrollen (Undervisningsministeriet, 2006, 70). I examensarbetet har gruppen vidrört många centrala kompetensområden för sjukskötare. Utgående från examensarbetets syfte och målsättning, att implementera den fallförebyggande verksamhetsmodellen IKINÄ på Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning, har arbetet fokuserat på kompetensområdena hälsofrämjande samt undersökning och utveckling.

Examensarbetet har påvisat att implementering är komplicerad och mångfasetterad process som föregås över lång tid. Hela organisationen berörs av förändringsarbetet och det medför olika former av utmaningar på olika håll inom organisationen. Införandet av evidensbaserade metoder till hälso- och sjukvården har länge kantats av svårigheter då det uppstått fördröjning mellan forskningsresultat och införandet av dem i praktiken (Hauck, et al., 2013, p. 672). Målet med förändringsarbete och implementering av evidens till det praktiska arbetet, är att förbättra vården och dess kvalitet. Med förbättrad och högkvalitativ vård ökar man patientsäkerheten och organisationens säkerhetskultur. För att uppnå en hög patientsäkerhet krävs utarbetade arbetsrutiner och vårdkedjor, att personalen har rätt kompetens och att hela organisationen aktivt medverkar för att öka säkerheten inom vården (Öhrn & Nilsen, 2010, 198). Av den orsaken är det av yttersta vikt att alla inom organisationen förstår betydelsen av att förbättra vården för att kunna utveckla och intensifiera organisationens patientsäkerhetsarbete genom implementering av evidensbaserad kunskap.

Examensarbetet har kunnat identifiera vissa hinder för implementering av evidens. Bristande vilja att förändras och otillräcklig tro på förändringen inom organisationen skapar dåliga förutsättningar för en hållbar implementering. Hos vårdpersonal och sjukskötare har man kunnat identifiera faktorer som tidsbrist samt brist på kunskap, information och intresse som hinder för implementering av något nytt. Dessutom upplevs svårighet att ändra tidigare trygga rutiner, även om studier visat att vårdare har öppenhet inför nya innovationer och vilja att ge vård på högkvalitativ nivå. Vid förändringsarbeten upplever sjukskötare behov som t.ex. delaktighet, adekvat information, strukturell tillgänglighet och professionellt stöd. Speciellt delaktighet och öppenhet har varit en återkommande faktor inom många studier. Ledare har en betydande roll för vårdpersonalens engagemang i förändringsarbetet. Ledaren förväntas vara synlig, engagerad och stödjande. Vid större förändringsarbeten behöver organisationen kunna kommunicera behovet av och värdet i förändringen. Otydlig vision försvårar arbetet och skapar förvirring, speciellt för vårdpersonalen som är de som i slutändan ska förverkliga konkreta förändringar i det praktiska vårdarbetet. Bristande resurser och oklara roller, speciellt i samband med mångprofessionella samarbeten, kan inverka negativt på implementeringsprocessen. Därför kräver förändringsarbete och implementering av evidensbaserad praxis öppenhet, fungerande kommunikation och delaktighet. Genom att kunna se nyttan och nödvändigheten i förändringen och tillsammans skapa positiva förväntningar, förbättras förutsättningarna för att lyckas.

För att öka möjligheterna att lyckas med implementering framkommer det i Kotters modell för förändringsarbete behovet av aktivering och delaktighet under hela utvecklingsprocessen. Även metoden tjänstedesign poängterar delaktighet i utvecklingsprocessen samt aktivering av den verkliga produktanvändaren som viktiga element för att kunna skapa tjänster och produkter som motsvarar det verkliga behovet. Detta har examensarbetsgruppen tagit i beaktande under arbetsprocessen genom att upprätthålla kontinuerlig kontakt med beställaren och avdelningens vårdpersonal. Som resultat av detta har examensarbetsgruppen kunnat identifiera tidsbrist hos personalen som en stor orsak till att verksamhetsmodellen IKINÄ inte används så flitigt som det är tänkt. Även en klar och konkret struktur och arbetsfördelning för utförandet av fallriskutvärderingarna är en orsak till att utvärderingarna inte alltid görs. Dock har personalen på avdelningen tillräcklig kunskap om fallförebyggande arbete och verksamhetsmodellen IKINÄ, samt förståelse för behovet av att förebygga fallolyckor. Genom resursförstärkande perspektiv kan man se dessa som viktiga faktorer för det fortsatta förändringsarbetet. För lyckad implementering behöver även själva innovationen påvisa relevans och användbarhet. Detta har examensarbetsgruppen försökt uppnå genom att skapa en vårdkedja för hur arbetet ska fördelas kring fallriskutvärderingarna. Tanken var att förtydliga bilden av arbetsprocessen kring utvärderingarna för att arbetet inte ska kännas överväldigande och ge en klar bild över vad som bör göras, samt när det bör göras.

Som tidigare konstaterats i detta examensarbete är det billigare för samhället att förebygga fallolyckor samtidigt som det reducerar onödigt lidande hos patienten. Förebyggande vård innebär att skapa ett mindre sjukdomsframkallande och mer hälsosamt samhälle, och har som mål att förebygga sjukdom, förhindra skador och främja hälsa. Det är utgående från dessa principer som vårdare bör handla i sitt dagliga arbete för att uppfylla en god förebyggande omvårdnad. Olycksfall kan förebyggas genom att identifiera möjliga risker hos patienter genom att följa upp förekomsten av fallolyckor och genom att planmässigt avlägsna tänkbara faror. Detta examensarbete har fäst stor uppmärksamhet på förebyggande arbete längs hela arbetet och poängterat vikten av att förebygga istället för att behandla onödigt lidande. Examensarbetsgruppen hoppas att detta arbete kan bidra till kampen att förebygga fallolyckor och underlätta det fallförebyggande arbetet i det verkliga arbetslivet.

## Källförteckning

Aaltonen, L.-M. & Rosenberg, P., 2013. 1.01 Primum est non nocere. i: L. Aaltonen & P. Rosenberg, red. *Potilasturvallisuuden perusteet*. Helsingfors: Duodecim, s. 8-20.

Angelöw, B., 1991. *Det goda förändringsarbetet: om individ och organisation i förändring*. Lund: Studentlitteratur.

Babine, R. L., Honess, C., Wierman, H. R. & Hallen, S., 2016. The role of clinical nurse specialists in the implementation and sustainability of a practice change. *Journal of Nursing Management*, 24(1), s. 39-49.

Bohman, J. & Hallberg, Å., 1985. *Grafisk design - Det synliga språket*. Arlöv: Bokförlaget Spektra AB.

Breimaier, H. E., Halfens, R. J. & Lohrmann, C., 2011. Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (11/12), s. 1744-1756.

Clarke, U. & Marks-Maran, D., 2014. Nurse leadership in sustaining programmes of change. *British Journal of Nursing*, 23(4), s. 219-225.

Ehrenberg, A. & Wallin, L., 2014. *Omvårdnadens grunder - ansvar och utveckling*. (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Fleiszer, A. R., Semenic, S. E., Ritchie, J. A., Richer, M-C. & Denis, J-L., 2015. An organizational perspective on the long-term sustainability of a nursing best practice guidelines program: a case study. *BMC Health Services Research*, 15, s. 1-16.

Fonad, E., Robins Wahlin, T-B., Winblad, B., Emami, A. & Sandmark, H. 2008. Falls and risk among nursing home residents. *Journal of Clinical Nursing*, 17(1), s. 126-134.

Fong, E., 2016. *Falls Prevention Strategies: Acute In-Hospital Setting*, u.o.: Joanna Briggs Institute.

Forsberg, C. & Wengström, Y., 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier - Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3:e uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.

Forskningsetiska delegationen, 2012. *God vetenskaplig praxis*. [Online]  
<http://www.tenk.fi/sv/god-vetenskaplig-praxis-anvisningar/god-vetenskaplig-praxis>  
[hämtat: 4.4.2017].

Friesen-Storms, J. H., Moser, A., van der Loo, S., Beurskens, A. JHM & Bours, G. JJW, 2014. Systematic implementation of evidence-based practice in a clinical nursing setting: a participatory action research project. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1/2), s. 57-68.

Godlock, G., Christiansen, M. & Feider, L., 2016. Implementation of an Evidence-Based Patient Safety Team to Prevent Falls in Inpatient Medical Units. *Medsurg Nursing*, 25(1), s. 17-23.

Haavisto, E., Mäkijärvi, M. & Anttila, V.-J., 2013. 4.01 Turvallinen sairaala. i: L. Aaltonen & P. Rosenberg, red. *Potilasturvallisuuden perusteet*. Helsingfors: Duodecim, s. 316-339.

Halila, R., 2013. 3.01 Potilaan oikeudet. i: L. Aaltonen & P. Rosenberg, red. *Potilasturvallisuuden perusteet*. Helsingfors: Duodecim, s. 226-235.

Hauck, S., Winsett, R. P. & Kuric, J., 2013. Leadership facilitation strategies to establish evidence-based practice in an acute care hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), s. 664-674.

