

”Om man ska få folk att göra **en sak till** måste de se en
vinst med det”

- Om meningsfullhet och legitimitet i arbetet med
nationella kvalitetsregister inom vård- och
omsorgsboende för äldre

Karin Högstedt och Eva Lindqvist

mars 2017

Nestor FoU-center ägs gemensamt av kommunerna Botkyrka, Haninge, Huddinge, Nacka, Nykvarn, Nynäshamn, Salem, Södertälje, Tyresö och Värmdö samt Stockholms läns landsting. Nestor vill genom praktisknära forskning och utveckling bidra till en god kvalitet inom vården och omsorgen om äldre människor.

Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
Hemsida: www.nestorfou.se
tel: 08-777 99 16
e-post: adm@nestorfou.se

Rapporten kan laddas ner på
www.nestorfou.se

Nestor FoU-center 2017

Författare: Karin Högstedt och Eva Lindqvist
Insamling av data: Helena Viberg, Kerstin Witalis och Karin Högstedt
Stöd vid analys: Emanuel Åhlfeldt
Titel: *"Om man ska få folk att göra en sak till måste de se en vinst med det"* – Om meningsfullhet och legitimitet i arbetet med Nationella Kvalitetsregister inom vård- och omsorgsboende för äldre

© Nestor FoU-center
Citera oss gärna, men ange källan.

Förord

I den nationella satsningen *Bättre liv för sjuka äldre*, 2010-2014, tillsköt regeringen medel för att på olika sätt utveckla vården och omsorgen om äldre. En del i satsningen var implementering av specifika Nationella Kvalitetsregister som verktyg för att uppnå god vård och omsorg i kommuner och landsting. Nestor FoU-center gav under 2011 till 2016 stöd till ägarorganisationernas arbete med kvalitetsregister i form av information, utbildning, processtöd och projektledning.

Att använda uppgifter från Nationella Kvalitetsregistren är en av pusselbitarna som finns för att kunna identifiera mål för kvalitetsförbättringar och för att kunna följa upp insatser nationellt och lokalt. Detta för att anpassa och använda verksamhetens resurser optimalt. Det har dock visat sig vara svårt att göra Nationella Kvalitetsregister till en del av den kontinuerliga verksamhetsutvecklingen. Denna rapport lyfter fram erfarenheter, både utmaningar och möjligheter, hos första linjens chefer och medarbetare vid vård- och omsorgsboenden av att införa och arbeta med Nationella Kvalitetsregister. Även Nestors utvecklingsledares erfarenheter av arbetet lyfts fram. Rapporten kan förhoppningsvis bli ett stöd för äldreomsorgens förvaltningsledning, första linjens chefer och medarbetare samt regionala och lokala stödstrukturer vid införandet av nya arbetssätt.

Nestor vill tacka deltagarna i undersökningen för bidraget till en större insikt i hur arbetet med Nationella Kvalitetsregister fungerar i vardagen.

Eva Lindqvist
FoU-chef
Nestor FoU-center

Karin Högstedt
Projektledare och före detta utvecklingsledare
Nestor FoU-center

Innehåll

Förord	3
Innehåll	4
Sammanfattning	5
Bakgrund	6
Syfte	8
Metod	9
Nestors utvecklingsledares medverkan och förförståelse	9
Informanterna	9
Genomförande och analys av intervjuer	9
Resultat	12
Diskussion	20
Rapportens användbarhet.....	22
Kvalitetsregistren i satsningen <i>Bättre liv för sjuka äldre</i>	23
Referenser	24

Sammanfattning

Nestor FoU-center har sedan 2011 givit stöd till ägarorganisationerna i användandet av de Nationella Kvalitetsregistren inom den nationella satsningen *Bättre liv för sjuka äldre*. Trots en stor satsning på kvalitetsregistren finns rapporter som visar att de inte i någon större omfattning integrerats som en del av det kontinuerliga kvalitetsarbetet.

Syftet med denna undersökning var att beskriva hur första linjens chefer och medarbetare vid vård- och omsorgsboenden samt Nestors utvecklingsledare upplevt införandet och användandet kvalitetsregistren BPSD-registret, Senior alert och Palliativregistret.

Intervjuer genomfördes med sexton chefer och medarbetare vid åtta vård- och omsorgsboenden samt med två av Nestors medarbetare i sammanlagt tolv enskilda intervjuer och två gruppintervjuer. Svaren analyserades och grupperades löpande och de preliminära resultaten prövades i gruppintervjuerna.

Ur materialet framkom tre teman: 1) *Prioritering sker utifrån upplevd meningsfullhet och legitimitet*. Det upplevdes att registren var till nytta, men framför allt hur registren skulle kunna vara till nytta i framtiden. Det var en utmaning att förmedla meningsfullhet och legitimitet med registren till medarbetarna, vilket försvårade implementeringen. Upplevelsen var dock att det hade blivit lättare med tiden. 2) *Förvaltningsledningens engagemang legitimerar arbetet*. Det ansågs vara av stor vikt att förvaltningsledningar engagerade sig genom att efterfråga resultat från registren, och att detta engagemang fortsatte över tid. 3) *Chefen behöver kunna se sin roll*. Chefen sågs som nödvändig för att forma rutiner för registerarbetet kring den enskilde äldre, till exempel genom att skapa forum där teamet träffades eller genom att fördela ansvaret runt registerarbetet. Chefer upplevde behov av ökad kunskap för att kunna analysera registerdata på gruppnivå för att använda vid kvalitetsutveckling.

Resultatet i denna rapport visade att det nya arbetssättet behövde upplevas som legitimt och meningsfullt både av första linjens chefer och medarbetare. De och utvecklingsledarna såg att förvaltningsledningen behövde vara engagerade i arbetet med de Nationella Kvalitetsregistren och använda dem vid verksamhetsutveckling utifrån de lokala behoven.

Bakgrund

I satsningen *Bättre liv för sjuka äldre*, 2010-2014, tillsköt regeringen medel för att på olika sätt utveckla vården och omsorgen om äldre (SKL, 2015). En del i den stora satsningen var implementering av specifika Nationella Kvalitetsregister som verktyg för att uppnå god vård och omsorg i kommuner och landsting. De aktuella registren var BPSD-registret, RiksSår, Senior alert, Svenska palliativregistret och Svenska Demensregistret¹. I Sverige finns det 96 Nationella Kvalitetsregister som certifierats av den Nationella Styrgruppen för kvalitetsregister (Nationella Kvalitetsregister, 2017). Syftet med registren är att skapa kunskapsunderlag för att lokalt och nationellt förbättra vården och omsorgen bland annat genom verksamhetsutveckling och forskning (a.a.).

Även om täckningsgraden är relativt hög när det gäller användningen av kvalitetsregistren – till exempel hade Senior alert en täckningsgrad på knappt 80 % på särskilt boende år 2015 (Socialstyrelsen, 2017) – har det framkommit att användandet av registren kan vara på väldigt olika nivå (Sonde, 2015). En undersökning visade att användningen av kvalitetsregistren kunde bestå av endast registrering och att dessa registreringar sällan ledde till att uppgifterna användes för verksamhetsutveckling (a.a.).

