

Examensarbete i Tillämpad Informationsteknologi

Faktorer som påverkar införande av IT-stöd inom hälso- och sjukvården

Anna Lind

Göteborg, Sweden 2007



IT University
of Göteborg

CHALMERS | GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för Tillämpad Informationsteknologi



REPORT NO. 2007/7

Faktorer som påverkar införande av IT-stöd inom hälso- och sjukvården

En utvärdering av införande och användande av IT-stöd i samband med
vårdprevention

ANNA LIND



Department of Applied Information Technology
IT UNIVERSITY OF GÖTEBORG
GÖTEBORG UNIVERSITY AND CHALMERS UNIVERSITY OF
TECHNOLOGY
Göteborg, Sweden 2007

Faktorer som påverkar införande av IT-stöd inom hälso- och sjukvården
En utvärdering av införande och användande av IT-stöd i samband med
vårdprevention

ANNA LIND

© ANNA LIND, 2007.

Report no [2007:7](#)

ISSN: 1651-4769

Department of Applied Information Technology
IT University of Göteborg

Göteborg University and Chalmers University of Technology

P O Box 8718

SE – 402 75 Göteborg

Sweden

Telephone + 46 (0)31-772 4895

Chalmers Reproservice
Göteborg, Sweden 2007

Factors influencing implementation of information system in health care organizations

Faktorer som påverkar införande av IT-stöd inom hälso- och sjukvården

En utvärdering av införande och användande av IT i samband med vårdprevention

ANNA LIND

Handledare: Urban Nulden

Department of Applied Information Technology

IT University of Göteborg

Göteborg University and Chalmers University of Technology

SAMMANFATTNING

Användningen av IT inom vårdsektorn ökar och nya IT-stöd införs i stor utsträckning men med varierande framgång. Med en stigande andel äldre i befolkning vars vårdbehov är omfattande ökar kraven på att bedriva en rationell och effektiv verksamhet. Inom Jönköpings läns landsting arbetar man med vårdprevention som avser att genom ett förebyggande arbete förhindra att skador uppstår inom omvårdnadsområdena trycksår, undernäring och fallskador.

Syftet med studien har varit att evaluera införandet och användningen av IT-stödet Mätning och Analys (MOA) i avseende på ökad effektivitet i arbetet med vårdprevention. Målsättningen har varit att bidra till en ökad kunskap kring IT-införande. Studien har genomförts med en etnografisk ansats där datainsamling från praktiken skett genom deltagande observationer och intervjuer. Det empiriska materialet analyserades sedan utifrån teorin "Fit between Individuals, Task and Technology" som belyser IT-införandes beroende av matchning mellan Individ, Uppgift och Teknik samt utifrån tidsperspektivet Temporala strukturer.

Av resultatet framgick att IT-stödet inte i tillräcklig stor utsträckning stödjer informationsutbyte kring patienten mellan vårdgivare. Det framgick även att IT-stödet skapade en ökad dubbeldokumentation samt att IT-stödet inte uppfyllde kraven på en enhetlig informationsstruktur. I samband med införandeprocessen efterlyste vårdgivarna ökade resurser i form av tid, utbildning och stöd.

Slutsatsen är att en förskjutning av IT-stödets primära användningsområde från ett registreringsverktyg till ett kompletterande journalsystem skulle kunna bidra till att tillgodose de behov för ökad effektivitet som uppstått i och med införandet av vårdprevention. Vidare skulle förändrade temporala strukturer för utvecklingsarbetet, mer utbildning och ökat stöd kunna påverka införandeprocessen i positiv riktning och medföra ett ökat deltagande och ökad motivation för vårdprevention.

Nyckelord: vårdinformatik, sjukvården, arbetspraktik, arbetsuppgifter, teknikstöd, informatik, medicinsk informatik, kvalitetsregister, implementation.

Ett stort tack till all personal vid Jönköpings läns Landsting som välvilligt har låtit mig delta i arbetet, förmedlat kontakter och generöst delat med sig av erfarenheter kring vårdprevention.

Innehållsförteckning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	1
1 INTRODUKTION	3
1.1 PROBLEMMOMRÅDE.....	3
1.2 SYFTE OCH FRÅGESÄLLNING	4
1.2.1 Avgränsning.....	4
2 BAKGRUND	4
2.1 IT SOM STÖD ISTÄLLET FÖR HINDER.....	5
2.2 RESULTATUPPFÖLJNING	6
2.3 KOMPETENSUTVECKLING.....	6
2.4 FÖRÄNDRADE INFORMATIONS- OCH DOKUMENTATIONSROUTINER.....	6
2.5 JURIDISKA HINDER	7
2.6 VÅRDPREVENTION	8
2.6.1 Evidensbaserade instrument.....	9
2.6.2 Åtgärder.....	9
2.6.3 IT-stödet MOA	10
3 TEORI.....	11
3.1 TIDIGARE FORSKNING SINRIKTNINGAR.....	11
3.1.1 Utnyttjande fokus.....	11
3.1.2 Task-Technology Fit (TTF).....	12
3.2 MATCHNING MELLAN INDIVID, UPPGIFT OCH TEKNIK	13
3.2.1 Begrepp i FITT	13
3.2.2 Egenskaper som påverkar optimal matchning.....	13
3.2.3 Direkt påverkan på egenskaper	14
3.2.4 Externa påverkan på egenskaper.....	15
3.3 TIDSPERSPEKTIV	15
3.3.1 Objektivt och Subjektivt tidsperspektiv.....	15
3.3.2 Temporala strukturer ur ett praktikperspektiv.....	16
4 METOD	17
4.1 VETENSKAPLIG METOD	17
4.2 DATAINSAMLING.....	18
4.2.1 Litteraturstudie	18
4.2.2 Intervju och observation.....	19
4.2.3 Deltagande observation.....	19
5 RESULTAT	20
5.1 PRAKTIKEN	20
5.2 UPPGIFTEN	21
5.2.1 Inregistrering.....	21
5.2.2 Rapportmaterial.....	23
5.2.3 Registreringsansvar.....	24
5.2.4 Dokumentation.....	24
5.3 INDVIDEN	24
5.3.1 Prioritering.....	25
5.3.2 Utbildningsbehov i instrumenten.....	26
5.4 TEKNIKEN	27
5.4.1 Support och anpassningar	27
5.4.2 Arbetsstationer.....	28
5.4.3 Utbildning i tekniken.....	29
6 DISKUSSION.....	30
6.1 MATCHNING MELLAN UPPGIFT OCH TEKNIK.....	30
6.1.1 Stödja samverkan.....	30

6.1.2	<i>Dokumentationsprocessen</i>	31
6.1.3	<i>Systemets utformning</i>	32
6.1.4	<i>Antal arbetsstationer</i>	32
6.2	MATCHNING MELLAN INDIVID OCH UPPGIFT	33
6.2.1	<i>Tid</i>	33
6.2.2	<i>Erfarenhet och utbildning</i>	33
6.2.3	<i>Motivation, deltagande och stöd</i>	34
6.3	MATCHNING MELLAN INDIVID OCH TEKNIK	35
6.3.1	<i>Utbildning</i>	35
6.3.2	<i>Ansvarsfördelning</i>	36
7	SLUTSATS	36
8	REFERENSER	38
9	BILAGOR	40
	<i>Bilaga 1</i>	40

1 Introduktion

I takt med att andelen äldre i befolkningen stiger, ökar också kraven på äldre vården. Det medför en förhöjd press på att bedriva en rationell och effektiv verksamhet. Idag går 70 procent av kostnaderna i vården till personer över 65 år. En mängd förändringar kommer att behöva göras på olika nivåer inom vårdsektorn där IT kan bidra till att ge ökad effektivitet (Ruland, 2002; Utbult, 2004).

IT-användningen inom hälso- och sjukvården är idag inte lika omfattande som i andra branscher. Tyvärr har vården blivit ett område där misslyckade IT-satsningar har avlöst varandra. Ammenwerht et al (2006) menar att uppskattningsvis har 60 – 70 % av alla projekt där man utvecklat mjukvaror för vården misslyckats vilket leder till enorma förlorade kostnader och en förlust av tilltro till IT av användare och beslutsfattare.

Lind & Sandblad (2004) konstaterar i sin rapport att vård- och omsorgssektorn tyvärr lider av samma systemfel som präglat hela IT-marknaden:

- Användarnas och kundernas önskemål har inte varit tillräckligt i fokus för utveckling och införande.
- Utveckling och införande av datorstöd drivs av leverantörer och dataavdelningar som om IT är vilken teknik som helst.

Särskilda begränsningar i vård och omsorg vad gäller säkerhet och integritet försvårar ytterligare ett enkelt informationsutbyte.

Då det finns ett behov av mer kunskap kring IT-stöd inom vårdsektorn och jag tidigare har arbetat som sjuksköterska valde jag att studera införandet och användningen av ett nyutvecklat IT-system rörande de tre omvårdnadsområdena trycksår, undernäring och fall inom Jönköpings läns landsting.

1.1 Problemområde

Inom landstinget i Jönköpings län arbetar man sedan en tid tillbaka med vårdprevention där man vill skapa ett förebyggande arbetssätt för att undvika att olika skador uppstår. Arbetet sker inom omvårdnadsområdena trycksår, undernäring och fallskador. Dessa tre områden innebär stora kostnader för vården och givetvis lidande för patienten. Kostnaderna för vård och behandling enbart av trycksår motsvarar i Jönköpings läns landsting 110 tjänster per år¹. Således är det av stor vikt att försöka minimera uppkomsten av dessa åkommor.

För att skapa ett systematiskt arbetssätt används samma metoder i hela vårdkedjan för att utföra riskbedömningar av patienter. Patienterna bedöms utifrån samma evidensbaserade instrument och ges evidensbaserade åtgärder utifrån länsgemensamma vårdprogram. Detta bidrar till att ge en enhetlig struktur på det preventiva arbetet inom specialistvård, primärvård och kommun vilket ska garantera en säker och lika vård för patienterna oavsett var man vårdas.

¹ Källa: informationsblad från Qulturum Jönköpings läns Landsting

Till sin hjälp i det vårdpreventiva arbetet har vårdgivarna de evidensbaserade instrumenten och IT-stödet Mätning och Analys (MOA) där man registrerar alla patienter över 70 år. Med hjälp av den process- och patientdata man kan få ut från MOA kan resultaten av omvårdnadsprocesserna i det vårdpreventiva arbetet synliggöras. IT-stödet förser också ett kvalitetsregister rörande vårdprevention med uppgifter.

Nationella kvalitetsregister finns idag bland annat inom diabetes och stroke. Kvalitetsregistren har för avsikt att bidra till kvalitetsutveckling och förbättring av hälso- och sjukvården genom att samla och analysera patientbundna data och diagnoser, åtgärder och behandlingsresultat. Registren används vid kvalitetsjämförelser mellan enheter, fungerar som grund för Socialstyrelsens tillsynsarbete och spelar en allt större roll för verksamhetsuppföljning. Därutöver ges en möjlighet till aggregering av viktiga data och epidemiologisk forskning. (SSF, 2005). En mängd register förs idag för uppföljning och kvalitetsutveckling på lokal och regional nivå.

1.2 Syfte och frågesällning

Syftet med denna studie är att utvärdera IT-stödet MOA i avseende på ökad effektivitet i arbetet med vårdprevention. För detta ställs frågorna:

- Uppfyller IT-stödet de behov som finns för att utföra ett effektivt, strukturerat och genomgående preventivt arbete för undernäring trycksår och fall?
- Hur upplever vårdgivarna införandet av vårdprevention?

1.2.1 Avgränsning

Studiens avsikt är enbart att förmedla en bild av en praktik genom vårdgivarnas egna upplevelser kring arbetet med vårdprevention idag. Studien vill beskriva och tolka individers upplevelser och förändrade arbetssätt i samband med det vårdpreventiva arbetet och införandet av IT-stödet MOA. Studien har inte för avsikt att studera de evidensbaserade instrumentens uppbyggnad, inte heller innehållet eller omfattningen av den information som idag registreras i MOA.

2 Bakgrund

Samtidigt som en växande andel av befolkningen utgörs av äldre människor som är beroende av professionell vård och omsorg ska en förhållandevis mindre yrkesverksam del av befolkningen skapa de nödvändiga resurser som ger samhället möjlighet att avsätta medel för vårdtjänster. Bristen på vårdpersonal förväntas inte sjunka under de närmsta åren samtidigt som behandlingsutbudet ökar. Hälso- och sjukvården måste därför lösa fler uppgifter med begränsade resurser där krav på effektivisering är betydande (Ruland, 2002).

- ❖ I följande delar beskrivs en del av de möjligheter och hinder som IT medför inom vårdsektorn. Avslutningsvis beskrivs mer ingående vårdprevention.

2.1 IT som stöd istället för hinder

I den Nationella IT-strategin för vård och omsorg (2006) finns följande vision:

Personal inom vård och omsorg har tillgång till välfungerade och samverkande IT-stöd som garanterar patientsäkerheten och underlättar deras dagliga arbete.

IT i vården ska underlätta för planering, kommunikation och dokumentation. Utöver detta underlättas verksamhetsuppföljning, kvalitets- och förbättringsarbete. IT-användning i vården öppnar nya möjligheter men ställer också andra krav på informationssystemen och vårdprocesserna. Det krävs bra etablerade rutiner och ett enhetligt språkbruk. Det krävs också kunskap om vilken information som behövs, vem som behöver den, vad den ska användas till samt vilket värde och kvalitet den har (SSF 2005).

Lind & Sandblads (2004) undersökning kring användarnas egna erfarenheter av IT-stöd i vården visade att användare är positiva till IT i vården men kritiska till hur man tar tillvara de möjligheter som tekniken erbjuder.

