

A close-up photograph of a hand holding several white, oval-shaped pills. The hand is positioned in the lower half of the frame, with the pills resting in the palm. The background is a light, neutral color with soft, curved white shapes.

# Utvärdering av projektet SÄLTA

Säker Läkemedelshantering Tallbohov

Elisabeth Rydwick, Håkan Uvhagen och Malin Svanberg

Fotografier: Yanan Li

## Förändring pågår

Ett projekt eller en process som leder fram till ny kunskap, kanske en ny arbetsmetod, blir intressant först när den används i praktiken. När resultatet kommer den äldre personen till del. Detta ställningstagande har varit vägledande vid definieringen av FOU äldre norrs tre projektfaser.

Genomgående i projektfaserna fokuserar vi på implementering och användning av ny kunskap. Innehållet baseras på sådant som i forskningen och av oss bedöms ha stor betydelse för att vi ska lyckas nå ut med våra resultat, men inte minst för att uppnå reell förändring.

Genom att på ett strukturerat sätt använda befintlig och ny kunskap ökar möjligheterna att skapa hållbara projekt och processer till nytta för äldrevården och äldreomsorgen som i förlängningen ska komma den äldre personen till del.

Häng på – läs mer! Förändring pågår!

Eva Henriksen  
Verksamhetschef för FOU äldre norr  
Maj 2009



## FOU äldre norr

FOU äldre norr är en samägd forsknings- och utvecklingsenhet där de sex kommunerna Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Upplands-Bro och Upplands Väsby, samt Stockholms läns landsting utgör ägarna. Verksamheten syftar till att möjliggöra praktisk nytta och ge ökad livskvalitet för den äldre personen genom forskningsbaserad kunskap. Den äldre personens behov och önskemål samt verksamheternas gemensamma erfarenheter inom vård och omsorg ska tas tillvara. En lokalt förankrad kunskaps- och metodutveckling är grunden för FOU äldre norr.

”Förändring pågår” är FOU äldre norrs kännetecken. Det innebär att vi ständigt arbetar i en föränderlig miljö där utveckling och reflektion går hand i hand med ett kritiskt förhållningssätt i syfte att öka våra kunskaper och förbättra vård och omsorg om den äldre personen. Verksamheten omfattar hela FoU-området av forskning, utvecklingsarbete, utvärdering och utbildning med den äldre personens hälsa och välbefinnande i fokus. FOU äldre norr verkar utifrån en helhetssyn på vård och omsorg om äldre för att utveckla samverkan mellan huvudmännen, olika personalgrupper, mellan offentliga och privata vårdgivare, samt mellan forskning och arbetslivet.



[www.foualdrenorr.se](http://www.foualdrenorr.se)

## Författarpresentation

Elisabeth Rydwick, med dr., leg sjukgymnast

Håkan Uvhagen, fil mag., Folkhälsovetenskap

Malin Svanberg, fil mag., Samhälls- och kulturanalys

# Innehållsförteckning

Förändring pågår .....	3
FOU äldre norr .....	5
Författarpresentation .....	6
Innehållsförteckning.....	7
Sammanfattning.....	9
Inledning .....	11
Bakgrund.....	11
Beskrivning av SÄLTA-projektet.....	11
Syfte .....	12
Frågeställningar .....	12
Metod .....	12
Kvantitativ metod.....	12
EQ-5D.....	12
Journaldokumentation på särskilda boendet .....	13
Läkarens journaldokumentation.....	13
Statistisk bearbetning.....	13
Kvalitativ metod .....	13
Etiska aspekter .....	13
Resultat.....	14
Kvantitativ utvärdering.....	14
Hälsorelaterad livskvalitet.....	14
Observationer.....	15
Förändringar av läkemedelsanvändning.....	15
Kvalitativ utvärdering.....	16
Läkemedelsgenomgångarna .....	16
Observationsmanualen och observationsblanketten.....	16
Tidsbrist.....	17
Rapportering i ordinarie verksamhet .....	17
Diskussion .....	18
Kommunikation.....	18
Information om projektet.....	18
Kommunikation inom projektet.....	18
Systematik .....	19
Ansvar.....	19
Hälsorelaterad livskvalitet.....	20
SÄLTA i förhållande till implementeringsforskning.....	20
Begränsningar .....	21

Slutsats .....	21
Referenser .....	23
Bilagor .....	24
Bilaga 1: OBS Manual Sälta, säker läkemedelshantering Tallbohov .....	24
Bilaga 2: .....	27
Bilaga 3: Hälsoenkät, svensk version .....	28
Bilaga 4: Intervjuguide - undersköterskor .....	30
Bilaga 5: Intervjuguide - sjuksköterskor .....	31
Bilaga 6: Intervjuguide - läkare .....	32
Bilaga 7: Intervjuguide - projektledare .....	33



## Sammanfattning

Säker läkemedelsbehandling Tallbohov (SÄLTA) är ett utvecklingsprojekt i samarbete mellan Järfälla kommun, Jakobsbergsgeriatriken, Stockholms läns landsting, Carema Äldreomsorg, Apoteket AB samt FOU äldre norr. FOU äldre norr fick i uppdrag att utvärdera projektet. Samarbetet ledde fram till projektet som avsåg att skapa ett verktyg och en tydlig process för observation av läkemedelseffekter hos äldre personer. Dessa observationer skulle användas som stöd för den ansvariga läkarens utvärdering av den pågående eller modifierade läkemedelsbehandlingen. Som en del i detta infördes Apo-dos i samarbete med Apoteket AB. En del i arbetsprocessen var att gå igenom de boendes diagnoser och läkemedelsbehandling. I genomgångarna deltog den ansvariga läkaren, den ansvariga sjuksköterskan samt den boendes kontaktperson.

Syftet med utvärderingen var att undersöka om SÄLTA-projektet resulterade i förbättrad säkerhet och kvalitet av läkemedelsbehandlingen för äldre personer och hur involverade yrkesgrupper upplevde processen och arbetet med verktyget.

Hälsorelaterad livskvalitet utvärderades med EQ-5D där respondenten klassificerar sin hälsa. Personer boende på de två interventionsavdelningarna samt personer boende på en kontrollavdelning fick svara på enkäten. En baslinjemätning genomfördes under oktober 2007 innan projektet påbörjades och följdes upp med en ny mätning ett år senare. Läkarens journaldokumentation jämfördes med undersköterskornas och vårdbiträdenas observationer. Eventuella förändringar av läkemedelsbehandling i samband med undersköterskorna och vårdbiträdenas dokumenterade observationer noterades. Intervjuer genomfördes med läkare, sjuksköterskor och undersköterskor/vårdbiträden samt med projektledaren.

Resultatet visade ingen skillnad gällande EQ-5D mellan grupperna vid uppföljningstillfället. Totalt observerades 71 olika symtom hos 18 personer av de 21 som ingick i interventionsgruppen. Av de 13 personer som levde vid uppföljningstillfället, kunde man för sex personer (46%) följa ett tydligt mönster mellan läkarens journalanteckningar och undersköterskornas observationer. I fyra av dessa fall ledde detta till utsättning av läkemedel eller minskning av doser.

Intervjuerna visar att SÄLTA inte har förändrat arbetssättet på de två involverade avdelningarna, observationsblanketten och observationsmanualen används inte som det var tänkt idag. De flesta svarar dock att de har blivit mer observanta på olika typer av läkemedel och vissa bieffekter. Detta innebär i praktiken att man kommit ett steg på vägen, den upplevda kompetensen hos omvårdnadspersonalen i fråga om läkemedelsbehandlingar och dess bieffekter har ökat, men man har inte i någon större grad ändrat på sättet hur arbetet går till eller hur det dokumenteras. Eftersom arbetssättet inte har förändrats nämnvärt så är det naturligt att de kvantitativa utvärderingsinstrumenten inte heller har påverkats. Troliga orsaker till detta är: i) det har inte varit tydligt för omvårdnadspersonalen vem som bär ansvaret för att informera om projektet hos de anställda på boendet, såväl fast personal som vikarier, ii) det har inte uttalats tillräckligt tydligt vem som har nyckelrollen i projektet och vilket mandat de

har att upplysa om observationerna samt ställa krav på att de faktisk genomförs samt återrapporteras på ett korrekt sätt.

Utifrån utvärderingsresultatet är slutsatsen att verktyget bör prövas inom flera verksamheter och att de lärdomar vi fått från detta projekt med fördel kan förbättra möjligheterna till en lyckad implementering.