Howartson-Jones, L., 2012. Chapter 3 - Assessment tools. i: L. Howartson-Jones, M. Stranding & S. Roberts, red. *Patient Assessment and Care Planning in Nursing*. London: Learning Matters, s. 36-49.

Institutet för hälsa och välfärd, 2012. *Handbok om patientsäkerhet: som stöd för verkställandet av patientsäkerhetslagstiftningen och patientsäkerhetsstrategin*. [Online] <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79937/d7da94ba-7232-4e48-bf17-ea684ef84146.pdf?sequence=1> [hämtat: 23.1.2017].

Institutet för hälsa och välfärd, 2015a. *Fallolyckor bland äldre*. [Online] <http://www.thl.fi/sv/web/olycksfall/olycksfall-bland-aldre> [hämtat: 20.1.2017].

Institutet för hälsa och välfärd, 2015b. *Tapaturmat*. [Online] <http://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat> [hämtat: 20.1.2017].

Institutet för hälsa och välfärd, 2016a. *Ikkäiden kaatumisten ehkäyist - opas*. [Online] <http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/1555-IKINa-opas.pdf> [hämtat: 17.1.2017].

Institutet för hälsa och välfärd, 2016b. *Ikinä toimintamalli*. [Online] <http://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat/ikina-toimintamalli> [hämtat: 17.1.2017].

Jayasekara, R., 2016. *Falls: Assessment and prevention (community setting)*, u.o.: Joanna Briggs Institute.

Johannessen, B., 1996. *Förebyggande omvårdnad*. (1:a uppl.). Stockholm: Liber .

Kettunen, T. & Gerlander, M., 2013. 3.05 Viestintä terveydenhuollon vuorovaikutussuhteissa. i: L. Aaltonen & P. Rosenberg, red. *Potilasturvallisuuden perusteet*. Helsingfors: Duodecim, s. 293-314.

Kinnunen, M., Aaltonen, L.-M. & Malmström, R., 2013. 3.03 Vaaratapahtumien raportointi. i: L. Aaltonen & P. Rosenberg, red. *Potilasturvallisuuden perusteet*. Helsingfors: Duodecim, s. 257-273.

Kotter International, 2017. *8 Steps To Accelerate Change*. [Online] <http://go.kotterinternational.com/rs/819-HHR-571/images/8%20Steps%20for%20Accelerating%20Change%20eBook.pdf> [hämtat: 15.3.2017].

Kristensson, J., 2014. *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1:a uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.

- Kristensson, P., Gustafsson, A. & Witell, L., 2014. *Tjänsteinnovation*. Lund: Studentlitteratur.
- Löfgren, B., 2003. *Design och produktutveckling*. Stockholm: Liber.
- Neiman, J., Rannie, M., Thrasher, J., Terry, K. & Kahn, M. G., 2011. Development, implementation, and evaluation of a comprehensive fall risk program. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16(2), s. 130-139.
- Nilsen, P., 2010. Kapitel 7. Praktikinära innovationer genom integration av praktik- och forskningsbaserad kunskap. i: P. Nilsen, red. *Implementering - Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, s. 127-146.
- Nilsen, P., 2014. *Implementering av evidensbaserad praktik*. (1:a uppl.) Malmö: Gleerups.
- Nilsen, P. & Roback, K., 2010. Kapitel 3. Implementering, kunskap och lärande - en begreppsmässig plattform. i: P. Nilsen, red. *Implementering - Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, s. 51-69.
- Nordin, I., 2010. Kapitel 8. Kunskapsanvändning och rationalitet i medicinen. i: P. Nielsen, red. *Implementering - Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, s. 147-164.
- Nordström, G. & Wilde-Larsson, B., 2012. *För bättre och säkrare vård*. (1:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, H. & Sörensen, S., 2013. *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.
- Pargas, u.d. *Bäddavdelning*. [Online]  
[www.pargas.fi/web/tjanster/halsa/baddavdelning/sv\\_SE/Baddavdelning/](http://www.pargas.fi/web/tjanster/halsa/baddavdelning/sv_SE/Baddavdelning/) [hämtat: 20.1.2017].
- Rahman, M. A., 2016. *Fall Prevention (Older Person): Interventions*, u.o.: Joanna Briggs Institute.
- Reiter-Palmon, R., Kennel, V., Allen, J. A., Jones, K. J. & Skinner, A. M., 2015. Naturalistic decision makin in after-action review meetings: The implementation of and learning from post-fall huddles. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 88(2), s. 322-340.
- Social- och hälsovårdsministeriet, 2013. *Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisy - tavoiteohjelma vuosille 2014–2020*. [Online]  
[http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74772/JUL\\_2013\\_16\\_v%c3%a4ri\\_sisus\\_verkkoversio.pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74772/JUL_2013_16_v%c3%a4ri_sisus_verkkoversio.pdf?sequence=1) [hämtat: 26.2.2017].
- Socialstyrelsen, 2012. *Om implementering*. [Online]  
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-6-12> [hämtat: 12.1.2017].
- Tuuliniemi, J., 2016. *Palvelumuotoilu*. (3:e uppl.) Helsingfors: Talentum Pro.

Tzeng, H.-M., 2011. Nurses' Caring Attitude: Fall Prevention Program Implementation as an Example of Its Importance. *Nursing Forum*, 46(3), s. 137-145.

Undervisningsministeriet, 2006. *Ammattikorkeakoulusya terveydenhuoltoon - Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot*. [Online]

<http://80.248.162.139/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi> [hämtat: 2.5.2017].

Vilka, H. & Airaksinen, T., 2004. *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsingfors: Tammi.

Wolf, A. & Carlström, E., 2014. 5. Förutsättningar för omställning till personcentrerad vård - ledarskap, medarbetarskap och organisation. i: I. Ekman, red. *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård - Från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber, s. 113-128.

Världshälsoorganisationen, 2016. *Falls*. [Online]

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/> [hämtat: 26.2.2017].

Öhman, A., 2014. Kapitel 14 - Patientsäkerhet. i: A. Ehrenberg & L. Wallin, red. *Omvårdnadens grunder - Ansvar och utveckling*. (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Öhrn, A. & Nilsen, P., 2010. Kapitel 11. Implementering av patientsäkerhetsdialoger. i: P. Nilsen, red. *Implementering - Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, s. 197-218.

## **Finlands författningssamling**

Hälso- och sjukvårdslagen 30.12.2010/1326 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) [hämtat: 9.2.2017]

Lagen om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) [hämtat: 9.2.2017]

<b>Tabell 1: Sökord</b>		
<b>Primära sökord</b>	<b>Sekundära kombinationer</b>	<b>Andra kombinationer</b>
Attitudes	Accidents	Care
Change	Care	Change management
<b>Change management</b>	Change management	Fall
<b>Fall</b>	Elder	Implementing
<b>Fall prevention</b>	Fall	Knowledge
<b>Implementation</b>	Hospital	Motivation
Motivation	Implementation	Nurse
<b>Quality care</b>	Implementing	Nursing
	Nursing	Organizational change
	Sustainability	Risk
		Staff
		Work
		Quality

<b>Tabell 2: Artikelsökning</b>				
<b>Datum</b>	<b>Databas</b>	<b>Avgränsningar</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar/valda artiklar</b>
17.01.2017	Academic Search Elite (EBSCO)	År 2010–2017, pdf full text, academic journal	Fall + accidents + nursing + risk	71/2
17.01.2017	Academic Search Elite (EBSCO)	År 2010–2017, pdf full text, academic journal	Motivation + care + nursing	641/1
26.01.2017	Academic Search Elite (EBSCO)	År 2010–2017, peer reviewed, pdf full text, academic journal	Attitudes + nursing + staff + work	277/2
26.01.2017	Academic Search Elite (EBSCO)	År 2010–2017, peer reviewed, pdf full text, academic journal	Implementation + nursing	1419/2
26.01.2017	Academic Search Elite (EBSCO)	År 2010–2017, peer reviewed, pdf full text,	Implementation + nursing + implementing + knowledge	38/1



		academic journal		
26.01.2017	Academic Search Elite (EBSCO)	År 2010–2017, peer reviewed, pdf full text, academic journal	Change + nursing + care + quality + change management	73/1
07.02.2017	Johanna Briggs Institute	År 2010–2017	Fall prevention	41/2
07.02.2017	SWEMED+	År 2010–2017	Fall prevention + implementation	168/1
15.2.2017	Academic Search Elite (EBSCO)	År 2010–2017, pdf full text, peer reviewed	Implementation + organizational change + sustainability	8/1
15.2.2017	Academic Search Elite (EBSCO)	År 2010–2017, pdf full text, peer reviewed	Implementation + fall prevention + hospital	18/1
15.04.2017	Academic Search Elite (EBSCO)	År 2010–2017, pdf full text	Implementation + change management + nurse	61/4