Följande fem punkter redovisades:

- De anställda är beroende av att systemen fungerar. Integrationen mellan olika system är dålig och man tvingas logga in och ut ur olika system hela tiden. Anställda har för många system att använda.
- Stora brister vad gäller uppföljning och support. Är de anställda nöjda eller inte? Få utvärderingar görs. Beställare som köpt in dyra system som inte lever upp till förväntningarna är inte så roliga att utvärdera. Våga utvärdera.
- Oflexibla journalsystem. Inte anpassade för de anställdas arbetsuppgifter vilket skapar stress. I svåra fall leder denna teknikorsakade stress till utbrändhet och sjukskrivningar. Fyra av tio användare säger sig ha problem med muskelvärk i nacke och skuldror.
- Brister i användbarheten hänger bland annat ihop med att ansvariga inte använt rätt metoder för att införa systemen. Användarna är inte med när man anpassar systemen. Dessa behöver dessutom anpassas till olika yrkesgrupper som använder dem till olika saker. Man tar inte i tillräcklig omfattning reda på vilket stöd som olika användargrupper behöver.
- Svårt att formulera krav, göra en kravspecifikation om man inte är en van beställare. Systemen måste därför provas ut men tyvärr görs inte tillräckligt noggranna tester.

Med en hårt ansträngd budget har många hamnat i fällan att välja ett billigare system som i slutändan blivit mer kostsamt då man har fått mycket högre utvecklings och underhållskostnader. Vidare kan samma IT-system för en verksamhet vara framgångsrikt men för en annan verksamhet misslyckat. Ammenwerth et al (2006)

menar att det faktum att ett IT-systems framgång kan skilja sig i olika miljöer är förklarligt när vi ser IT-systemen inneslutna i en social-organisatorisk miljö.

Frågan väcks om Vård-IT följer samma väg som Industri-IT med heltäckande lösningar som tar över på de mindre specialiserade systemens bekostnad. Små delsystem ställer högre krav på integration mellan systemen men tillgodoser å andra sidan de olika delverksamheternas behov (Lind & Sandblad, 2004).

2.2 Resultatuppföljning

Inom alla led i vårdsektorn saknas idag en större styrinformation som visar ett klart samband mellan verksamhet, kvalitet, resursförbrukning och kostnader. Det budgetansvar som enhetschefer på enskilda avdelningar har är att jämföra med ett medelstort företag där budgetansvaret kan röra sig om 8-16 miljoner kronor per år och ett personalansvar för 30-70 anställda samt en administration för 20-40 patienter dagligen. Då sjuksköterskor står för 50 % av sjukhusens personalkostnader är det betydande för omvårdnaden att klara satta utgiftsmål och att man kan uppfylla kraven på effektiv resursförvaltning, budgetbalans, personalplacering och professionell kvalitet. För att uppnå detta behövs god styrinformation där bland annat system för resultatuppföljning av vårdtjänster kan bidra till en bättre organisering av vårdtjänsterna (Ruland, 2002).

I den Nationella IT-strategin för vård och omsorg (2006) skrivs följande:

Ansvariga för vård och omsorg har ändamålsenliga IT-stöd för att följa upp patientsäkerheten och vårdens kvalitet samt för verksamhetsstyrning och resursfördelning.

2.3 Kompetensutveckling

Vården utvecklas ständigt genom forskning, ny medicinsk teknologi och nya behandlingsmetoder och allt högre krav ställs på vårdpersonalens kompetens. Då det är omöjligt att hålla sig uppdaterad på alla olika områden behövs tillgång till och möjligheter att inhämta kunskaper inom det aktuella kliniska området. Detta kan göras genom olika IT-system som exempelvis beslutstödssystem som ger en vägledning när det gäller diagnostisering av hälsoproblem, omvårdnad, behandling och uppföljning. IT-system kan också ge en kontinuerlig återkoppling rörande effekten av medicinsk behandling och omvårdnad vilket medverkar till ny kunskap kring vad som är effektiv behandling samt ger en rapport avseende kvaliteten i omvårdnaden och behandlingen. Detta kan hjälpa till att garantera patienter en säker och lika vård oavsett var man än befinner sig (Ruland, 2002).

2.4 Förändrade informations- och dokumentationsrutiner

Alla yrkesgrupper och enheter som arbetar kring patienten behöver tillgång till patientupplysningar rörande de andras bedömningar och beslut. Patientjournalen är det mest centrala informations- och kommunikationsverktyget för vårdpersonalen i den dagliga behandlingen av patienter där den fungerar som ett redskap för dokumentation av patientinformation och ett redskap för kliniskt beslutstöd.

Patientjournalen spelar också en viktig roll vad gäller forskning, kvalitetssäkring, tillsyn och kontroll, informationskälla för patienten samt underlag i juridiska sammanhang (SFS, 1985) i (Ruland, 2002).

Allt fler kommuner och landsting inför elektroniska patientjournaler. Genom att man snabbt kan få tillgång till all nödvändig information om patienten kan man redan från början ge en mer målinriktad och välplanerad behandling. Ytterligare en fördel som den elektroniska patientjournalen medför är att många patientuppgifter endast behöver registreras en gång istället för på flera olika ställen och kan sedan distribueras i olika informationssyften (Ruland, 2002). Tidigare har personal lagt ned en ansevärd tid på att leta efter pappersjournaler som kommit på avvägar, något som också kan undvikas i och med införande av elektroniska patientjournaler. Ytterligare en fördel med elektroniska patientjournaler är att flera vårdgivare från olika yrkeskategorier kan ha tillgång till journalen samtidigt. Elektroniska patientjournaler skapar också goda förutsättningar för att rapportering kring patienten i större utsträckning kan ske som läsrapporter istället för muntliga rapporter som kan vara tidsödande.

Den elektroniska patientjournalen måste även vara integrerad med andra kliniska stödsystem exempelvis uppgifter från laboratorier, röntgen, beställningssystem och administrativa system.

Enligt InfoVUs rapport (2005) ska information för verksamhetsuppföljning genereras från data som skapas och används i den dagliga verksamheten inom vård och omsorg. Information ska ses som en långsiktig resurs fristående från dagens IT-teknik. För detta måste arbetssätt och synsätt förändras. Om inte reduceras värdet av gjorda investeringar då tekniken förändras och förnyas.

2.5 Juridiska hinder

Sammanhållen journal

Ofta har patienter kontakt med flera olika vård- och omsorgsenheter. För att länkarna i vårdkedjan ska kunna samverka krävs ett visst informationsutbyte enheterna emellan.

Då det idag finns ett flertal juridiska hinder för informationsutbyte mellan huvudmannagränser påtalar InfoVU (2005) i sin rapport att det krävs en översyn av de rättsliga förutsättningarna då vård och omsorgsprocessen sträcker sig över flera huvudmannagränser och därmed olika lagrum.

Patientdatautredningen (S 2003:3) hade som uppdrag att överväga frågor som rör överföring av uppgifter både mellan olika organisatoriska vårdenheter inom den offentliga hälso- och sjukvården och verksamhet som bedrivs av andra än landsting (Tilläggsdirektiv dir. 2004:95).

I sitt huvudbetänkande Patientdatalag (SOU 2006:82) säger man att de lagar som idag reglerar dokumentation och hantering av personuppgifter i elektroniska patientjournaler är patientjournalagen, vårdregisterlagen och personuppgiftslagen. Inget i dessa lagar utgör något egentligt hinder för en sammanhållen journal däremot är den sekretess som är gällande för patientjournaler ett rättsligt hinder i sammanhanget.

Målsättningen ”En patient- en journal” har de senaste åren varit en uttalad vision i det utvecklingsarbete som pågått runt om i landet. Denna vision menar man ska kunna möjliggöra en ändamålsenlig journalhantering som ger tillförlitlig och användbar information för olika vårdgivare. I betänkandet (SOU 2006:82) gör man dock bedömningen att det idag saknas grundförutsättningar för en sammanhållen journal för samtliga vårdgivare inom en överskådlig tid och man vill därför inte initiera en sammanhållen journal genom rättsliga krav. Istället skulle detta kunna orsaka en låsning av utvecklingen utan någon möjlighet att anpassa utvecklingen för olika verksamheters behov.

Däremot ger man som förslag att öppna en möjlighet för vårdgivare att på frivillig basis föra journal i en gemensam databas eller i ett annat gränsöverskridande elektroniskt system, som gör det möjligt för hälso- och sjukvården att ge och få direktåtkomst till patientuppgifter som journalförs hos annan vårdigare. Vidare menar man att det inte behöver gälla all journalföring utan kan avse delar av det som ska dokumenteras i en patientjournal då en partiell sammanhållen patientjournal kan vara ändamålsenlig. Man har påpekat att vårdgivarnas behov inte i första hand är en sammanhållen journal utan att *vid behov elektroniskt kunna ha tillgång till patientuppgifter från andra vårdgivare som är till nytta i det egna arbetet.*

Kvalitetsregister

Vad gäller kvalitetsregisters syfte skriver man i betänkandet (SOU 2006:82) att det övergripande ändamålet ska vara kvalitetssäkring där man på ett systematiskt och fortlöpande sätt kan utveckla vårdens kvalitet. Det primära syftet är inte att följa upp själva vårdinsatserna och inte heller att kontrollera vårdens kostnadseffektivitet och produktivitet men man menar dock att som ett sekundärt ändamål kan emellertid redan insamlade uppgifter användas till statistik rörande hälso- och sjukvård samt för forskning inom hälso- och sjukvårdområdet.

Rörande den registrerades namn och personnummer ger man som förslag att dessa endast får behandlas i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister om det för kvalitetsregistrets ändamål inte är tillräckligt att behandla kodade personuppgifter eller personuppgifter som endast indirekt utpekar den registrerade. Dessutom förordar man att vårdgivarna endast har tillgång till de uppgifter vårdgivaren själv rapporterat in i systemet.

2.6 Vårdprevention

Jönköpings läns Landsting har en vision som lyder ”Noll trycksår, fall eller undernäring i vården”. För att uppnå detta har man påbörjat ett omfattande förbättringsarbete där man vill skapa ett systematiskt och strukturerat arbetssätt för att arbeta preventivt med dessa tre omvårdnadsområden genom hela vårdkedjan. Målen för vårdprevention är²:

1. Att hitta alla riskpatienter
2. Att preventiva åtgärder vidtas för alla patienter med risk
3. Att ingen skada som går att undvika skall uppstå under vårdtiden

² Källa: Lärandeseminarier för Vårdprevention Jönköpings Läns Landsting.

I det Vårdpreventiva arbetet ingår att utifrån de riskinstrument som står till förfogande vidta åtgärder enligt de läns gemensamma vårdprogram som upprättats. Resultatet av riskbedömningen och åtgärderna registreras därefter i det kliniska registret MOA för synliggörande av den vårdpreventiva processen. Detta är ett pågående förbättringsarbete som sker tillsammans med vårdgivare där man hittills har utbildat vårdgivare i två omgångar. Sammanlagt är det idag ungefär 6000 vårdgivare som berörs av arbetet med vårdprevention. Målsättningen är att detta arbetssätt ska genomgå alla delar av vårdkedjan vilket skapar en lika och säker vård för patienten. Det är också då man kan göra störst resursbesparingar.

2.6.1 Evidensbaserade instrument

För att hitta de patienter som är i riskzonen vad gäller trycksår, fall och undernäring riskbedöms alla patienter över 70 år. Riskanalysen görs med hjälp av ett frågeformulär (se bilaga 1) som är baserat på tre olika evidensbaserade mätinstrument

- För trycksår används en modifierad Nortonskala där frågor rörande bl.a. fysisk och psykisk status, födo- och vätskeintag och rörelseförmåga behandlas.
- För undernäring använder man en förkortad version av **Mini Nutritional Assessment (MNA)**. Här bedöms t.ex. Body Mass Index (BMI), psykisk stress, vikt förlust och problem med födointag.
- Mätinstrumentet för fall baseras på **Downton Fall Risk Index (DFR)**. Bedömningarna som görs rör bl.a. sensoriska och kognitiva funktionsnedsättningar, medicinering och gångförmåga.

Tillsammans utgör formuläret arton frågor. Beroende på vilka svar man bedömt vara riktiga ges olika poäng och dessa summeras sedan ihop. Utifrån summan av de olika poängen i instrumenten kan man sedan avgöra om patienten befinner sig i riskzonen inom något eller några av de olika omvårdnadsområdena som utvärderats och om förebyggande åtgärder ska vidtas.