I implementeringsforskning och forskning om hållbart utvecklingsarbete (Brulin & Svensson, 2011; Fleiszer m.fl., 2015; Savaya & Spiro, 2012) framhålls vikten av att ledningen visar intresse, ställer krav och skapar förutsättningar för att arbetssättet ska prioriteras. Det framgår även i rapporter om de Nationella Kvalitetsregistren (Statskontoret, 2015; Nyström, Strehlenert & Höög, 2014). Möjliga framgångsfaktorer för att använda kvalitetsregister som beskrivs är att ledning och medarbetare tillsammans undersöker hur arbetssättet kan gagna verksamheten (Sonde, 2015). Därtill behöver högsta ledningen motivera chefer och medarbetare för att på så sätt skapa en känsla av sammanhang (Region Västerbotten, 2016). Likaså att chefer stöder ett öppet klimat för reflektion samtidigt som chefer sinsemellan behöver ha ett öppet reflektionsklimat (Summer Meranius, 2015). I Socialstyrelsens rapport (2013) uttrycks dock att första linjens chefer sällan involveras av förvaltningsledningen när ny kunskap införs i verksamheten.

Synpunkter om Nationella Kvalitetsregisters användbarhet har varierat. För att registren ska börja användas ses behov av att den lokala verksamheten ska kunna få ut meningsfull information (Riksrevisionen, 2013) vilket registren i satsningen också har givit (Statskontoret, 2015). Samtidigt har det funnits synpunkter på att registren inte tillfört något nytt utan varit en upprepning av befintligt arbetssätt och inneburit extra arbete (a.a.). Det har framhållits att implementering och hållbart utvecklingsarbete stärkts om den aktuella förändringen uppfattats som legitim av berörda (Racine, 2006; Ahlfeldt, 2017). Om

¹ Kvalitetsregistren beskrivs i korthet på sidan 23 i rapporten.

förändringen ska uppfattas som legitim kan det handla både om att den är sanktionerad från ledningen och att forskning och beprövad erfarenhet stöder arbetssättet. Det kan även handla om att användarna upplever nytta och att förändringen är följsam till befintlig praktisk kunskap och erfarenhet. I arbetet med att införa kvalitetsregister användes bland annat prestationsersättning för att stödja införandet av arbetssättet vilket ansågs ha bidragit till en nationell spridning (Statskontoret, 2015). Samtidigt har det lyfts fram att otydlighet lokalt om hur medlen skulle användas kan ha motverkat spridningen (Riksrevisionen, 2013). Det har påpekats att användande av nationella medel bör kopplas till vilka nationella mål som förväntas uppnås och dessutom anpassas till lokala förutsättningar avseende bland annat prioritering, tid och struktur (Wånell, 2016). De nationella målen i satsningen var att bidra till ett bättre liv för de äldre och en bättre arbetsmiljö samt effektivare vård och omsorg (SKL, 2015). Prestationsersättningen för registren det sista året i satsningen gavs till kommuner huvudsakligen utifrån antalet registreringar som gjordes. Till exempel byggde ersättningar på antal registrerade i BPSD-registret och Senior alert medan specifika indikatorer följdes för Palliativregistret (Socialdepartementet, 2013).

Uttrycket ”att arbeta” med kvalitetsregister används i denna rapport och kan beskrivas på flera sätt och innefatta olika delar. Det kan handla om att registrera i registret, fylla i mallar för teamarbete, följa statistik på individnivå eller gruppnivå, kontrollera att uppgifter har registrerats eller utveckla innehållet i vård och omsorg. Fem steg har lyfts fram i Äldrecentrums rapport *Nyttan med kvalitetsregister* (Sonde, 2015): Från att inte registrera alls; till att registreringar görs; att registren ger struktur för en yrkesgrupp; att registren kontinuerligt används vid teammöten för struktur och slutligen att registren används av all personal med stöd av ledning som en självklar del i verksamhetsutvecklingen.

Nestors uppdrag och arbete

Under 2011-2016 hade Nestor FoU-center i uppdrag att stödja sina ägarorganisationer² vid införandet av kvalitetsregistren inom olika verksamheter. Stödet från Nestors medarbetare som utvecklingsledare innefattade information, utbildning, processtöd och projektledning. Under 2011-2014 samarbetade tre av Stockholms läns Äldre-FoU:er i satsningen. Dessutom erbjöd satsningen ett nationellt nätverk för utvecklingsledarna. Nestors fokus var då Senior alert. Anledningen till det fortsatta regionala FoU-uppdraget under 2015-2016, efter satsningens slut, var att regionen deltog i satsningen först från 2011. Nestors uppdrag utgick från avtalet med Stockholms läns landsting vilket godkännts av Nestors styrgrupp. Arbetet innebar att ge information om de fem registren till olika ledningsnivåer samt till grupper och enskilda medarbetare i ägarorganisationernas förvaltning för äldreomsorg, vård- och omsorgsboenden, geriatriska kliniker samt ASIH- och hemsjukvårdsverksamheter. Information gavs om registrens arbetsgång, teamarbete, ämneskunskap och förbättringsarbete med stöd av registerdata. Lokala projekt genomfördes om teamarbete och statistik användning i Senior alert samt utveckling av den

² Nestor FoU-center ägs av Stockholms läns landsting och kommunerna Botkyrka, Haninge, Huddinge, Nacka, Nykvarn, Nynäshamn, Salem, Södertälje, Tyresö och Värmdö.

palliativa vården. Utbildningar genomfördes i munhälsobedömning och palliativvård samt att registrera och ta ut statistik i BPSD-registret, Senior alert och Svenska palliativregistret. Under 2011-2016 arbetade mellan en till fyra av Nestors medarbetare som utvecklingsledare.

Under uppdraget upplevde utvecklingsledarna att ägarorganisationerna hade olika förutsättningar för att använda registren och att de också hade olika erfarenheter av att använda registren. Detta är i linje med det som framhållits i Riksrevisionens granskning (Riksrevisionen, 2013). Som tidigare nämnts, har det också funnits indikationer på att kvalitetsregistren inte har använts som det stöd i det systematiska kvalitetsarbetet på gruppnivå. I denna rapport sammanförs ägarorganisationernas erfarenheter med Nestors erfarenheter vilket förhoppningsvis kan bidra till kunskap om faktorer som påverkar införandet av nya arbetssätt. Förhoppningsvis kan rapporten vara ett stöd för äldreomsorgens förvaltningsledning, första linjens chefer och medarbetare samt regionala och lokala stödstrukturer. Både vid det fortsatta arbetet med kvalitetsregistren men också vid införandet av andra nya arbetssätt.

Syfte

Syftet med undersökningen var att beskriva hur första linjens chefer och medarbetare vid vård- och omsorgsboenden samt Nestors utvecklingsledare upplevt införandet och användandet av kvalitetsregisteren BPSD-registret, Senior alert och Palliativregistret. Detta för att identifiera faktorer som påverkat och som bör beaktas vid införande av nya arbetssätt med eller utan stöd av regionala och lokala stödstrukturer.

Metod

I denna kvalitativa undersökning intervjuades chefer och medarbetare vid vård- och omsorgsboenden inom Nestors ägarorganisationer samt Nestors utvecklingsledare. Intervjuerna avgränsades till att beröra de mest använda kvalitetsregistren inom ägarorganisationernas äldreomsorg. Medverkan var frivillig och behandlades konfidentiellt. I rapporten framgår inte vilka ägarkommuner, vård- och omsorgsboenden, chefer eller medarbetare som medverkat.