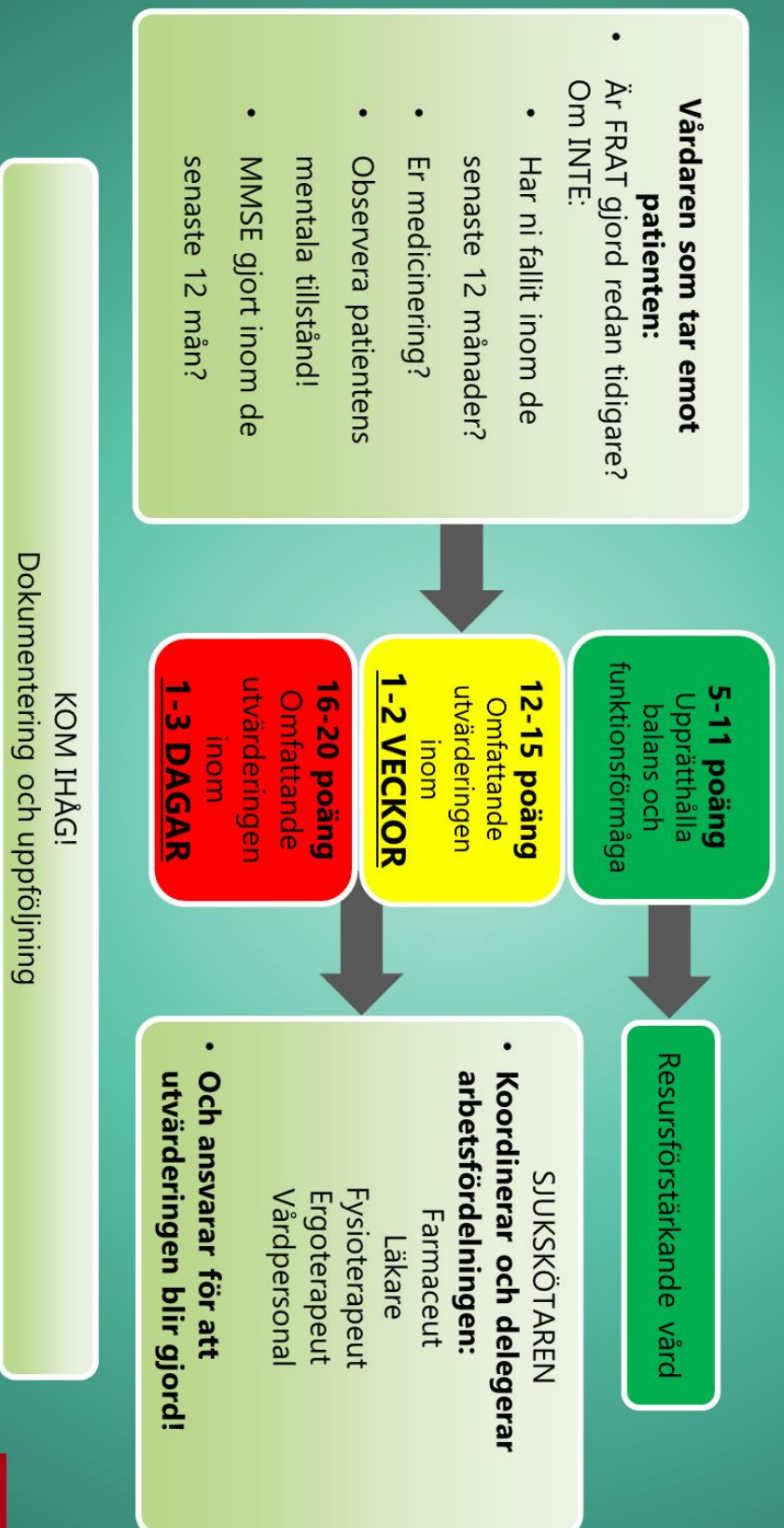
<b>Tabell 3: Valda artiklar med motivation</b>					
<b>Författare År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Resultat</b>	<b>Motivering av val</b>
Reiter-Palmon, R. Kennel, V. Allen, J. A. Jones, K. J. Skinner, A. M.  2015	Naturalistic decision making in after-action review meetings: The implementation of and learning from post-fall huddles	Öka förståelsen för naturalistic decision making (NDM) inom hälsovården och hur after-action reviews (AAR) utnyttjas som lärande verktyg för att minska fel och misstag.	Enkät (N = 226 fallrapporter från 17 olika sjukhus under 16 månaders tid)	Resultatet visade att self-guided överläggningar efter falloolyckor ökade under tiden för undersökningen, som indikerar på adoptering av processen. Dessutom upptäcktes en förändring vid identifiering av orsaker som bidrar till falloolyckor, som resulterade i minskat antal fel och misstag i arbete och koordinering. Under studiens gång ökade antalet falloolyckor som inte ledde till skada. Studien visade att self-guided AAR kan vara användbart för vissa typer av inläring utgående från fel och misstag.	Beskriver betydelsen av samarbete och teamarbete kring det förebyggande arbetet av fall. Genom att regelbundet ha överläggningar av förekomna falloolyckor och tillsammans med andra kan man lära sig av varandra och skapa en bättre anda inför det fallförebyggande arbetet.
Fleischer, A. R. Semenic, S. E. Ritchie, J. A. Richer, M-C. Denis, J-L.  2015	An organizational perspective on the long-term sustainability of a nursing best practice guidelines program: a case study	Förståelse för hur vårdprogram med best practice guidelines (BPG) upprätthölls under en lång period på en akut hälsovårdcentral.	Kvalitativ deskriptiv fallstudie	Lyckad begynnande implementering leder inte automatiskt till långsiktig hållbar av program. Det som visade sig vara nödvändig var uthållig, kompletterande och anpassande handlingar av engagerade ledare, i variation av roller inom hälsovårdsavdelningen. Organisationsledare bör överväga att göra en bred föreställning om programmets hållbarhet, som handlar om mer än bara institutionalisering av och/eller fördelarna med programmet. Utveckling av organisations-program kan vara nödvändigt för långsiktigt upprätthållande.	Studien förevisar svårigheterna och problemen vid implementering. Men studien påvisar också faktorer som inverkar positivt och som understöder genomförandet av en lyckad implementering. Studien lyfter fram faktorer på olika nivåer, från innovationen själv och kontextrelaterade faktorer, till ledarskap och faktorer relaterade till processen.
Clarke, U. Marks-Maran, D.  2014	Nurse leadership in sustaining programmes of change	En service utvärdering utfördes för att följa upp implementeringen av PW-program i akutvårdsmiljö	Case studie med litteraturoversikt	Resultatet av studien indikerar att förändringar är svåra att upprätthålla i miljö som hela tiden förändras. En stark länk upptäcktes mellan hållbarhet och ledarskap, men upprätthållandet av förändringar är krävande då nya förändringar behöver införas och då hamnar prioritering av tidigare förändringar i skuggan. Resultatet tydde även på att personal behöver tid att anpassa sig till förändringar och stöd för att engageras i förändringen och göra den en del av deras vardag.	Studien behandlar vårdarens behov vid implementering och förändringsarbeten och tar upp ledarskap som en viktig faktor för hållbart förändringsarbete.
Breimaier, H. E. Halfens, R. JG Lohrmann, C.  2011	Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria	Identifiera och beskriva sjukskötares önskningar, behov, kunskap och attityder till vårdforskning, samt förnimbara hinder för och främjande för utnyttjande av	Deskriptiv och undersökande tvärsnittsenkät (N = 1825 sjukskötare)	Deltagande sjukskötare beskrev brist av tillräcklig utbildning/information och adekvat stöd från organisationen som hindrande för att använda forsknings-resultat i det dagliga vårdarbetet. Studien kom även fram till negativa barriärer hos sjukskötarna själva som inverkar på implementering av	Behandlar faktorer hos vårdare som direkt inverkar på deras mottaglighet för förändring och implementering av evidensbaserad praxis.