## Inledning

Säker läkemedelsbehandling Tallbohov (SÄLTA) är ett utvecklingsprojekt i samarbete mellan Järfälla kommun, Jakobsbergsgeriatriken, Stockholms läns landsting, Carema Äldreomsorg, Apoteket AB samt FOU äldre norr.

## Bakgrund

Läkemedelsförskrivningen till äldre personer på särskilda boenden (SÄBO) har visat sig vara mycket omfattande. En rapport från Socialstyrelsen som bygger på data från Apoteket visar att varje äldre person på SÄBO har i medeltal 10 läkemedel. Förskrivningen av psykofarmaka är också mycket hög, i medeltal ca 80 % (Olsson & Fastbom, Socialstyrelsen 2004). Samtidig användning av flera läkemedel, så kallad polyfarmaci, kan ge upphov till många olika problem, t.ex. en ökad risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner (Stewart & Cooper, 1994).

Sveriges kommuner och landsting (SKL) genomförde ett projekt, Säker läkemedelsanvändning för en bättre livskvalitet hos äldre (SÄLMA) som syftade till att stödja kommuner och landsting i deras arbete att förbättra äldre personers läkemedelsanvändning och därmed minska antalet läkemedelsrelaterade vårdskador (SKL, 2007). Flera av de deltagande teamen i det projektet rapporterade minskat antal fallolyckor, färre onödiga sjukhusinläggningar och minskad felaktig läkemedelsanvändning, men de sammanlagda resultaten är inte analyserade och diskuterade i rapporten.

Socialstyrelsen har påbörjat ett arbete för att förbättra riktlinjerna för läkemedelsförskrivning till äldre personer, bl.a. betonar man att Nationella riktlinjer för olika diagnoser riskerar att driva på en alltför omfattande förskrivning av läkemedel till äldre personer (Holm, Socialstyrelsen 2008). Man betonar också vikten av att följa biverkningar av nyinsatta läkemedel och att regelbundet ompröva om läkemedlet verkligen behövs (Socialstyrelsen, Nyheter 2008).

Järfälla kommun konstaterade att antalet läkemedelsavvikelser ökade på ett SÄBO i kommunen och påbörjade därför ett samarbete med Jakobsbergsgeriatriken och Carema Äldreomsorg. Ett traditionellt

sätt att arbeta med läkemedelsegenomgångar en gång/år hade tidigare prövats på andra SÄBO i kommunen, men inte gett önskad effekt. En viktig aspekt var därför att öka kvaliteten genom att undersöka och följa konsekvenserna av ett insatt läkemedel i form av ett bättre, oförändrat alternativt sämre hälsotillstånd. Projektet ägde rum på Tallbohovs äldreboende som drivs av Carema Äldreomsorg. Samarbetet ledde fram till ett projekt som avsåg att skapa ett verktyg och en tydlig process för observation av läkemedelseffekter hos äldre personer. Dessa observationer skulle användas som stöd för den ansvariga läkarens utvärdering av den pågående eller modifierade läkemedelsbehandlingen. I förlängningen avsågs detta att leda till en förbättrad säkerhet för den äldre personen och ökad kvalitet i läkemedelsbehandlingen. Som en del i detta infördes Apo-dos i samarbete med Apoteket AB.

## Beskrivning av SÄLTA-projektet

Ett verktyg skapades och en struktur och process för observation av läkemedelseffekter hos äldre personer arbetades fram under projekttiden. Dessa observationer skulle användas som stöd för den ansvariga läkarens utvärdering av läkemedelsbehandlingen. Verktöget skulle implementeras på två av avdelningarna (interventionsavdelningar) under projekttiden för att sedan spridas till övriga avdelningar. En arbetsgrupp bestående av två sjuksköterskor och två undersköterskor utvecklade tillsammans med projektledaren en observationsmanual (bilaga 1) och en observationsblankett (bilaga 2) till ett verktyg att användas av omvårdnadspersonalen i arbetet med att observera de boende i samband med deras läkemedelsbehandling. Kriterierna för manualen var att den skulle var lätt att använda och förstå. Enkla ord skulle användas för att beskriva ett symtom och förklara hur det ska observeras. Den ansvariga läkaren gjorde en lista över prioriterade symtom som arbetsgruppen utgick ifrån. En del i arbetsprocessen var att gå igenom de boendes diagnoser och läkemedelsbehandling. Igenomgångarna deltog den ansvariga läkaren, den ansvariga sjuksköterskan samt den boendes kontaktperson. Eventuella ändringar i en boendes läkemedelsbehandling skulle följas upp med observationer enligt manualen och med hjälp av blanketten. Observationerna skulle utföras

av omvårdnadspersonalen och följas upp av den ansvariga sjuksköterskan som också skulle ge återkoppling till den ansvariga läkaren (Karlsson, 2008).

Som en del av projektet skulle användandet av elektronisk ordination via Apotekets system e-dos jämföras med ordination via fax. Det bestämdes att läkemedel på interventionsavdelningarna skulle ordinerars via e-dos samt att de övriga avdelningarna skulle ordinerars via fax. Ordination via fax innebar att läkemedelslistorna skrevs för hand av ansvarig läkare och därefter överfördes via fax till Dosapoteket. Här uppstod flera svårigheter som till exempel ordinationer som var ottydligt skrivna vilket kunde bero på svårsläslig handstil eller på ottydlighet som uppstått vid utskrift av mottagande fax; ett läkemedel behövdes ibland bytas till ett synonymt preparat då det ordinerade inte ingick i Apo-dos sortimentet; dosering saknades i en del fall. I alla dessa fall måste Dosapoteket kontakta ordinerande läkare för förtydligande. Själva faxöverföringen var också förenad med problem för sjuksköterskorna eftersom processen var tidsödande och många gånger fick göras om. Sammantaget innebar dessa svårigheter att fler och fler ordinationer istället gjordes via e-dos och ordination via fax upphörde. Denna del av projektet bortföll således då ingen jämförelse var möjlig att göra.

Projektet påbörjades augusti 2007 och avslutades augusti 2008. En projektledare anställdes av FOU äldre norr på 50%. Tjänsten finansierades av Järfälla kommun med stimulansmedel från Socialstyrelsen. Personer från Carema Äldreomsorg och Jakobsbergsgeriatriken som medverkade i projektet finansierades av respektive verksamhet. Under projekttiden genomfördes en upphandling av verksamheten på Tallbohovs äldreboende.

FOU äldre norr fick under hösten 2007 uppdraget att utvärdera SÅLTA-projektet.

## Syfte

Syftet med utvärderingen var att undersöka om SÅLTA-projektet resulterade i förbättrad säkerhet och kvalitet av läkemedelsbehandling för äldre personer.

## Frågeställningar

1. Har den upplevda hälsorelaterade livskvaliteten hos den äldre personen förändrats?
2. Hur har verktyget för vård- och omsorgspersonalens dokumentation av observation av läkemedelseffekter och biverkningar använts?
3. Finns det någon relation mellan undersköterskornas och vårdbiträdenas observation av läkemedelseffekter och biverkningar och förändrad läkemedelsbehandling?
4. Hur har olika personalgrupper upplevt utvecklingen av och arbetet med observations- och dokumentationsprocessen?
5. Har projektet bidragit till att omvårdnadspersonalen upplever att deras kompetens och förståelse rörande läkemedelsbehandling för äldre personer ökat?

## Metod

Utvärderingen har använt sig av en kvantitativ och en kvalitativ metod.

### Kvantitativ metod

#### EQ-5D

Hälsorelaterad livskvalitet utvärderades med EQ-5D. EQ-5D är ett generellt mätinstrument, dvs. inte sjukdomsspecifikt, där den svarande klassificerar sin hälsa på en 3-gradig skala i fem dimensioner; Rörlighet, Hygien, Aktivitet, Smärta och Oro där 1 indikerar bästa möjliga hälsa och 3 sämsta (Burström m.fl., 2001). Den svarande får också skatta sitt upplevda hälsotillstånd på en skala (Visual Analog Scale=VAS) från 0-100 där 100 indikerar bästa möjliga hälsotillstånd. De fem dimensioner och VAS-skalan viktas sedan till ett totalindex från 0-1, högre siffra indikerar bättre hälsorelaterad livskvalitet (bilaga 3).

