

# **Från projekt till salutogen process**

- Att lyckas med implementering

Maria Erikson

|   |   |
|---|---|
| EXAMENSARBETE   |   |
| Arcada  |   |
| Utbildningsprogram:   | Hälsofrämjande (HYH)  |
| Identifikationsnummer:  | 6731  |
| Författare:   | Maria Erikson   |
| Arbetets namn:  | Från projekt till salutogen process – Att lyckas med implementering |
| Handledare (Arcada):  | Maria Forss   |
| Uppdragsgivare:   | Oasens boende- och vårdcenter                                       |
| <p>Syftet med studien är att utreda vilka faktorer i implementering av ny kunskap som kan ha inverkan på resultatet. Det framkommer att tid och personalstyrka samt yrkestillhörighet bör beaktas då processen för implementering planeras. Dessutom framkommer att kunskapen eller innovationen bör förankras i hela organisationen för att vinna legitimitet på utförarnivå, ledarskapsnivå och administrativ nivå. Innovationen bör återfinnas i organisationens värdedokument, i ledarskapets verksamhetsplanering och i medarbetarnas dagliga uppgifter. Denna studie utfördes i kommunal äldreomsorg. Studien är en fallstudie som utvärderas genom enkätfrågor riktade till vårdledare i kommunal äldreomsorg. Fallstudiens bakgrund återfinns i ett projekt som övergick i en process enligt principer för hälsofrämjande utvecklingsarbete. Enkäten efterlyser ledarnas syn på hur implementeringen nått genomslagskraft hos vårdpersonalen, i hela organisationen och i ledarnas eget arbete. Ledarna ansågs vara lämpliga informanter eftersom de är ansvariga för implementering på sin arbetsplats. Enkätens frågor är inspirerade av teorin om salutogenes med faktorerna hanterbart, begripligt och meningsfullt. De tre faktorerna är genomgående tema i studiens bakgrund, resultat och diskussion. Studien är en kvalitativ studie där abduktion beskriver relationen mellan verklighet och teori. I den teoretiska bakgrunden framkommer att hälsofrämjande processer bygger på kombination av olika teorier och metoder. Samma strategi kan användas då implementeringsprocessen utformas. Studien är ett beställningsarbete från projektägaren och studiens resultat kan komma att användas i organisationens framtida utvecklingsarbeten.</p> |   |
| Nyckelord:  | Implementering, salutogenes, projekt, process, äldreomsorg          |
| Sidantal:   | 34  |
| Språk:  | svenska   |
| Datum för godkännande:  | 15.06.2018  |

|  |  |
|--|--|
| DEGREE THESIS  |  |
| Arcada   |  |
| Degree Programme:  | Health Promotion (Master)  |
| Identification number:   | 6731   |
| Author:  | Maria Erikson  |
| Title:   | From project to salutogenic process – to succeed with implementation |
| Supervisor (Arcada):   | Maria Forss  |
| Commissioned by:   | Oasens boende och vårdcenter   |
| <p>The aim of this study is to investigate factors that can have an impact on result in implementing new knowledge. It appears that time, workforce and occupation should be taken in account when the process of implementation is planned. In addition it appears that the innovation should be anchored in the entire organization to win legitimacy on performer level, leadership level and administrative level. Further the innovation is to be included in the organization´s value documents, operational planning in leadership and in employees´ daily work tasks. This study was carried out in the municipal elderly care. The study is a case study evaluated by a questionnaire directed to nursing care leaders in municipal elderly care. The background of the case study is found in a project that turned into a process according to principles of health promotion development work. The questionnaire asks for the leaders´ views on how the implementation achieved impact among caring staff, throughout the organization and in the leaders´ own work. The leaders were considered suitable informants thus they are responsible for implementation at the workplace. The survey questions are inspired by the theory sense of coherence inholding the factors manageable, understandable and meaningful. The three factors are cross-cutting theme in the study´s background, result and discussion. The study is a qualitative study in which abduction describes the relationship between reality and theory. It appears in the theoretical background that health promotion processes are based on a combination of different theories and methods. The same strategy is used when forming the process of implementation. The study is a commissioned work from the project owner and the results of the study can be used in the organization´ future development work.</p> |  |
| Keywords:  | Implementation, sense of coherence, project, process, elderly care   |
| Number of pages:   | 34   |
| Language:  | Swedish  |
| Date of acceptance:  | 15.06.2018   |