Nestors utvecklingsledares medverkan och förförståelse

Utvecklingsledarna, som har tagit fram den här rapporten, har hämtat sina erfarenheter och förförståelse om kvalitetsregistren i satsningens nationella och regionala nätverk samt i möten med ledning, chefer och medarbetare inom vården och äldreomsorgen. Utvecklingsledarna har haft olika uppdrag i undersökningen avseende förberedelse, genomförande av intervjuer, analys och sammanställning av data något som medfört att respektive utvecklingsledares förförståelse har diskuterats och lyfts fram. Intervjun med utvecklingsledarna genomfördes av en person utanför projektet.

Informanterna

Chefer vid fjorton vård- och omsorgsboenden som arbetade med kvalitetsregistren tillfrågades om de och deras medarbetare ville delta i intervjuer om sitt kvalitetsregisterarbete (nr 1 i flödesschema figur 1, s. 11). För att få en bred bild av arbetet i verksamheterna efterfrågades såväl positiva som negativa erfarenheter från olika yrkesgrupper. Ett informationsbrev om intervjuens syfte, frivillighet att delta samt konfidentialitet mailades till berörd chef och de medarbetare som tackat ja till att delta. Sexton chefer och medarbetare från åtta vård- och omsorgsboenden deltog i intervjuerna och representerade yrkesgrupperna sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, undersköterska, enhetschef och biträdande enhetschef (nr 2, 3 och 5 i flödeschema figur 1).

Genomförande och analys av intervjuer

Tolv enskilda intervjuer genomfördes inom ägarorganisationerna, elva per telefon och en i ett avskilt rum på personens arbetsplats, och en gruppintervju (nr 3 och 5 i flödesschema, figur 1). Intervjuerna varade i 30-60 minuter och var i huvudsak strukturerade. Några frågor hade fasta svarsalternativ men de flesta var öppna för att ta del av en bredd av erfarenheter. Intervjuerna spelades in och anteckningar fördes. Vid gruppintervjun deltog ett team med fyra deltagare. Underlaget för gruppintervjun var preliminära resultat från de tidigare intervjuerna.

Intervjuguiden för de enskilda intervjuerna berörde områdena:

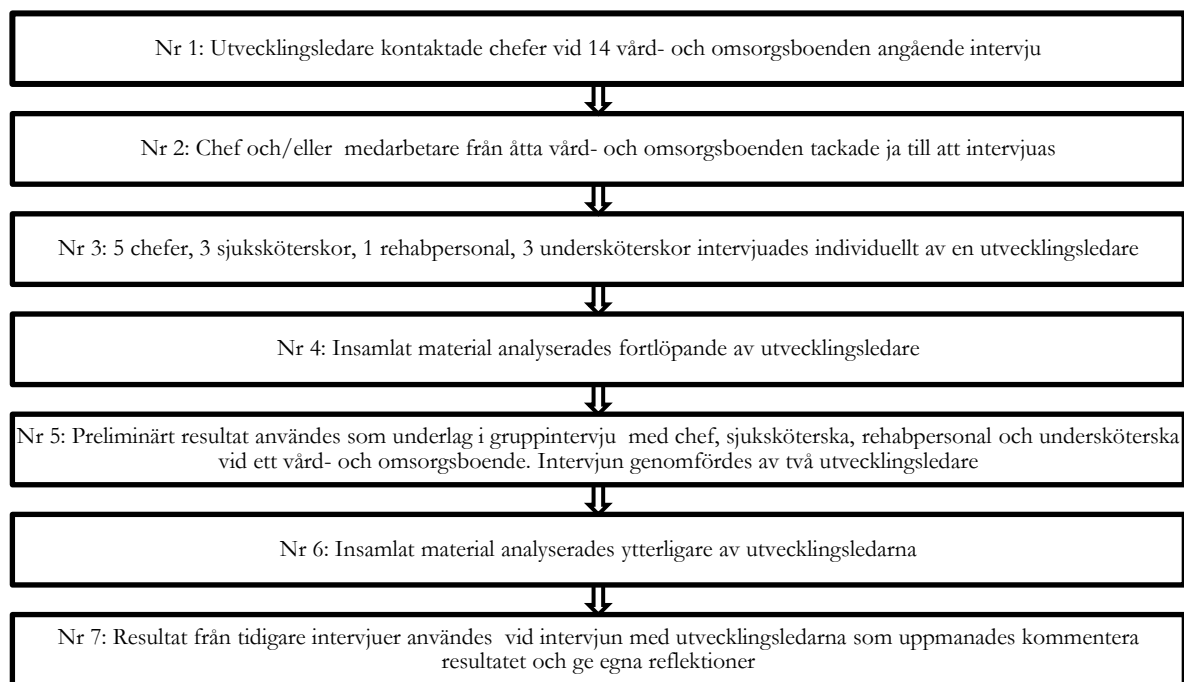
- Gemensamt syfte och strategi vid införandet av registren
- Befintliga övergripande lokala mål, handlingsplan och rutiner för registerarbete
- Stöd i form av nyckelperson och utbildning

- Gemensam inställning till arbetssättet och upplevd nytta
- Användande av registerresultat
- Stöd av ledning
- Utmanande faktorer och underlättande faktorer
- Stöd av Nestor
- Råd vid införandet av liknande arbetssätt

För frågorna riktade till första linjens chefer inkluderades även områdena:

- Eget användande samt efterfrågande av registerdata
- Metod för implementering och i att ge stöd till arbetssätt
- Aktuella verksamhetsmål där registerdata kan användas
- Stöd från medarbetare i att implementera arbetssättet
- Egen nytta samt kompetens i registerarbetet

Efter varje intervju lyssnades intervjun igenom och svaren skrevs ner. Dessa lästes sedan i flera omgångar för att fånga budskapen. Olika ämnesområden i intervjuerna färgkodades. Jämförelser gjordes mellan intervjuerna för att hitta likheter och olikheter samt för att uppmärksamma nya områden. Därefter gjordes en kondensering av intervjutexterna för att tydliggöra informanternas budskap varpå ytterligare områden och grupperingar formades. Dessa jämfördes med de ursprungliga intervjusvaren, för att säkerställa att resultatet höll sig till data (nr 4 och 6 i flödesschema, figur 1). Från materialet framkom tre preliminära teman, som sedan låg som underlag vid intervjun av utvecklingsledarna. I denna intervju tillfrågades utvecklingsledarna först om det preliminära resultatet stämde med det intryck de fått vid intervjuerna. Därefter genomfördes en halvstrukturerad intervju med utvecklingsledarna för att fånga upp deras tankar kring resultatet och deras egna erfarenheter att ge stöd i verksamheterna (nr 7 i flödesschema, figur 1). Intervjun spelades in och analyserades utifrån det tidigare materialet för att uppmärksamma likheter men också söka nya perspektiv.