Personer boende på de två interventionsavdelningarna B1 och B2 samt personer boende på kontrollavdelning A3 fick svara på EQ-5D-enkäten. En baslinjemätning genomfördes under oktober 2007 innan projektet påbörjades. Samtliga boende på de tre avdelningarna fick möjlighet att svara på enkäten. Vid ifyllnad av enkäten fanns personer från FOU äldre norr närvarande för att

vid behov kunna förklara och svara på frågor från den äldre personen. Personal från boendet var med och introducerade personen från FOU äldre norr.

Under oktober 2008 genomfördes en ny mätning med EQ-5D. Samtliga boende på de tre avdelningarna som även medverkat vid baslinjemätningen erbjöds att åter svara på enkäten. Informationsförfarandet följde den samma som vid baslinjemätningen.

### Journaldokumentation på särskilda boendet

Undersköterskorna dokumenterar enligt Socialtjänstlagen (SoL-dokumentation) och sjuksköterskorna enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL-dokumentation). Dokumentationen på de aktuella avdelningarna granskades utifrån antal observationer med verktyget samt vad som hade observerats. På förhand definierat sökord (SÅLTA) användes vid granskningen av SoL- och HSL-dokumentationen.

### Läkarens journaldokumentation

Läkarens journaldokumentation jämfördes med undersköterskornas och vårdbiträdenas observationer. Eventuella förändringar av läkemedelsbehandling i samband med undersköterskorna och vårdbiträdenas dokumenterade observationer noterades. Sökning i läkarens journalsystem skedde via personnummer och datum.

### Statistisk bearbetning

EQ5D analyserades med ickeparametrisk statistik. Relationer mellan observationer och läkemedelsförändringar redovisas med deskriptiv statistik.

### Kvalitativ metod

Intervjuer genomfördes med tre personalgrupper; läkare, sjuksköterskor och undersköterskor/vårdbiträden. Sjuksköterskor och undersköterskor/vårdbiträden intervjuades i respektive grupper medan läkaren intervjuades enskilt. Ett frågeformulär låg till grund för intervjuerna, se bilaga 4-7. Även projektledaren för SÅLTA-projektet intervjuades om den planerade arbetsgången samt om informationsöverföringen i projektet, se bilaga 8. Fem intervjuer genomfördes med sammanlagt åtta personer.

Utgångspunkt för intervjuerna var att tillföra utvärderingen förståelsegrundande data om hur olika personalgrupper upplevde att arbeta med de metoder och instrument som utvecklats under projektets gång. Syftet med intervjuerna var därför att få kunskap om hur de olika personalgrupperna undersköterskor, sjuksköterskor och läkare upplevde arbetet med projektet.

Intervjuerna genomfördes och bearbetades med hjälp av en reflexiv och jämförande systematisk analys (Thomsson, 2008). Anledningen till att denna metod användes är att det är möjligt att få fram beskrivningar som är möjliga för andra att förstå och reflektera vidare över. Den reflexiva och jämförande systematiska analysen innebär att såväl intervjusituationen i sig som innehållet i intervjun kontinuerligt tolkas och omtolkas. Metoden innebär således att intervjuerna analyseras i flera olika steg där inte enbart innehållet ligger till grund för analysen utan att även vem som sa vad och när, analyserades. I denna utvärdering har intervjuerna med samtliga personer bandats och därefter transkriberats ordagrant. Transkriptionerna av intervjuerna med respektive personalgrupp har sedan analyserats var för sig i en lodrätt analys. I denna lodrätta tolkningsprocess har intervjuerna kodats utifrån de centrala teman som framkommit vid varje enskilt intervjutillfälle med respektive personalgrupp. De teman som framkommit i den lodrätta analysen har därefter sammanförts i en vågrätt analys av samtliga intervjuer där de olika personalgruppernas upplevelser, åsikter och synpunkter på projektet jämförts.

### Etiska aspekter

SÅLTA är ett projekt som har haft som mål att öka kvaliteten inom ett specifikt område. Kvalitetsuppföljningar kräver som regel inte etisk ansökan därför har inte en sådan genomförts. Dock har sedvanliga sekretessföreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonal beaktats i hela utvärderingsuppdraget.

Information om syfte, användning och anonymitet rörande svaren i enkäterna gick ut till de boende innan enkäten delades ut. Samma information gavs även vid tillfället för ifyllnad av enkäten. De äldre personerna informerades om att de när som helst kunde välja att avbryta svarandet av enkäten och att deras medverkan och svar inte skulle påverka deras omvårdnad.

Intervjuerna med olika personalgrupper behandlades på sedvanligt etiskt sätt. Personalen blev informerad om att deras deltagande var frivilligt och att de hade rätt att avbryta intervjun när de ville. Resultatet från intervjuerna redovisas anonymt och inga personuppgifter har förts vidare från intervjutillfället till rapporten.

Verksamhetsansvarig för läkarens journalsystem gav medgivande till sökning utifrån personnummer i systemet.

## Resultat

### Kvantitativ utvärdering

Trettien personer deltog i baslinjemätningen, 21 i interventionsgruppen och 10 i kontrollgruppen. Interventionsgruppen bestod av 12 kvinnor och nio män med en medelålder på 86 år. Kontrollgruppen bestod av åtta kvinnor och två män med en medelålder på 87 år. Vid uppföljningen deltog 12 personer (åtta kvinnor och fyra män) i interventionsgruppen och nio personer (åtta kvinnor och en man) i kontrollgruppen. Sex personer i interventionsgruppen avled innan uppföljningen och tre personer var för sjuka för att kunna delta. En person hade avlidit i kontrollgruppen.

### Hälsorelaterad livskvalitet

Resultatet av EQ-5D visade ingen skillnad mellan interventions- och kontrollgrupperna vid baslinjemätningen (oktober 2007) gällande *VAS* och *Totalindex*. Däremot var det en signifikant skillnad i *Aktivitet* vid baslinjen. Det var ingen skillnad mellan mätningarna vid baslinjen och uppföljningen (oktober 2008) mellan grupperna (Tabell 1). Det finns en tendens att ”Total index” ökade för både interventionsgruppen och kontrollgruppen mellan mättillfällena, men ökningen inom respektive grupp är inte signifikant.



**Tabell 1. Resultatet av utvärderingen av hälsorelaterad livskvalitet vid första och andra**

**måttillfället.** Data presenteras med medianvärde och inom parentes anges högsta och lägsta värde. Gällande Rörlighet, Hygien, Aktivitet, Smärta och Oro indikerar 1 bästa möjliga hälsa och 3 sämsta, för VAS indikerar 100 bästa möjliga hälsotillstånd och för Totalt index indikerar 1 bästa möjliga hälsorelaterade livskvalitet (bilaga 3).

	Oktober 2007		Oktober 2008	
	Interventionsgrupp n=21	Jämförelsegrupp n=10	Interventionsgrupp n=12	Jämförelsegrupp n=9
<b>EQ5D</b>				
Rörlighet	2 (1-3)	3 (1-3)	2 (1-3)	3 (2-3)
Hygien	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-3)	3 (1-3)
Aktivitet	3 (1-3)*	3 (2-3)	2 (1-3)	2 (2-3)
Smärta	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-2)
Oro	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-3)	1 (1-2)
VAS	64 (2-100)	63 (50-80)	51 (5-93)	71 (50-83)
Totalt index	0.28 (-0.59 - 0.81)	0.03 (-0.59 - 0.56)	0.55 (-0.35 - 1)	0.29 (-0.36 - 1)

\* Signifikant skillnad mellan grupperna oktober 2007, n=antal personer

**Observationer**

I samband med läkemedelsgenomgångar noterades ett antal symtom i läkarens journalsystem som läkaren gav i uppdrag åt undersköterskorna att observera. Det finns dock ingen dokumentation som stödjer att instrumentet användes i daglig drift för övrigt. Totalt observerades 71 olika symtom hos 18 personer av de 21 som ingick i interventionsgruppen. De vanligaste symtomen som observerades var smärta, följt av nedstämdhet, oro/ångest, sömn, yrsel och blodtryck. I SoL-dokumentationen fann vi 2 daganteckningar under sökordet SÄLTA, i HSL-dokumentationen fann vi 12 daganteckningar under samma sökord.

**Förändringar av läkemedelsanvändning**

Projektledaren hade dokumenterat resultaten av observationerna i en excel-fil som sparades avidentifierade i en gemensam data-mapp på det särskilda boendet. Det är denna dokumentation i kombination med ovan nämnda daganteckningar som jämfördes med läkarens journalanteckningar.