		forskning i den praktiska vården		evidensbaserad praxis, varav brist på tid, information/kunskap och intresse var några faktorer.	
Tzeng, H-M.  2011	Nurses' caring attitude: fall prevention program implementation as an example of its importance	Beskriva vad som hindrar implementering av fallförebyggande program på akuta vårdavdelningar och undersöka hurdan roll sjukskötares brist på kunskap och vårdande attityd inverkar på lyckad implementering	Litteraturoversikt	Utbildningsmål inför implementering av fallförebyggande program för sjukskötare behöver inte bara främja professionell kunskap och professionella färdigheter i implementering, utan även bilda sjukskötares vårdande attityd gentemot patienter. Det innefattar patientcentrering och relationsbaserad vård.	Behandlar faktorer som inverkar på implementering och vårdares behov vid implementeringsprocessen.
Friesen-Storms, J. HMH Moser, A. van der Loo, S. Beurskens, A. JHM Bours, G. JJW  2014	Systematic implementation of evidence-based practice in a clinical nursing setting: a participatory action research project	Beskriva processen för implementering av evidensbaserade verksamhet i klinisk vårdomgivning	Aktionsforskning, multimetod process (insamling av information från en lungavdelning mellan åren 2010–2012, sammanlagt 24 månader)	Studien visade att de huvudsakliga hindren för implementering av evidensbaserad praxis var sjukskötarnas dåliga kunskap om evidensbaserad praxis samt en relativt negativ inställning till det. De främsta främjande faktorerna var sjukskötarnas vilja att ge högkvalitativ vård och de var även entusiastiska inför och öppna för innovationer. Aktionsforskningen bidrog till ökad empowerment hos sjukskötarna och till att evidensbaserad praxis skräddarsyddes utgående från avdelningens bruk och kontext. Tillämpning och implementering av evidensbaserad praxis visade sig vara utmanande för sjukskötare med begränsade kompetenser i evidensbaserad praxis.	Studien bevisar att attityden inför förändring inverkar på hur väl implementering lyckas genomföras. Dessutom betonar studien vikten av att skräddarsy den implementerade praxisen för att motsvara avdelningens kontext och bruk. Studien visar också relevans för att låta patienter vara delaktiga i utvecklingen och de bör få bli hörda. Dessutom poängterar studien att implementering bör bestå av öppen kommunikation, då avdelningens sjukskötare annars kan känna sig värdelösa. Detta går i samma spår med annan forskning.
Godlock, G. Christiansen, M. Freider, L.  2016	Implementation of an evidence-based patient safety team to prevent falls in inpatient medical units	Identifiera strategier för att förbättra samarbetande vård, med focus på teamwork på microsystem nivå.	Litteraturoversikt och fallstudie	Projektet påvisar att teamarbete och situationsmedvetenhet är användbart för att minska fallrisken och förbättra patientsäkerheten på kliniska vårdinstitutioner. Påtagliga bevis understöder EBP TeamSTEPPS och dess positiva inverkan på patientsäkerheten. Användningen av simulationsträning för övning av annan form av patientsäkerhet och kvalitetsförbättring (t.ex. att förhindra fel i läkemedelsbehandling) kan överföras till annan form av patientvårdssituation där man använder någon form av teamarbete. Författarna rekommenderar arbetsteam eller institutioner att identifiera tre patientsäkerhetsproblem, och genom teamarbete samarbeta fram evidensbaserade	Studien poängterar vikten av samarbete och teamarbete för att lyckas med förebyggande arbete. Dessutom ökar teamarbete uppmärksamhet och delaktighet i fallförebyggande arbete. Studien visar även vikten av delaktighet genom teamarbete för att lyckas med implementering av fallförebyggande program.

				interventioner som kan ingå i simulationsträningar.	
Fonad, E. Robins Wahlin, T-B. Winblad, B. Emami, A. Sandmark, H.  2008	Falls and fall risk among nursing home residents	Identifiera riskfaktorer för fall hos äldre på äldreboende.	Enkät (N = 20–21/år)	Undersökningen visade att signifikant samband mellan fall och frakturer, fallrisk och användning av rullstolar, säkerhetsbälten, sänggrind. Dessutom upptäcktes samband mellan frakturer och användning av benzodiazepiner. Fallrisken ökade även vid användning av antidepressiva läkemedel.	Denna artikel, där det tas upp olika faktorer som kan ge upphov till ökad fallrisk, bidrar till bra bakgrundsfakta för detta examensarbete.
Fong E.  2016	Fall Prevention Strategies: Acute In-hospital	Identifiera riskfaktorer för fall hos äldre på sjukhus och betydelsen av användningen av fallförebyggande program.	Evidenssammanfattning	Det visar sig att fall är orsaken till de flesta orsakerna för intagning på sjukhus bland personer över 65 år. Faktorer såsom olika hjälpmedel, fysiska omgivningen och mediciner har inverkan på hur hög fallrisken för en person är. Evidens visar att fallförebyggande program kan minska fallrisken med upp till 30 %.	Artikeln lyfter upp de faktorer som är väsentliga för detta examensarbete. Betydelsen av att använda fallförebyggande program tas upp samt de faktorer som bidrar till att öka fallrisken hos äldre.
Jayasekara R.  2016	Falls: Assessment and Prevention (Community Setting)	Identifiera faktorer som kan tänkas bidra till ökad fallrisk samt utreda vad den bästa evidensen angående fallförebyggande arbete bland äldre är.	Evidenssammanfattning	Det har visats att en del av faktorerna för ökad fallrisk är personens fallhistoria, rädsla för att falla, användning av hjälpmedel, problem med gåendet samt med balans och syn. Utvärderingar där man utreder personens fallhistoria, medicinering, kognitiva förmåga, balans, användning av hjälpmedel, fysiska miljön och personens hem samt olika sjukdomar tas upp i artikeln.	Artikeln sätter vikten på utvärderingen där man utreder en persons fallhistoria, medicinering, kognitiva förmåga osv. Detta är väsentligt för detta examensarbete eftersom arbetet handlar om att använda IKINÄ som innehåller två utvärderingar som behandlar samma frågor som den i artikeln.
Rahman, M. A.  2016	Fall Prevention (Older Person): Interventions	Lyfter upp betydelsen av att alla äldre som är riskzonen för att falla bör ha en individuellt och välutvecklad plan, baserad på fall utvärderingen, för hur de ska fortsätta leva.	Evidenssammanfattning	Det har visat sig vara viktigt att följa upp hur den äldre klarar sig hemma och om några åtgärder behöver göras för att underlätta livet för hen. För att minska fallrisken bland äldre bör man reda ut personens balans och rörelseförmåga och utifrån detta skraddars ett program som dels främjar dessa faktorer och underlättar vardagen för personen. Utöver detta bör personen även uppmuntras till att delta i olika aktiviteter och ge handledning i korrekt användning av hjälpmedel. Även personens medicinering bör ses över, såsom fysiska miljön.	Artikeln tar upp väsentliga faktorer för detta examensarbete. Alla dessa faktorer behandlas i de utvärderingar som ingår i IKINÄ och det är dessa faktorer som den som utför utvärderingarna bör uppmärksamma och gå igenom.
Babine, R. L. Hones, C. Wierman, H. R. Hallen, S.  2014	The role of clinical nurse specialists in the implementation and sustainability of a practice change	Främja och upprätthålla förändring av praxis med fokus på delirium, användbart för en klinisk specialist sjukskötare i ledande position.	Fallstudie	Den kliniska specialist sjukskötaren har möjlighet att inta en ledande roll då det kommer till institutionalisering av innovativa praxisförändringar. Lyckad implementering av ny praxis kräver uppdelning av patientvårds avdelningar i mindre delar för att systematiskt kunna införa det	Faktorer som inverkar främjande inför implementering och upprätthållande av hållbart förändringsarbete, ur ett ledarskaps synpunkt.

				nya initiativet. Förutom ledarskap inverkar den kliniska specialist sjukskötarens tillgänglighet på avdelningen, som visade sig vara absolut nödvändigt för de andra vårdarnas acceptans och upprätthållande av förändringsarbete.	
Hauck, S. Winsett, R.P. Kuric, J.  2013	Leadership facilitation strategies to establish evidence-based practice in an acute care hospital	Att utvärdera främjande ledskapsstrategiers inverkan på sjukskötarens förståelse för betydelsen och frekvensen av användning av evidens i det dagliga vårdutförandet och uppfattningen av organisationsberedskap i akutvårds sjukhus.	Enkät (Deltagarna alla registrerade sjukskötare, indelade i grupper enligt direkt vård, indirekt vård och chef/ledare. År 2008 N = 427, 2010 N = 469)	Ledarskap främjade infrastrukturell utveckling inom tre områden: integrering av utkomsten efter evidensbaserad praxis i den strategiska planen, understödjande av mentorer, samt förespråkande av resurser för utbildning och spridning av resultat. Då ingripandet genomförts ökade organisationsberedskapen markant inom alla grupper. Utgående från analysen enligt arbetsroll visade det sig dock att sjukskötare i direkt vård hade högre beredskap än de andra grupperna. Ingen skillnad upptäcktes i poängen för själva implementeringen. Utbildning i evidensbaserad praxis och införandet av interna möjligheter för spridning av forskningsresultat visade sig vara framgångsrika strategier. Transformellt vårdledarskap driver vidare organisationsförändringar och tillhandahåller vision, människo- och ekonomiska resurser samt tid som möjliggör det för sjukskötarna att inkludera evidens i praktiken.	Beskriver vikten av tydligt ledarskap i förändringsarbeten och ledarens roll vid förändring. Tar även upp hela organisationens roll vid förändringsarbete och det samspel som behövs för att lyckas genomföra förändringar.

# Här använder vi IKINÄ



# Täällä käytämme IKINÄ

## Hoitaja joka ottaa potilasta vastaan:

- Onko FRAT jo aikaisemmin tehty? Jos EI:
- Oletteko kaatuneet 12 kuukauden sisällä?
- Lääkityksenne?
- Huomioi potilaan henkinen tila!
- MMSE tehty 12 kuukauden sisällä?