Figur 1. Flödesschema datainsamling och analys

Resultat

Som en bakgrund till resultatet presenteras inledningsvis informanternas uppfattning om hur registerarbetet fungerade på den egna enheten. Detta är baserat på intervjufrågor med fasta svarsalternativ som besvarats vid elva av de tolv enskilda intervjuerna, representerade av sju vård- och omsorgsboenden. Enligt informanterna användes samtliga tre register på deras respektive enhet. Däremot varierade det hur de användes:

- Samtliga registrerade de boende varav nio ansåg att de använde registren som ett verktyg för att planera åtgärder och följa upp. Av dessa uttryckte sex att registren var en självklar del i allas arbete och ett stöd i verksamhetsutvecklingen.
- Tre hade inte sett statistik från registren för avdelningen, boendet eller kommunen. Övriga hade sett statistik vid APT, teammöten, med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller Nestors utvecklingsledare eller själva tagit ut statistik.
- Samtliga beskrev att undersköterska och sjuksköterska var involverade i att registrera i registren. Enligt nio var även rehab involverade och för fem var ytterligare en yrkesgrupp involverad, vilket fyra uttryckte var chefen.
- Nio beskrev att teamet tillsammans diskuterade frågor rörande den boende inför registreringen och att alla i teamet får information om vad som framkommit vid registreringen. Två av informanterna ansåg att teamet endast involverades **inför** registrering varav en uttryckte också att **en** person skötte allt arbete med registren.

I hela intervjumaterialet framkom tre kategorier som belyser första linjens chefers och medarbetares upplevelser av införandet och användandet av kvalitetsregistren: 1) Prioritering sker utifrån upplevd meningsfullhet och legitimitet, 2) Förvaltningsledningens engagemang legitimerar arbetet och 3) Chefen behöver kunna se sin roll. Dessa presenteras nedan och för varje kategori följer en reflektion från utvecklingsledarna utifrån deras erfarenheter. Citat från materialet återfinns löpande i texten för att exemplifiera kategorierna.

Prioritering sker utifrån upplevd meningsfullhet och legitimitet

Det framkom i materialet att arbetet med kvalitetsregistren ofta kunde upplevas som positivt. Registreringen i sig sågs som en vinst, genom att det främjade ett strukturerat teamarbete med fördelning av ansvar och förberedande arbetsuppgifter. Detta medförde tidsbesparing och underlättade vardagsarbetet så man inte missade något. Registren gav en samlad bild vilket underlättade när teamet skulle arbeta mot samma mål. Registerarbetet upplevdes också bidra till en förståelse för den egna arbetsinsatsens betydelse för den äldres välbefinnande när effekter kunde följas upp.

"Man får aba-upplevelse att undersköterska känner hur viktiga de är. Förståelse för varandra allt det vi gör är viktigt." (4)

Nytan med registren lyftes särskilt när det gällde BPSD-registret. Det sågs som ett stöd för att förebygga risker och minska BPSD-symtom hos en person och att åtgärder därefter kunde utvärderas för att se om personens situation blivit bättre. Positiva effekter hade visat sig då arbetet skedde utifrån de äldre personernas individuella planer och mål. Riskbedömningar som ingick i kvalitetsregistren ansågs ge teamet stöd i att se 'hela människan'.

Chefer efterfrågade också registerdata på gruppnivå vid händelser av oro eller tillbud på enheten och för att se över bemanningsbehovet. Registerdata användes även för att informera om pågående utvecklingsarbete till de boendes anhöriga. Likaså nyttjades statistik för att följa användandet av validerade smärtskattningsinstrument, tillbud om hot och våld samt fall, trycksår och undernäring vilket kunde göra att man tog tag i ett område på nytt:

"Men nu har vi sett att kurvan för VAS-skalan (smärtskattning) har gått åt fel håll i patientsäkerhetsberättelsen så det får vi jobba med." (1)

Informanterna beskrev också vad de tänkte att registren kunde användas till. En informant uttryckte att genom att använda BPSD-registret kunde man bättre följa demensriktlinjerna och en annan önskade jämföra statistik mellan enheter och nationellt. Tankar fanns om att använda registren i förbättringsarbeten som kvalitetsutvecklingen av vården i livets slutskede och att minska användning av psykofarmaka och neuroleptika. Att alla medarbetare i teamet skulle kunna se resultaten för enheten sågs som en värdefull möjlighet: *"Det handlar ju om teamarbete - alla deltar i jobbet"*. Önskemål fanns också om att hinna uppdatera sig i nyheter från registren.

Förutsättningar för att kunna arbeta med kvalitetsutveckling utifrån registren var enligt informanterna att ha ett gott arbetsklimat med en inställning att registren kunde bidra positivt till verksamheten och de äldre personerna. Att vara personligt engagerade ansågs betydelsefullt för hur det gemensamma arbetet fungerade. Avsaknad av engagemang sågs som ett hinder och kunde innebära att komma oförberedd till möten och att arbetsuppgifter bara "kryssades av". Inställningen ansågs påverka exempelvis i vilken utsträckning medarbetare tog del av registreringar i BPSD-registret. Även stress på grund av tidsbrist kunde innebära att "inte rätt känsla" fanns i arbetet.

Chefer ville stödja medarbetarna till att ta aktiv del i utvecklingen på enheten vilket kunde vara att komma med idéer om förbättringar för den äldre eller verksamheten i stort, inspirerade av registren eller utifrån egna erfarenheter. Eftersom arbetet krävde tid sågs det som underlättande att chefen var tydlig med att arbetet skulle prioriteras och hade förväntningar på att rutinerna följdes. Exempel gavs på att arbetssättet behövde införas på

ett strukturerat och konsekvent sätt, att utbildningar gavs regelbundet och att nya medarbetare fick tid att sätta sig in i registren.

"Ja, vi får ta den tiden, att undersköterskorna får gå ifrån, gått på utbildningar, sitta i HSL-team för att analysera det med läkaren." (4)

Ibland upplevdes det som en utmaning att förmedla syftet och meningsfullhet med kvalitetsregister vilket ansågs påverka prioritering av arbetet. Någon beskrev att ett sätt att motivera var att visa hur de försökte minska BPSD eftersom medarbetarna också ville öka de boendes livskvalitet. Det framgick att BPSD-registret också hade större chans att prioriteras då det tydligare visade hur registreringarna gagnade de äldre och enheten. BPSD-registret kunde individanpassas och "fyllde ett tomrum" där undersköterskorna "längtade efter något som höjer statusen på deras arbete". En annan informant beskrev att eftersom det fanns en vilja att göra gott för de äldre hade införandet av registerarbetet motiverats med att kvaliteten och boendemiljön skulle förbättras. Detta skulle ske genom strukturerad bedömning av den äldres situation och individanpassade förebyggande insatser. Att medarbetarna behövde se värdet av registreringarna beskrev en informant så här:

"Det ska inte kännas som en belastning: att vi måste göra det för någon annan. Talar hela tiden om det: det är inte för min skull och inte för politikernas skull. En jättutmaning: det här gör vi för de personer som bor här, för att de ska få bästa vård och omsorg." ... "Det faller direkt om 'chefen skickat mig dit' och om man ska vidarebefordra till sina kollegor och så vill man inte, 'det här har vi inte tid med'." (9)

Andra beskrev att syftet med införandet av registren främst hade varit att registrera data. Det beskrevs som en hög risk att det blev en attityd att man registrerade för registrets egen skull och "då är man illa ute". Några informanter beskrev Senior alert som svårförståeligt och som ett dubbelarbete som bara skulle "betas av" utan någon nytta. Några ansåg att registrering i Senior alert inte bidrog till något nytt och då blev registret inte lika prioriterat. Att "få alla med på tåget" sågs som en utmaning när man inte såg vinsten, vilket en informant beskrev så här:

"Om man ska få folk att göra en sak till måste de se en vinst med det. Och det gör man inte här..."
"Det är fortfarande en utmaning att förstå syftet med Senior alert och förmedla hur man ska göra."
(7)

En annan orsak till varför arbetet med registren kunde nedprioriteras var att det funnits en otydlighet om samtycke krävts för att registrera en person. När informationen var tvetydig och syftet med arbetssättet otydligt orkade man i verksamheten inte ta till sig ytterligare information eftersom man hade fullt upp med det övriga arbetet. De ekonomiska ersättningsarna som tidigare var kopplade till registren i den nationella satsningen ansågs inte vara det som drev på arbetet. Där hade det dessutom funnit en otydlighet om enheten

skulle få ta del av ersättningen. Det var det förbättrade arbetssättet i sig där kompetenserna tillvaratogs som underlättade.