2.6.2 Åtgärder

Varje enhet ska ha utarbetat ett åtgärdsprogram som man följer. Dessa är baserade på de gemensamma vårdprogram som finns inom Jönköpings läns Landsting. Infektionskliniken har till exempel för trycksår en åtgärdslista som innehåller:

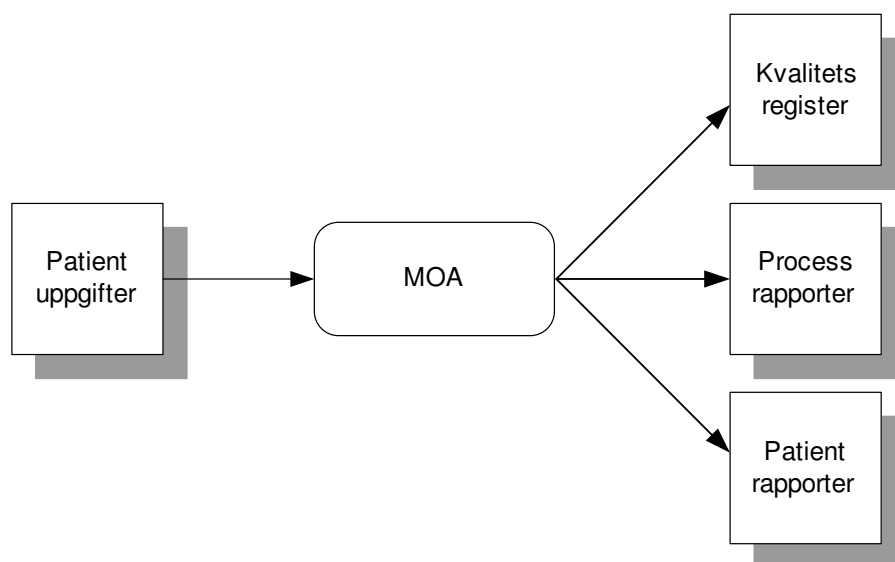
- Information om trycksårsprofylax
- AD-madrass (tryckavlastande madrass)
- Lägesändring i säng: Vändschema
- Lägesändring fåtölj/rullstol
- Övrigt: avlastningsdynor
- Daglig hudinspektion

Efter att ha fyllt i resultatet från riskanalysen och eventuella gjorda åtgärder på de pappersbaserade formulären registreras uppgifterna i IT-stödet MOA. Uppgifterna i det kvalitetsregister som MOA utgör är ingen journalhandling vilket medför att personalen måste journalföra resultat av riskanalysen och åtgärder i patientjournalen

som idag är pappersbaserad och registrera samma patientuppgifter i MOA. Uppgifterna delges också i den omvårdnadsepikris som följer med patienten till de efterföljande enheter som vårdar patienten. Omvårdnadsepikrisen delges efterföljande enheter med hjälp av IT-stödet MEDDIX och skrivs därför av alla på datorn.

2.6.3 IT-stödet MOA

I dagsläget fungerar MOA i huvudsak som ett registreringsverktyg där patientuppgifter registreras in i det kliniska kvalitetsregistret. Det är sedan möjligt att få ut process- och patientrapporter som används som resultatrapporter. MOA används också av vårdgivarna för att få information om tidigare bedömningar och åtgärder hos föregående vårdgivare. Även utskrifter av patientuppgifter används i vissa fall som rapporteringsunderlag.



Figur 1: In- och utdata i MOA
Källa: Författaren

Till följd av de sekretessregler som gäller idag räknas inte patientuppgifterna i MOA som journalhandling. Uppgifterna avidentifieras i de processrapporter som systemet genererar. Det finns dock en möjlighet att läsa andra vårdgivares bedömningar och åtgärder samt att få ut patientrapporter med identifikationsuppgifter på.

Med hjälp av de patientuppgifter som registreras i MOA (Mätning och Analys) vill man mäta i vilken utsträckning man riskbedömer och utför preventiva åtgärder samt hur många patienter som skadas under vårdtiden. Vidare skapas ett forskningsunderlag till exempel för att vidareutveckla vårdprogram.

3 Teori

Den teoretiska grund som analysen i studien bygger på är modellen ”Fit between Individuals, Task and Technology” (FITT) som utgår ifrån uppfattningen att IT-införande i kliniska miljöer är beroende av en matchning mellan teknikens, den individuella användarens och uppgiftens egenskaper. Analysen bygger också på temporala strukturer i ett praktikperspektiv.

- ❖ Nedan utvecklas de teorier som modellen grundas på. Vidare beskrivs FITT-modellen samt teorin kring temporala strukturer i ett praktikperspektiv.

3.1 Tidigare forskningsinriktningar

När informationssystem införs är förhoppningen att det ska leda till en ökad produktivitet, effektivitet och kvalitet av de uppgifter som utförs i organisationen och därmed en ökad vinst. Inom forskningen har det funnits två olika strömningar för att bättre förstå kopplingen mellan informationssystem och den individuella prestationen. Goodhue (1995) beskriver följande:

- Utnyttjande fokus där man studerar i vilken utsträckning systemet utnyttjats av användarna
- **Task-Technology Fit (TTF)** där fokus ligger på hur väl systemet svarar mot den uppgift den är tänkt att stödja

3.1.1 Utnyttjande fokus

Utnyttjande fokus ser till användarnas attityder och beteende rörande systemet. Hur väl systemet kommer att utnyttjas är beroende på användarnas övertygelser och tilltro till systemet. Denna linje förutsätter att det med ett ökat utnyttjande följer en positiv påverkan på prestationen. De tydligaste bristerna med detta synsätt är dock följande:

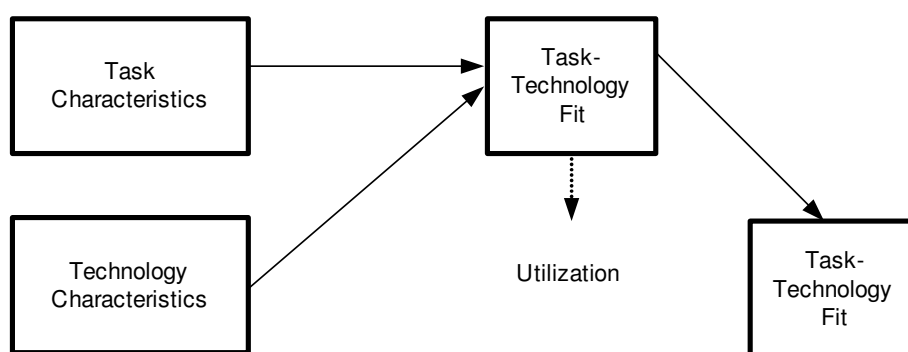
- En högre grad av utnyttjande av systemet leder inte nödvändigtvis till bättre prestation. Utnyttjande av ett dåligt system, det vill säga ett med lågt TTF, kommer inte att öka prestationen trots positiva användarattityder och god tilltro till systemet.
- Användandet av ett system är inte alltid frivilligt. Då det inte är frivilligt påverkas istället prestationen i högre grad av hur väl systemet svarar mot de arbetsuppgifter det är utvecklat för (Goodhue, 1995).

Vad gäller gjorda investeringar i IT och dess effekter på organisationens resultat har man ofta inriktat sig på investeringens storlek istället för den faktiska användningen. Där man har studerat användningen av tekniken har man inte undersökt effekten på prestationen i organisationen. När Devaraj och Kohli (2003) studerade beslutstödssystem i vården och dess påverkan på organisationens resultat kom de fram till att ju större det faktiska användande av systemet är ju bättre finansiellt och kvalitativt resultat uppnår sjukhusen. Detta förutsätter dock att teknologin är kompatibel med den avsedda uppgiften och att det är kvalificerade användare som utnyttjar systemet. Endast då kan ökad kvalitet och finansiella vinster uppstå. (Goodhue 1995: Dvaraj & Kholi 2003)

3.1.2 Task-Technology Fit (TTF)

Den andra strömningen, **Task-Technology Fit (TTF)** menar att prestationspåverkan bottenar i hur väl teknologin som används passar med de faktorer som arbetsuppgiften kräver. TTF visar därmed i vilken utsträckning tekniken bistår en person i de arbetsuppgifter som ska utföras. Vidare kan matchningen, i sin tur, i viss mån påverka utnyttjandet av systemet.

Bristen med TTF är dock att TTF ensamt inte ger tillräcklig uppmärksamhet på det faktum att system måste utnyttjas för att ge någon prestationspåverkan. Utnyttjande är ett komplext utfall av många olika faktorer som till exempel vanor, sociala normer och andra faktorer som tillhör situationen (Goodhue, 1995). Därför är det långt ifrån givet att ett system med ett högt TTF kommer att utnyttjas i den utsträckning man önskar.



Figur 2: Task-Technology Fit (TTF) modell
Källa: Goodhue (1995)

Ett flertal modeller har dock presenterats som inbegriper insikter från de två komplementära strömningarna som huvudsakligen dominerat forskningen inom området. En modell som tar hänsyn till båda strömningarna är Goodhues Technology-to-performance Chain (TPC) (Goodhue, 1995). Modellen förutsätter följande:

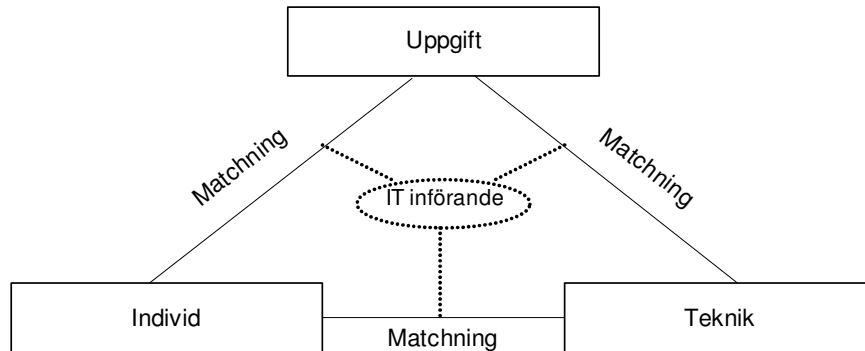
1. teknologin måste användas
2. den måste passa med de uppgifter den stödjer

Modellen ovan tar hänsyn till samspelet mellan tekniken och uppgiften och tekniken och individen.

Ytterligare en modell som bland annat bygger på TTF är Ammenwerths ”Fit between Individuals, Task and Technology” (FITT) som dessutom framhäver interaktionen mellan *uppgift och individ* (Ammenwerth, et al, 2006). Författarna har använt modellen i en retrospektiv studie där man studerat IT-införandet av ett elektroniskt journalsystem för sjuksköterskor på olika enheter i Tyskland och är den modell som den här studien kommer att utgå ifrån.

3.2 Matchning mellan Individ, Uppgift och Teknik

”Fit between Individuals, Task and Technology”(FITT) -modellen utgår ifrån uppfattningen att IT-införande i kliniska miljöer är beroende av en matchning mellan teknikens, den individuella användarens och uppgiftens egenskaper (Ammenwerth et al, 2006).



Figur 3: FITT- modellen

Källa: Ammenwerth et al, (2006)

Utöver det faktum att FITT-modellen, till skillnad från tidigare modeller, betonar interaktionen mellan *uppgift och individ* menar författarna att modellen tillgodoser det förhållande att attributen av användare, uppgifter och teknologi hela tiden förändras vilket gör att man måste ta hänsyn till dynamiken i implementeringsprojekt. På så sätt integrerar man det processororienterade synsättet vid IT-implementering.

Författarna menar vidare att misslyckande av IT-projekt ofta beror på misslyckande i interaktionen mellan komponenter istället för på kvaliteten av komponenterna i sig.

3.2.1 Begrepp i FITT

Målet för verksamheten med systemet är att uppnå en maximal matchning där man med matchning menar en **optimal interaktion mellan användare, teknik och uppgift**. En så god matchning som möjligt tillåter ett lättare IT-införande.

En Individ kan representera både en enskild användare och en grupp av användare. Teknik representerar interaktionen mellan de olika verktyg som behövs för att utföra en given uppgift t.ex. mjukvara, hårdvara, nätverk samt icke datorrelaterade pappersbaserade verktyg. Uppgift är helheten av de uppgifter och arbetsprocesser som ska slutföras av användaren vilka stöds av tekniken.

3.2.2 Egenskaper som påverkar optimal matchning

Kvaliteten av matchningen är beroende på individens, uppgiftens och teknikens attribut. Författarna ger exempel på följande egenskaper vid kvaliteten av matchningen.

Attribut på individnivå:

- Individens IT kunskap

- Motivation och intresse för den uppgift som ska utföras. Vidare spelar flexibilitet och öppenhet inför nya sätt att arbeta stor roll
- Arbetskulturen på enheten, samarbete inom teamet, organisatorisk kontext, politiken inom en organisation.

Attribut på uppgiftsnivå:

- Organisationen av de uppgifter som ska slutföras
- Arbetsprocessers och aktivitetens oberoende
- Komplexiteten av uppgifter

Attribut på tekniknivå:

- Stabilitet och användbarhet av mjukvara och hårdvara
- Kostnaden av verktyg
- Funktionalitet och tillgänglighet av verktyg i en klinisk situation
- Tillgänglig teknisk infrastruktur
- Integration av verktyg
- Tillgänglighet av verktyg i en klinisk situation

Användarna måste vara tillräckligt motiverade och ha tillräcklig utbildning och kunskap kring uppgiften och tekniken. Tekniken måste erbjuda tillräcklig funktionalitet och performance för att ge stöd åt en given klinisk uppgift. För att uppnå bästa möjliga matchning behöver till exempel användarna involveras i utformningen av tekniken. En bra användarsupport kan också öka matchningen mellan de tre aspekterna.

3.2.3 Direkt påverkan på egenskaper

Direkt påverkan av attributen kan göras av ledningen för att förbättra och påverka matchningen. Ammenwerth et al (2006) tar upp följande exempel på avsiktlig påverkan på objekten.

Insatser på individnivå:

- Användarna medverkar i val av system och introduktion av system
- Träningstillfällen och en god användarsupport
- Ledning som motiverar användare

Insatser på uppgiftsnivå:

- Omorganisering av uppgifter och arbetsprocesser
- Tydliggöra ansvarsområden

Insatser på tekniknivå:

- Hård- och mjukvaru uppdateringar,
- Ändringar på pappersbaserade formulär
- Nätverks uppgraderingar

Exempelvis kan omorganisation av dokumentationsprocessen öka matchningen mellan uppgift och teknik. Träningstillfällen kan ges för att förbättra matchningen mellan individ och teknik. Uppdateringar av programvara kan göras för att förbättra matchning mellan teknik och uppgift genom nya funktioner och även mellan individ och teknik genom förbättrad användbarhet.