|   |  |
|---|--|
| OPINNÄYTE   |  |
| Arcada  |  |
| Koulutusohjelma:  | Terveysten edistäminen (YAMK)  |
| Tunnistenumero:   | 6731   |
| Tekijä:   | Maria Erikson  |
| Työn nimi:  | Projekti salutogeneesiin prosessiin- Implementaation onnistelu       |
| Työn ohjaaja (Arcada):  | Maria Forss  |
| Toimeksiantaja:   | Oasens boende- och vårdcenter  |
| <p>Tutkimuksen tavoitteena on selvittää mitkä tekijät vaikuttavat tulokseen kun uutta tietoa implementoidaan. Tuloksesta näkee että aika ja käytävissä oleva henkilökunta sekä ammattikuuluvuus on otettava huomioon kun implementaatio-prosessia suunnitellaan. Lisäksi ilmenee että tieto tai innovaatio täytyy sitouttaa koko organisaatioon niin että legitimizeettiä voitetaan kaikilla tasoilla: työntekijöiden-, johdon- sekä hallinnon-tasoilla. Innovaatio on myös sisällyttävä organisaation arvodokumentteihin, johdon toimintasuunnitelmaan sekä työntekijöiden päivittäisiin työtehtäviin. Tämä tutkimus suoritettiin kunnallisessa vanhushuollossa. tutkimus perustuu tapaustutkimuksiin joita arvosteltiin kysymyslomakkeella joka oli suunnattu kuntien vanhushuolteen hoitojohtajille. tausta näille tapaustutkimuksille löytyy eräästä projektista joka siirtyi prosessiin terveysedistämisen kehitystyön periaatteen mukaisesti. Tietokysely etsintäkuuluttaa johtajien näkökulmaa siitä kuinka implementaation läpilyönti on tapahtunut hoitohenkilökunnan joukossa, koko organisaatiossa sekä johtajien omassa työssä. Johtajat pidettiin sopivina tiedonantajina koska he ovat vastuussa implementaatiosta omalla työpaikallaan. Kyselylomakkeen kysymykset ovat saaneet inspiraation salutogeneesi-teoriasta joka käyttää faktorit käsiteltävä, ymmärrettävä ja tarkoituksenmukaista. Nämä kolme faktoria ovat tutkimuksen läpijatkuva teemataustatiedossa, tuloksissa sekä keskusteluissa. Tämä on kvalitatiivinen tutkimus missä abduktio kuvaa syy-yhteyden todellisuuden ja teorian välillä. Teoreettisesta taustasta ilmenee että terveydenedistäviä prosesseja rakentuu eri teorioiden ja metodien yhdistelmänä kun strategia implementaatioprosessista kehitetään. Tutkimus on prosessiomistajan tilaustyö ja sen tulokset tullaan ehkä käyttämään organisaation tulevassa kehitystyössä.</p> |  |
| Avainsanat:   | Implementaatio, salutogeneesi, projekti, prosessi, vanhushuolpalvelu |
| Sivumäärä:  | 34   |
| Kieli:  | Ruotsi   |
| Hyväksymispäivämäärä:   | 15.06.2018   |

# INNEHÅLL

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Inledning.....</b>  | <b>8</b>  |
| 1.1      | Instrument RAI.....  | 8         |
| 1.2      | Tidigare forskning.....                                      | 9         |
| 1.3      | Syfte och frågeställning.....                                | 10        |
| <b>2</b> | <b>Projektifiering och salutogenes.....</b>                  | <b>10</b> |
| 2.1      | Meningsfullt.....  | 13        |
| 2.2      | Hanterbart.....  | 14        |
| 2.3      | Begripligt.....  | 16        |
| 2.4      | Sammanfattning av bakgrunden.....                            | 17        |
| <b>3</b> | <b>Fallstudie som metod.....</b>                             | <b>17</b> |
| 3.1      | Abduktion.....   | 17        |
| 3.2      | Fallstudie.....  | 18        |
| 3.3      | Enkät som fallstudiens verktyg.....                          | 19        |
| 3.4      | Innehållsanalys av metoden.....                              | 20        |
| 3.5      | Informanterna.....   | 20        |
| 3.6      | Forskningsetik.....  | 22        |
| <b>4</b> | <b>Resultat.....</b>   | <b>22</b> |
| 4.1      | Meningsfullhet.....  | 22        |
| 4.2      | Hanterbarhet.....  | 24        |
| 4.3      | Begriplighet.....  | 25        |
| <b>5</b> | <b>Diskussion.....</b>                                       | <b>26</b> |
| 5.1      | Personalens känsla av sammanhang enligt vårdledarna.....     | 26        |
| 5.2      | Ledarnas egen känsla av sammanhang.....                      | 28        |
| 5.3      | Organisationens känsla av sammanhang enligt vårdledarna..... | 29        |
| 5.4      | Reflektion av äldreomsorgens salutogenes.....                | 30        |
| 5.5      | Etisk diskussion.....  | 33        |
| 5.6      | Integrerad helhet för generalisering av studien.....         | 34        |
| 5.7      | Implikationer för framtiden.....                             | 35        |
|          | <b>Källor.....</b>   | <b>36</b> |
|          | <b>Bilaga 1.....</b>   | <b>38</b> |

## Figurer

|   |    |
|---|----|
| Figur 1. Processnivåer i förändringsarbetet (Hanson, 2004)          |    |
| Figur 2. Abduktion  | 18 |
| Figur 3. Personalens resurser och hinder i verklighet och teori     | 30 |
| Figur 4. Ledarens resurser och hinder i verklighet och teori        | 31 |
| Figur 5. Organisationens resurser och hinder i verklighet och teori | 31 |
| Figur 6. Hälsofrämjande prisma för implementering                   | 35 |

## FÖRORD

Jag har arbetat som sjukskötare i drygt trettio år. Min karriär började på ortopedisk vårdavdelning och arbete på hudmottagning i Sverige. Efter fem års arbete i grannlandet flyttade jag hem till Åland med två små flickor ”i bagaget”. Jag arbetade i några år polikliniskt på olika mottagningar inom specialsjukvården men sökte mig 1997 till arbete som sjukskötare i kommunal äldreomsorg. Jag har sedan dess arbetat inom kontexten med undantag av ett knappt års vikariat polikliniskt i specialsjukvårdens antikoagulationspoliklinik.

Jag har främst arbetat som ledande sjukskötare i äldreomsorgen och insåg i ett tidigt skede att det är svårt att arbeta som ledare utan adekvata ledarskapsverktyg. En önskan att studera väcktes och i samband med moderskapsledigheten 2005 arrangerade Åbo Akademi kurser i Hälsovårdsadministration via Öppna Högskolan på Åland. Jag läste in 60 studiepoäng. Jag ville studera vidare till magister eller master men min sjukskötarutbildning var på institutnivå från Helsingfors Svenska Sjukvårdsinstitut. Turen var på min sida då Högskolan på Åland arrangerade möjlighet att uppgradera yrkeskunskapen till kandidatnivå. År 2014 kunde jag äntligen söka till masterstudier vid Arcada. Jag känner en stor glädje över att denna studie, mitt master-arbete, nu finns skriven efter drygt tio års studier på sidan om heltids förvärvsarbete som avdelningsskötare.