Det upplevdes som att det med tiden hade blivit lättare att se fördelarna med kvalitetsregister och att motivationen var tydligt kopplad till upplevelsen av vinster med arbetssättet. Någon uttryckte att registren inte gick att implementera vid sidan om, utan att man måste avsätta tid och inte göra andra satsningar samtidigt. Ett sätt var att skapa en plan för hur användning och uppföljning skulle ske. Att närmaste chefen efterfrågade hur registerarbetet gick var oerhört viktigt enligt en informant:

”Chefen backar upp till 100 % - efterfrågar. Det är en central grej att det finns önskan och tryck därifrån.” (11)

Även om informanter beskrev att registerarbetet hade tagit betydligt längre tid i början, fanns även nu en del hinder. Utformningen av registren kunde upplevas krångliga, likaså hade tekniska problem med inloggning medfört att pappersmallar användes i stället för att registreringarna skedde direkt i datorn.

Resultatet utifrån utvecklingsledarnas perspektiv

Resultatet ovan visar att BPSD-registret sågs som ett bra verktyg av informanterna. Utvecklingsledarna resonerande ifall det kunde ha berott på att arbetssättet med bedömningsinstrument, kartläggning och åtgärd var nytt för området BPSD och därför fyllde ett direkt syfte, medan områdena undernäring, fall och trycksår redan fanns i journalsystem med bedömningsinstrument och åtgärder. Enligt utvecklingsledarna togs Palliativregistret sällan upp av informanterna utan sågs mer som något som endast fylldes i av sjuksköterska vilket utvecklingsledarna tolkade som att registret heller inte användes på gruppnivå för verksamhetsutveckling. Enligt utvecklingsledarna var verksamheterna många gånger nöjda med den palliativa vården som gavs. Utvecklingsledarna undrade om arbete för att minska BPSD-symtom, motverka undernäring eller säkra palliativa insatser kunde ha olika grad av prioritet: BPSD-symtom påverkade arbetsmiljön medan undernäring i Senior alert kunde ses som en del av individens åldrande och sjukdom. Likaså kunde de palliativa insatserna uppfattas som att de redan utfördes tillfredsställande och därmed inte behövde säkras. Enligt utvecklingsledarna fanns även önskemål om att ”alla ska arbeta lika kring den enskilde” men att kvalitetsregistren sällan uppfattades som en hjälp till det.

Resultatet tar fram några exempel på hur registerarbetet har fortlöpt. Utvecklingsledarna kände igen de svårigheter som beskrevs när det gällde att få ett systematiskt arbetssätt och att använda sina data. När de tidigare hade besökt verksamheter hade de ibland mött team som arbetade utifrån en framtagen struktur men också medarbetare som ”akut” behövde utföra registreringar vilket därmed upplevdes belasta verksamheten. Exempelvis var deltagare i BPSD-registrets utbildning många gånger oerhört positiva under utbildningen men uttryckte senare att det hade varit svårt att implementera registerarbetet. Arbetssättet med strukturerade bedömningar hade inte prioriterats enligt utvecklingsledarna. Deras

erfarenhet var att BPSD-administratörer ibland arbetade ensamma utan stöd av sjuksköterska, vilket kunde innebära en risk då hälso- och sjukvårdsperspektivet saknades. Registren kan ge stöd till teamarbete men om teamarbetet inte fungerar faller syftet med registren enligt utvecklingsledarna.

Förvaltningsledningens engagemang legitimerar arbetet

Informanter beskrev exempel på hur förvaltningsledningen hade varit engagerad, vilket också uttrycktes som något positivt. Exempelen som gavs var att det funnits krav från förvaltningsledningen om att specifika bedömningar av munhälsa och blåsfunktion skulle införas. Ibland hade kommunövergripande mål brutits ner på enhetsnivå där statistik från kvalitetsregistren användes, exempelvis antalet gjorda registreringar, minskning av oro, fall eller trycksår, användande av olämpliga läkemedel och uppföljning av avvikelser som fall. Data hade sedan använts i patientsäkerhetsarbetet.

"Det ska in uppgifter till patientsäkerhetsberättelsen som går till enhetschefen, sen till MAS:en och sen till äldreomsorgschefen och till sist till politikerna tror jag... Vi måste visa vad vi gör!" (1)

Det beskrevs att centrala funktioner som MAS och kvalitetsutvecklare hade besökt enheter för att visa registerdata. Det fanns också exempel på att lokala beslut hade fattats för att implementera och underlätta arbetssättet. Det kunde handla om utbildning i registren eller att göra journalsystem kompatibla med registren.

Några informanter berättade att förvaltningsledning och politiker hade visat intresse för registerarbetet samtidigt som informanterna beskrev en besvikelse över att intresset hade minskat över tid. En informant sade att trots påstötningar till förvaltningsledningen efterfrågades inte registerresultat i någon större utsträckning. Det upplevdes i detta fall som att man drevs av olika agendor. Önskemål fanns om fortlöpande efterfrågan av arbetssättet, eftersom det också sågs påverka arbetsgruppen positivt:

"Kanske lite mer "tillsyn" som vi hade med BPSD. 'Hur går det, hur långt har ni kommit?' Det händer något med medarbetarna då." (9)

Resultatet utifrån utvecklingsledarnas perspektiv

Nestors utvecklingsledare hade en något annan bild av förvaltningsledningens engagemang över tid än vad informanterna förmedlade. De tyckte tvärtom att ledningens engagemang ökat. De ansåg att presentationen av statistik vid chefsmöten i början mest hade varit en punkt på dagordningen utan efterföljande diskussion men att mål och planer numera formulerades om antal registreringar och förbättring av vård och omsorg. Möjligtvis berodde den tidigare avvaktande inställningen på en otydlighet kring ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor inom äldreomsorgen funderade utvecklingsledarna. Utvecklingsledarna ansåg att det var en viktig uppgift för förvaltningsledningen att förmedla vad som skulle prioriteras och varför när nya arbetsmetoder infördes. Oavsett om det gällde

smärtskattning eller värdegrundsfrågor så ansåg de att första linjens chefer och medarbetare behövde förstå hur arbetssättet var tänkt att påverka verksamheten.

Chefen behöver kunna se sin roll

Informanter ansåg att kvalitetsregisterarbete krävde att arbetssättet backades upp av chefen och en informant uttryckte att det som chef var en utmaning att prioritera bland allt som skulle införas i verksamheten.

Det ansågs att alla yrkesgrupper behövde vara involverade och engagerade i arbetssättet så att den samlade kompetensen tillvaratogs och alla kom till tals. Registerarbetet ansågs kräva gemensam reflektion mellan fast personal och det beskrevs som en utmaning för chefer att få omvårdnadspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal att samarbeta kring registren så att registreringar och reflektion kunde genomföras. Bland annat kunde tiden saknas. Vardagen var ett tidspussel med personal som arbetade olika tider över veckan, många vikarier, låg bemanning och brist på sjuksköterskor. Detta sammantaget medförde risk för bristande följsamhet till rutiner. Det uttrycktes att registerarbetet lätt föll då alla moment inte fullföljdes, exempelvis att följa upp vårdåtgärder i BPSD-registret.