Av de 18 personer som observerades var det fem personer som avled innan utvärderingen påbörjades och kunde därmed inte följas upp i läkarens journalsystem. Av resterande 13 personer kunde man för sex personer (46%) följa ett tydligt mönster mellan läkarens journalanteckningar och undersköterskornas observationer. I fyra av dessa fall ledde detta till utsättning av läkemedel eller minskning av doser.

## Kvalitativ utvärdering

### Läkemedelsgenomgångarna

Då projektet tog avstamp i läkemedelsgenomgångar för de äldre personerna på de två deltagande avdelningarna så har också informanterna fokuserat på just detta moment i intervjuerna. I samtalet om den övriga projektiden har fokus främst legat på hur vårdpersonalen upplever sig ha fått, alternativt inte fått tillräckligt med information om projektet, dess syfte och dess verktyg. Det är därför svårt att få fram något entydigt svar på huruvida de upplever att deras observationer lett till någon ändrad läkemedelsbehandling. I vissa fall uppger den intervjuade vårdpersonalen att viss omvårdnadspersonal varit noga med att observera och använda sig av såväl observationsmanual som observationsblankett, men att de i de flesta fall inte vet om detta har gjorts eller hur god kvalitet det är i de observationer som har gjorts. Sjuksköterskorna tror att bristen på konsekventa observationer kommer av bristande intresse och motivation hos omvårdnadspersonalen, men också av att man har många vikarier som inte fått information om projektet. De upplevde att den ordinarie personalen inte informerade vikarierna om observationerna. En av sjuksköterskorna säger: *Jag tycker det var svårt att få personalen att fylla i ...vikarier fyllde ju inte i... vikarier var ju inte inblandade och insatta och det var ju mycket vikarier på huset.* De tror att detta ledde till att omvårdnadspersonalen fortsatte att rapportera muntligt i korridorerna som de tidigare gjort. Alltså, då ingen större rapporteringsändring skedde hos den ordinarie personalen så kan detta ha varit en av anledningarna till att vikarier inte informerades i någon större omfattning.

Sjuksköterskorna tyckte det var bra att kontaktpersonen för den äldre personen var med vid genomgången och att det är något som de kan sakna vid de vanliga ronderna. De upplever att detta gav extra kunskap till kontaktpersoner om den äldre personens medicinering samtidigt som de själva och läkaren fick ta del av kontaktpersonens kunskaper om hur det dagliga allmäntillståndet är och hur det kan förändras hos den enskilde äldre personen. Läkaren tyckte sig haft stor behållning av dessa tillfällen och önskade att det funnits mer tid för att träffa kontaktpersonerna då det är kontaktpersonen som känner de boende bäst.

Undersköterskorna upplevde att läkemedelsgenomgångarna var bra och i båda intervjuerna som gjorts med sammanlagt fyra undersköterskor så uttryckte samtliga att dessa tillfällen hade ökat deras kunskap om läkemedel och att genomgångarna varit den stora behållningen av projektet. De såg den delen av projektet som en kompetenshöjning i sin yrkesutövning. Rent konkret innebar det också att de upplevde sig bli mer observanta på vilka läkemedel de äldre har och vilka eventuella biverkningar som kan uppstå.

Såväl undersköterskor som sjuksköterskor upplevde att läkemedelsgenomgångarna med påföljande observationer var huvudaktiviteten i projektet. En av undersköterskorna säger specifikt att det har varit bra med SÅLTA-projektet och att de fick vara med vid läkemedelsgenomgångarna, men att hon inte förstått varför de inte kan arbeta på det här sättet hela tiden. Läkaren uttrycker inte att hon upplevde genomgångarna som huvudaktiviteten men säger ändå att det var den biten som hon hade störst behållning av från projektet.

Uppfattningen om projektet och omfattningen av det skiljer sig mellan omvårdnadspersonalen på de två deltagande avdelningarna. Undersköterskorna på den ena avdelningen visar sig mer positiva till projektet och under hela projektiden trots att de periodvis visade brist på aktivitet, medan undersköterskorna från den andra avdelningen förhöll sig negativa till den del av projektet som kom efter läkemedelsegenomgångarna. Denna grupp sa att de upplevde sig också osäkra på omfattningen av projektet. I det senare fallet visar de på en mer instrumentell syn på sitt arbete och menar t.ex. att det finns en risk att Apo-dos kan sänka deras kompetens samt också känslan av att deras ansvar kan reduceras till att bara dela ut medicin till de boende.

### Observationsmanualen och observationsblanketten

Informanterna ger mycket korta svar på de frågor som berör de verktyg som användes i projektet. Vissa av de intervjuade säger rakt ut att de knappt använt verktygen och därför inte kan säga något om dem. De uppger även att de inte heller kan säga exakt vad det är som gör att de inte använder dem i den omfattning det var tänkt. Några av de intervjuade säger att observationsmanualen känns för allmänt hållen och att den innehåller för



mycket ”common sense” om man har en vårdutbildning. De säger dock inte att den är för enkel. De menar att den inte heller får vara för svår för dem som inte har en vårdutbildning, eller har svårt med språket etc. Det gäller att hitta en bra balans mellan ny kunskap och kunskap som alla kan ta till sig. De svarande tycker att verktygen hittills har varit mest användbara när det kommer nyanställda eller vikarier. De hänvisar gärna till den som en uppslagsbok över symptom.

Då observationsmanualen inte använts i så stor omfattning så har de svarande inte heller några särskilda synpunkter som rör observationsblanketten.

### Tidsbrist

Sjuksköterskorna säger i sin intervju att de var mycket förvånade över den arbetsroll de fått i och med projektet. De visste inte att de skulle vara med och göra observationsmanualen och kände en tidsbrist inför sitt arbete med den. Men framförallt så vill de uppmärksamma den arbetsordning som det var med denna manual, en av sköterskorna säger: *...sen kan jag tycka under resans gång så hade jag tyckt att det var bra att vi skulle ha gjort den först så att man hade den färdig först innan man började med dom här observationerna.* Detta backas också upp av den andra sjuksköterskan som säger: *manualen blev ju klar en bra bit efter att observationerna var gjorda det kan jag tycka är helt underligt.*

De uppger att de hade behövt vara tydligare från projektledningen vad som förväntades av dem och hur arbetet med observationsmanual och observationsblankett skulle ha sett ut.

### Rapportering i ordinarie verksamhet

På Tallbohov finns det redan i dag ett muntligt informellt systematiskt rapporteringsarbete utöver den sociala dokumentationen som inte alltid dokumenteras. Då flera av de intervjuade uppger att det informella muntliga systemet fungerar relativt bra så framkommer det ändå att det finns behov av systematik och att rapporteringen skulle kunna bli ännu bättre genom att få till just en ökad skriftlig systematik. Sjuksköterskorna anser att även omvårdnadspersonalen skriftligen ska dokumentera mer av det som sker i verksamheten. De upplevde under projektets gång en svårighet med att få personal att fylla i observationsblanketten samtidigt

som ”rapporteringen” fortsatte att ske muntligen i korridoren. En av sköterskorna säger: *jag tycker att... personalen i stort är bra på att observera symptom och att rapportera det, tyvärr lite för mycket muntligt och inte skriftligt.* Problematiken med detta återkommer hon till senare intervjun där hon betonar just säkerhetsaspekten för de boende:

*...jag tycker att det är ett stort problem och jag har påpekat det för våra gruppchefer att jag tycker det är jättebra att de säger till mig om de träffar på mig i korridoren och jag försöker komma ihåg. Men det är bra med dokumentering också för när jag springer igenom korridoren så kanske jag har huvudet fullt med tankar och sen så vips är det borta... det blir ju en fara för den boende om den som har rapporterat säger till mig och sen tänker ”att nu har jag sagt det” och sen tycker att det är bra så men det ska ju ändå dokumenteras och det är ju ett viktigt arbetsmoment...”*

Citatet ovan visar att det finns behov och en efterfrågan på verktyg som minskar avvikelser och ger en säker läkemedelshantering samt kommunikation kring den.