Mina tankar går till min familj som stått ut med min flykt in i ”studiebubblan”. Det har inte varit lätt alla gånger och jag är både glad och tacksam över familjens stöd och tålamod. En extra tanke skänks till min lilla dvärgschnauzer som troget traskat med på alla promenader då tankarna reflekterat över studierna.

Jag vill tacka Oasens boende- och vårdcenter f.d. De Gamlas Hem som gav mig chansen att verka som projektledare för projekt RAI Åland och sedermera gav tillstånd att använda projektet i master uppsatsen. Jag tackar också alla lärare och föreläsare på Arcada för en lärorik studietid. Ett speciellt stort tack riktar jag till min handledare Maria Forss som tålmodigt hjälpt mig framåt under skrivprocessen av detta arbete.

# 1 INLEDNING

Arbetet med projekt RAI Åland började som ett beställningsuppdrag från Ålands landskapsregering med målet att alla sexton åländska kommuner skulle ta i bruk en metod för att objektivt och opartiskt kunna säkra vårdtagare i äldreomsorgen individuell vård på rätt vårdnivå. Underlag för att initiera projektet tog beställande minister från skrifterna "Hälsopolitiskt program för Åland 2010-2020" samt "Kvalitetsrekommendationer för äldre". Uppdraget är inspirerat av rikets äldreomsorgslag 28.12.2012/980, då denna lag inte gäller i landskapet Åland. Processen var ursprungligen en hård process med mjukt innehåll (Hanson, 2004, s.264). Projektet följde Goodmans teori (Nutbeam et al., 2010, s.51-52) om förändring i organisationer enligt fyrastegsmodellen; *awareness rising, adoption, imlementation* och *institutionalisation*. Denna huvudteori kombinerades under projektets gång med Rodgers *adaptionsteori* (Nutbeam et al., 2010, s.24-25) samt *vär-demodellen* beskriven av Hanson (2004, s.22). Det ursprungliga projektet har genom dessa hälsofrämjande teorier övergått i en process och projektledarens roll har övergått till vårdledarskap. Arbetet med utbildning av vårdpersonal i instrument RAI visar att det finns behov av förtydligande åtgärder för att förstå hur instrumentet skall göras hanterbart, begripligt och meningsfullt.

Vårdledare behöver även förtydliga instrumentets användbarhet i organisationens helhet. Möjligheten att se meningsfullhet med instrumentet ökar då dess användbarhet är begriplig och hanterbar. Allt som känns meningsfullt, går att hantera och är begripligt kan i sin tur återfinnas i organisationens värdegrundsdokument. (Philipson, 2011, s.239-240)

Bakgrunden i detta arbete lyfter salutogena faktorer som främjar implementering. Faktorerna presenteras under rubrikerna meningsfullt, begripligt och hanterbart. I bakgrunden behandlas även begreppen projekt och process. Uppdraget är från början ett projekt som omvandlas till en process, vilket beskrivs som projektifiering. Projekt RAI Åland får i detta arbete exemplifiera hur projekt kan bli hälsofrämjande process.

## 1.1 Instrument RAI

InterRAI är internationell forskningsorganisation med uppgift att utveckla elektroniska instrument för vårdverksamheter. Enskilda länder har representanter i organisationen



och användning förutsätter ett avtal med InterRAI. Användarrättigheterna innehas i Finland av THL, som i sin tur har brukaravtal med vårdorganisationer runtom i landet. Två gånger i året skickar THL benchmarking rapporter, vilka baserar sig på klientbedömningarna enligt instrument RAI, till vårdorganisationerna. Programadministratör i Finland är det österbottniska bolaget Raisoft. Instrument RAI är ett elektroniskt frågedokument som ger mått på fysisk, psykisk, kognitiv och social funktionsförmåga. Mätresultatet kan fås i statistiska diagram, mätare, siffror eller som lättförstådda visuella rapporter. Instrumentet används i Finland främst inom kommunal äldreomsorg och i Folkhälsans äldreboende. Instrument RAI har potential att användas på tre nivåer i enskilda organisationer. Först och främst är det vårdpersonalens redskap då funktionsförmågan bedöms i gruppdialog med klienten, anhöriga och gärna representanter från olika yrkesgrupper till exempel vårdpersonal, fysioterapeut och/ eller näringsterapeut. Ledningen kan använda RAI redskapet i planering av verksamheten och i kvalitetsuppföljning. Organisationen kan använda bedömningsresultatet då verksamhetens resurser viktas mot ekonomiska resurser samt vid rekommendation av vårdnivå baserad på klientens individuella funktionsförmåga. ([www.raisoft.com](http://www.raisoft.com))

## 1.2 Tidigare forskning

Erfarenheten visar att innovationer har svårt att finna varaktigt fäste i vårdvardagen. Enligt Jakobsson & Peterson (Jakobsson 2013 s.119) kan detta bero på att sjuksköterskor upplever forskningsresultat som svåra att tyda och att de saknar klinisk relevans.

Implementering av ny kunskap (Nilsen 2011 s.17, Jakobsson 2013 s.112) ska ske strukturerat och vila på beprövad erfarenhet och vetenskaplig forskning då det bör finnas evidens för att nya metoder verkligen ger resultat och genererar nyttoeffekt för patienten och personalen. Det krävs tid för reflektion av innovationens betydelse för att teori och forskning skall kunna omsättas till handlingar.