**5-11 pisteet**  
Tasapaino- ja liikuntakyvyn ylläpitäminen

Resurssien vahvistaminen

**12-15 pisteet**  
Laaja arviointi  
**1-2 VIIKON** sisällä

SAIRAANHOITAJA  
• **Koordinoi ja delegoi työnjako:**  
Farmaseutti  
Lääkäri

**16-20 pisteet**  
Laaja arviointi  
**1-3 PÄIVIEN** sisällä

• **Ja vastaa arvioinnin tekemisestä!**  
Fysioterapeutti  
Ergoterapeutti  
Hoitohenkilökunta

MUISTAI!  
Dokumentointi ja seuranta



PARGAS  PARAINEN

### VI KAN FÖREBYGGA FALLOLYCKOR

**FALLHISTORIA:** fall de senaste 12 månaderna  
2 p. = inga fall  
4 p. = ett eller flera fall de senaste 12 månaderna  
6 p. = ett fall de senaste 3 månaderna  
8 p. = flera fall de senaste 3 månaderna

**MEDICINERING:** sederande, antidepressiva och vätskedrivande mediciner, Parkinsons-medicinering, blodtrycksmediciner och sömnmediciner  
1 p. = inga av ovanstående mediciner  
2 p. = en medicin  
3 p. = två mediciner  
4 p. = flera än två mediciner

**MENTALT TILLSTÅND:** oro, ångest, nedstämdhet, kommunikations- eller samarbetssvårigheter, svårigheter med att realistiskt bedöma egna resurser t.ex. rörlighet och funktionsförmåga  
1 p. = inget av ovanstående  
2 p. = lindrigt ett/flera symtom  
3 p. = märkbart ett/flera symtom  
4 p. = stora svårigheter på en/flera delområden

**KOGNITIV FÖRMÅGA OCH MINNE:** poäng från MMSE-test/frågan "har du minnessvårigheter?"  
1 p. = 25-30 i MMSE/inga svårigheter med minnet  
2 p. = 18-24 i MMSE/lindriga minnessvårigheter  
3 p. = 10-19 i MMSE/märkbara minnessvårigheter  
4 p. = 0-12 i MMSE/framskridande minnessjukdom

**POÄNG SAMMANLAGT** (max 20 p.)  
0-4 p. = liten risk för fall  
5-11 p. = risken för fall är lindrigt ökad  
12-15 p. = ökad risk för fall  
16-20 p. = mycket hög risk för fall

*Editerad version, ursprung: The Falls Risk Assessment Tool (FRAT) developed by the Peninsula Health Falls Prevention Service & Institutet för hälsa och välfärd, läkarkåden kaatumisten ehkäisy, Satu Pajala, 2012.*

### REKOMMENDERADE ÅTGÄRDER

Individuell **handledning** (även anhöriga); t.ex. hur alarmer i rummet används, aktuell risk för fall och åtgärder. Rädsla för fall?

Kontrollering av **skor**; stabilitet och passform. Om inte egna lämpliga skor → skor från avdelningen.  
**Halksockor** om inte skor används.

**Mobilisering.**

**Sängen** på låg höjd.  
Lämpligt **gånghjälpmedel**.  
**Uppresningsstöd** och **duschstol**.

Granskning av **medicinlista** → t.ex. sederande mediciner ökar fallrisk.  
**D-vitamintillägg.**

Beaktning av **hinder i miljön**.  
Undvikande av medel som hindrar rörlighet.

Användning av **sängskena** om patient kan glida, rulla eller falla ur sängen eller för att lugna rädsla. I samförstånd med patient men **inte** om patient är desorienterad eller orolig.

Individuella **höftbyxor** och **armbandsalarm**.

Övervakning av **wc-besök**, framför allt om urineringsbesvär.

Utförligare **mobilisering** där rörlighet och balans främjas.

Rum med **övervakningskamera**. 

Susanna Kotkamaa, Madeleine Lindgren & Kajani Ashtiani 2016 ©

Verktöget som utvecklades av Kotkamaa Susanna, Lindgren Madeleine och Ashtiani Kajani för deras examensarbete *Att förebygga fallolyckor - Ett funktionellt hjälpmedel för att främja fallförebyggande arbetet på den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus*. Examensarbetsgruppen har fått lov av utvecklarna att dela med sig av verktöget till Pargas akut- och rehabiliteringsavdelning och att ändra den ursprungliga logon från Åbolands sjukhus till Pargas stads logo.





PARGAS PARAINEN

### OSAAMME EHKÄISTÄ KAATUMISET

**KAATUMISHISTORIA:** kaatumiset edeltävät 12 kk  
2 p. = ei yhtään kaatumista

4 p. = yksi tai useampi kaatuminen viimeiset 12 kk

6 p. = yksi kaatuminen viimeiset 3 kk

8 p. = useampia kaatumisia viimeiset 3 kk

**LÄÄKITYS:** rauhoittavat, mielialalääkkeet, Parkinson-lääkitys, nesteenoistolääkkeet, verenpainelääkkeet, uni- tai nukahtamislääkkeet

1 p. = ei mitään mainittujen lääkeryhmän lääkkeitä

2 p. = yksi lääke

3 p. = kaksi lääkettä

4 p. = useampi kuin kaksi lääkettä

**HENKINEN TILA:** onko levottomuutta, masentuneisuutta, vaikeutta kommunikaatio- ja yhteistyökyvyssä, vaikeutta realistisesti arvioida omia resursseja, kuten liikkumis- ja toimintakykyä

1 p. = ei mitään mainituista

2 p. = vähäisesti yksi/useampia oireita

3 p. = kohtalaisesti yksi/useampia oireita

4 p. = vaikeaa ongelmaa yhdellä/useammalla alueella

**KOGNITIO/MUISTI:** MMSE-testipisteet/kysymys "onko muistivaikeuksia?"

1 p. = 25-30 MMSE/ei muistivaikeuksia

2 p. = 18-24 MMSE/vähäisiä muistivaikeuksia

3 p. = 10-19 MMSE/kohtalaisesti muistivaikeuksia

4 p. = 0-12 MMSE/etenevä muistisairaus

**PISTEET YHTEENSÄ** (max 20 p.)

0-4 p. = pieni riski kaatumiselle

5-11 p. = lievästi kohonnut kaatumisvaara

12-15 p. = kohonnut kaatumisvaara

16-20 p. = erittäin korkea kaatumisvaara

*Editoitu versio, alkuperä: The Falls Risk Assessment Tool (FRAT) developed by the Peninsula Health Falls Prevention Service & Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, lääkäreiden kaatumisten ehkäisy, Satu Pajala, 2012.*



### SUOSITELTAVAT TOIMENPITEET

Yksilöllinen **ohjaus** (myös omaiset); esim. hälyttimen käyttö, nykyinen kaatumisriski ja toimenpiteet. Kaatumisen pelkoa?

**Kenkien** tarkistaminen; vakautta ja istuvuutta. Jos ei omia sopivia kenkiä → kengät osastolta.

**Jarrusukat** ellei kenkiä käytetä.

**Mobilisointi.**

**Sänky** matalalla.

Sopiva **apuväline** liikkumiseen.

**Nousutuki** ja **suihkutuoli.**

**Läkelistan** tarkistaminen → esim. rauhoittavat lääkkeet lisäävät kaatumisriskiä.

**D-vitamiinilisä.**

**Ympäristön esteiden** huomioiminen.

Liikkuvuutta estävien välineiden välttäminen.

**Sängynlaidan** käyttäminen jos potilas voi liukua, pyöriä tai pudota sängystä tai pelkojen rauhoittamiseen. Yhteisymmärryksessä potilaan kanssa mutta ei jos potilas on desorientoitunut tai levoton.

Yksilölliset **lonkkasuojahousut** ja **käsivarsihälytin.**

**Wc-käyntien** valvominen, etenkin jos on virtsaamisvaikeuksia.

Laajempi **mobilisointi** liikkuvuuden ja tasapainon edistämiseen.