Intervjuerna med vårdpersonalen visar att en stor del av all deltagande personal upplevt att det var just läkemedelsgenomgångarna med eventuell påföljande observation som var huvudaktiviteten i projektet. Möjligen kan det faktum att observationsmanualen blev klar först senare i projektet ha varit ett av de incitament som saknades för att intresset för observationerna skulle hållas levande även efter de första läkemedelsgenomgångarna. Då alla av de intervjuade i vårdpersonalen säger att den faktiska kompetenshöjningen skedde just i och med läkemedelsgenomgångarna så visar det på tre saker:

- Personalen upplever sig ha fått en kompetenshöjning i ämnet läkemedelsbehandling för äldre personer.
- Då personalen upplever att kompetenshöjningen primärt var genom dessa läkemedelsgenomgångar och således endast i början av projektet visar det på att de uppfattat ett annat fokus i projektet än vad som varit projektets huvudsyfte.

- Att verktyget inte var framtaget i samband med läkemedelsgenomgångarna var en brist som innebär att de fick svårt att vidmakthålla intresset för projektet genom hela projekttiden.

## Diskussion

Resultatet av denna utvärdering visar att observationsverktygen som tagits fram i projektet endast användes i samband med läkemedelsgenomgångarna vilket inte var det enda syftet med införandet av dessa verktyg. Det är troligt att anta att det är en av orsakerna till att få läkemedelsförändringar genomfördes. I de fem utförda intervjuerna med sammanlagt åtta personer framstod följande tre teman som centrala för detta resultat: *kommunikation*, *systematik*, och *ansvar*. Det går på ett teoretiskt plan inte att skilja dem helt åt då de följer i varandra och i allra högsta grad också påverkar varandra. Diskussionen nedan tar avstamp i kommunikationen och hur de svarande upplevde denna, sedan följer diskussionen om vilket systematiskt arbete man använder sig av och sedan lyfts ansvarsfrågan i förhållande till de resultat som framkommit i de två tidigare kategorierna.

## Kommunikation

Alla de intervjuade personerna och således de olika yrkeskategorierna uppger att de upplevt en bristande kommunikation i projektet. De ger uttryck för denna brist på ett flertal sätt samt att det också kan ha bidragit till projektets slutresultat. De uppger även att de har funnit brister i hur själva projektet har kommunicerats till och emellan berörda parter.

## Information om projektet

Vid de arbetsgruppsmöten som hållits inom projektet uttryckte alla informanter att de trots att kommunikationen skulle ha skett på andra deltagares initiativ, eller att mandat för att ge information låg bortanför dem, och när detta inte skett så har en kommunikationsbrist uppstått. Detta kan vara ett resultat av en otydlig ”arbetsordning” eller mindre bra information i starten om hur det skulle ske och vem som ansvarade för vad i kontakt mellan de olika parterna. Det bör med andra ord tydligare ha uttalats från projektledningen vem

som ansvarade för informationen och kommunikationen i och om projektet.

Detta projekt involverade inte gruppledarna på avdelningarna i den aspekten att de hade ansvar att hjälpa till att sprida information. Detta faktum kan ha inneburit att en av de naturliga kanalerna man i det dagliga arbetet använder sig av och som kunde ha gynnat projektet försvann. Eftersom man inte använt ordinarie kommunikationsvägar utan således nya kan det ha påverkat utfallet av användandet av observationsmanualen och observationsblanketten. För att bättre lyckas med kommunikationen och informationen om projektet hade man tidigt i projektet behövt tydliggöra att projektet skulle innebära nya kommunikationsvägar utöver de som redan användes i den ordinarie verksamheten. Det för att från projektledarens håll säkerställa att man skulle uppnå en ökad kontakt mellan undersköterskor och läkare vilket man också gjorde i och med läkemedelsgenomgångarna, men också för att ge ett större mandat för sjuksköterskorna i mötet med undersköterskorna vid initieringen av observationer samt återrapportering av dessa.

## Kommunikation inom projektet

Såväl projektledaren som arbetsgruppen sa att de upplevde en brist i kommunikationen i arbetsgruppen. Denna kommunikationsbrist har också lett till en viss informationsbrist om projektet och om vad som hände. De svarande har ovetandes om att de övriga upplevt samma sak, väntat ut varandra för att få information om projektet respektive projekts gång. Projektledaren å sin sida gav uttryck för att hon inte tyckte att någon särskild feedback efterfrågades av vårdpersonalen. Om det var något så togs det upp på arbetsgruppsmötena, men inte heller där lyftes särskilt många frågor ansåg hon. Sjuksköterskornas upplevelser av arbetsgruppsmötena bekräftar denna kommunikationsbrist. De säger att när observationerna var avslutade så hade de fortfarande flera träffar inbokade och som de inte visste vad de syftade till då de upplevde att de inte hade något att prata om.

Undersköterskorna tror att bristen på kommunikation kommer av att inte alla kände till projektet, vilket tyder på ytterligare en informationsbrist, och att omvårdnadspersonalen då inte tyckte det var någon idé att göra dessa observationer om alla ändå inte gjorde dem. En av

undersköterskorna säger: *Ja, det kändes ju lite så efteråt och så fick man reda på när man själv hade varit borta under den här perioden en eller två dagar då... då hände liksom ingenting...*

Detta återkommer också i intervjun med sjuksköterskorna där en av dem säger: *Ja dels att den inte varit konsekvent och det har inte rapporterats vid varje tillfälle som efterfrågats.* Både sjuksköterskornas och undersköterskornas upplevelse av bristen på kommunikation visar på en osäkerhet hos omvårdnadspersonalen. Personalen verkar då inte i någon högre grad ha påbörjat arbete de inte vet blir slutfört, vilket i sin tur bör ha lett till en relativt stor inkonsekvens i de observationer som genomförts.

## Systematik

Den stora skillnaden i synen på projektet och hur det var tänkt att man skulle arbeta med projektets innehåll visar på någon systematisk brist, men huruvida den ligger på ett informationsmässigt, eller arbetsmässigt plan är svårt att avgöra.

Som tidigare nämnts har omsorgspersonalen känt en osäkerhet i hur konsekvent observationerna skett. Denna osäkerhet bygger i allra högsta grad på en avsaknad av systematiskt arbete och ledning kring denna del av projektet. Detta kan ha flera orsaker, bland annat har följande tre faktorer nämnts: i) vikarier har inte fått information och eller bristfällig introduktion i att använda verktygen, ii) en tradition sedan tidigare att personalen känner sig trygg med att endast muntligen rapportera avvikelser, iii) brist på motivation för projektet. Samtliga tre aspekter faller tillbaka på en upplevd informationsbrist. Det hade behövts en mer kontinuerlig och konsekvent information samt påminnelse om att arbeta med SÄLTA-verktygen. Å andra sidan antyder några av undersköterskorna att detta inte enbart beror på informationsbrist utan att de upplever att vissa saker såsom exempelvis att göra observationer, inte ingår i deras arbetsuppgifter.

En av de intervjuade undersköterskorna säger också att det kan vara bra med mer skriftlig dokumentation men då för att personalen inte ska råka illa ut om något skulle gå snett. Hon säger att den skriftliga informationen också är viktigt för att man kan gå fri från ansvar i fall det skulle hända något. Hon tillägger också att det finns ju ändå de där små detaljerna som framkommer bättre

när man pratar med varandra. Samtidigt vill hon fortsätta med det muntliga system de har idag för att vara säkra på att all information hon har blir sagd. Detta står då i kontrast till att sjuksköterskorna vill ha mer skriftlig information. Sjuksköterskornas uppfattning är att inte att all information kommer fram bara för att den blir sagd, och framför allt så blir sådan information alltför personbundet.

Samtliga exempel ovan visar på en något ”svart-vit” eller ”antingen-eller” syn på kommunikation om läkemedel och rapportering. Antingen kommunicerar man det muntligt eller så gör man det skriftligt. Det ena bör dock inte utesluta det andra. En av tankarna med projektet var just att få upp medvetenheten och dokumentera tyst kunskap om läkemedelsbehandling och eventuella biverkningar av behandlingen, inte att personalen skulle sluta att muntligt informera eller kommunicera med varandra.

Genom denna utvärdering är det svårt att få någon entydig bild av hur det systematiska arbetet med observationer efter ändringar i läkemedelsbehandling sker idag. Det kan finnas en viss risk för att det som idag kommuniceras sker mer slumpmässigt eftersom det inte finns någon kontrollfunktion för att den kunskap som ska fram verkligen kommer fram. Trots att personalen framför kritik för att all kommunikation inte fungerar som den ska så förmedlar de också en uppfattning av att de är relativt nöjda med det system som råder.