Implementeringsforskningens fokus ligger på hur nya rön och ny kunskap skall kunna införas i organisationer och personalgrupper. Carlkjords avhandling *“The Challenge of Changing Practice”* (Jakobsson 2013 s.118) presenterar flera implementeringsmodeller och identifierar fyra gemensamma element; kontext, efterföljare, implementeringsaktivitet samt innovation.

Kulturen i organisationen och hur ledarskapet utövas speglar personalens förändringsbenägenhet och motivation att ta till sig innovationer. Det är viktigt att ge tid till förändring, vilket främjar medarbetarnas känsla av ansvar, hängivelse och tillit till uppdraget. Då tid ges stärks innovationens betydelse, vilket ökar viljan att arbeta för fastställda mål (Ham, 2003; Kane-Urrabazo, 2006; McPhee, 2007).

Det hälsofrämjande arbetet kan vara direkt eller indirekt riktat mot individen. Den direkta effekten påverkar individens personliga resurser medan den indirekta positivt påverkar arbetsmiljöns förutsättningar för hälsa. (Hanson 2004 s. 16)

### 1.3 Syfte och frågeställning

Syftet med denna studie är att utreda vilka faktorer i implementering av ny kunskap som kan ha inverkan på resultatet. Vårdledare i kommunal äldreomsorg på Åland ger sin syn på projekt RAI Ålands implementeringsprocess.

Studiens frågeställning är således;

Vilka resurser och hinder spelar en framträdande roll i implementeringen?

Vilka åtgärder har ledarna hittills vidtagit i implementeringsprocessen?

## 2 PROJEKTIFIERING OCH SALUTOGENES

Projekt är en temporär engångsuppgift av komplex karaktär där målet är att skapa något som är särskilt viktigt för verksamheten (Jansson & Ljung 2004 s.29). Hanson (2004 s.79) säger att det processinriktade tänkandet och arbetssättet både strävar till samt är en förutsättning för långsiktig och systematisk implementering.

Jakobsson & Peterson (Jakobsson 2013 s.116) beskriver två synsätt på implementeringsprocessen utgående från Grols et al. och Rodgers. Rodgers beskriver implementering som en stegvis process som leder fram till en innovation; kunskap, övertygelse, beslut, implementering, bekräftelse. Rodgers menar att kunskap innebär att arbetsgruppen får kännedom om innovationen och blir övertygad dess värde för att sedan implementera/ börja använda sig av det nya. Bekräftelsen av innovationen innebär att arbetsgruppen involverar innovationen i sitt dagliga arbete. Grols et al. beskriver effektiv implementering av nya rön som en stegvis process. Utgångspunkten för att genomföra en förändring är införande av nya riktlinjer eller ett behov av att införa bättre arbetsmetoder.

Grols et al. metod går ut på att formulera ett konkret förslag, analysera målgruppen och sammanhanget, välja eller utarbeta ett antal strategier för förändring, utveckla en implementeringsplan och slutligen utvärdera genom kontinuerlig uppföljning. (Jakobsson 2013 s.116-117)

Grols et al. utgår från att arbetsgruppen redan har kunskap som ligger till grund för förändringen och arbetar strategiskt med införandet av innovationen samtidigt som det finns förståelse för att förändringen bör utvärderas och revideras vid behov. Rodgers beskrivning av implementering ses som en cirkulär process där arbetsgruppen delar i processen som leder fram till en förändring. (Jakobsson 2013 s.117)

Salutogenes innebär att ta tillvara på resurser och se möjligheter i det befintliga. Verktyg för den salutogena tanken är känsla av sammanhang som bygger på tre ord hanterbart, begripligt och meningsfullt. Organisationen vinner på att tillämpa den salutogena tanken i sitt förbättringsarbete genom att följa en strategi där personalen upplever sig själva och det som skall implementeras som viktigt och meningsfullt då de begriper varför innovationen är till nytta. Förutsättningen är en kultur där hanterbarheten blir synlig genom delaktighet så att personalens tankar och upplevelser tas tillvara i implementeringen. Innovation eller idé handlar om dels en affärsidé som pekar på vad som skall åstadkommas och en salutogen idé som pekar på hur vi ska ha det för att lyckas. (Hanson 2010)

I Ottawa Charter (1986) fastställs tre vägledande principer för hälsofrämjande arbete; förespråka, medla och möjliggöra. Genom att förespråka skapas förutsättningar för salutogena processer där medverkan främjar arbetstrivseln. Detta möjliggör samverkan på olika nivåer. Hälsofrämjande arbete konkretiseras enligt Ottawa Charter i fem aktionsområden inriktade på att bygga en hälsoinriktad samhällspolitik, skapa stödjande miljöer för hälsa, stärka insatser på lokal nivå, utveckla personliga färdigheter och förnya hälso- och sjukvården. En insats på lokal nivå är hållbar utveckling av processen genom långsiktighet och helhetssyn för att vidmakthålla insatser efter att det egentliga implementeringsarbetet är avslutat. Hälsofrämjande arbete utgår från samspelet mellan miljö, samhällsstruktur och individens interaktion på olika samhällsnivåer. Delaktighet genom förmedling av kunskap och makt öppnar för organisationens personal en möjlighet till *empowerment*, det vill säga utvecklande av individuella resurser och färdigheter.