Huone **valvontakameralla.**

YHTEISYMPÄRISTÖ  
**NOVIA**

Susanna Kotkamaa, Madeleine Lindgren & Kajan Ashtiani 2016 ©



Serviceboenden och sjukhus						
KORT FALLRISKBEDÖMNING (FRAT-Fall Risk Assessment Tool)						
Namn:						
Födelseid:						
Adress/avdelning/rum:						
Boendeform: ensam/ självständigt/ med stöd						
				Bedömarens initialer		
				Bedömningsdag (dd/mm/åå)		
				<b>BEDÖMNINGSPÖÄNG</b>		
FALLHISTORIA						
Förekomsten av fall under senaste 12 månader	Inga fall		(2 p.)			
	Ett eller flera fall under senaste 12 månader		(4 p.)			
	Ett fall under senaste 3 månader		(6 p.)			
	Flera fall under senaste 3 månader		(8 p.)			
MEDICINERING						
Lugnande, depressionsmediciner, Parkinsonmediciner, vätskedrivande mediciner, blodtrycksmediciner, sömn- eller insomningsmediciner	Inga vidstående mediciner		(1 p.)			
	En medicin		(2 p.)			
	Två mediciner		(3 p.)			
	Mer än två mediciner		(4 p.)			
PSYKISKA TILLSTÄNDET						
Förekommer oro, nedstämdhet, svårigheter i kommunikations- och samarbetsförmåga, svårigheter att realistiskt bedöma egna resurser, såsom rörelse- och funktionsförmåga	Inget av ovannämnda		(1 p.)			
	Lindrigt, ett eller flera symptom		(2 p.)			
	Måttligt, ett eller flera symptom		(3 p.)			
	Svårt, ett eller flera delområden		(4 p.)			
KOGNITION/MINNE						
Poängsättning enligt MMSE* testpoäng eller enligt vidstående frågor	MMSE		Minnessvårigheter?			
	24–30	(1 p.)	Inga svårigheter	(1 p.)		
	18–23	(2 p.)	Små minnesproblem	(2 p.)		
	12–17	(3 p.)	Måttl. minnesproblem	(3 p.)		
	0–11	(4 p.)	Fortskridande minnessjukdom	(4 p.)		
* Mini-Mental State Examination						
<b>SAMMANLAGDA PÖÄNG (max. 20 p.)</b>						



Serviceboenden och sjukhus  
**KORT FALLRISKBEDÖMNING (FRAT-Fall Risk Assessment Tool)**

Fallrisk:	Poäng	Åtgärder
Lindrigt förhöjd fallrisk	5–11 p.	Bevarandet av balansförmågan. Bevarandet av rörelseförmågan.
Förhöjd fallrisk	12–15 p.	Fallriskbedömning med IKINÄ-blankett. Utifrån den förverkligas individuella förebyggande åtgärder.
Mycket hög fallrisk	16–20 p.	Omedelbar fallriskbedömning med IKINÄ-blankett. Utifrån den förverkligas individuella, förebyggande åtgärder snabbt. Regelbunden uppföljning.

Källa: Falls Risk Assessment Tool (FRAT-(screening component)  
 Developed by: Peninsula Health Falls Prevention Service, <http://www.health.vic.gov.au/agedcare>.  
 Svenskspråkiga översättningar © THL, IKINÄ ([www.tapaturmat.fi](http://www.tapaturmat.fi)).

**DIREKTIV FÖR UTFÖRANDET**

- Testutföraren antecknar vid varje testtillfälle testdatum och egna initialer i formuläret.
- Från varje delområde väljs ett alternativ, som bäst beskriver testpersonens tillstånd.
  - Om personens tillstånd varierar, väljs det alternativet för det svagaste tillståndet/funktionsförmågan.
- Poäng från de olika delområdena summeras. Fallrisken och de fortsatta åtgärderna definieras.

Institutet för hälsa och välfärd, 2012. *Kort fallriskbedömning*. [Online]  
<https://www.thl.fi/documents/568262/1481636/Kort+fallriskbedomning.pdf/7f19d698-cd1e-48f0-969e-d1f4b7b2b54b> [hämtat: 4.5.2017]



BEDÖMNING AV FALLRISKEN					
Namn:					
Födelseid:					
Adress/avdelning/rum:					
Boendeform: ensam / självständigt / med stöd / vårdhem / anstalt					
				Bedömarens initialer	
				Bedömningsdag (dd/mm/åå)	
FALLHISTORIA					
Förekomsten av fall under senaste 12 månader?	Inga fall	(0 p.)			
	Ett fall	(1 p.)			
	Två fall	(2 p.)			
	Tre fall eller mer	(3 p.)			
Förekomsten av fallskador under senaste 12 månader?(Om flera fall med skador, dokumenteras den allvarligaste skadan under senaste 12 månader.)	Inga	(0 p.)			
	Lindrig skada, inga läkarbesök	(1 p.)			
	Lindrig skada, besökte läkare	(2 p.)			
	Allvarlig skada eller benbrott	(3 p.)			
Händelseidpunkten för senaste fall (Poängsätts inte)	Under natten (kl 22–06)				
	På morgonen/förmiddagen (kl 06–12)				
	På eftermiddagen/kvällen (kl 12–22)				
	Inga uppgifter				
Platsen för senaste fall? (Poängsätts inte)	Inne				
	Ute				
	WC/badrum/bastu				
	Inga uppgifter				
Orsaken till senaste fall? (Poängsätts inte)	Snavning eller halkning				
	Svimming eller svindel				
	Förlust av balans				
	Fall (t.ex. från stol el. säng)				
	Berusning				
	Inga uppgifter				
Erhållna skador vid senaste fall?					
RÄDSLAN FÖR FALL					
Utreds genom vidstående frågor eller med ABC-testet (se testblankett)	Hur mycket rädsla för fall känner ni då ni går inomhus?		Poäng vid ABC-test		
	Inte alls	(0 p.)	80–100 p.	(0 p.)	
	Lite eller ibland	(1 p.)	51–79 p.	(1 p.)	
	Oftast	(2 p.)	30–50 p.	(2 p.)	
	Mycket / hela tiden	(3 p.)	0–29 p.	(3 p.)	
FÖTTER OCH SKOR					
Är fötterna svullna, finns förhårdnader, liktår, felställningar, bensår, o. liknande?	Nej	(0 p.)			
	Ja Vad? _____	(1 p.)			
Är skorna sådana, att de ökar risken för fall?	Nej	(0 p.)			
	Ja Hur? _____	(1 p.)			
DENNA SIDAS POÄNG IHOPRÄKNADE					



MEDICINERING			
Läkemedel i regelbunden användning?  <i>Receptmediciner utfrågas eller granskas från recept.</i>  <i>Handköpspreparatens produkt-namn eller användningsändamål antecknas.</i>  <i>(Poängsätts inte)</i>	Receptbelagda mediciner: <input type="checkbox"/> Självanmälda <input type="checkbox"/> Granskade från recept	Handköps-preparat: Lista produkter här	
	Lugnande och/eller sömnmedicin		
	Depressionsmediciner		
	Epilepsimedien		
	Smärtmedicin		
	Hjärtmedicin		
	Vätskedrivande mediciner		
	Medicin för rytmstörning		
	Medicin för svindel		
Recept- el. handköpspreparat tillsammans.  <i>Antalet summeras utifrån föregående fråga.</i>	Inga	(0 p.)	
	1–2 läkemedel	(1 p.)	
	3 läkemedel	(2 p.)	
	4 eller fler läkemedel	(3 p.)	
SJKDOMAR (Totalmängden poängsätts)			
Hjärtsjukdomar (blodtryckssjukdom, kranskärlssjukdom, rytmstörning)			
Minnessjukdom			
Diabetes			
Hjärnslag			
Parkinsons sjukdom eller annan neurologisk sjukdom			
Sjukdom i andningsvägar			
Svindel			
Perifer neuropati			
Sjukdom i stöd- och rörelseapparat			
Konstgjorda leder i nedre extremiteter			
Osteoporos			
Akut sjukdom: vilken?			
Sjukdomar ihopräknade			
Sjukdomar sammanlagt?  <i>Antalet räknas ihop utifrån föregående fråga.</i>	Inga sjukdomar	(0 p.)	
	1–2 sjukdomar	(1 p.)	
	3–4 sjukdomar	(2 p.)	
	5 eller fler sjukdomar	(3 p.)	
SINNESFUNKTIONER			
Har synen försvagats?	Nej	(0 p.)	
	Ja	(1 p.)	
Glasögon  <i>(Poängsätts inte)</i>	Har inte		
	Ja, använder		
	Ja, använder inte		
Har hörseln försvagats?	Nej	(0 p.)	
	Ja	(1 p.)	
Hörapparat  <i>(Poängsätts inte)</i>	Har inte		
	Ja, använder		
	Ja, använder inte		
MINNE			
MMSE testpoäng * <i>(se testblankett)</i>	24–30	(0 p.)	
	18–23	(1 p.)	
	12–17	(2 p.)	
	0–11	(3 p.)	
* Mini-Mental State Examination			
Fortskrivande minnessjukdom, vilken?			
DENNA SIDAS POÄNG IHOPRÄKNADE			



3 (8)