"Att vi kan mötas för att diskutera och reflektera "Var är vi?". Viktigt att det är fast personal för att kunna bolla tankar och frågor - det som krävs för att det skall vara kul. Det är ett hinder när det svajar" (8)

Cheferna provade olika sätt för att underlätta samarbete mellan yrkesgrupperna efter de lokala förutsättningarna, exempelvis att genomföra teammöten även med få deltagare då det var svårt att få till med samtliga berörda. I materialet framkom exempel på hur chefen integrerat registren i ordinarie möten som teammöte, APT, kvalitetsråd, möten för rehabiliteringspersonal och ledningsgrupp, men även i nyskapade grupper kopplade till registren. Olika sätt att fördela ansvar och arbetsuppgifter hade testats där sjuksköterska och kontaktperson eller BPSD-administratör påbörjade registrering och arbetsterapeut och fysioterapeut involverades senare. Ibland hade medarbetare varit med om att utforma rutiner såsom när i tid registrering skulle ske i BPSD-registret, hur ofta fallriskbedömningen skulle uppdateras eller hur registren skulle användas vid teammöten. När det gällde Senior alert och Palliativregistret hade sjuksköterskan i vissa fall arbetat fram ett arbetssätt och skötte registren. Andra rutiner som tagits fram i samband med registerarbetet var samarbete med läkare och andra avdelningar. Att veta vem som gjorde vad ansågs göra uppdraget tydligare. Några av informanterna beskrev att de inte hade rutiner för registerarbetet medan andra beskrev att de hade rutiner och att dessa gav en trygghet för de boende. I några fall uttrycktes det att kompetensen kring registren fanns hos andra yrkesgrupper än den egna och med en tillit till att det räckte.

I några verksamheter hade chefen utsett nyckelpersoner med särskilda uppdrag att stötta registerarbetet på lokal nivå. Dessa personer hade specifika kompetenser och kunde vara hälso-

och sjukvårdspersonal, utvecklingsledare eller BPSD-administratörer. Stödet kunde vara att använda lokal registerdata för att motivera, ”peppa” på arbetsplatsen, planera in tid för utbildning och reflektion, instruera samt påminna och efterfråga om registerarbetet. Det var också viktigt att utsedda medarbetare stöttade och tog hjälp av varandra vilket enligt informanterna var nödvändigt för att driva arbetet framåt på enheten tillsammans med chefen. Enligt flera informanter behövde nyckelpersonerna vara engagerade, drivna och kunna arbeta självständigt. En del av dem beskrevs som ”eldsjälar”, som tog stort ansvar i arbetet, och det fanns indikationer på att man förlitade sig på deras engagemang.

”Finns inga skriftliga rutiner - vi är ett antal eldsjälar som driver på” (11)

Erfarenheter fanns av att det underlättade om all personal hade förståelse för arbetssättet men att det var en utmaning att sprida kunskapen till alla. Införandet av registren beskrevs ha varit ”bakvänt” när först endast sjuksköterskor hade varit involverade och chefers bristande kunskap hade gjort det svårt att ge medarbetare stöd i registerarbetet. Det beskrevs att yrkesgrupper som undersköterskor och rehabpersonal inte hade involverats från början och att detta var något negativt. BPSD-registrets gemensamma utbildning för teamet uttrycktes medföra att chefen visste vad arbetssättet innebar och krävde. Även ämneskunskap, där kunskap om BPSD togs som exempel, behövdes för att kvalitetsregistren skulle kunna användas ansågs det, vilket också var möjligt att ge lokalt enligt informanter.

Registerdata användes endast i liten utsträckning framhöll flera informanter och en önskan fanns om att använda den mer. Chefer sökte stöd hos olika yrkesgrupper för att kunna ta del av registerdata till verksamhetsberättelse eller för att ge stöd i registerarbetet. Exempel gavs på hur registerdata kunde användas för att få bättre kunskap i vilka vård- och omsorgsåtgärder som används och följa resultaten av åtgärderna över tid. Registren sågs även kunna användas som kunskapsbank för att utveckla det förebyggande arbetet i verksamheten. Även om många informanter uttryckte att de fått utbildning eller utbildat sig själva så efterfrågades mer kunskap i framför allt att kunna använda registerdata. Utbildningar borde då ges lokalt ansåg de då det var sårbart när medarbetare behövde lämna verksamheten. En chef uttryckte sitt behov av kunskap så här:

”Det är det som är nästa steg – det mest utmanande att använda sig av resultatet; vad gör vi med det här? Hur kan vi använda statistiken? Det skulle jag behöva mer kunskap om.” (5)

Resultatet utifrån utvecklingsledarnas perspektiv

Utvecklingsledarna kände igen bilden av att cheferna inte alltid varit engagerade i arbetet med kvalitetsregistren. Enligt utvecklingsledarna sågs kvalitetsregistren många gånger som jämförbara med journalanteckningar eller direkta insatser för den äldre och inte som verktyg för verksamhetsutveckling. Detta trodde utvecklingsledarna påverkade första linjens chefers engagemang. Exempelvis kunde BPSD-registrets krav på chefers deltagande i registerutbildningen ifrågasättas av chefer. Utvecklingsledarna uppfattade att det fanns en

tradition av uppdelning mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst där chefer för vård- och omsorgsboende inte uppfattades ha ansvar över de boendes hälso- och sjukvårdsfrågor.

En annan reflektion var att chefer inte själva deltagit i erbjudna informationsmöten i verksamheten och statistikutbildningar utan hänvisat till sjuksköterska som i sin tur inte hade mandat till verksamhetsutveckling. Utvecklingsledarna undrade om cheferna kunde vara ovana vid att använda statistik för verksamhetsutveckling. På senare år hade dock utvecklingsledarna märkt att chefer och andra yrkesgrupper som kvalitetsutvecklare, rehab-personal och BPSD-administratörer deltagit i möten om registren, medan yrkesgruppen undersköterskor fortfarande inte deltog. De beskrev att chefer hade blivit mer nyfikna på den egna statistiken och att kvalitetsutvecklare uttryckte sig positivt om registrens systematik. Samtidigt såg utvecklingsledarna att chefer behövde mer kunskap i kvalitetsutveckling och inte bara i att hantera statistik, vilket de inte tyckte framgick i intervjuerna. Senast under våren 2016 erbjöd Nestors utvecklingsledare en utbildning till chefer för vård- och omsorgsboende i att använda statistik från kvalitetsregister för kvalitetsutveckling. Få chefer hade tyvärr möjlighet att fullfölja utbildningen utan hänvisade till att det var tvunget att prioritera annat.

Diskussion

Resultatet indikerar att när ett nytt arbetssätt ska införas är det av största vikt att de inblandade känner att det är ett legitimt och meningsfullt arbetssätt. Chefen lyfts fram i rollen både som den som ger förutsättningarna för det nya arbetssättet men också den som driver och entusiasmerar medarbetarna, vilket visar sig vara förenat med vissa svårigheter. Arbetet med att införa kvalitetsregistren kan till stor del förstås utifrån ett legitimitetsperspektiv. Legitimitetsbegreppet diskuterades redan av Weber (1983) i början av förra seklet. Han menade att en förändring kan drivas igenom mer effektivt och hållbart om förändringen uppfattas som legitim av de berörda. En förändring som inte uppfattas som legitim av berörda kommer att möta motstånd och riskerar att inte överleva långsiktigt (Racine, 2006; Åhlfeldt, 2017).