Hälsa som resurs hos individen är beroende av en stödjande och stimulerande livsmiljö. Arbetsplatsen eller arenan utgör en livsmiljö där människor möts och utbyter tankar

vilka formas till en kultur som gäller just på den arbetsplatsen. Det processororienterade arbetssättet får sin energi genom delaktighet i dialog mellan arbetstagarna på alla nivåer i organisationen. Genom dialog tas människors kunskap och idéer tillvara vilket är en förutsättning för engagemang och ansvarstagande. En hälsofrämjande process kännetecknas av att människor görs delaktiga för att skapa balans mellan individfrågor och organisationsfrågor. Man vill också eftersträva en balans mellan anställda och arbetsgivare i syfte att insatser skall få genomslagskraft på alla systemnivåer i organisationen. (Hanson 2004 s. 230)

Hälsofrämjande arbetssätt är att ta till vara på resurser i ett sammanhang, arenan, genom delaktighet på alla organisationsnivåer. Processororienterat arbetssätt innebär att organisationens medarbetare på alla nivåer kan aktiveras och bidra med sin energi och kreativitet. Det behövs förståelse för att organisationen fungerar som ett levande system för att förstå hur implementeringsprocessen skall vinna fäste på alla organisationsnivåer. (Hanson 2004 s.260-261)

Enligt Hanson (2004 s.264-269) kan förändringsarbetet skiktas upp i fyra processnivåer.

|   |
|---|
| Processnivå 4<br>En succesiv samhällsförändring mot bättre möjlighet för människor att påverka sin hälsa  |
| Processnivå 3<br>En mjukprocess som är medveten, skapande och bidrar till uthållig förändring och lärande |
| Processnivå 2<br>En mjuk process som ta hjälp av en hård struktur för att bli tydlig och komma igång      |
| Procesnivå 1<br>En hård process med ett mjukt innehåll  |

Figur 1. *Processnivåer i förändringsarbetet (Hanson, 2004 s.264).*

Den första processnivån är egentligen ett projekt med programmatiskt förhållningssätt där ledningen vill genomföra förändringsarbetet snabbt och effektivt enligt i förväg fastställt mål och projektplan. Detta förhållningssätt lyckas sällan motivera medarbetarnas engagemang på ett djupare plan. Innovationen känns påtvingad och medarbetarna sak-

nar förståelse för dess mening. Utan förståelse och mening är det svårt att hantera en innovation i vardagligt arbetsmönster.(ibis, s.265)

Den andra processnivån handlar om konvertering av hård process innehåll till en mjuk strukturerad process där medarbetarnas arbetshälsa främjas genom delaktighet, reflektion och ett kontinuerligt flöde av förändring och lärande. Vidare kännetecknas den mjuka strukturerade processen av kontinuerlig återkoppling mellan nuläge och implementeringens mål.(ibis, s.265)

Steget till processnivå tre är tagen då organisationens medarbetare har känsla för helheten, öppenhet mot varandra samt en vilja att samverka i dialog för gemensamt lärande. Detta är en förutsättning för skapandet av hållbara arbetsformer som bidrar till känsla av arbetstillfredsställelse det vill säga en känsla av sammanhang: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.(ibis, s.266)

Processnivå fyra lyder under politisk styrning. Då de ekonomiska och materiella resurserna används jämligt främjas människors motivation till att engagemang i implementeringsprocesser av innovationer.(ibis, s.268)

## 2.1 Meningsfullt

Rosengren (2014 s.100-103) säger att tydliga mål är en framgångsfaktor när det gäller medarbetarnas engagemang och arbetstillfredsställelse. En hållbar arbetsmiljö kännetecknas av att medarbetarna trivs och utvecklas tillsammans som grupp, vilket behövs för att utveckla långsiktiga mål. Ett mål kräver tid, engagemang och hårt arbete. När varje medarbetare ser helheten och betydelsen av sin arbetsinsats underlättas måloppfyllelsen. Rosengren (2014 s.216) betonar att klar och tydlig information i dagligt arbete motiverar till utveckling och förbättring då arbetstagarna utvecklar sitt medarbetarskap. Ett medarbetarskap kan beskrivas i termer av aktiva och ansvarstagande medarbetare som genom delaktighet och självledarskap i dagligt omsorgsarbete lever upp till organisationens mål och uppdrag. Hanson (2004 s. 232) hävdar att energin i förändringsprocessen uppstår då människor känner sig delaktiga och engagerade.

Självledarskap är att i arbetet främja strategier som stärker arbetsteamets laganda. Strategierna kan vara att i arbetsgruppen utveckla självständighet och stärka känslan av att ha inflytande och kontroll över sina arbetsuppgifter. Medarbetarnas förmåga att leda sig själva sker genom upplevelsen att ha kognitiv egenmakt, *empowerment*. Medarbetarna

uppmuntras till att sätta personliga mål som kan bidra till att gruppens mål uppnås, er hålla kunskap genom skolning, ge varandra konstruktiv kritik och beröm för goda insatser, förstå förhållandet mellan privata och kollektiva ambitioner samt mål och slutligen utveckla förmågan att utvärdera sitt arbete.(Jacobsen & Thorsvik 2014 s.424-425)

Rådande definitioner av ledarskap kan sammanfattas enligt följande: *ledarskap är ett speciellt beteende som människor utövar i avsikt att påverka andras tänkande, inställning och uppförande*. Avsikten med ledarskap är att få andra att arbeta för att förverkliga organisationens mål, motivera dem till ökad prestationspotential och att få dem att trivas på arbetet. Administration är att fokusera på produktion och att lösa problem på ett effektivt sätt genom att vägleda, stödja och ge återkoppling på de dagliga aktiviteter som utgör produktionen i en organisation. Ledarskap å andra sidan är att skapa visioner, kommunicera, motivera och uppmuntra till engagemang. (Jacobsen & Thorsvik 2014 s.388-390)