## Ansvar

SÄLTA har inte förändrat arbetssättet på dessa två avdelningar. Det tidigare informella systemet med muntliga sporadiska rapporteringar finns kvar och orsakerna kan vara flera. I intervjusvaren framkommer det tydligt att ansvarsfrågan är avgörande för kommunikationen och systematiken i arbetet. Detta innebär att de i det praktiska arbetet måste överlappa varandra bättre med en tydlig gemensam utgångspunkt. Man har inom projektet inte haft samma referenser för var denna utgångspunkt fanns och har därför under projektets gång också haft olika målbilder, förväntningar på kommunikation/information samt det viktigaste av allt, inte haft samma uppfattning om vad som varit projektets syfte och huvudaktivitet.

I de intervjuer som gjorts är det tydligt att många upplevde det som att sjuksköterskorna kunde ha varit navet i fråga om just kommunikation och ansvar. Sjuksköterskorna själva har dock inte upplevt att de haft någon nyckelroll eller fått mandat och tid att inneha den rollen. Sjuksköterskorna säger även att de inte heller har något arbetsledande ansvar i det ordinarie arbetet vilket också gör att de kan ha haft det svårt att motivera personal i frågor som ligger utanför det som de uppfattar rent medicinska, ex. att använda sig av observationsmanualen och observationsblanketten. Implementeringen av projektets syfte lyckades inte fullt ut eftersom det inte funnits en gemensam uppfattning eller överenskommelse om vem som ansvarade för kommunikationen och informationen av projektet inom den ordinarie verksamheten. En tydlighet vad gäller ansvarsfördelning och information från projektledningen om hur detta skulle fungera saknades.

Detta projekt syftade till att höja kompetensen hos omvårdnadspersonalen med hjälp att ett nytt arbetssätt, vilket innebar de praktiska verktyg som togs fram behövde kommuniceras in i en befintlig organisation. Förutsättningar för att nå ut med information om nya arbetssätt är att befintlig personal förstår kraven och att det finns en ”stabil” organisation. Ett flertal av de intervjuade upplevde att sådana förutsättningar inte funnits i och med den upphandling av verksamheten som skedde under projektiden samt att det funnits nyanställd personal ibland dem som ansetts vara nyckelpersoner med ansvar för projektets framskridande. Dessa specifika omständigheter kan i sin tur ha påverkat personalens inställning till och förutsättningar för möjligheterna till förändring i arbetssätt.

## Hälsorelaterad livskvalitet

Resultatet av den kvantitativa utvärderingen visar att den hälsorelaterade livskvaliteten inte påverkades och att systematiska observationer bara initierades i samband med läkemedelsgenomgångarna. Ca 85% av de boende observerades men endast i knappt hälften av fallen kunde vi utröna ett samband mellan läkarens journalföring och genomförda observationer. Detta ledde till förändringar i läkemedelsbehandlingen för fyra personer. Hypotesen var att en optimal läkemedelsbehandling där effekter av läkemedelsbehandlingen observerades och följdes upp skulle kunna påverka den hälsorelaterade

livskvaliteten. Med anledningen av detta endast skedde i ett fåtal fall är det inte förvånande att de boendes hälsorelaterade livskvalitet inte påverkades. Dessutom var bortfallet stort i interventionsgruppen.

SKL har bedrivit en rad olika genombrottsprojekt i syfte att minska antalet läkemedelsrelaterade vårdskador (SKL, SÅLMA 2007). Till skillnad från SÅLTA kunde man i ett av de projekten visa på en 77-procentig ökning av den hälsorelaterade livskvaliteten, men man hade ingen kontrollgrupp och mätningarna har inte analyserats statistiskt. Erfarenheter från dessa projekt visar att läkarmedverkan är nödvändigt och att hela teamet, bestående av läkare, sjuksköterska och undersköterska/vårdbiträde, också bör ha möjlighet och mandat att påverka praxis i läkemedelsanvändningen. Ledningens aktiva stöd är även det en viktig framgångsfaktor.

## SÅLTA i förhållande till implementeringsforskning

För att nya arbetsprocesser, arbetsmetoder, kunskap och forskning ska komma äldre personer, medarbetare och verksamhet till nytta måste den användas i praktiken, i ordinarie verksamhet. Den mest effektiva interventionen kommer inte att ge positiva effekter om den inte tillämpas.

När en ny arbetsmetod eller process ska införas sker det ofta via muntlig och skriftlig information samt utbildning av olika slag (Guldbrandsson, Folkhälsoinstitutet 2007). Flertalet studier lyfter fram att det ofta inte räcker med att enbart erbjuda information, utbildning eller praktisk träning. Fokus bör i stället läggas på att kombinera flera olika insatser, till exempel utbildning och praktisk träning och återkoppling, att kontinuerligt erbjuda stöd och vägledning av god kvalitet, att avsätta tid och resurser och att involvera användarna i ett tidigt skede i processen (Guldbrandsson, Folkhälsoinstitutet 2007). De intervjuade personerna i utvärderingen av SÅLTA uttrycker flera brister som kan relateras till ovanstående insatser.

Utifrån intervjuerna med personalen framgår det att information om arbetssättet funnits tillgänglig, om än bristfällig, och att viss utbildning/demonstration erbjudits. Det framgår dock inte om dessa insatser har

kombinerats med andra insatser från projektledningen, så som praktisk träning och återkoppling av resultatet/effekten av arbetssättet. Möjligen hade arbetssättet i större utsträckning använts kontinuerligt i det dagliga arbetet, och inte bara vid läkemedelsgenomgångarna, om detta hade tränats och diskuterats i en testsituation i samband med införandet (Fixen et al. 2005).

Intervjusvaren tydliggör en stor skillnad i synen på projektet vilket kan sägas vara en brist. En tidig involvering av berörda medarbetare och en gemensam syn på hur man skulle arbeta med projektets innehåll skulle sannolikt ha bidragit till att arbetssättet använts i större utsträckning och att möjligheten till ett bra utfall ökat (Greenhalgh et al. 2004).

Vidare uttrycker de intervjuade personerna en otydlig arbetsordning och otillräcklig kommunikation vilket speglar brister i ledningen av projektet. Detta innebär sannolikt att det nödvändiga stödet, coachningen och vägledningen integrerat i det praktiska arbetet inte var optimalt. Även återkoppling på prestation och effekt blir sannolikt lidande vid en sådan situation, vilket stöds av de intervjuade personerna (Greenhalgh et al., 2004). Sett ur ett implementeringsperspektiv har detta inte varit gynnsamt för införandet och användandet av SÄLTA, med oförändrat arbetssätt som konsekvens.

Det observationsverktyg som togs fram under projektet och som var tänkt att användas aktivt i det dagliga arbetet under och efter projektet har inte använts i den utsträckning som planerats. Detta beror sannolikt till stor del på brister i projektledning samt organisatoriska förändringar och medför att det är svårt att uttala sig om verktygets effekt och användbarhet.

Flera studier har undersökt viktiga förutsättningar för användning av en ny metod med fokus på metoden (Guldbrandsson, Folkhälsoinstitutet 2007). Det framkommer att införandet av en metod, i detta fall observationsverktyget och ett nytt arbetssätt, fungerar bäst om metoden exempelvis:

- är relevant
- har relativa fördelar
- överensstämmer med gällande värderingar
- går att anpassa till lokala förhållanden

- är lätt att använda

Då observationsverktyget i SÄLTA betraktas utifrån ovanstående egenskaper framträder bilden av en potentiellt effektiv metod. Verktygets relevans, vikten av skriftlig dokumentation, framkommer i intervjusvaren. Fördelarna med skriftlig dokumentation och en tydlig struktur som ett komplement till den muntliga informationsöverföringen överstiger rimligen riskerna för merarbete. Behovet av projektet har uttryckts från den verksamhet där projektet drivits vilket indikerar att metoden har förutsättningar att överensstämja med gällande värderingar. Vidare är observationsverktyget framtaget lokalt utifrån lokala förhållanden, det är utformat för att vara lättanvänt för samtliga medarbetare.