3.2.4 Externa påverkan på egenskaper

Förutom den direkta påverkan av de tre objekten finns också externa faktorer som kan påverka matchningen som är svåra att kontrollera. Detta menar Ammenwerth et al (2006) kan vara:

- Personalförändringar som kan leda till minskad IT-kunskap, ökad arbetsbelastning för personal som orsakar minskad tid för IT-användning eller byte av sjukhusets IT-strategi
- Ökad komplexitet av uppgiften som exempelvis nya dokumentationskrav eller generella organisatoriska förändringar inom organisationen
- Nya mjukvarustandarder eller nya tekniska framsteg

Då åtgärder görs som leder till direkt påverkan av de olika objektens egenskaper ökar förhoppningsvis matchningen mellan de olika objekten. Extern påverkan kan dock orsaka både ökad och minskad matchning av objekten. Detta menar författarna får till följd att det aldrig kommer att uppstå en statisk situation med hänseende på de tre matchningsdimensionerna eller på IT införande.

FITT-modellen ger en möjlighet att beskriva vad som kan göras för att påverka och balansera matchningen. Författarna menar att den här teoretiska metoden kan bistå i att analysera processen av ett IT införande på följande sätt:

- Alla störningar i ett införandeprojekt kan beskrivas och analyseras utifrån en störning på en av de tre matchningsdimensionerna
- De insatser som görs för att förbättra ett projekt kan analyseras och beskrivas utifrån ett av objekten, individ, teknik eller uppgift. Dessa insatser påverkar indirekt matchningsdimensionerna

Författarna har använt modellen utifrån en kvantitativ inriktning på data men kommer här att användas utifrån en kvalitativ inriktning på data.

3.3 Tidsperspektiv

Enligt Orlikowski och Yates (2002) återfinns i litteraturen ett flertal olika forskningsinriktningar kring synen på hur man förstår och förklarar tid i organisationer. Genom att anta olika paradig och metoder kan analyser göras för att förstå den roll och den påverkan som tid har i en organisation.

- ❖ Nedan beskrivs det praktikbaserade Temporal struktur perspektivet som används i den här studien. Innan beskriv dock det objektiva och det subjektiva tidsperspektivet vars klyfta Temporal strukturer överbygger.

3.3.1 Objektivt och Subjektivt tidsperspektiv

Inom samhällsforskningen har det i huvudsak funnits två rådande perspektiv utifrån vilka man har betraktat tid. Antigen har man sett på tid som ett objektivt eller ett subjektivt fenomen.

Enligt det objektiva synsättet är tid oberoende av mänskliga handlingar och man ser tid som något abstrakt, enhetligt, mekaniskt och linjärt. Klockan är primärt en metafor som beskriver tid. Tiden uppfattas som kvantitativ och homogen i alla sina delar. Från det subjektiva perspektivet ser man istället tid som något som är socialt konstruerat genom mänskliga handlingar. Tid betraktas som en produkt av normer, tolkningar och traditioner som skapats av individer och grupper. Från den subjektiva synvinkeln betraktas istället tid som något konstruerat där tid definieras av sina organisatoriska medlemmar utan att vara fixerad utan istället relativ.

Den objektiva-subjektiva klyftan beskrivs ofta i termer av kontrasten mellan klocktid och händelsetid. Klocktiden har associerats med en fokusering på tid som en handelsvara med arbetsdisciplin och maskintid i industriella organisationer. Händelsetid har istället förknippats med kvalitativ tid som är heterogen, osammanhängande och avvikande när olika tidsperioder har jämförts. Mönstren av händelser är dynamiska och beroende av normer som till exempel sociala mönster som giftermål, biografiska mönster som karriär, biologiska som pubertet eller naturliga som årstider Orlikowski och Yates (2002).

3.3.2 Temporala strukturer ur ett praktikperspektiv

Orlikowski och Yates (2002) presenterar ett tredje alternativt synsätt på tid som överbrygger klyftan mellan det objektiva och subjektiva synsättet. Perspektivet är baserat på människors återkommande handlingar som skapar *och* skapas av en samling temporala strukturer till exempel, scheman, helgdagar och finansiella kvartalscykler. I detta praktikbaserade perspektiv på tid är temporal strukturering ett sätt att förstå och studera tid som ett fenomen inom en organisation. Genom att grunda perspektivet i människans kapacitet av en dynamisk medverkan i de temporala strukturerna kan man få en kunskap kring skapande, användande och påverkan av tid i en organisation. Författarna menar att individer genom sina dagliga handlingar producerar och reproducerar en variation av temporala strukturer som i sin tur skapar den temporala rytm och form för deras pågående arbete i verksamheten.

Används enbart den objektiva eller den subjektiva synen på tid finns en risk att man förlorar viktiga aspekter på temporala strukturer i praktiken. Ett objektivt synsätt bortser från den roll människor spelar i att forma individers upplevelser av tid i verksamheten medan det subjektiva synsättet bortser från hur individers handlingar är föremål för förväntningar av tid inom organisationen. Sammanfattningsvis kan man säga att objektivt perspektivet betonar en extern kraft, subjektivt perspektivet framhåller kulturell mening medan praktikperspektivet fokuserar på mänskliga aktiviteter. Genom att fokusera vad medlemmar inom organisationer faktiskt gör kan det praktikbaserade perspektivet av temporala strukturer erbjuda nya insikter i hur människor konstruerar och rekonstruerar de temporala förutsättningar som skapar deras tillvaro Orlikowski och Yates (2002).

Författarna menar att temporal strukturering i praktiken förutsätter att människor i organisationer upplever tid genom en gemensam temporal struktur som man antagit i den dagliga verksamheten. Det kan till exempel vara användandet av ett schema för att strukturera arbetstider eller perioder för att planera semestrar. Vidare säger man att temporala strukturer kan både möjliggöra och begränsa handlingar. Detta kan exempelvis illustreras genom psykologens tidbokning av patienter. Besöket ger ett tillfälle för terapeutiskt samtal där tidsbegränsningen i sig kan bidra till att samtalet

förs framåt i en större utsträckning men tidsbegränsningen kan också medföra att samtalet måste avbrytas trots att det varit önskvärt att fortsätta.

I kontrast till en homogen syn av klocktid ser man att människor strukturerar sin dag efter en mängd olika temporala strukturer. Dessa kan vara tider för arbete, dagis, skola, veckomöten, deadlines, tåg och buss men också graviditet, pensionering, sjukdomar och andra personliga temporala händelser. Genom att uppmärksamma dessa temporala strukturer kan exempelvis individen ges en möjlighet att påverka de konflikter som kan uppstå i strävan efter att balansera olika temporala förväntningar som är ställda av arbetslivet och familjelivets strukturer. En förändring av temporal strukturer kan också förbättra industriell, organisatorisk och social effektivitet till exempel när företag inför just-in-time produktion istället för en mer traditionell produktion med en större lagerverksamhet Orlikowski och Yates (2002).

Genom en struktureringsprocess kan temporala strukturer användas för att kraftfullt skapa människors pågående aktiviteter. Inte sällan är temporala strukturer rutinmässiga och tillsynes statiska trots att förändringar är möjliga men strukturerna cementeras dock ofta av aktörerna. När en temporal struktur blir nära förknippad med en speciell social verksamhet till exempel att undervisning sker terminsvis där höstterminen slutar i januari medför det att aktörer inte ser den temporala strukturen som socialt konstruerad och faktiskt möjlig att förändra. Individer är skapade av temporala strukturer men kan också välja att förändra dessa för att uppnå en bättre situation. Hur lätt eller svår en förändring av temporala strukturer är påverkas av till exempel av:

- antal individer som deltar i verksamheten
- hur många som använder den temporala strukturen
- geografisk spridning på dem som använder den temporala strukturen
- maktstrukturer inom verksamheten

Temporal strukturer i en social process kräver att individen samarbetar med andra medlemmar av verksamheten för att förändra eller förbättra temporala rytmer eller rutiner.

4 Metod

Studien har en hermeneutisk ansats med en kvalitativ inriktning och ett etnografiskt synsätt. Praktiken har studerats med hjälp av deltagande observationer och intervjuer.

- ❖ Nedan diskuteras de vetenskapliga metoder och tillvägagångssätt som används i studien.

4.1 Vetenskaplig metod

Inom hermeneutiken vill man genom tolkning av människors upplevelser, handlingar, texter och symboler förstå det studerade problemområdet (Wallén, 1996). Då studien vill beskriva och tolka människors upplevelser och förändrade arbetssätt i samband med det vårdpreventiva arbetet och IT-stödet MOA har den hermeneutiska forskningsansatsen tillämpats.

Vidare tillåts den som tolkar studera forskningsobjektet subjektivt utifrån sin egen förståelse vilket ses som en tillgång istället för ett hinder (Patel, 1994). Med beaktande av min erfarenhet som sjuksköterska har jag sedan tidigare en förståelse för de handlingar och arbetsprocesser som utförs på olika enheter inom sjukvården.

Tillsammans med den hermeneutiska ansatsen har en kvalitativ inriktning valts då den använder sig av verbala analysmetoder (Patel, 1994). Kjaer Jensen (1995) menar att kvalitativa metoder är mer lämpliga då man vill ge en mer djupgående och nyanserad beskrivning av fenomenet jämfört med kvantitativa metoder som istället ger en beskrivning av fenomenets utbredning eller en statistik beräkning.

Designers av IT-stöd har på senare tid uppmärksammat betydelsen av att observera olika arbetsprocesser på en arbetsplats för att på så sätt kunna bilda en uppfattning om hur människor organiserar sitt arbete. Genom att göra detta kan man på ett bättre sätt utforma ett system som passar för den uppgift det är tänkt att stödja.

Button & Harper (1996) lyfter fram vikten av att resultatet av observationerna i samband med arbetspraktik måste vara grunden för en analytisk förklaring av de reella arbetsprocesserna. De ska inte användas för att skapa en teoretisk abstraktion. Vidare menar man att observationerna tillsammans med arbetsbeskrivningar ska användas som data i en analys av arbetsprocessen istället för att bara användas som en antecknad beskrivning.

Detta etnografiska synsätt ger en beskrivning av hur arbetet utförs och hur dess olika uppgifter interagerar med varandra. Detta ger en bättre förutsättning för att kunna skapa ett system som fullt ut stödjer den tänkta arbetsprocessen än att endast utgå från formella arbetsbeskrivningar och användares och beställares berättelser av arbetet.

Då studien söker kunskap kring om och hur IT-stödet har effektiviserat arbetssättet för vårdgivarna och hur de upplever förändringen blir deltagande observation som ger djupgående information ett naturligt val. Wallén (1996) menar att man genom att använda deltagande observation kan få kännedom om t.ex. socialt samspel, tyst eller utsagd kunskap och erfarenheter som visar sig i konkreta situationer men inte vid intervjuer. Då jag tidigare arbetat som sjuksköterska var det möjligt att delta i vården på ett naturligt sätt vilket bidrog till att få en rik bild av den praktik vårdgivarna och IT-systemet befinner sig i. Det bidrog också till att underlätta kommunikationen med respondenterna då en stor del av förståelsen kring arbetssituationen delades av intervjuaren och respondenten.

4.2 Datainsamling

- ❖ I nedanstående avsnitt beskrivs den datainsamlingsprocess som använts i studien.

4.2.1 Litteraturstudie

För att få en översikt av det aktuella området gjordes en litteraturstudie av tidigare insamlad kunskap inom områdena vårdinformatik, IT-samverkan, kvalitetsutveckling och implementeringsmetoder av IT. Litteraturen bestod av böcker, artiklar och rapporter. Detta gav en grund för vidare studier av problemområdet.

4.2.2 Intervju och observation

För en översikt av problemområdet intervjuades en av utvecklingsledarna för MOA. Intervjun var strukturerad och tog en timme. Svaren antecknades fortlöpande under intervjutillfället. Utbildning och redovisning av arbetet med vårdprevention för vårdgivare har under hösten getts i seminarieform. Vid tre av fem tillfällen deltog jag i dessa som åhörare. Detta gav en bredare kunskap i problemområdet vad gäller vårdgivarnas upplevelser, utbildning och ledningens intentioner med det vårdpreventiva arbetet. Seminarierna har getts under heldagar.

4.2.3 Deltagande observation

Observationerna var förlagda till dagar och en natt där jag följde respondenternas schema vid fem tillfällen. Under dessa tillfällen hade jag för avsikt att under en kort tidsperiod studera praktiken och mer ingående fånga vårdgivarnas upplevelser och erfarenheter av vårdprevention samt på vilket sätt det vårdpreventiva arbetet ingick i det övriga arbetsuppgifterna.

I den utsträckning det varit möjligt deltog jag som sjuksköterska i vårdarbetet tillsammans med respondenten. Under arbetets gång ställdes frågor kring vårdprevention. Frågorna utgick från FITT-modellens tre objekt uppgift, teknik och individ. Fältanteckningar gjordes vid ett flertal tillfällen under arbetspassen och intervju svaren sammanfattades direkt efter arbetsdagens slut. I de fall där kortfattade meningar använts vid anteckningstillfället har ord lagts till vid utskrift för att få hela meningar utan att ändra innehållet i respondenters svar.

Praktiken bestod av respondenter och deras arbetspraktik vid fyra olika enheter där två av enheterna deltagit i den första utbildningsomgången i vårdprevention och resterande i den senaste utbildningsomgången. Samtliga respondenter var deltagare i enhetens arbetsgrupp kring vårdprevention. Deltagarna i arbetsgrupperna hade deltagit i utbildningen i vårdprevention för att fungera som förändringsledare på de respektive enheterna. Från denna praktik samlades den information som i huvudsak ligger till grund för resultatet.