INKONTINENS					
Föreligger inkontinens?	Nej		(0 p.)		
	Ja		(1 p.)		
Återkommande behov av att besöka WC nattetid mer än en gång?	Nej		(0 p.)		
	Ja		(1 p.)		
NÄRINGSTILLSTÅND OCH ALKOHOL					
Har näringsintaget minskat under senaste 3 månader pga försämrad aptit, besvär med matsmältning / tuggande / sväljande?	Nej		(0 p.)		
	Lite, men näringstillståndet gott		(1 p.)		
	I viss utsträckning minskad aptit		(2 p.)		
	Dålig aptit eller svårighet att äta		(3 p.)		
Näringstillstånd (bedöms med endast en av metoderna)	<b>Viktminskning</b>	<b>MNA-SF-test</b>	<b>NRS-2002-test</b>		
	Nej (0 p.)	14 p. (0 p.)	0 p. (0 p.)		
	Vet inte (1 p.)	12–13 p. (1 p.)	1–2 p. (1 p.)		
	1–3 kg (2 p.)	8–11 p. (2 p.)	3–4 p. (2 p.)		
	> 3 kg (3 p.)	0–7 p. (3 p.)	≥ 5 p. (3 p.)		
Mängden intagna alkoholdoser under en vecka? (Vid behov AUDIT-C eller Alkoholmätare för över 65-åringar (Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari))	Inga		(0 p.)		
	1–3 doser		(1 p.)		
	4–10 doser		(2 p.)		
	11+ doser		(3 p.)		
SINNESSTÄMNING					
Depressionssymptom: långvarig initiativlöshet, nedstämdhet, rastlöshet, ångest eller obefogade rädslor. (bedöms med endast en av metoderna)	Finns depressionssymptom?		GDS-15 test-resultat		
	Nej (0 p.)		0–6 p. (0 p.)		
	Ja (1 p.)		7–15 p. (1 p.)		
HJÄLPBEHOV					
Före senaste fall, hur mycket hjälp behövdes i ADL-funktioner?  (Efter fall: uppskatta den funktionsnivå som rådde före fallet. Om inte fall förekommit under senaste 12 månader, bedöm nuvarande situation.)	Behöver inte alls hjälp		(0 p.)		
	Klarar sig med liten hjälp		(1 p.)		
	Behöver måttlig hjälp		(2 p.)		
	Behöver helt hjälpas		(3 p.)		
Har hjälpbehovet ökat efter senaste fall? (Bedöms inte, ifall personen inte fallit under senaste 12 månader.)	Nej		(0 p.)		
	Ja		(1 p.)		
Före senaste fall, hur mycket hjälp behövdes i IADL-funktioner?  (Efter fall: uppskatta den funktionsnivå som rådde före fallet. Om inte fall förekommit under senaste 12 månader, bedöm nuvarande situation.)	Behöver inte alls hjälp		(0 p.)		
	Klarar sig med liten hjälp		(1 p.)		
	Behöver måttlig hjälp		(2 p.)		
	Behöver helt hjälpas		(3 p.)		
Har hjälpbehovet ökat efter senaste fall? (Bedöms inte, ifall personen inte fallit under senaste 12 månader.)	Nej		(0 p.)		
	Ja		(1 p.)		
DENNA SIDAS POÄNG IHOPRÄKNADE					



4 (8)



FUNKTIONSFÖRMÅGA					
Kort fysisk funktionsförmåga (SPPB)*-testet.  <i>Om testet gjordes bara delvis, vilka delar?</i>	10–12 poäng	(0 p.)			
	7–9 poäng	(1 p.)			
	4–6 poäng	(2 p.)			
	0–3 poäng	(3 p.)			
	* Short Physical Performance Battery		<i>Balans (BA), Gång (GÅ), Uppstigning från stol (US)</i>		
GÅNG					
Är gåendet hemma/inomhus tryggt?	Ja, går helt självständigt	(0 p.)			
	Ja, med hjälpmedel	(1 p.)			
	Behöver under gåendet övervakning eller lite hjälp	(2 p.)			
	Kan inte alls gå inomhus eller gången är inte trygg utan hjälp	(3 p.)			
Går eller rör sig utomhus tryggt?	Ja, går helt självständigt	(0 p.)			
	Ja, med hjälpmedel	(1 p.)			
	Behöver under gåendet övervakning eller lite hjälp	(2 p.)			
	Kan inte alls gå utomhus eller gången är inte trygg utan hjälp	(3 p.)			
Hjälpmedel som används för att gå/eller förflytta sig. Vilket?	Inne				
	Ute				
OMGIVNING					
Finns det i omgivningen faktorer som ökar fallrisken?  <i>(t.ex. trösklar, svag belysning, avsaknad av trappräcken)</i>	Nej	(0 p.)			
	Små brister/riskfaktorer	(1 p.)			
	Måttligt med brister och riskfaktorer, som förutsätter korrigeringar	(2 p.)			
	Många brister/riskställen	(3 p.)			
MOTIONSAKTIVITET					
Motionsaktivitet	Mycket aktiv (motion 30–60 min, 3 x eller mer i veckan)	(0 p.)			
	Måttligt aktiv (motion 30–60 min, 1–2 x veckan)	(1 p.)			
	Lite aktiv (Är ute bara då och då)	(2 p.)			
	Väldigt låg aktivitet (Rör sig knappt inomhus)	(3 p.)			
Har aktivitetsnivån ändrats efter senaste fall? <i>(Bedöms inte, ifall inte fallit under senaste 12 månader.)</i>	Nej	(0 p.)			
	Ja Hur? _____	(1 p.)			
EGEN AKTIVITET					
Noterade fallriskhöjande egenskaper i personens beteende, förflyttning och dagligfunktioner  <i>(Vårdarens eller makans/makens/anhörigs bedömning)</i>	Har realistisk bild av egna förmågor samt ber om hjälp vid behov	(0 p.)			
	Vanligtvis realistisk bild av sina egna förmågor men frågar inte alltid efter hjälp, trots behovet	(1 p.)			
	Underskattar sina egna förmågor att klara dagligfunktionerna, rädd och undviker att röra sig	(2 p.)			
	Överskattar sina egna förmågor, rör sig och sysslar med sånt som det inte finns förmåga/resurser till	(3 p.)			
DENNA SIDAS POÄNG IHOPRÄKNADE					



5 (8)



Sammanlagda poäng från sida 1				
Sammanlagda poäng från sida 2				
Sammanlagda poäng från sida 3				
Sammanlagda poäng från sida 4				
<b>SAMMANLAGDA POÄNG (max 58 p.)</b>				

Tolkning av resultat:	Rekommenderade åtgärder:
0–15 p. Liten fallrisk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminera identifierade riskfaktorer eller vidta åtgärder, som man minimerar riskfaktorerna med.</li> <li>• Personen sporras till hälsobeteende som minskar fallrisken och till ändring av levnadsvanor, såsom motionerande, hälsosam kost samt god vård av sjukdomar.</li> </ul>
16–24 p. Måttlig fallrisk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuell plan som fokuserar på att identifiera och eliminera riskfaktorerna och/eller satsning på kontrollerade, förebyggande åtgärder med en planmässig och kontinuerlig uppföljning av hur dessa förverkligats.</li> </ul>
25–58 p. Hög fallrisk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omdelbar eliminering av identifierade riskfaktorer och/eller satsning på kontrollerade, förebyggande åtgärder med en planmässig och kontinuerlig uppföljning av hur dessa förverkligats.</li> <li>• Regelbunden omvärdering av fallrisken alltid då det sker förändringar i personens hälsotillstånd och regelbundet med 3-6 månaders mellanrum.</li> </ul>





6 (8)

**ANVISNINGAR FÖR DEN SOM ANVÄNDER BLANKETTEN FÖR FALLRISKBEDÖMNING**

**MÅLSÄTTNING:** Med bedömningen fastställs de mest betydelsefulla inre och yttre faktorer som inverkar på personens fallrisk.

**BEDÖMNING AV VEM OCH NÄR?**

- Bedömningen av fallrisk görs
  - o snabbt (inom 1–3 dg) för personer, som i screeningen erhållit resultatet hög fallrisk
  - o Inom 1–2 veckor från screening för personer, som i screeningen erhållit resultatet måttlig fallrisk.
- Om sällningsundersökning inte har gjorts, görs bedömningen för alla, som anmäler fallförekomst en eller flera gånger under senaste 12 månader.
- Bedömningen av fallrisken bör göras så fort som möjligt
  - o efter att personen fallit
  - o efter att personens boendemiljö ändrats, t.ex. flytt hemifrån till serviceboende eller byte mellan serviceboendeenhet
  - o efter att personen intagits till sjukhus.
- Bedömningen av fallrisken förnyas
  - o alltid då personens hälsotillstånd förändras så att den inverkar på fallrisken
  - o med jämna mellanrum enligt dokumenterad verksamhetsplan för förebyggandet av fall.
- OBS! Hela bedömningen behöver nödvändigtvis inte göras på en o samma gång. Uppgifterna kan kompletteras inom 2–3 dygn från inledandet av bedömningen. Ansvarspersonen ansvarar för att alla bedömningspunkter är ifyllda.

**VEM BEDÖMER?**

- Mångprofessionell grupp eller yrkesperson inom hälsovården och som har fördjupat sig i blanketten och dess mätare.
- Om bedömningen görs av en person, konsulterar hon/han andra yrkesgrupper (t.ex. i näringstestet, funktionsbedömnings-testet).
- Ansvarspersonen bekräftar, att alla mätresultat samlas in och antecknas på blanketten.

**MÄTARE**

- För bedömning av rädsla för fall, minnesbedömning och användningen av alkohol rekommenderas i första hand givna mätare (ABC-test, MMSE-test och AUDIT-C). Bedömningen kan alternativt ersättas med enkla frågor.
- Den fysiska funktions- och rörelseförmågan (balans i stående, uppstigning från stol och gång) bedöms alltid med att använda SPPB-test.
- ABC, MNA, NRS-2002, AUDIT-C, GDS-15 ja SPPB testblanketter och utförandeanvisningar finns som bilagor i IKINÄ-guiden. Blanketterna finns i utskriftsformat på nätportalen [www.tapaturmat.fi](http://www.tapaturmat.fi).