Ett värdebaserat ledarskap kännetecknas av kreativ rekrytering och kvarhållande av skickliga medarbetare med kunskap. Ledarskap innebär att skapa gemensam värdegrund i organisationen. Värdegrunden bygger på känsla av engagemang och intresse för organisationen. Nyckelvärderingar bygger upp organisationen tillsammans med uppfattningar, normer och förväntningar. Avsikten med värderingar är bygga legitimitet kring organisationens verksamhet. Värdegrunden byggs upp genom att utforma visioner och mål, institutionalisera målen, försvara organisationens värdegrund mot inre och yttre utmaningar samt genom arbetstagarnas delaktighet i jobbet att utforma värdegrunden. Genom delaktighet kan konflikter undvikas. (Jacobsen & Thorsvik 2014 s.416-417)

## 2.2 Hanterbart

Rosengren (2014 s.302) och Bondas (2003, 2008) säger att det caritativa ledarskapet kombinerar medmänsklighet och administrativ effektivitet med goda relationer mellan olika aktörer inom en vård- och omsorgsorganisation. En vårdande kultur främjar utveckling genom erkänsla för vårdpersonalens arbetsinsats. En vårdledare går både bredvid och framför i ett förändringsarbete där planeringen sker genom delaktighet (Bondas 2003).

Hanterbarhet är en kombination av resurser och förmågor som finns hos individen själv och i organisationen. En situation känns hanterbar då det råder balans mellan utmaning-

ar och krav. En arbetsplats med för låg personalbemanning i förhållande till arbetsmängden känns inte hanterbar, det finns inte utrymme att hinna och orka utföra allt trots att uppgiften i sig är meningsfull och personalen har kompetens. Kontrollerad hanterbarhet innebär att kompetens balanseras med resurser som tid, motivation och materiell utrustning. Vardagens hanterbarhet finns i graden av möjlighet att visa sin yrkesskicklighet, tillgänglighet av resurser som behövs för att utöva uppgiften, möjlighet att påverka arbetstakten och fatta egna beslut, upplevelse av socialt stöd och mångprofessionellt samarbete eller stöd i arbetsgruppen. Organisationen bör fungera på ett sätt som främjar hanterbarhet för att nå upp till sitt övergripande mål att få mer arbete gjort på ett effektivare sätt. Ledaren vinner på att tilldela medarbetare en uppgift utgående från individuell förmåga att kunna utföra densamma. Individuella egenskaper som mod, kreativitet och initiativförmåga påverkar gruppens samarbete och uppdragets utfall. (Hansson, 2010, s.141-153)

Hälsoekonomi undersöker hur samhällets begränsade resurser fördelas och används i hälsofrämjande insatser (Ferraz-Nunes & Karlberg 2012 s.13). Ekonomi kan definieras med uttrycket ”hushållning med begränsade resurser”. Vi hushållar med tid, pengar, varor och mänskliga resurser. Etik och moral är fundament för hälsoekonomi eftersom välfärdssamhället anser sjukvård som en mänsklig rättighet. Den politiska makten skyddar individen med hjälp av lagar och regler mot oseriös marknadsföring av hälso- och sjukvårdstjänster (Brodin & Andersson 1998 s.64-65).

Genom att integrera ekonomiskt tänkande i forskningsprocessen och i vårdprocessen kan förutsättningar för en mer kostnadseffektiv hälso- och sjukvård skapas, vilket underlättar alla slags utvärderingar (Brodin & Andersson 1998 s.160). Chefer och ledare bör ha en god förmåga att förklara och omsätta riktlinjer och strategier i den praktiska verksamheten samtidigt som personalens intressen och önskemål skall tillgodoses. Skicklighet krävs för att jämka samman önskemål och riktlinjer samt en känsla för vilka frågor som är viktiga. De budgetmedel som politiskt tilldelas en verksamhet är begränsade och önskemål riskerar att överskrida de resurser som finns tilldelade. En budget kan definieras som en plan uttryckt i penningbelopp med tidsbegränsning. Budgetering används för planering och samordning av resurser och kräver kommunikation mellan olika nivåer i organisationen (Parment 2010 s.101-103).

## 2.3 Begripligt

Begripligheten är beroende av kognitiv kapacitet. Individuellt finns variationer på förmågan att ta till sig, bearbeta, utveckla och använda kunskap. Begriplighet påverkar förmågan till samarbete och kommunikation i utvecklingsarbetet. (Hanson, 2010, s.119-121)

Begreppet literacy har sitt ursprung i latin med innebörden bokligt bildad. Enligt UNESCO innebär literacy både en förmåga att identifiera, förstå och kunna använda och kommunicera skrivet material inom olika områden. Literacy innebär såväl ett kontinuerligt lärande som utveckling av kunskap och potentialer för att en person förmår vara en aktiv deltagare i nående av att nå mål. Begreppet literacy innehåller tre dimensioner funktionell och basal literacy, kommunikativ och interaktiv literacy samt kritisk literacy. Med andra ord att kunna läsa och förstå information för att fungera i vardagliga situationer, att kunna kombinera sociala färdigheter mer aktivt deltagande för att ändra förutsättningar samt att analysera och utvärdera information för att i högre grad kunna kontrollera händelser och situationer. Literacy är innehålls- och sammanhangsspecifikt beroende på den arena individerna befinner sig i. Dagens samhälle ställer krav på en mångsidig kompetens med en väl utvecklad literacy för att förstå situationer och aktivt kunna delta i dess utveckling. (Ringsberg, Olander & Tillgren 2014, s. 49-51)

Ansa, leka och lära stödjer förståelseprocessen för utveckling och inläring. Ansning eller ta till vara enskilda styrkor, stimulerar till självaktivitet och stärker medarbetarens möjlighet att hitta sin inre styrka eller egenmakt, *empowerment*. Genom lek eller reflektion prövas olika strategier vilket kombineras med lärandet som öppnar nya vägar och möjligheter att implementera arbetsmetoder. (Eriksson 1997 s.19-32)