5 Resultat

- ❖ I nedanstående delar redovisas det resultat som framkommit vid den empiriska datainsamlingen. Resultatet utgår från de tre ingående objekten Individ, Uppgift, Teknik som Ammenwerth et al (2006) utvecklar i sin modell vars matchning påverkar IT-införande i kliniska miljöer. Då objekten och matchningen dem emellan är innefattad i den miljö de befinner sig i beskrivs till en början praktiken ur en sjuksköterskas perspektiv. Därefter beskrivs hur Uppgiften utförs och de hinder man upplever påverkar utförandet. Vidare beskrivs Individens villkor för förändringsarbete och de ökade resurser i form av tid, stöd och utbildning man påtalat. Avslutningsvis skildras de förutsättningar som finns kring användande av Tekniken men först en inledande uppfattning av vårdprevention och IT-stödet MOA.

En stor del av det vårdpreventiva arbetet har i olika utsträckning utförts innan man började med förbättringsarbetet men idag sker mer systematiska riskbedömningar som man registrerar i MOA. Det får till följd att man nu upplever att man fångar in den gruppen av vårdtagare som man tidigare inte har gett några förebyggande åtgärder, då det inte förekommit någon uppenbar risk och de därför inte har betraktats som riskpatienter.

Arbetet med vårdprevention gör att man lägger manken till och uppmärksammar de tre områdena mer.

Mycket av det vi gör idag har vi gjort tidigare men idag får vi ned det på papper. Vi fångar dock upp dem som är i gränslandet för risk vilket inte gjordes tidigare.

Kring syftet med IT-stödet MOA beskriver vårdgivare följande:

Tänkte först att man skulle hämta information kring patienter eller att det skulle vara ett journalsystem. Nu hjälper det oss att se hur vi arbetar och ger uppgifter till kvalitetsregistret.

Blir ett kvitto på vad vi gör.

5.1 Praktiken

Den miljö som vårdgivare verkar i är en komplex verklighet med ett stort antal sammansatta strukturer. För att kunna ge patienter en bra vård krävs en mängd rutiner men också en kreativitet och förändringsbenägenhet hos vårdgivarna.

Sjuksköterskan har i sitt arbete en mängd olika funktioner där hon kontinuerligt samordnar och skiftar mellan olika temporala strukturer. Dessa kan vara andra enheters och yrkesgruppers temporala strukturer till exempel öppettider på röntgen, laboratoriet eller sjukgymnastens arbetstider. Det kan också vara patientens dygnsrytm, akuta tillstånd eller verksamhetens fasta tider för medicinutdelning. Då

det ofta uppstår ett motsats förhållande mellan ett flertal temporala strukturer då de inte är kompatibla sker en ständig prioritering av arbetsuppgifter.

Efter överrapportering av vårdgivarna från det tidigare arbetspasset sker en planering och fördelning av det förestående arbetet. Morgonarbetet är ofta en intensiv period med exempelvis provtagningar, administrering av mediciner, omläggningar och sedvanligt omvårdnadsarbete. I anslutning till morgonarbetet går rondan där läkare och sjuksköterskor och ibland andra yrkeskategorier är representerade. Delvis tillsammans med patienten sker en sammanfattning av patientens status som ligger till grund för de medicinska beslut rörande patientens fortsatta vård i form av undersökningar, behandlingar, provtagningar och andra åtgärder av vilka en stor del sjuksköterskan sedan utför. Rondan är ett tillfälle för informationsutbyte om patientens status mellan olika yrkesgrupper. Därefter sker det fortsatta vårdarbetet tills överrapportering sker till kommande arbetslag.

Utöver sjuksköterskans planering, utförande av åtgärder och utvärdering inom det egna omvårdnadsområdet har hon en samordnande funktion av åtgärder ordinerade av andra yrkesgrupper kring patienter. En ansevärd tid går åt till administrativt arbete rörande samordning av till exempel röntgenundersökningar, transporter, hantering av remisser, bokning av paramedicinska insatser samt in- och utskrivningsrelaterade arbetsuppgifter. Därutöver när det övriga arbetet tillåter sker dokumentation i patientjournalen vars temporala struktur är underordnad flertalet andra strukturer. Dokumentation tar en ansevärd tid av sjuksköterskans arbete i anspråk.

I patient – vårdrelationen sker kärnan av vårdandet där sjuksköterskan genom att lyssna, observera och undersöka kan bilda sig en uppfattning kring patientens hälsosituation och ge det vårdbehov som föreligger. Det är i detta möte de primära arbetsuppgifterna äger rum men tyvärr upplevs tiden för dessa möten ofta vara för knapp trots att en ständig prioritering av arbetsuppgifter hela tiden sker.

I ankomstsamtalet vid inskrivning av en patient samlar sjuksköterskan in en mängd information kring patientens totala situation. Därefter väljs de initiala vårdhandlingar som utifrån patientanalysen har prioriterats. Ankomstsamtalet är ett tillfälle där sjuksköterskan samlar in det informationsunderlag som behövs för riskbedömningsmomentet i vårdprevention. All information är dock inte möjlig att få vid detta tillfälle. Istället kompletteras så fort som möjligt de uppgifter som saknas allt eftersom.

5.2 Uppgiften

- ❖ I följande avsnitt beskrivs de delar av vårdprevention som rör IT-stödet MOA. Avslutningsvis beskrivs den dokumentation som sker av patientuppgifter rörande vårdprevention.

5.2.1 Inregistrering

Inom slutenvården registreras uppgifter rörande patienten i MOA oftast en gång vid vårdtidens slut. Inom primärvården och de kommunala verksamheterna är vårdtiderna längre och det blir därför i större utsträckning aktuellt att göra återkommande riskbedömningar och eventuella förändringar av åtgärder. Då man fyllt i riskbedömningen och åtgärdslistor sparas pappret i väntan på registrering. I dagsläget

är det vanligtvis de personer som är med i arbetsgruppen för vårdprevention som registrerar i mån av tid. Detta sker oftast på eftermiddagar då man är dubbla arbetslag eller i vissa fall nattetid då det kan finnas utrymme för administrativt arbete. Om alla uppgifter är korrekt ifyllda upplevs inte registreringen ta långt tid. Saknas det däremot uppgifter tar registreringen betydligt mer tid i anspråk då man måste leta efter saknade uppgifter. Därför är det viktigt att all personal kring patienten fyller i riskbedömningsinstrumenten och åtgärdslistorna så heltäckande som möjligt. Känner man till patienten är det lättare att vid registreringen komplettera saknade uppgifter.

Beroende på hur långt man har kommit i förändringsarbetet registrerar man riskpatienter i olika utsträckning. Intentionen är att alla vårdgivare på enheterna ska delta i arbetsprocessen kring vårdprevention och att alla patienter över 70 år ska riskbedömas.

Problem som kan leda till att man inte registrerar patienter eller att man endast delvis gör det kan bero på att man upplever att riskinstrumenten inte kan fyllas i. Det kan röra sig om att man inte kan väga patienten då det inte finns tillgång till en ändamålsenlig våg. Att det uppstår andra arbetsuppgifter som första hand måste utföras är en annan faktor som inverkar på antal riskbedömda och registrerade patienter.

Riskbedömningsinstrumentet är inte anpassat till vår verksamhet. Exempelvis går våra patienter aldrig ut. Vi kan inte ta vikt på alla. Patienten måste klara av att sitta på en stol för att det ska kunna gå att väga. Vi har ingen sängvåg.

Vikt får uppskattas ibland då det är svårt att väga de som inte kan stå. Man får prioritera vilka som ska vägas med sittvåg. Annat alternativ är svårt att erbjuda. Det är extra viktigt vid riskbedömning av undernäring.

Medicinering för smärtstillande finns inte med som ruta trots att detta kan ge förvirringstillstånd.

Uppgifterna passar inte verksamheten och är inte helt självklara.

Checklistan stämmer inte överrens med åtgärdslistan i MOA.

Dessa måste stämma överrens om alla ska kunna registrera.

Checklistan måste också fyllas i till exempel om fall har inträffat. Annars är man beroende av att ansvarig registrerare var där dagen det hände och vet om detta. Sådana saker kan vara svårt att erinra sig om när registreringen sker. Det ska inte vara nödvändigt att känna patienten.

Anledning till att patienter faller bort är tidsbrist och uppenbar orisk.

Har oftast tid att registrera MOA på natten. Prioriterar bort arbetet med registrering och även fylla i lappar då det är mycket att göra. MOA har låg prioritet.

En del svar får sjuksköterskan i ankomstsamtalet med patienten andra fylls i av sjuksköterskan eller undersköterskan efter hand. När det är svårt att hinna med prioriteras det inte.

5.2.2 Rapportmaterial

De processrapporter som MOA genererar används i huvudsak av vårdgivarna till att ge en indikation på i vilken utsträckning enheten riskbedömer. Detta kan ge en fingervisning om när man behöver prioritera att få riskbedömningar gjorda eller fungera som en bekräftelse på att arbetsprocessen flyter på bra. Rapporterna ger också en bild av resultatet på de enskilda omvårdnadsområdena till exempel "Andel riskpatienter med fall".

Hänger upp ett diagram ibland men vi har inget forum än så länge för att delge alla hur man ligger till.

Processrapporter skickas även till ledningen på olika nivåer för att ge en bild av hur arbetet fortskrider.

Utskrift av patientuppgifter används som rapportunderlag där flera yrkesgrupper och enheter arbetar kring patienten till exempel primärvården och hemtjänsten. Det är främst för patienter med långa vårdtider där upprepade bedömningar görs som utskrifterna används. Utskrifterna upplevs dock layoutmässigt som otydliga och behovet av redovisning av fler uppgifter finns.

Ett pedagogiskt verktyg för hur patienten ligger till, ett underlag att diskutera åtgärder kring. Behöver fler uppgifter att visa, skriver in det för hand på pappret man talar kring. Till exempel om MMT är gjord. Har patienten DMII synnedsättning ökar risk för fall.

Den tid som olika yrkeskategorier har att utväxla information kring patienter är mycket begränsad. I dessa forum är det mycket information som ska utbytas och tiden är knapp för att diskutera problem, åtgärder och utvärderingsfrågor rörande patienter.

Hemtjänsten måste avsätta tid för att diskutera patienter och ta emot rapporter för att arbeta med vårdprevention. Idag är det snålt om tid. Korta möten.

Då MOA i dagsläget ligger på intranätet för landstinget har kommunerna inte tillgång till MOA men i och med den framtida webbaserade versionen kommer detta bli möjligt för kommunerna.

Ytterligare ett användningsområde MOA nyttjas för är att se tidigare bedömningar och åtgärder på den egna enheten och hos tidigare vårdgivare. Patientuppgifterna visas per vårdadress³. Det är dock möjligt att ändra vårdadress och få tillgång till patientuppgifter från andra vårdgivare när patienten flyttas mellan enheter. På så sätt kan man få en uppfattning kring tidigare bedömningar och direkt sätta in åtgärder innan omvårdnadsepikris/kontaktblad är skickat vilket kan ge en snabbare och bättre vård. Detta förutsätter att man vet vilken enhet patienten varit på tidigare.

³ Vårdadress är namnet på den aktuella enhet vårdgivaren arbetar på

5.2.3 Registreringsansvar

Registreringen av patientuppgifter till MOA sker idag av arbetsgrupperna för vårdprevention som registrerar insamlade pappersbaserade översiktsblad rörande uppgifter till MOA. Ambitionen är att alla på sikt ska utföra registreringar. Detta ansvar kan bidra till att höja delaktigheten i arbetet kring vårdprevention. Med befintlig ansvarsfördelning finns en risk för att merparten av ansvaret för arbetet med vårdprevention läggs på den MOA- ansvariga personen. Detta kan i sin tur leda till att det systematiska preventiva arbetet försvagas om ansvarig person inte är där.

Då man idag inom slutenvården använder sig av pappersbaserade patientjournaler är det endast sjuksköterskan som vid de utskrivningsrelaterade uppgifterna utför dokumentation elektroniskt då omvårdnadsepikriserna inte längre skrivs på papper. Det har diskuterats att man i samband med dessa uppgifter också ska utföra registreringar i MOA.

5.2.4 Dokumentation

Då patientuppgifterna som förs in i MOA inte är journalhandlingar dokumenteras dessa uppgifter på ett flertal andra ställen. De enheter inom slutenvården som arbetar med vårdprevention använder pappersbaserade patientjournaler vid dokumentation. Däremot används elektroniska patientjournaler inom primärvården.

Samma patientuppgifter rörande vårdprevention antecknas idag, med vissa variationer mellan enheterna, på följande ställen:

- det pappersbaserade riskbedömningsverktyget
- åtgärdslistan
- templistan som ett överskådligt rapportunderlag
- omvårdnadsjournalen
- specifika vårdplanen
- omvårdnadsepikrisen
- i MOA

Denna dubbeldokumentation är tidskrävande och upplevs omotiverad i synnerhet då man för övrigt arbetar med att undvika dubbeljournalföring. Det förekommer att man på andra områden till exempel vid vaccinationer eller sårvård skriver en hänvisning i omvårdnadsjournalen liknande ”Upprättat sårjournal”, ”Se Vaccinationsregister” vilket är tidsbesparande. De anteckningar som man hänvisar till är då journalhandlingar.

*MOA gäller inte som dokumentation. Resulterar i dubbeljournalföring.
Skulle vilja skriva i journal ”MOA registrering gjord”. Originalen av riskbedömningslapparna finns hos DSK.*

5.3 Individen

Utvecklingsarbetet i vårdprevention har varit upplagt på så sätt att ett antal personer från enheterna har ingått i en arbetsgrupp som ska leda förbättringsarbetet på sina respektive arbetsplatser. De har under en period deltagit vid olika utbildningstillfällen

och lärandeseminarier tillsammans med representanter från andra enheter. Detta har varit grunden för det utvecklingsarbete de olika arbetsgrupperna åstadkommit på sin arbetsplats. Uppgiften har varit att skapa en fungerande arbetsprocess kring vårdprevention genom att arbeta fram rutinbeskrivningar, arbetsprocesser och utbilda sina kollegor.