**DOKUMENTATION OCH POÄNGSÄTTNING**

- På en o samma blankett ryms poäng från fyra bedömningar, vilket möjliggör uppföljning av fallriskutvecklingen.
- I blanketten finns frågor som poängsätts samt tillägsfrågor, som inte poängsätts. Informationen som fås från tillägsfrågorna används för planerandet av de förebyggande åtgärderna och för uppföljningen av fallrisken.
- Om någon del av bedömningen inte kan genomföras, antecknas detta i blanketten. På så sätt försäkras man sig om att, någon del av bedömningen inte blir ogjord.

**FORTSATTA ÅTGÄRDER**

- Bedömningen är ett redskap för åtgärdsplan och uppföljning. Både bedömningen och dokumentationen bör göras omsorgsfullt. På så sätt kan andra yrkesgrupper och arbetstagare, som är i kontakt med personen, använda sig av uppgifterna från bedömningen.
- Utifrån helhetspoäng, bedöms personens fallrisk och på basen av resultatet vidtas behövliga åtgärder så fort som.



#### ANVISNINGAR FÖR BEDÖMNING AV DE ENSKILDA DELOMRÅDEN

##### FALL

- I första hand utfrågas personen själv. Då det gäller personer med minnesstörningar kan anhörig, vårdare eller vårdpersonal tillfrågas.
- Om personen inte minns eller vet detaljer om fallhändelserna antecknas i blanketten MINNS EJ/ EJ VETSKAP.
- Beträffande skador anslutna till det senaste fallet antecknas den mest betydelsefulla funktions- eller rörelsebegränsande skadan.

##### RÄDSLOR FÖR FALL

- Vid bedömning av äldre, som bor hemma eller på boende, rekommenderas användning av Activity Balance Scale (ABC)-mätare. För personer som just inte alls rör sig utomhus bedöms rädslan med frågor.

##### FÖTTER OCH SKOR

- Vid bedömningstillfället ombes personen att ta av sig skor och strumpor. Bedömningen görs på basen av iakttagelser. Om skorna inte är vid bedömningstillfället på fötterna hämtas och granskas senare de skor som personen i huvudsak använder sig av inomhus. Om personen rör sig mycket utomhus granskas även utomhusskor.

##### MEDICINERING

- Medicineringen kan klarläggas från patientjournalen och vid behov kan läkare eller läkemedelsansvarig sjukvårdare konsulteras.
- Bedömningsblankettens medicinlista är inte heltäckande. Den innehåller läkemedelsgrupper, som bevisligen har fallriskhöjande inverkan.
- I läkemedelsgrupperna antecknas antalet läkemedel från samma grupp, som personen använder.
- Beträffande handköpspreparat antecknas antingen läkemedlets namn eller om inte det är känt, för vilket besvär det används. Antecknas även de vitaminer och naturkostpreparat som möjligtvis är i användning, men de tas inte med i läkemedlens helhetsmängd.
- Till läkemedlens helhetsmängd räknas inte tillfälliga medicinkurer, såsom kortvariga antibiotikakurer vid behandling av akut infektion.

##### SJUKDOMAR

- Uppgifter om sjukdomar fås från patientjournalerna eller läkare konsulteras. Sjukdomsförteckningen är inte heltäckande, utan innehåller sjukdomar, som bevisligen ökar risken för fall.
- Om personen har flera sjukdomar som hör till gruppen hjärt- och kärlsjukdomar, antecknas deras antal.
- Övriga sjukdomar kryssas för (X) men poängsätts inte. Totala antalet sjukdomar poängsätts.

##### SINNESFUNKTIONER

- Personen frågas om syn och hörsel. Glasögonens och hörapparatens funktionsduglighet granskas t.ex. genom att fråga "Ser ni/ hör ni tillräckligt bra med nuvarande glasögon/hörapparat?"
- Om inte personen på ett tillförlitligt sätt kan bedöma dessa saker, tillfrågas anhöriga eller vårdare.

##### MINNE

- Minnet bedöms med MMSE test. Om MMSE testet gjordes 1–2 veckor innan bedömningen av fallrisken, kan testresultatet användas i denna bedömning. Om MMSE testningen görs för denna bedömning, kan testet utföras  $\pm 2$  dg från övrig bedömning.
- Om personen har en diagnosticerad fortskridande minnessjukdom, antecknas det.

##### INKONTINES

- Personen tillfrågas själv om svårigheter med att hålla urin. Om det finns orsak att misstänka att personen inte vill tala om besvären, kan saken klarläggas med anhöriga eller vårdare.
- Till inkontinens räknas både urin- och avföringsinkontines.



#### ANVISNINGAR FÖR BEDÖMNING AV DE ENSKILDA DELOMRÅDEN

##### NÄRINGSTILLSTÅND

- Om näringstillståndet tillfrågas personen själv. Vid behov kan även anhörig eller vårdare tillfrågas, t.ex. om den undersökta personen har minnessjukdom.
- Den egna uppfattningen om viktnedgången frågas. Vid behov vägs personen.
- Rekommenderas att näringstillståndet görs med MNA-SF eller NRS 2002 mätare för alla, men speciellt för de personer, hos vilka man kan misstänka felaktigt näringstillstånd (mer än 3 kg viktnedgång utan bantningsavsikt).
- Vid bedömning av näringstillståndet används
  - o antingen Mini Nutritional Assessment (MNA-SF) -test, som lämpar sig för bedömning av äldre personer boende hemma eller på serviceboende
  - o eller Nutritional Risk Screening (NRS 2002) -test, som lämpar sig för sjukhuspatienter
  - o Ringa in vald mätare.
- Alkoholförbrukningen utreds med blankettens frågor om alkoholdosernas mängd. Om personen säger sig använda 4–10 doser, är det rekommendabelt att göra bedömningen även med antingen AUDIT-C testet eller med Yli 65-vuotiaiden Alkoholmittari (<http://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi/yli-65-vuotiaan-alkoholimitari>). Alkoholkonsumtionen kan förtydligas genom att fråga anhöriga eller vårdare om det finns orsak att misstänka att personens svar inte är pålitliga.

##### SINNESSTÄMNING

- Vid bedömning rekommenderas att man använder GDS-15-test. Speciellt, om det föreligger minsta orsak att misstänka depression och/eller personen undviker ämnet. GDS-testet kan göras  $\pm 2$  dg från övrig bedömning.

##### HJÄLPBEHOV

- Om bedömningen görs efter att personen nyss har fallit, bedöms hjälpbehovets omfattning utifrån situationen före fallet. Om personen inte har fallit under de senaste 12 månaderna, dokumenteras situationen vid bedömningstillfället.

##### FUNKTIONSFÖRMÅGA

- Med det korta funktionstestet SPPB bedöms balansförmågan, gånghastigheten och uppstigningen från stol.
- Testet görs åt alla som klarar testet helt eller delvis.
- Testet kan göras med det hjälpmedlet som personen i övrigt använder.
- En med testet förtrogen vårdare eller fysioterapeut kan utföra testet.
- Säkerställ testpersonens säkerhet under testet (se testdirektivt).
- Om personen inte kan utföra hela testet, görs de deltester, som kan utföras tryggt. I blanketten antecknas de delar som utförts (testets bokstavskod). Till helhetspoäng räknas poängen från de delar som utförts.
- Testet kan utföras  $\pm 2$  dg från övrig bedömning.

##### GÅNG

- Bedömningen görs i första hand genom att fråga personen själv. Ifall personen verkar ha svårt att bedöma sin egen situation, bekräftas den via anhörig eller vårdare. I boendeservice eller på sjukhus kan bedömningen också göras på basen av iakttagelser om personens rörlighet i boende- eller vårdutrymmen.

##### OMGIVNING

- Med omgivning avses den boende- och livsmiljö, där personen bor och vistas största delen av tiden.
- På sjukhuset, speciellt under långvarig sjukhusvistelse, skall ifrågavarande persons fallriskförhöjande faktorer granskas och ombesörjas i patient- och vårdrum.

##### MOTIONSAKTIVITET

- Till motionsaktivitet räknas fritidssport, motion i samband med rehabilitering samt måttligt ansträngande hem- och trädgårdssysslor.

##### POÄNGRÄKNING

- Poängen från blankettens samtliga sidor räknas ihop och den sammanlagda poängsumman antecknas på sista sidan.

##### TOLKNING AV RESULTATEN OCH FEEDBACK TILL DEN ÄLDRE

- Tabellen beskriver, utifrån poängen, personens fallrisk. Resultatet delges också den undersökta, utan att skrämja eller anklaga. Tillsammans med personen och anhöriga begrundas och överenskomms om åtgärder som dessa kan vidta för att minska fallrisken.
- På basen av bedömningen görs en individuell handlingsplan för att minska på fallandet. I planen definieras åtgärder, tidtabell för förverkligandet, ansvarspersoner samt uppgörs en uppföljningsplan (se blankett för handlingsplan).