## Begränsningar

Vid planeringen av utvärderingen avsågs att jämföra antalet läkemedelsavvikelse mellan avdelningarna men eftersom dessa inte rapporteras per avdelning var detta inte möjligt. Vi kunde heller inte använda oss av jämförelsegruppen när det gällde läkemedelsförändringar eftersom det inte var samma läkare som var patientansvarig där. Risken hade då varit att man hade utvärderat läkarens arbetssätt eller förändringsbenägenhet snarare än observationsdokumentet i sig.

## Slutsats

Sjuksköterskorna uttrycker att man på det aktuella boendet inte använder sig av observationsmanualen eller observationsblanketten vilket innebär att man fallit tillbaka på det tidigare informella något osystematiska arbetet, det muntliga. Undersköterskorna säger också att detta projekt inte har förändrats deras sätt att arbeta men att det gett en bättre kunskap om läkemedel. Även läkaren säger att man inte längre använder sig av det här arbetssättet, med hänvisning till att det inte finns tid och resurser för det.

SÄLTA har alltså inte förändrat arbetssättet på dessa två avdelningar, observationsblanketten och observationsmanualen används inte idag som det var tänkt. De flesta svarar ändå att de är mer observanta på olika typer av läkemedel och vissa bieffekter av läkemedel. De svarande är också nöjda med att fler fick möjlighet att vara med vid läkemedelsgenomgångarna. För vissa av

dem gav det en större insikt i andras arbeten och för andra att de fått en större kunskap om läkemedel. Detta innebär i praktiken att man kommit ett steg på vägen, man har ökat den upplevda kompetensen hos omvårdnadspersonalen i fråga om läkemedelsbehandlingar och dess bieffekter, men man har inte i någon större grad ändrat på sättet hur detta går till eller hur det dokumenteras. Eftersom arbetssättet inte har förändrats är det heller inte förvånande att de kvantitativa utvärderingsinstrumenten inte har påverkats.

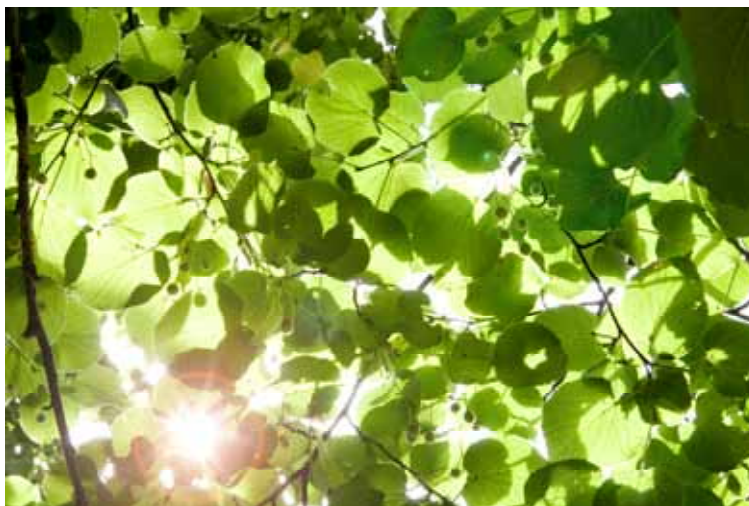
Sammanfattningsvis för att dra lärdom av detta projekt kan vi säga att i ett utvecklingsprojekt som avser att införa nya arbetsmetoder och dokumentation bör ansvarsfördelningen klart tydliggöras. Den funna bristfälliga kommunikationen och brist på systematisk dokumentation visar på följande nödvändiga åtgärder i ansvarsfrågan:

- Det har inte varit tydligt för omvårdnadspersonalen med avseende på vem som hade ansvaret för att informera om projektet för de anställda på boendet, såväl ordinarie personal som vikarier.

- Det var inte tydligt i vare sig projektplanen eller i det faktiska projektarbetet vem som hade nyckelrollen i projektet och vilket mandat den personen hade att upplysa om observationerna samt vilka krav som fanns på att de faktiskt genomfördes samt återrapporterades på ett korrekt sätt.

Som ett resultat av bland annat bristen på tydlig ansvarsfördelning som nämns ovan kan slutsatsen dras att också det systematiska arbetet med observationsmanualen och observationsblanketten brustit.

Verktygets relevans, vikten av skriftlig dokumentation, framkommer i intervjuvären. Som Socialstyrelsen också framhåller så är det av största vikt att följa biverkningar av nyinsatta läkemedel och att regelbundet ompröva om läkemedlet verkligen behövs (Socialstyrelsen, Nyheter 2008). Slutsatsen är att verktygen som tagits fram i detta projekt bör prövas inom flera verksamheter och att de lärdomar vi fått från detta projekt med fördel bör kunna förbättra möjligheterna till lyckade implementeringar på andra boenden.



## Referenser

1. Burström K, Johannesson M, Diderichsen F (2001). Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy* 55: 51-69.
2. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, Florida: University of South Florida, Louise de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network; 2005.
3. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly* 82:581-629.
4. Guldbrandsson K. (2007) Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst. Statens Folkhälsoinstitut 2007:20
5. Holm, L-E. Debattartikel "Sjuka blir sjukare av läkemedel".
6. <http://www.socialstyrelsen.se/Aktuellt/Nyheter/2008/Q3/090912.htm> [2008-12-18].
7. Karlsson Helen (2008). Projektrapport för SÄLTA-projektet. Säker läkemedelsbehandling Tallbohov.
8. [http://www.foualdrenorr.se/pagaende\\_forandringar/relevant\\_lakemedelsbehandling\\_tallbohov\\_salta\\_b/](http://www.foualdrenorr.se/pagaende_forandringar/relevant_lakemedelsbehandling_tallbohov_salta_b/) [2009-04-14].
9. Olsson J, Fastbom J. Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning, KÄLLA-projektet. Socialstyrelsen, juni 2004.
10. Socialstyrelsen ser över föreskrifter om läkemedel till äldre. <http://www.socialstyrelsen.se/Aktuellt/Nyheter/2008/Q3/090912nyhet.htm> [2008-12-18].
11. Stewart RB & Cooper JW (1994). Polypharmacy in the aged. *Practical solutions. Drugs Ageing* 4: 449-61.
12. Sveriges Kommuner och Landsting, SÄLMA 2007, Säker läkemedelsanvändning för en bättre livskvalitet hos äldre. Tryck: ått.45, Stockholm 2007.
13. Thomsson Heléne (2008) *Reflexiva intervjuer*, Lund: Studentlitteratur.

# Bilagor



## Bilaga 1: OBS Manual Sälta, säker läkemedelshantering Tallbohov

<b>OBS manual Tallbohov</b>		
<b>Symtom</b>	<b>Beskrivning av symtom</b>	<b>Hur observera symtom</b>
Andfäddhet	Tungt (jobbigt) att andas; svårt att få luft; beskriver sig som andfädd	Andfädd vid <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liggande</li> <li>• Gående</li> <li>• Pratande</li> <li>• Oro</li> </ul>
Aggressivitet	Uttrycker ilska; släss, nyps, rivs; uppträder hotfullt	Speciella tillfällen; tid på dygnet; plötslig utan orsak
Aptit	Ökad aptit: äter mer än normalt ofta hungerig;  Minskad aptit: äter litet uttrycker matleda	Ändrade matvanor; äter mer eller mindre än normalportion: observeras över hela dygnet; kontrollera vikt
Bensvullnad	Förtjockning av fot och/eller underben; fotknölar mer eller mindre osynliga; strumpor ger avtryck	Var sitter svullnaden, fot och/eller underben; när på dygnet; sidoskillnad
Bröstmärta	Smärta i bröstregionen	Typ av smärta, t ex <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tryckande</li> <li>• Strålände</li> <li>• Ihållande</li> <li>• Intervall</li> </ul> Uppskatta grad av smärta, t ex lätt, svår, hur påverkad är personen av smärtan
Diarré	Rinnande avföring	Lukt; färg; utseende; uppskatta mängd
Förstoppning	Ej avföring på en vecka	Ont i magen, illamående, spänd buk, aptitlöshet, diarré kan bero på förstoppning Anteckna varje avföringstillfälle



Symtom	Beskrivning av symtom	Hur observera symtom
Förvirring	Oklar, oredig; desorienterad till tid/rum/person	Speciella tillfällen; tid på dygnet; ev. ta urinsticka
Hallucinationer	Ser/hör/luktar saker som inte finns	Tid på dygnet; speciella tillfällen
Illamående	Blek, dålig matlust; uttrycker illamående	Kommer ofta; varar hur länge
Kräkning		Stor/liten färg; utseende
Nedstämdhet	Dyster; trött; vill ligga; uttrycker livsleda; matleda; aggressiv; initiativlös	Pågått hur länge; tid på dygnet; tillfällig; finns orsak
Oro/ångest	Motorisk oro; vandrar, svårt att sitta still; ropar; ringer ofta; gråter; uttrycker oro; "brinner i hjärtat"	Återkommande; speciella tillfällen; tid på dygnet
Smärta	Uttrycker smärta; signalerar smärta vid kontakt eller förflyttning	Var sitter smärtan;  Typ av smärta, t ex <ul style="list-style-type: none"> <li>• Molande</li> <li>• Huggande</li> <li>• Ihållande</li> <li>• Intervall</li> </ul> Uppskatta grad av smärta, t ex lätt, svår, hur påverkad är personen av smärtan

Sälta-projektet, Järfälla 2008.