Utvecklings- och förbättringsarbete där man ska införa nya arbetsprocesser för en hel enhet är ett krävande och omfattande arbete. Det bygger på att samtliga vårdgivare deltar inom den egna enheten. Det är betydelsefullt med ett högt deltagande även på övriga enheter i vårdkedjan för att garantera en säker och lika vård för patienten var än patienten erhåller hälso- och sjukvård.

- ❖ Nedan beskrivs de hinder individerna har upplevt i samband med förändringsarbetet. De hinder som framhålls rör sig om tid, utbildning och stöd.

5.3.1 Prioritering

I en pågående verksamhet med begränsade resurser finns det små marginaler för att utföra ytterligare arbetsuppgifter. Det innebär att man ständigt måste prioritera vilka uppgifter som ska göras. Arbetsgrupperna har upplevt att det varit svårt att få tiden att räcka till för arbetet med vårdprevention. Flertalet tillfällen har fallit bort av de planerade utbildnings- och arbetstillfällen man fått. Det kan till exempel röra sig om att det är svårt att avvara personal om trycket på verksamheten är högt eller att man på grund av sjukdom måste ersätta bortfall av personal.

Svårt att få till dagar då alla kan delta i MOA planering.

Alla i teamet får inte gå på kurstillfällena och alla kan inte heller komma ifrån. Vi får heller ingen sammanfattning av dem som var med vid seminariet eller kurstillfället då det är svårt att få ihop en tid för alla att sitta ner samtidigt. Vi försöker ibland boka in gemensamma träffar på schemat med dessa spricker om det är någon som är sjuk. Dessutom talar man då mest om hur vi går vidare med MOA. Det gör att man tappar sugen.

I vårdkedjan ser de ingående enheterna olika ut med avseende på arbetssätt, kultur, uppgifter och rutiner. För att ge en möjlighet att anpassa det vårdpreventiva arbetet på ett optimalt sätt till de olika verksamheterna har enheterna själva fått skapa egna arbetsprocesser och rutiner. Genom att ha utbytt erfarenheter mellan enheter och tillgodogjort sig kunskap från seminarier och andra utbildningstillfällen har man sedan fortsatt utvecklingsprocessen. Det har varit tidskrävande att utarbeta arbetsprocesser och behovet av att initialt ha fått en grov arbetsprocessbeskrivning har varit framträdande då man upplever att detta hade varit tidsbesparande.

Alla enheter har fått uppfinna hjulet.

Det finns ingen färdig mall. Ledningen har droppat ett system och sagt - Arbeta med detta. Kom fram till egna rutinbeskrivningar och arbetsprocesser. Men ingen extra tid har getts att utveckla detta. Förutom seminarietillfällena

och andra utbildningstillfällen har ingen tid getts för utbildning och utveckling i vårdprevention.

Ett komprimerat informationsblad kring förslag på arbetsprocesser hade underlättat.

Önskat lite mer stöd och hjälp från ledningen. Vet inte om det beror på att vi inte bad om hjälp eller att ledningen inte frågade om de behövde stötta mer.

En grov rutinprocess hade varit bra att få från början.

Då utvecklingsarbetet har varit en pågående och föränderlig lärandeprocess har förändringsledarna på enheterna fått revidera de arbetsprocesser man presenterat för sina kollegor vid upprepade tillfällen. Det är viktigt att få alla delaktiga i arbetssättet men då alla nya uppgifter konkurrerar med övriga arbetsuppgifter i en redan pressad organisation kan uppgiften att motivera och entusiasmera vara svår. Att informera och sätta igång kollegor i arbetet när det inte är färdigt och förändras hela tiden uppfattas som problematiskt.

Känns lite dumt att gå till sina arbetskamrater och informera om en sak. Sedan ändras allt, till exempel att smärta är inte längre med. Man måste sedan informera på nytt.

Det är också viktigt att få alla delaktiga så fort som möjligt så att det vårdpreventiva arbetet inte står och faller med att medlemmar av arbetsgruppen är i tjänst utan att arbetet fortgår trots deras frånvaro.

Om inte MOA personen är här stannar det upp.

5.3.2 Utbildningsbehov i instrumenten

På flertalet enheter har man haft en vana och väl inarbetade rutiner för att arbeta med fallprevention där man har utgått från de vårdprogram som finns på området. En del vårdgivare har även sedan tidigare arbetat med till exempel riskbedömningsinstrumentet SF-MNA kring undernäring vilket har underlättat införandet av ytterligare riskbedömningsinstrument. Där man har en vana av riskbedömningsinstrument upplever man i lägre utsträckning ett behov av mer utbildning i instrumenten.

Vi har haft ett preventivt arbete sedan tidigare men man har uppmärksammat fallrisk och åtgärder mer med MOA.

Fallprevention är väl förankrat hos vårdgivarna. Hemtjänsten har väl inarbetade arbetsprocesser för detta och har sedan tidigare arbetat med riskbedömning av fall och har själva ett system för detta med fallrapporter och samordnat åtgärder för detta.

För många uppfattas dock arbetet med de tre riskbedömningsinstrumenten i vissa delar som svårtolkade och en ovisshet råder kring hur man ska fylla i dem för att få enhetliga och jämförbara patientuppgifter för samtliga patienter. Överlag efterlyser man mer utbildningen i instrumenten. Denna kunskap ska även föras vidare till kollegor vilket kräver en klarhet i hur instrumenten är tänkta att användas. Ett annat

område där man söker efter en samsyn är kring vilka åtgärder man ska registrera i MOA och för vilka patienter de ska registreras. En del åtgärder utförs alltid rutinmässigt på alla patienter trots att de inte bedömts som riskpatienter.

Skulle ha önskat en grundligare genomgång av frågorna på papper och i MOA som kunde besvarat hur man tolkar och vad man fyller i. Hur ska vi registrera för att det ska bli jämförbart och hur ska det passa in på den aktuella verksamheten.

Att fylla i de evidensbaserade instrumenten är inte självklart. Det är svårt att göra bedömningar och att ta reda på uppgifter. Mer konstruktionsfel än kunskapsbrister.

Vi är vana att arbeta förebyggande och har använt riskbedömningsinstrument sedan tidigare. Man får ta det alternativ som bäst passar in.

Utbildning i instrumentet? Då har jag tagit reda på mycket själv, hittat egen litteratur.

Hur fyller vi i MOA? Är det jämförbart mellan enheter? Åtgärder på patienter som inte är riskpatienter fyller vi i då vi faktiskt utför de åtgärderna och om det ska vara ett mått för vad vi gör som chefer kan använda så bör det fyllas i.

Det är oklart hur man fyller i åtgärder. AD-madrasser har alla patienter. Blir det då åtgärd för trycksår för alla?

Ska man registrera åtgärder på en patient som känner sig yr men inte är bedöms vara en riskpatient?

Då alla inte kan delta i den utbildning som ges i vårdprevention efterlyser man mer tid att kunna utbilda sina kollegor. Ofta är det svårt att samordna tider där man kan lämna det praktiska vårdarbetet och inga extra resurser i form av tid för ändamålet har tilldelats vårdgivarna.

Utbildning vid två tillfällen föll bort när MOA gruppen skulle utbilda sina kollegor. Detta resulterade i att man fick lära sig av varandra. Då faller en del saker bort på vägen.

5.4 Tekniken

- ❖ I följande delar beskriv de upplevelser och svårigheter vårdgivarna förmedlat kring tekniken samt de förutsättningar som finns att använda tekniken.

5.4.1 Support och anpassningar

Vid de tillfällen man registrerar in patientuppgifter i systemet upplever man att det i de allra flesta fall fungerar. Om det någon gång skulle vara driftstörningar påverkar det inte arbetet nämnvärt då man kan vänta till ett senare tillfälle att registrera eller få fram uppgifter utan att det skulle orsaka några större konsekvenser i det preventiva arbetet.

Under resans gång har många förslag till ändringar gjorts både innehållsmässiga ändringar och ändringar som gällt gränssnittet. Det upplevs som att man har fått ett dåligt gehör för dessa och av de förändringar som gjorts har de flesta rört sig om gränssnittet.

Av de intervjuade respondenterna upplever majoriteten att MOA förhållandevis inte är ett svårt program att registrera i. Man poängterar dock att uppbyggnaden skiljer sig åt mellan fall-, nutrition och trycksårsdelen vilket känns rörigt. I exempelvis trycksårsdelen fylls samma uppgift i flera gånger fast i olika frågeformer vilket upplevs som onödigt då denna uppbyggnad inte återfinns i de andra delarna. En annan frustrationsskapande funktion i systemet är att man inte återkommande kan spara det man registrerat in utan att behöva börja om från början vilket resulterar i att alla uppgifter kan gå förlorade om man är tvungen att snabbt gå ifrån.

De förslag på ändringar vi gjort på seminarier har vi inte fått gehör för. Bra om det vore likadan uppbyggnad på alla sidor. Ska inte behöva fylla i samma uppgifter fast i olika frågeform flera gånger. Är ju endast så på en sida men inte på de andra.

Inget naturligt IT-support. Vem ska jag egentligen rapportera önskade förändringar till? Vi lämnar in förslag men inget händer. Det är svårt att skriva ner problem på papper. Det vore bättre att visa för någon men för vem? Det skulle vara bättre om någon ville komma ut på plats eller att man kunde mötas någonstans och få visa var problemen ligger.

De flesta frågor kring hur systemet fungerar och dess olika funktioner uppstår då man arbetar i systemet. För dessa frågor finns ingen specifik IT-support. Vid enstaka tillfällen ringer man IT-centrum för hjälp men oftast söker man efter eventuella svar hos kollegor. Under de lärandeseminarieerna som getts har det dock funnits utrymme för att ta upp frågor kring systemet. Detta forum kan emellertid kännas avigt på grund av tidspress och svårighet att formulera problem när man är utanför arbetssituationen.

5.4.2 Arbetsstationer

Tillgången på datorer varierar mellan olika enheter. En del beskriver tillgången i dagsläget som fullt tillräcklig medan andra beskriver den som dålig. Med tre olika användarnamn och lösenord har en undersköterska på en av enheterna förutom MOA följande system att arbeta med:

- Lab-Ros hanterar remisser för provtagning
- Frida Palett Dam hanterar schemaläggning ledigheter med mera
- Vårdgivarportalen EBBA, ett patientadministrativt system
- Intranätet där sjukvårdsmaterial och tvätt beställs samt felanmälningar till MTA(medicinsktekniska) och ATA(allmäntekniska) görs
- E-mail
- Därutöver ska nyheter på intranätet bevakas

En stor del av undersköterskans administrativa arbetsuppgifter utförs elektroniskt. Tillgången på datorer på enheten är följande:

- 2 datorer i undersköterskerummet varav 1 endast får användas för Lab-Ros ifall akuta provtagningar behöver göras
- 2 datorer på sjuksköterskeexpeditionen
- 3 datorer på läkarexpeditionen samt en bärbar dator
- Kandidatrum utanför enheten med tillgång till datorer

Bemanningen på avdelningen är två undersköterskor och två sjuksköterskor på dagtid och två undersköterskor och en sjuksköterska på kvälltid samt en lokalvårdare. Tre dagar i veckan finns två läkare på avdelningen med kandidater och övriga dagar en läkare med kandidater. Under eftermiddagen, när man är dubbel personalstyrka, eller nattetid är oftast den tid då det finns utrymme för att utföra administrativa arbetsuppgifter.

För undersköterskorna och lokalvårdaren finns en där vi ska arbeta. Dessutom sitter sjuksköterskorna här inne vid denna datorn för att få lugn och ro när de ska lägga schemat då man inte vill sitta ute på expeditionen. Dagtid får vi inte använda datorerna på läkarexpeditionen men man går inte in där ändå om någon sitter där. Dom datorerna används nästan aldrig av oss. Det är trångt när alla ska samsas.

5.4.3 Utbildning i tekniken

Inom samtliga enheter används datorn som arbetsredskap för olika uppgifter av alla vårdgivare. Vårdgivarna har i samband med MOA-införandet inte erbjudits någon generell datorutbildning utan man har varit hänvisade till att lära sig av varandra. De generella datorkunskaperna skiljer sig i hög grad åt mellan vårdgivarna där vissa upplever det krångligt och svårhanterligt med nya IT-stöd medan andra uppfattar arbetet med IT-stöden som oproblematiska.

Den applikationsutbildning som getts har bestått i ett timplångt tillfälle att under handledning navigera runt i systemet vilket en del av vårdgivarna har haft möjlighet att delta i. I andra fall har kollegor visat hur man registrerar patientuppgifter i systemet. Andra har varit hänvisade till användarmanualen för MOA. Det har även under lärandeseminarieerna funnits tillfällen att fråga kring hur systemet kan användas och en del tips har getts som underlättar användandet.

Att vara hänvisad till en användarmanual som inte är lätt att ta till sig underlättar inte att lära sig systemet.

En timme på Qulturum har getts en del att navigera runt i MOA. Tillräckligt för att kunna använda systemet på ett tekniskt plan.

6 Diskussion

- ❖ I följande delar diskuteras resultatet utifrån ett matchningsperspektiv mellan Uppgift, Teknik och Individ.

6.1 Matchning mellan uppgift och teknik

Synd att MOA redan var utvecklat när vi involverades i en ”testfas”. Har inte fått en chans att påverka. Har fått chans att gå fram till anslagstavla med lappar och ringa in det som var viktigt men ingen förändring har skett sedan dess. Det hade varit bättre om alla hade fått en chans att efter utbildning och information kring vårdprevention fått gå hem och tänka tycka till och sedan hade de godbitar som kommit in kunnat användas.