Om en förändring är förankrad på högre ort ökar dess legitimitet. Kvalitetsregistren sanktionerades av Socialdepartementet för en ökad användning av kvalitetsregister. Kommuner och landsting tecknade avtal med registerhållarna vilket legitimerade införandet. I Webers (1983) terminologi kan sägas att satsningen legitimerades genom *legal auktoritet*. En förändring uppfattas vara legitim om den sanktioneras genom formella beslut på rätt organisatorisk nivå.

Resultatet visade att förvaltningsledningarnas engagemang uppfattades variera under införandet, vilket kan ha minskat upplevelsen av att registerarbetet var legitimt och prioriterat. När det gällde första linjens chefer visar resultatet att de ofta kom in sent i införandet av kvalitetsregister och inte alltid själva kunde se värdet av kvalitetsregistren. Att första linjens chefer ges en perifer roll i projekt eller vid införandet av nya arbetssätt, men ändå anses vara de som behöver driva arbetet framåt, är i linje med andras resultat (Åhlfeldt, 2017). I intervjuerna lyfte utvecklingsledarna fram att chefer inte alltid såg att kvalitetsregistren skulle vara en del av kvalitetsutveckling för verksamheten utan mer som en uppgift för sjuksköterskan. Detta förhållande kan ha påverkat i vilken mån första linjens chefer hade tagit på sig rollen som drivande och motiverande vid införandet.

Informanterna ansåg att ett arbetssätt behövde upplevas som meningsfullt för att prioriteras och de beskrev flera aspekter på meningsfullhet. Det var främst att man kunde se nyttan för de äldre med kvalitetsregistren, men det kunde också beskrivas som att få bekräftelse på sin yrkesroll eller att få stöd i rutiner, se ”hela människan” eller att kunna jämföra resultat över tid. I vissa fall sågs det faktiskt som mer meningsfullt att lägga tid på annat arbete. Olika yrkesgrupper efterfrågade belegg för nyttan med registren och man efterfrågade också en juridisk legitimitet. Det fanns en oro att registreringen inte var laglig, vilket ingav en osäkerhet. Dessa uppfattningar ställdes mot uppifrånstyrningen, och denna konflikt kan relateras till de intervjuresultat som visade på svårigheter med att förmedla meningsfullhet. Som exempel beskrevs det som svårt att beskriva och definiera syftet med registren och att ”få alla med på tåget”. Möjligtvis kan den stora distansen mellan de nationella målen, att bidra till *ett bättre liv för sköra äldre*, och medlen, att registrera i

kvalitetsregister, också vara en del av förklaringen till informanternas upplevelse av att det var svårt att förmedla meningsfullhet.

Det går att diskutera hur satsningen förhöll sig till kritiska röster som ifrågasatte nytta och meningsfullhet. Eftersom utgångspunkten var att satsningen var bra, så blev det upp till utvecklingsledares och enhetschefers förmåga att övertyga om nyttan och att leda utvecklingen (jfr Åhlfeldt, 2017). Fanns det en risk att denna utgångspunkt gjorde att möjligheten att reflektera kring vad medarbetare såg för behov och nytta för verksamheten förloras? Att beakta medarbetares åsikter borde bredda delaktigheten och bred delaktighet ses som en viktig faktor utifrån ett hållbarhetsperspektiv, bland annat för att det möjliggör bättre lösningar och kan skapa motivation och en känsla av ägarskap (Brulin & Svensson, 2011; O'Brien, 2002).

Enligt informanterna blev det med tiden mindre motstånd mot att registrera. Var det för att registren medförde ett önskat värde eller för att man helt enkelt blivit van? När ett nytt arbetssätt inte längre "stör" den ordinarie verksamheten kan det om möjligt vara integrerat på bästa sätt. Risken är dock att arbetssättet anpassats och förändrats så mycket att det inte längre bidrar till sitt syfte eller att det helt enkelt inte används. Att ett arbetssätt är integrerat behöver heller inte betyda att det automatiskt genererar det värde som verksamheten förväntar sig, exempelvis höjd kvalitet. Önskat värde behöver fortlöpande kommuniceras och följas upp för att se om det också uppnås (Åhlfeldt, 2017). Något som talar för att registerarbetet hade börjat ses som mer meningsfullt var hur informanterna beskrev ett behov av att kunna mer om att hantera registerdata för att utveckla vården och omsorgen, något utvecklingsledarna också uppfattat. Detta intresse för att med hjälp av kvalitetsregistren kunna utveckla vården är av stor betydelse, eftersom förväntningarna ökar även inom äldreomsorg på att arbetet ska ske utifrån bästa tillgängliga kunskap. Nationellt skapas nu en struktur för kunskapsstyrning inom vård och omsorg (SKL, 2017). Kvalitetsregistren bör kunna ses som en del av detta arbete, under förutsättning att de innehåller uppgifter som har betydelse för kvalitetsutveckling. Informanter poängterade att för att kunna arbeta med kvalitetsutveckling med stöd av kvalitetsregistren behövdes tid för kunskapsinhämtning, bedömning och uppföljning samt kommunikation inom teamet. Likaså att analys sker på individ- och gruppnivå av insatta åtgärder och verksamhetsutveckling. För att få detta till stånd krävs förmodligen förändringar i nuvarande arbetssätt.

Informanterna ansåg att det var meningsfullt att arbeta strukturerat framför allt på individnivå kring BPSD medan strukturerat arbete på organisatorisk nivå inte var lika självklart. Inte heller fanns alltid lokala mål eller handlingsplaner för detta. Att införa nya arbetssätt tar tid och resurser och det behöver ses som något legitimt och meningsfullt. Det är en utmaning för alla parter att gemensamt hitta en väg för att systematiskt arbeta med kvalitetsutveckling utifrån bästa tillgängliga kunskap. Ett första steg som Nestor FoU-center prövar är att utifrån erfarenheter av Nestors tidigare stöd till ägarorganisationerna forma en utbildning om systematiskt kvalitetsarbete med stöd av ledningssystem riktad till

första linjens chefer. Utbildningen startade som ett pilotprojekt hösten 2016 och ämnar stödja ett strukturerat kvalitetsarbete på enheterna där kvalitetsregistren är en del av det strukturerade arbetet. Även förvaltningsledningar har möjlighet att stödja och legitimera arbetet med registren genom att utgå från de behov av förbättringar som finns lokalt och med dem som grund sätta lokala mål och efterfråga resultat kopplade till registren.

Rapportens användbarhet

Med denna undersökning ville Nestor beskriva hur registren tagits emot i ägarorganisationerna utifrån olika yrkesgruppers perspektiv, både för att uppmärksamma implementeringsarbetet men även för att dra lärdomar till andra projekt.