Didaktiken eller konsten att undervisa påverkar utfallet för utvecklingsarbetet. Ett didaktiskt angrepp är att ställa frågor som svarar på frågeorden varför, vad och hur. Varförfrågorna belyser meningsfullhet. Vad-frågor rör begripligheten. Hur-frågor ger metoder så målen blir hanterbara. Med andra ord påverkar frågorna motivation, förståelse och kapacitet. Svaren på frågorna ger inflytande på stämning och arbetsklimat samt känslan av att få vara delaktig vilket i sin tur leder till samsyn av värdegrunden. Ett didaktiskt tänkande i utvecklingsarbete förutsätter insikt i att lärande är en process som tar tid och kräver resurser som arbetsutrymme med utrustning för att kunna uppfylla uppdraget. Frågor kring lärandet och kompetens bör sammanfalla med arbetsplatsens policy



och värdegrundsdokument. Ledarskapets kompetens för didaktik är en avgörande faktor för utvecklingsprocessens utfall.(Eriksson, 2015, s.158)

## **2.4 Sammanfattning av bakgrunden**

RAI Åland initierades av Ålands Landskapsregering som ett femton månaders projekt i kommunal äldreomsorg för att stärka klienters medbestämmanderätt vid fastställande av vårdplan och rekommendation av vårdnivå. RAI är ett elektroniskt instrument som ger mått på klientens fysiska, psykiska, sociala och kognitiva funktionsförmåga genom att kartlägga både hälsoresurser och hälsohinder. Projektet eller den hårda processen bör utvecklas i en mjuk process med hälsofrämjande ansatts där arena, delaktighet och processororienterat arbete beaktas för att implementeringen av instrument RAI skall fortleva eller institutionaliseras på alla organisationsnivåer (Hanson 2010 s.64). Det hälsofrämjande arbetet ställer krav på en form av organisation, ledning och styrning som främjar samverkan genom exempelvis nätverk och partnerskap som kan genomföras på olika kommunala vårdnivåer men även som interpersonell samverkan mellanyrkesgrupper och professioner (Tillgren, Ringsberg & Olander 2014 s.33). Den komplexa verkligheten inverkar på människors vardag och förutsätter kunskap om förändringsprocesser samt kultur och struktur i organisationer. Hälsofrämjande insatser baseras på olika strategier och metoder samt på modeller för planering, implementering och utvärdering av det hälsofrämjande arbetet (ibis s.34). Utvärderingen bör fokuseras på både process och resultat genom multipla metoder där berörda intressegrupper uppmuntras att delta vid planerings-, genomförande- och utvärderingsfasen (WHO 1998).

## **3 FALLSTUDIE SOM METOD**

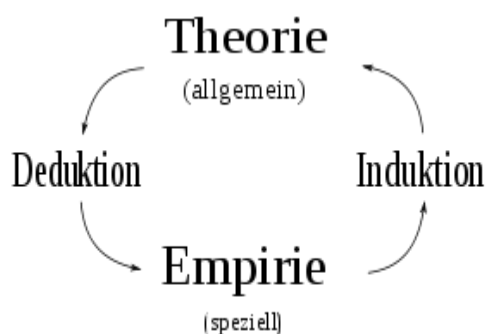
Denna studie är en kvalitativ studie med abduktiv ansatts där forskaren haft långvarig kontakt med empirin, äldreomsorgen på Åland.

### **3.1 Abduktion**

Abduktion (Patel & Davidson 2011 s.24-25) innebär att forskningen utgår induktivt från verkligheten, äldreomsorgen på Åland, och omsätter den i teori, vilken i denna studie är

Goodman teori om förändring i organisation (Nutbeam et al. 2010 s. 51). Teorin beskriver implementeringsprocessen i fyra steg; *awareness rising*, *adopton*, *implementation* och *institutionalisation*. Kort innebär Goodmans teori i första steget att ett problem identifieras och förslag till lösning klarläggs. I andra steget identifieras de nyckelpersoner som skall leda implementeringen i organisationen. I tredje steget påbörjas implementeringen i den arbetsgrupp som skall omsätta implementeringsobjektet i praktiken genom skolning och tillhandahållande av erforderligt material. I fjärde steget säkerställs åtgärder för att trygga implementeringsobjektets fortlevnad i organisationen som vedertaget arbetsredskap eller arbetsmetod.

Efter teoretisk bearbetning återvänder forskningen deduktivt till verkligheten och testar teorin i verkligheten genom en studie. I denna studie används fallstudie med enkät som metod. Svaren från enkäten omsätts induktivt i en ny teori, vilken i denna studie är Antonovskys teori om känsla av sammanhang med sina tre delområden begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Hanson 2010 s. 41). Abduktion beskrivs visuellt enligt figur 2:



Figur 2. *Abduktion* (sökord ”abduktion”, google onlinebilder)

### 3.2 Fallstudie

Studien bygger på ett succesivt framväxande av projekt RAI Åland till en implementeringsprocess. Implementeringen av instrument RAI är utförd vilket föranleder en utvärdering för att trygga arbetsverktygets fortlevnad i äldreomsorgen.(Olson & Sörensen 2011 s.18). Denna studie skrivs ur ledarnas syn på hur implementeringsprocessen gått för att få svar på vilka resurser och hinder som spelat en framträdande roll i implementeringsprocessen samt vilka åtgärder som ledarna hittills vidtagit för att bedriva imple-

menteringsprocessen i sina respektive kommunala äldreomsorgsorganisationer på Åland.