Matchningen mellan uppgiften och tekniken upplevs inte av användarna att vara optimal. Man upplever till stora delar att IT-stödet inte ger det stöd eller uppfyller de behov som uppstått kring arbetet med vårdprevention. Följande faktorer påverkar matchningen mellan uppgiften och tekniken:

- Användbarhet i att stödja samverkan mellan enheter
- Dokumentationsprocessen
- Systemets utformning i förhållande till instrumenten
- Antal arbetsstationer för registrering

6.1.1 Stödja samverkan

Det arbete kring vårdprevention som bedrivs runt om på olika enheter är redan idag omfattande och ambitionen är att alla enheter i hela vårdkedjan ska delta. För att enheterna runt patienten ska kunna arbeta så effektivt som möjligt krävs ett visst informationsutbyte där man kan ta del av varandras bedömningar och beslut. Ett direkt informationsutbyte skulle möjliggöra att man snabbare kan sätta in åtgärder utan att behöva vänta in omvårdnadsepikris eller den egna riskbedömningen.

Systemets primära användningsområde är i dagsläget ett registrerings- och uppföljningsverktyg men det finns ett behov av att de registrerade patientuppgifterna ses som kompletterande journalhandlingar vilket systemets funktioner idag delvis uppfyller. På grund av dagens gällande sekretessregler gäller dock inte patientuppgifterna i MOA som journalhandling men det är idag möjligt att få tillgång till andra enheters registreringar och på så sätt få tillgång till efterfrågade patientuppgifter.

Patientdatautredningen(S 2003:3) ger emellertid i sitt huvudbetänkande Patientdatalag (SOU 2006:82) förslag till att möjliggöra direktåtkomst till patientuppgifter som journalförs hos annan vårdgivare då man påpekar vårdgivarnas behov av att elektroniskt kunna ha tillgång till patientuppgifter från andra vårdgivare som är till nytta i det egna arbetet. Detta skulle kunna möjliggöra att de patientuppgifter som förs in i MOA kan gälla som en kompletterande journalhandling.

I öppenvården där vårdgivare från flera olika huvudmän tillsammans arbetar kring patienten i ett lagarbete är det viktigt med ett kontinuerligt informationsutbyte rörande patientuppgifter. Det finns en efterfrågan att vidareutveckla översikter av patientuppgifter som idag finns i MOA för att använda dem som ett ändamålsenligt rapporteringsunderlag. Vidare kommer kommunikationen och registreringsarbetet kunna underlättas betydligt när den webbaserade versionen av systemet sätts i bruk.

Tekniken skulle i det här fallet kunna möjliggöra för vårdgivarna att förändra de temporala strukturer som finns kring rapportering till efterföljande enheter och andra yrkesgrupper kring patienten. Genom att omgående registrera uppgifter i IT-stödet som kompletterande journaluppgifter skulle ett direkt informationsutbyte kunna ske vilket skulle möjliggöra en snabbare insättning av åtgärder.

6.1.2 Dokumentationsprocessen.

Ambitionen är att alla patienter över 70 år ska registreras vilket innebär ett mycket omfattande registreringsarbete som ligger långt över det som tidigare gjorts i samband med kvalitetsregisterarbete. En stor del av den dubbeldokumentation som sker idag skulle kunna undvikas i och med den förväntade förändringen av lagstiftningen angående sekretessregler då förändringen skulle möjliggöra för de patientuppgifter som registreras i MOA att gälla som journalhandling. Då allt fler enheter kommer att arbeta med vårdprevention i sina verksamheter kommer den tid som läggs på registrering av preventionsrelaterade uppgifter totalt sett öka och ta en ansevärd del av resurser i anspråk. En förskjutning av IT-stödets användningsområde kan reducera dubbeldokumentation för en omfattande andel av vårdgivare i hela vårdkedjan vilket i sin tur genererar en betydande tidsbesparing.

Då allt fler landsting inför elektroniska patientjournaler går man mot en utveckling där många patientuppgifter endast behöver registreras en gång för att sedan distribueras till olika ändamål vilket är oerhört tidsbesparande för alla inblandade. Det medverkar även till att minimera antalet olika system vårdgivarna använder sig av vid dokumentation. Vid införande av elektroniska patientjournaler på samtliga enheter skulle dubbeldokumentationen kunna reduceras ytterligare vid en integration av MOA och det elektroniska patientjournalssystemet. Detta förutsätter en kompatibilitet mot övriga och kommande elektroniska journalsystem där patientuppgifterna exporteras till olika ändamål till exempel valda delar av patientuppgifterna till omvårdnadsepikrisen eller patientjournalen. Primärvården är idag den enda möjliga miljö att testa och utveckla en integrering systemet med en elektronisk patientjournal.

En möjlighet till en smidig integrering och kompatibilitet med andra elektroniska journalsystem är också betydelsefull om flera landsting ska införa vårdprevention då det nationellt idag används en mängd olika journalsystem inom och mellan de olika landstingen. Ett arbete som i dag bedrivs exempelvis inom RIV-projektet⁴ som syftar till att åstadkomma ett gemensamt regelverk för interoperabilitet mellan olika vård- och omsorgssystem. Det skulle medverka till att motivera fler användare att bidra med uppgifter till ett kvalitetsregister rörande vårdprevention.

⁴ RIV står för Riktlinjer för elektronisk Interoperabilitet inom Vård och omsorg.

Dessa förändringar skulle också bidra till att, för vårdgivarnas del, i högre grad motivera det omfattande registreringsarbete som idag primärt utförs för att bidra med uppgifter till uppföljningsuppgifter och kvalitetsregister.

6.1.3 Systemets utformning

Riskbedömningsinstrumenten upplevs inte helt och hållet vara anpassade för verksamheten vilket leder till en sänkt användningsgrad. Vidare skiljer sig de åtgärder man utför i verksamheten med de alternativ som finns i systemet vilket försvårar registrering och upplevs ge en inkomplett bild av vad som utförs. Ett annat exempel där man ifrågasätter systemets utformning är att terminologin mellan instrumenten och systemet skiljer sig åt på vissa ställen. Med en enhetlig informationsstruktur skulle onödig förvirring kunna undvikas. De tre olika omvårdnadsområdena i systemet skiljer sig åt till sin uppbyggnad vilket skapar en tröghet i registreringsarbetet då det upplevs att man till viss del registrerar samma uppgifter flera gånger.

Dessa och andra förslag till förändringar upplever man inte har lett till någon anpassning av systemet i så stor utsträckning man förväntat sig vilket kan bidra till en uppgivenhet inför införande av nya IT-stöd.

Vårdgivarna upplever att man genom att involvera användare i ett tidigare skede av utvecklingsarbetet av systemet hade användarna kunnat bidra till ett förbättrat IT-stöd i form av funktioner och innehåll. För att utnyttja den utvecklingspotential MOA har måste användarna involveras. Genom den erfarenhet vårdgivarna i dag har av vårdprevention har man stora möjligheter att bidra med kunskaper till en anpassning av MOA och forma ett IT-stöd som på ett optimalt sett tillgodoser de behov som finns.

6.1.4 Antal arbetsstationer

I och med att allt fler uppgifter utförs med hjälp av datorer är tillgången av terminaler en viktig faktor när det gäller hur effektivt arbetet kan utföras.

De temporala strukturer som finns kring när administrativa uppgifter vid datorer är möjliga att utföra är svåra att förändra då det praktiska vårdarbetet i hög grad styr verksamheten och dessa uppgifter ofta måste prioriteras. Det är därför framförallt vid tillfällen när dubbel personalstyrka finns i verksamheten eller nattetid administrativt arbete kan utföras. Det medför att bristen på tillgången av datorer kan utvecklas till en flaskhals som gör att arbetet stoppas upp och resurser inte tillvaratas på ett optimalt sätt.

6.2 Matchning mellan Individ och Uppgift

Tid att arbeta med MOA finns inte.

Det är trögt att få vårdprevention att genomsyra hela verksamheten.

De faktorer som framkommit under studien som påverkar matchningen mellan Individ och Uppgift har rört sig om följande:

- Tid
- Erfarenhet av riskbedömningsinstrumentet
- Utbildning
- Motivation och deltagande
- Stöd från ledning

6.2.1 Tid

En faktor som Olausson och Åkesson (2003) lyfter fram är betydelsen av reducerad verksamhet under tiden av införandet av elektroniska patientjournaler. Införandet av MOA medför dock inte en lika genomgripande förändring i verksamheterna som införande av elektroniska patientjournaler gör men ser man till vårdpreventionsarbetet i sin helhet och omfattning torde tankarna kring nyttan med reducerad verksamhet vara överförbar. Tidsbrist har varit en av de faktorer vårdgivarna sett som hinder med införandet av vårdprevention där den största nyttan och de största resursbesparingarna bygger på allas delaktighet i arbetet.

Vårdgivarna styrs av en mängd olika temporala strukturer under sin arbetsdag där den temporala struktur för utvecklingsarbete är underordnad andra strukturer där, i vissa fall oförutsedda, händelser i verksamheten kräver att utvecklingsarbetet ställs in. En förändring av en temporal struktur kräver en gemensam ansträngning av flera berörda parter där mer resurser ges för till exempel en möjlighet att lägga tillfällen för utvecklingsarbete utanför ordinarie arbetstid då risk för avbrott minskar. En förändring skulle kunna innebära en snabbare implementeringsprocess av den nya arbetsprocessen och i förlängningen också en snabbare resursbesparing.

6.2.2 Erfarenhet och utbildning

Där man sedan tidigare haft erfarenhet och vana att arbeta med riskbedömningsinstrument upplever man det mindre problematiskt att använda instrumenten. I de fall man upplever att instrumenten inte passar för den egna specifika verksamheten eller där man är osäker på de olika svarsalternativen kan man lättare ta det som bäst passar in och man ser istället resultaten i högre utsträckning som vägledande inför vilka åtgärder som eventuellt behöver göras. Någon uttrycker följande:

Det behöver inte vara så exakt för det är ju inget diagnosverktyg.

Detta förhållningssätt bygger på att man är van och känner sig säker i användningen av de tre instrumenten. Utbildning i instrumenten kan därför öka vårdgivarnas kunskaper i användandet av instrumenten och underlättar också processen där man ska utbilda sina kollegor i riskbedömning. En förhöjd trygghet i att använda instrumenten kan också bidra till att öka antalet riskbedömningar som utförs då man lättare och snabbare kan utföra dessa och riskbedömningen upplevs som ett lägre hinder i en situation där tidsbrist råder.

Ett annat område som påverkar matchningen mellan individ och uppgift är det faktum att man upplever en avsaknad av samsyn och tydliga riktlinjer kring vilken information som ska registreras i MOA. Användningsområdena rörande vad de insamlade åtgärderna ska användas till är oklart där man känner att en registrering av åtgärder på en mer detaljerad nivå skulle ge en bättre bild av vad man utför, oavsett om syftet är att ge uppgifter till ett kvalitetsregister i forskningssyfte eller att ge en bild på vad man utför i verksamheten. En samsyn kring vilken information som ska ingå är också betydelsefull vid förflyttning av patienter till andra vårdgivare i vårdkedjan.

6.2.3 Motivation, deltagande och stöd

Ammenwerth et al (2006) ger som tidigare nämnts följande exempel på egenskaper på individnivå som påverkar matchningen mellan de tre objekten:

- Motivation och intresse för den uppgift som ska utföras
- Flexibilitet och öppenhet inför nya sätt att arbeta
- Arbetskulturen på enheten, samarbete inom teamet
- Organisatorisk kontext

Förändringsledarnas uppgift att utveckla och införa ett vårdpreventivt arbetssätt på de olika enheterna påverkas till stor del av deltagarnas motivation och inställning till införandet av nya arbetsprocesser. Trots att förändringsledarna själva hyser ett stort intresse för uppgiften upplevs det av en del som mycket trögt att få med sig sina kollegor i nya sätt att arbeta. Återigen är tid en kritisk faktor för att bedriva ett entusiastmerande förändringsarbete. Ett ökat utrymme för utveckling, utbildning och uppföljning skulle kunna generera i ett ökat engagemang från kollegor. Genom att skapa en temporal struktur för återkommande genomgångar av uppföljningsuppgifter av vårdprevention skulle man kunna genom denna deadline öka deltagandet i registrering av vårdpreventiva uppgifter.

Delaktighet och kunskap kring den nya arbetsprocessen påverkas också av social och biologisk tid då man inte kan bortse från vårdgivares personliga händelser så som graviditeter, sjukdomar och pensionsavgångar. Vårdgivares personliga temporala strukturer bidrar till en oundviklig omsättning av personal vilket i sin tur kan resultera i att man tappar kunskapsresurser. Detta kan påverka delaktigheten och i vilken utsträckning man riskbedömer. Många upplever dock att vikarier ofta har en stor benägenhet att arbeta med vårdprevention och riskbedömer i hög utsträckning. En kontinuerlig utbildning av ny personal är därför viktig för att upprätthålla deltagandet i vårdprevention.

Förändringsledarna har också ett starkt behov att man från ledningen sida på olika nivåer och i olika former stödjer och bidrar med till exempel ökade resurser samt en

uttalad prioriteringsnivå då arbetet med vårdprevention konkurrerar med andra nya och gamla arbetsuppgifter som ska utföras.