De verksamheter som tillfrågades använde registren i sitt vardagliga arbete. En bredd av synpunkter återspeglas i materialet även om utvecklingsledarna uppfattade informanterna som mer positivt inställda till registren än de upplevt då de givit stöd ut i verksamheterna. En orsak till den positiva inställningen kan ha varit att informanterna intervjuades av Nestors utvecklingsledare och att de därmed ville förmedla en mer positiv bild. Dessutom kan det ha funnits en distans i tid till negativa upplevelser som tidsbrist, datakrångel och brist på rutiner, som därmed glömts bort. För att minska risken för alltför positiva eller ensidiga erfarenheter intervjuades olika yrkesgrupper från olika verksamheter och olika geografiska områden samt att ytterligare kontakter togs under insamlingen för att få fler perspektiv och öka resultatets överförbarhet (SBU, 2014). Informanterna uppmuntrades också under intervjuerna att beskriva både negativa och positiva erfarenheter.

Frågorna i intervjuguiden syftade till att fånga olika typer av information, både hur arbetet fungerade på enheten och hur arbetet upplevdes. En utmaning fanns i att inhämta både bred och djup kunskap. Intervjuerna summerade och återkopplade därför löpande under intervjun till informanten. Även uppföljningens inkludering av hela tre register medför en helhetsbeskrivning och till viss del en möjlighet till att jämföra registrens likheter och olikheter. Utvecklingsledarnas förförståelse av registren kan påverka datainsamling och analys (Malterud, 2001; Graneheim & Lundman, 2004; Alvesson & Skoldberg, 2008). För att undvika feltolkning har preliminära resultat prövats i gruppintervjun med informanter och även diskuterats mellan utvecklingsledarna och intervjuare utanför projektet.

Kvalitetsregistren i satsningen *Bättre liv för sjuka äldre*

Nedanstående fem kvalitetsregister ingick i satsningen *Bättre liv för sjuka äldre*. Erfarenheter kring tre av dem, BPSD-registret, Senior alert och Svenska palliativregistret, tas upp i denna rapport.

BPSD- registret

Syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom genom att med tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomst och allvarlighetsgrad av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom. Läs mer på www.bpsd.se.

RiksSår

Syftar till ökad livskvalitet, snabbare sårhäkning genom strukturerat omhändertagande och kontinuitet i behandling samt smärtlätthet och minskat användande av antibiotika. Läs mer på www.rikssar.se.

Senior alert

Syftar till att förbättra det förebyggande arbetet kring munhälsa, undernäring, fallrisk, trycksår och inkontinens/blåsdysfunktion genom att registrera riskbedömningar samt vidtagna åtgärder. Läs mer på www.senioralert.se.

Svenska palliativregistret

Syftar till att förbättra vården i livets slutskede oavsett diagnos eller dödsplats. Registrering sker av vilka vårdåtgärder som gjorts under sista veckan i livet för att på så sätt uppmärksamma kvaliteten och arbeta med förbättring. Läs mer på www.palliativ.se.

Svenska Demensregistret

Syftar till att förbättra och utveckla vården av personer med demenssjukdom genom ett rikstäckande verktyg för utredning och uppföljning för en likvärdig och bästa vård. Läs mer på www.svedem.se.

Referenser

- Alvesson, M., & Skoldberg, K. (2008). Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod. 2 uppl. Danmark Narayana Press: Studentlitteratur.
- Brulin, G. & Svensson, L., (2011). Att äga, styra och utvärdera stora projekt. Lund: Studentlitteratur.
- Fleischer, A., Semenic, S., Ritchie, J., Richer, M-C. & Denis, J-L. (2015). The sustainability of healthcare innovations: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 71(7), 1484-1498.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24, 105-112.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*. 358(11), 483-488.
- Nationella Kvalitetsregistren. (2016). Om nationella kvalitetsregistren. Hämtad jan 2017 från <http://kvalitetsregister.se/tjanster/omnationellakvalitetsregister.1990.html>
- Nyström M. E., Strehlenert H. och Höög E. (2014) Bättre liv för sjuka äldre Lärdomar från en nationell satsnings upplägg och arbetssätt för att stödja förändring. Stockholm: Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME) Medical Management Centre Karolinska Institutet.
- O'Brian (2002). Participation as the Key to Successful Change - a public sector case study. *Leadership & Organization Development Journal* 23(8), 442-455.
- Racine, D. (2006). Reliable Effectiveness: A Theory on Sustaining and Replicating Worthwhile Innovations. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 33: 356-387.
- Region Västerbotten. (2016). Användningen av kvalitetsregister inom äldreomsorgen – en kartläggning i Västerbotten 2016. 2016:40. FoU Välfärd, Region Västerbotten.
- Riksrevisionen. (2013). Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – leder de i rätt riktning?. Riksrevisionen 2013:20. Stockholm: Riksdagens internt tryckeri. ISSN 1652-6597.
- Savaya, R. & Spiro, S. E.. (2012). Predictors of Sustainability of Social Programs. *American Journal of Evaluation*. 33(1), 26-43.
- Socialdepartementet. (2013). Godkännande av en överenskommelse om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Hämtad feb 2017 från <http://www.regeringen.se/49b6cb/contentassets/7d50e6dbb5fb4dc7ba3210bf158d410b/godkannande-av-en-overenskommelse-om-en-sammanhallen-var-d-och-omsorg-om-de-mest-sjuka-al-dre-s20138803fst>
- Socialstyrelsen. (2013). Behov av stöd vid implementering av nationellt kunskapsstöd – första linjens chefer. 2013-9-6. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017). Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård. En sammanställning baserad på samkörningar mellan kvalitetsregister och hälsodataregister. 2017-1-25. Socialstyrelsen.
- Sonde, L. (2015). Nyttan med kvalitetsregister. Stockholm: Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2015:3 ISSN 1401-5129.

- Statens beredning för medicinsk utvärdering. SBU. (2014). Bilaga 8 Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. 2 uppl. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad jan 2016 från http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf
- Statskontoret (2015) Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL Slutrapport 2015:18.
- Summer Meranius, M. (2015). Kvalitetsregister inom äldreomsorg – 10 framgångsfaktorer för lärande och kvalitetsutveckling. Mälardalens kompetenscentrum för hälsa och välfärd.
- Sveriges kommuner och landsting. (2015). Slutrapport 2015: Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Hämtad juli 2016 från http://skl.se/download/18.46eac49e14c97cdf4313ef5/1428556350963/OK+mest+sjuka+aldre_slutrapport+ort_SKL+2015_med+bilagor+kopia.pdf
- Sveriges kommuner och landsting.(2017). Samverkan för kunskapsstyrning. Hämtad feb 2017 från <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/kunskapsstyrningnationellprogramrad/samverkanforkunskapsstyrning.9686.html>
- Weber, M. (1983). *Ekonomi och samhälle. Förståelsesociologins grunder 1*. Lund: Argos.
- Wånell, S. E. (2016). Statliga stimulansåtgärder för att främja kvalitén i äldreomsorgen. Stockholms läns Äldrecentrum.
- Åhlfeldt, E. (2017, kommande). Hållbart utvecklingsarbete inom vård och omsorg. Ett institutionellt perspektiv på projekt i en professionell och byråkratisk kontext. Avhandling. Linköpings universitet.

I denna rapport tar vi del av erfarenheter från första linjens chefer och medarbetare vid vård- och omsorgsboenden som infört och arbetat med Nationella Kvalitetsregister i samband med den statliga satsningen *Bättre liv för sjuka äldre*. Materialet för rapporten är inhämtat och analyserat av de utvecklingsledare vid Nestor FoU-center som medverkade i satsningen. Även utvecklingsledarnas erfarenheter återfinns i rapporten.



Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
www.nestorfou.se
tel: 08-777 99 16