Symtom	Beskrivning av symtom	Hur observera symtom
Stelhet	Nedsatt rörlighet; orörliga/trögrörliga leder	Tid på dygnet; förändras under dygnet
Svampinfektion i mun	Vit beläggning på tungan	Titta i munnen
Sväljförmåga	Svårt att svälja	Sätter lätt i halsen; har mat kvar i munnen
Sömnsvårigheter	Svårt att somna på kvällen; vaknar innan natten är slut	Vaken hur stor del av natten; förnatt eller efternatt
Trötthet	Sover mycket dagtid; uttrycker trötthet	Sover mer än halva förmiddagen/eftermiddagen; nattsömn
Urinvägsbesvär	Trängningar; sveda; illaluktande urin	Urinprov
Utslag	Rodnad hud; upphöjd hud; flagnar	Var; storlek; kliar; färg
Yrsel	Ostadighet; beskriver sig som yr; ”snurrar i huvudet”	Yr vid <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liggande</li> <li>• Sittande</li> <li>• Stående</li> </ul> Plötslig ostadighet vid gång; tendens att falla; tid på dygnet; varar hur länge

Sälta-projektet, Järfälla 2008.

## Bilaga 2:

Vid observation titta först i OBS manualen så Du vet vad Du ska observera och hur.							
Se exempel på första raderna.							
Namn:		Personnummer:		Avd:		Datum:	
Observera:	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag	Söndag
Andfädd? Ja/Nej	Ja	Ja					
Hur?	Liggande	Liggande					
Tid på dygnet?	Em, kväll	Kväll					

Sälta-projektet, Järfälla 2008.

### Bilaga 3: Hälsoenkät, svensk version

Markera, genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp (så här ) , vilket påstående som bäst beskriver Ditt hälsotillstånd i dag.

#### Rörlighet

- Jag går utan svårigheter
- Jag kan gå men med viss svårighet
- Jag är sängliggande

#### Hygien

- Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning
- Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv
- Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

#### Huvudsakliga aktiviteter *(t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter)*

- Jag klarar av mina huvudsakliga aktiviteter
- Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter
- Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter

#### Smärtor/besvär

- Jag har varken smärtor eller besvär
- Jag har måttliga smärtor eller besvär
- Jag har svåra smärtor eller besvär

#### Oro/nedstämdhet

- Jag är inte orolig eller nedstämd
- Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning
- Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd



Till hjälp för att avgöra hur bra eller dåligt ett hälsotillstånd är, finns den termometer-liknande skalan till höger. På denna har Ditt bästa tänkbara hälsotillstånd markerats med 100 och Ditt sämsta tänkbara hälsotillstånd med 0.

Vi vill att Du på denna skala markerar hur bra eller dåligt Ditt hälsotillstånd är, som Du själv bedömer det. Gör detta genom att dra en linje från nedanstående ruta till den punkt på skalan som markerar hur bra eller dåligt Ditt nuvarande hälsotillstånd är.

© EuroQoL Group 1990

**Ditt  
nuvarande  
hälsotillstånd**

Bästa  
tänkbara  
tillstånd

100



90



80



70



60



50



40



30



20



10



0



10



20



30



40



50



60



70



Sämsta  
tänkbara  
tillstånd

## Bilaga 4: Intervjuguide - undersköterskor

1. Beskriv hur du arbetade med SÄLTA? Hur såg arbetsgången ut?
2. Upplever du att SÄLTA-projektet förändrat läkemedelshanteringen på avdelning B2 och B3 på äldreboendet Tallbohov? Om ja, beskriv på vilket sätt. Om nej, varför inte?
3. Vad tycker du har varit bra med den arbetsmetod (observationsmanualen och dokumentationen av läkemedelseffekter) som projektet utvecklat?
4. Har du i ditt arbete upplevt några problem med observationsmanualen och dokumentationen av läkemedelseffekter? Vilka?
5. Har manualen för observationer och dokumentationen av läkemedelseffekter bidragit till att öka eller minska din arbetsbörda?
6. Upplever du att manualen för observationer och dokumentationen av läkemedelseffekter förändrat ditt arbetssätt? Om ja, beskriv hur? Om nej, varför inte?
7. Har du upplevt att läkare och sjuksköterskor haft förtroende för dina observationer?
8. Hur har arbetet med rapportering och återkoppling till ansvarig sjuksköterska fungerat?
9. Upplever du att SÄLTA-projektet bidragit till att öka din kompetens inom läkemedelsområdet? Om ja, beskriv på vilket sätt. Om nej, varför inte?

## Bilaga 5: Intervjuguide - sjuksköterskor

Beskriv den tänkta arbetsgången med obs.manualen och observationsblanketten inom SÄLTA för mig? Vad skulle visas upp/rapporteras till läkare och inte? Kunde obs. ske på erat initiativ?

1. Upplever du att SÄLTA-projektet förändrat läkemedelshanteringen på avdelning B2 och B3 på äldreboendet Tallbohov? Om ja, beskriv på vilket sätt. Om nej, varför inte?
2. Vad tycker du har varit bra med den arbetsmetod (observationsmanualen och dokumentationen av läkemedelseffekter) som projektet utvecklat?
3. Har du i ditt arbete upplevt några problem med observationsmanualen och dokumentationen av läkemedelseffekter? Vilka?
4. Har manualen för observationer och dokumentationen av läkemedelseffekter bidragit till att öka eller minska din arbetsbörda?
5. Upplever du att manualen för observationer och dokumentationen av läkemedelseffekter förändrat ditt arbetssätt? Om ja, beskriv hur? Om nej, varför inte?
6. Hur bedömer du kvaliteten i beslutsunderlaget/dokumentationen från undersköterskorna och vårdbiträdena?
7. Har du kunnat känna förtroende för undersköterskornas och vårdbiträdenas observationer och dokumentationer?
8. Hur har arbetet med rapportering från undersköterskor och vårdbiträden och återkoppling till ansvarig läkare fungerat?

## Bilaga 6: Intervjuguide - läkare

1. Upplever du att SÄLTA-projektet förändrat läkemedelshantering på avdelning B2 och B3 på äldreboendet Tallbohov? Om ja, beskriv på vilket sätt. Om nej, varför inte?
2. Vad tycker du har varit bra med den arbetsmetod (observationsmanualen och dokumentationen av läkemedelseffekter) som projektet utvecklat?
3. Har du i ditt arbete upplevt några problem med observationsmanualen och dokumentationen av läkemedelseffekter? Vilka?
4. Har manualen för observationer och dokumentationen av läkemedelseffekter bidragit till att öka eller minska din arbetsbörda?
5. Upplever du att manualen för observationer och dokumentationen av läkemedelseffekter förändrat ditt arbetssätt? Om ja, beskriv hur? Om nej, varför inte?
6. Hur upplever du kvaliteten i beslutsunderlaget/dokumentationen från omvårdnadspersonalen?
7. Har du kunnat känna förtroende för omvårdnadspersonalens observationer och dokumentationer?
8. Hur har arbetet med rapportering och återkoppling från ansvarig sjuksköterska fungerat?



## Bilaga 7: Intervjuguide - projektledare

Beskriv den tänkta arbetsgången med obs.manualen och observationsblanketten inom SÄLTA för mig?

Hur informerades involverad personal om syftet med projektet och dess tillvägagångssätt:

Läkare?

Ssk?

Usk/vårdbiträden?

Hur arbetade du med feedback till involverad personal under projektets gång?

Om vi skulle implementera arbetssättet på andra enheter, vilka lärdomar skulle du vilja skicka med?