Av tradition har omvårdnadsrelaterade uppgifter haft en lägre status än medicinskt relaterade uppgifter inom hälso- och sjukvården. Trots att utvecklingen går mot en plattare struktur där alla delar anses lika viktiga för att kunna ge en fullgod vård till patienten ligger det målet en bra bit från hur verkligheten ser ut idag. Detta kan exemplifieras av motsättningen mellan en sittrond och sjuksköterskans morgonarbete med administrering av mediciner där sjuksköterskans handlingar styrs av cementerade temporala strukturer. Sjuksköterskan måste för att kunna delta i rondens gå ifrån sitt arbete med administrering av morgonmediciner vilket får till följd att en förskjutning av administreringen av mediciner ibland måste ske. Denna temporala struktur skapar också en ökad stress i morgonarbetet som inte är till gagn vare sig för patienten eller för vårdgivaren. Dessa två strukturer är inte kompatibla och trots ett påtalat behov av förändring står de temporala strukturerna fast. Det visar att en förändring av temporala strukturer i hög grad påverkas av befintliga maktstrukturer.

För att uppnå ett vårdpreventivt arbetssätt som genomsyrar hela verksamheter i vårdkedjans samtliga delar är det därför angeläget att det finns en uttalad målsättning och tydlig prioriteringsnivå förmedlad till alla yrkesgrupper inom organisationen. Detta kan medverka till en annorlunda resursfördelning och en ökad medvetenhet kring de potentiella resursbesparingar som möjliggörs och därmed en ökad motivation för och en annan syn på det egna arbetet med vårdpreventiva arbetsuppgifter. Det kan också bidra till ett större deltagande av andra yrkesgrupper än sjuksköterskor och undersköterskor i arbetet kring vårdprevention.

6.3 Matchning mellan Individ och Teknik

Faktorer som påverkar matchningen mellan Individ och Teknik är i huvudsak generell datorutbildning och specifik applikationsutbildning.

6.3.1 Utbildning

Individens IT kunskaper är avgörande för hur väl man kan utnyttja den teknik som står till förfogande i arbetet. En växande del av vårdgivarnas arbete innehåller användning av olika IT-stöd varför en grundläggande datorkunskap är väsentlig för att kunna utföra sitt arbete på bästa sätt. Kunskapsnivåerna skiljer sig mellan vårdgivarna där vissa upplever arbete med datorer krångligt och andra lätt. Gemensamt har varit att man upplevt att man har lärt sig nödvändiga datorkunskaper på egen hand. Av respondenterna som hade deltagit i någon form av utbildning genom sitt arbete tyckte man att nivån inte varit anpassad till deras förkunskaper.

Vad gäller specifik applikationsutbildning har man i stor utsträckning varit hänvisade att lära sig av varandra eller själva. Detta kan få till följd att man inte kan hantera de möjligheter som IT-stödet erbjuder till exempel i form av de patient- och processrapporter MOA genererar och endast delvis utnyttjar systemets olika funktioner.

Olausson och Åkesson (2003) poängterar i samband med införandet av elektroniska patientjournaler vikten av att grundläggande datorkunskap erbjuds till alla som behöver det och att applikationsutbildning anpassas till olika förkunskapskrav. Vidare

föreslår man att vidga utbildningsbegreppet och låta delar av utbildningen migrera från utbildningssalen till den egna arbetsplatsen där lärandet kan ske med de egna verkliga patienterna. Det skulle i det här fallet kunna ge ett utvecklingstillfälle mer anpassat för individens förkunskaper men också för verksamhetens specifika behov av olika delar av systemet.

6.3.2 Ansvarsfördelning

Registreringen är ett tillfälle för vårdgivaren att få en sammanfattad bild av vårdperioden vilket kan bidra till ett större engagemang och ansvarstagande kring den enskilde patienten och det preventiva arbetet som helhet. Begränsas antalet ansvariga för registrering till enskilda sjuksköterskor istället för att utökas kan detta komma att påverka engagemanget för det systematiska preventiva arbetssättet samt förstärka den hierarkiska struktur som finns inom sjukvården. Tvärtom är det möjligt att förstärka exempelvis undersköterskors yrkesroll genom att utöka teknikrelaterade arbetsuppgifter istället för att berövas uppgifter som ingår eller har ingått i yrkesrollens arbetsbeskrivning.

Då utskrivningsarbetet kring en patient redan är en omfattande arbetsuppgift för sjuksköterskorna är det möjligt att det även skulle kunna vara tidsbesparande om alla vårdgivare skulle kunna hjälpas åt med registreringsarbetet då det inte finns något yrkesrelaterat hinder för detta.

7 Slutsats

Införande och användningen av ett datoriserat system som skall stödja vårdpraktiken har studerats. Nedanstående två forskningsfrågor har väglett studien.

Uppfyller IT-stödet de behov som finns för att utföra ett effektivt, strukturerat och genomgående preventivt arbete för undernäring trycksår och fall?

Utav den studie som gjorts av praktiken kan slutsatsen dras att det IT-stöd som vårdgivarna idag har till sitt förfogande inte helt uppfyller de behov som finns för att utföra ett effektivt, strukturerat och genomgående preventivt arbete.

Matchningen mellan uppgiften och tekniken försvagas av att tekniken inte stödjer ett direkt informationsutbyte mellan enheter och vårdgivare i form av kompletterande journalhandlingar och ett ändamålsenligt rapportunderlag. Tekniken bidrar inte heller till att reducera dokumentationsprocesserna utan skapar istället merarbete i form av dubbeldokumentation. Detta bidrar inte till att effektivisera arbetet vilket enligt den Nationella IT-strategin (2006) bör vara ett IT-systems uppgift:

Användarvänliga IT-system ska frigöra tid för vårdgivarna så att mer tid kan frigöras för det personliga mötet med patienten. // Den information som registreras kan återanvändas i avidentifierad form och användas som en långsiktig och gemensam resurs.

Matchningen försvagas också av teknikens utformning där en mer enhetlig informationsstruktur och innehållsmässig samsyn skulle förstärka matchningen mellan uppgift och teknik.

IT-stödet har dock resulterat i goda möjligheter att få direkta uppföljningsuppgifter kring det vårdpreventiva arbetet. Registreringskravet har också bidragit till en ökad struktur på det preventiva arbetet i form av en högre andel riskbedömda patienter

Hur upplever vårdgivarna införandet av vårdprevention?

Grundtanken med vårdprevention betraktas som positivt av vårdgivarna. Man anser dock att de förslag på förändringar av IT-stödet inte har tillgodosetts i den utsträckning man förväntat sig. För att uppnå ett effektivt förändringsarbete där man implementerar arbetet med vårdprevention i verksamheten på genomgripande sätt krävs en ökad matchning mellan individ och uppgift samt mellan individ och teknik. De faktorer som kan öka en sådan matchning är framförallt en förändring av de temporala strukturer som finns kring utbildnings- och utvecklingsarbete för att frigöra mer ostörd tid vilket skulle leda till en snabbare implementeringsprocess av vårdprevention och i förlängningen en snabbare resursbesparing. Mer utbildning i instrumenten och i systemet efterfrågas av vårdgivarna vilket skulle underlätta införandet av vårdprevention. Vidare finns ett starkt behov av mer stöd från ledningens sida på olika nivåer samt en tydlig uttalad prioriteringsnivå. Dessa sammantagna åtgärder förväntas bidra till att öka motivation och deltagande hos kollegor.

8 Referenser

Ammenwerth, E. Iller, C. Mahler, C. (2006). "IT-adoption and the interaction of task, technology and individuals: a fit framework and a case study." *BMC Medical Informatics and Decision Making* **6**:3.

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur

Bastøe, Ø. P. & Dahl, K. (1996). *Organisationsutveckling i offentlig verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

Button, G. & Harper, R. (1996). "The Relevance of Work-Practice for Design." *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*. **4**:263-280.

Devaraj, S. & Kohli, R. (2003). "Performance Impacts of information technology: Is actual usage the missing link?" *Management Science*. **49**(3) 273-289.

Goodhue, D L. (1995). "Understanding user evaluation of information system." *Management Science*. **41**(12). 1827-1844.

Goodhue, Dale L. Thompson, L Ronald. (1995). "Task-Technology Fit and Individual Performance," *MIS Quarterly*. **19**(2). 213-236.

InfoVU (2005). *Nya krav på information vid IT-samverkan inom vård och omsorg. Rapport från InfoVU-projektets kunskapsnätverk för IT*. Artikelnr 2005-124-6. www.socialstyrelsen.se

Kjaer Jensen, M. (1991). *Kvalitativa metoder för samhälls- och beteendevetare*. Lund: Studentlitteratur

Lind, T. & Sandblad, B. (2004) *Vård IT-kartan – Användare och IT-system inom svensk vård och omsorg*. Stockholm: User Award.

Olausson, H. & Åkesson, I-M. (2003). *Utvärdering av den elektroniska patientjournalens implementering – presentation av erfarenhet från införande vid fyra sjukhus i Sverige*. Chalmers Tekniska Högskola, Göteborg.

Orlikowski, J.W. , Yates, J. (2002). "It's About Time: Temporal Structuring in Organizations." *Organization Science* **13**(6). 684-700.

Patel, R. & Davidson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur

Patientdatalag (SOU 2006:82). <http://www.sou.gov.se/patientdata/betankanden.htm> [2006-11-11]

Patientdatautredningen(S 2003:3). <http://www.sou.gov.se/patientdata> [2006-11-11]

Ruland, C.M. (2002). *Vårdinformatik*. Stockholm: Natur och Kultur

Socialdepartementet. (2006). *Nationell IT-strategi för vård och omsorg*. Stockholm: Socialdepartementet. <http://www.regeringen.se/content/1/c6/05/96/62/abac6cb0.pdf> [2006-10-10]

SSF. (2005). *Strategi för kvalitetsutveckling av omvårdnad*. Bromma Tryck AB: Författaren

Utbutt, M. (2004). *Vård nära dig*. Teldok Rapport 152 | 2004. Stockholm: Carelink

Wallén, G. (1996). *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur

Zigurs, I. & Buckland, B. K. (1998). "A theory of task/technology fit and group support systems effectiveness." *MIS Quarterly*. **22**(3). 313-334.

9 Bilagor

Bilaga 1



Programgruppen för omvårdnad nov. 2005

Downton Fall Risk Index (DFRI)

Finns det tidigare kända fallolyckor?

- 0 Nej
- 1 Ja

Medicinering?

- 0 Ingen medicinering (även hälsoprodukter)
- 1 Lugnande/sömnmedel/neuroleptika
- 1 Diuretika
- 1 Antihypertensiva (annat än diuretika)
- 1 Antiparkinson läkemedel
- 1 Antidepressiva läkemedel
- 0 Andra läkemedel

Sensoriska funktionsnedsättningar

- 0 Ingen
- 1 Synnedsättning (mätligt-kraftigt nedsatt syn eller blind)
- 1 Hörselnedsättning (-" -" -" -" nedsatt hörsel eller döv)
- 1 Motorik (tecken på förlamning)

Kognitiv funktionsnedsättning

- 0 Orienterad
- 1 Ej orienterad

Gångförmåga

- 0 Säker (med eller utan hjälpmedel)
- 1 Osäker gång
- 0 Gångförmåga saknas

IN Dat:
KI:

Short form MNA

Mini Nutritional Assessment

Har födoingtaget minskat under de senaste 3 mån p.g. a försämrad aptit, matsmältningsproblem, tugg- eller sväljproblem?

- 0 Ja, minskat avsevärt
- 1 Ja, minskat något
- 2 Nej, ingen förändring

Viktörlust under de senaste 3 månaderna?

- 0 Ja, mer än 3 kg
- 1 Vet ej
- 2 Ja, mellan 1-3 kg
- 3 Nej, ingen viktmedgång

Rörlighet?

- 0 Är säng- eller rullstolsbunden
- 1 Kan ta sig ur säng/rullstol men går inte ut
- 2 Går ut med eller utan hjälpmedel

Har varit psykiskt stressad eller haft akut sjukdom under de senaste 3 månaderna?

- 0 Ja
- 2 Nej

Neuropsykologiska problem?

- 0 Svår förvirring/demens eller depression
- 1 Lätt förvirring/demens
- 2 Inga neuropsykologiska problem

Body Mass Index (BMI)

- 0 BMI < 19
 - 1 BMI mellan 19-21
 - 2 BMI mellan 21-23
 - 3 BMI över 23
- Längd _____ cm
Vikt _____ kg
BMI _____

Ringa in siffrorna och summera uppifrån och ner!

NORTON _____ (20 poäng eller mindre - Risk för trycksår)

SE-MNA _____ (11 poäng eller mindre - Risk för undernäring)

DFRI _____ (3 poäng eller mer - falltendens och riskperson)

VAS _____ (>3-Riskperson)

Modifierad Nortonskala

Psykisk status

- 4 Helt orienterad
- 3 Stundtals förvirrad
- 2 Svarar ej adekvat på tilltal
- 1 Okontaktbar

Fysisk status

- 4 Går själv med eller utan hjälpmedel
- 3 Går med hjälp av personal
- 2 Rullstolsbunden
- 1 Sängliggande

Rörölsförmåga

- 4 Full
- 3 Något begränsad (assistans vid lägesändring)
- 2 Mycket begränsad (full hjälp vid lägesändr. men kan bidra)
- 1 Orörlig

Födointag

- 4 Normal portion
- 3 ¾ portion
- 2 ½ portion
- 1 mindre ½ portion

Vätskeintag

- 4 > 1000 ml/dygn
- 3 mellan 700-1000 ml/dygn
- 2 mellan 500-700 ml/dygn
- 1 under 500 ml/dygn

Inkontinens

- 4 Nej
- 3 Tillfälligt men ej vanligt
- 2 Urin- eller tarminkontinent (KAD)
- 1 Urin- och tarminkontinent

Allmäntillstånd (kriterier se baksidan)

- 4 Gott
- 3 Ganska gott
- 2 Dåligt
- 1 Mycket dåligt

Resultaten av riskanalysen skall utgöra underlag för patientens vårdplan. Planerade fortsatta åtgärder som annan vårdgivare skall utföra dokumenteras i epikrisen.