En utvärdering beskriver, värderar och förklarar befintliga förhållanden, utvecklingsinsatser, måluppfyllelse och processer. Avsikten är att insatsernas värde ska kunna bedömas utifrån resultatet. Skillnaden mellan ett forskningsprojekt och ett utvärderingsprojekt är att forskningen systematiskt och metodiskt söker efter ny kunskap medan utvärderingen beskriver och värderar befintliga förhållanden. (Olson & Sörensen 2011 s.38)

En fallstudie innebär att forskaren följer eller deltar i ett händelseförlopp. Fallstudien rör sig i förfluten tid, nutid och framtid och forskaren använder olika datainsamlingsmetoder beroende på det aktuella forskningsperspektivet. Fallstudiens forskningsobjekt kan vara ett fall, en person, en grupp eller en social enhet. (Olsson & Sörensen, 2011, s.142-143)

Fallstudien används då processer och förändringar studeras. Forskaren utgår från ett helhetsperspektiv för att få så täckande information som möjligt. Information av olika karaktär samlas in genom observationer, enkäter och intervjuer. (Patel & Davidson, 2011, s.56-57)

### **3.3 Enkät som fallstudiens verktyg**

En elektronisk enkät är snabb och enkel (Billhult & Gunnarsson 2012 s.144) vilket passar åländska förhållandena där kommunernas geografiskt utspridda läge med både land- och vattenförbindelser försvårar fysisk och regelbunden sammanstrålning under över-skådlig tid.

Delaktighet och information är genomgående tema i process RAI Åland varför alla kommuners ledare bereds möjligheten att svara på enkäten. Enkäten riktar sig således till ledare i åländsk kommunal äldreomsorg. Frågorna är egenkonstruerade (Billhult & Gunnarsson 2012 s.142) där forskaren frågar vårdledarens uppfattning om implementeringen. Det är viktigt (ibis) att frågorna inte missförstås och att de går att sammanställa och tolka samt att de ger en objektiv syn utan att forskarens syn avspeglas.

Enkätens första del innehåller bakgrundsfrågor med relevans för resultatets redovisning. Den andra delen består av nio frågor som kan konverteras till hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet.

Enkäten bör innehålla information, ett missiv, om varför undersökningen görs för att motivera ledaren att svara på frågorna (Patel & Davidson 2011 s.75). Missivet och frågorna sänds med e-post. Dokumentet med frågorna besvaras anonymt varefter informanten låser sitt frågedokument och skickar det med e-post till forskaren. Forskaren skriver ut svarsdokumentet i pappersform för bearbetning. Korrespondensen i e-posten raderas för att garantera informantens integritet. Studien sammanställs i ett masterarbete vilket delges kommunerna elektroniskt sensommaren 2018.

### **3.4 Innehållsanalys av metoden**

Forskaren har på förhand gjort en grundläggande tematisering och kategorisering. Temata och kategorier växte fram ur de erfarenheter forskaren erhöll under projektifieringsprocessen. Studien bearbetas genom på förhand bestämda kategorier i enlighet med salutogent förhållningssätt; begripligt, hanterbart och meningsfullt. Temata följer en på förhand bestämd plan i enlighet med enkäten; personal, ledare och organisation. Enkätens svar har sammanställts under respektive fråga enligt temata och kategori. Resultatet bearbetas utgående från personalens, ledarens och organisationens perspektiv på begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.( Jacobsen, 2012, s.146-147)

Sammanställningen av enkätsvaren ledde till 10 sidor text som utvärderas enligt fenomenografiskt uppfattningsbegrepp (Olsson & Sörensen, 2011, s. 172-177). Fenomenet i denna studie är implementering och helheten är äldreomsorgens arena. Vårdledarna ombeds ge sin syn på hur de uppfattar att implementeringen har gått för vårdpersonalen och organisationen samt hur de själva har lyckats förmedla och ta till sig RAI som arbetsverktyg. Studien kartlägger vårdledarnas uppfattning.

Resultatet avgränsar delarna, temata och kategorier, vilka sammanfogas till en helhet i diskussionen. Analysen är bunden till meningsinnehållet.

### **3.5 Informanterna**

Projekt RAI Åland hade som övergripande mål enligt landskapsregeringens önskan, att samtliga åländska kommuner skulle ansluta sig till användning av instrument Rai. Kommunerna bedriver enskilt äldreomsorgen under respektive socialförvaltning. Äldreomsorg finns kommunalt tillgänglig på tre nivåer; i det enskilda hemmet +/- hemvård

och/ eller hemsjukvård, på effektiverat serviceboende förkortat ESB samt på institution. Tretton kommuner är sammanslutna i kommunförbundet De Gamlas Hem numera Oasens boende- och vårdcenter. Kommunerna bedriver lokalt hemvård och ESB vård. Två kommuner har eget institutionsboende och en kommun köper institutionsplats vid behov från antingen Mariehamns stad eller från Oasen. Alla kommuner och organisationer har beroende på storlek äldreomsorgschef eller vårdledare. Enkäten skickades elektroniskt till de sexton kommunernas vårdledare eftersom ingen kunde exkluderas då det politiska incitamentet lydde att alla skulle anamma RAI i sin verksamhet. Studien inbringade 11 svar. En påminnelse skickades ut efter halva svarstiden som var två och en halv vecka. Två svar togs emot trots att den formella svarstiden gått ut. Med åländska mått räcker en svarstid på drygt fjorton dagar då erfarenheten visar att ju längre tid desto lättare att underlåta sig att svara. Det finns nio små kommuner varav fyra svarade på enkäten. Av de sju stora kommunerna svarade fem på enkäten. Således kom det inget svar från sex kommuner, fem små och två stora. Två stora kommuner skickade vardera in två ifyllda enkäter då de har fler personer i ledande ställning. Den första frågan handlade om vårdledarens yrke. Alla informanter som svarade har utbildning på högskolenivå; sjukskötare eller socionom. I flera mindre kommuner innehas ledarskapet av person med utbildning på institutnivå; närvårdare. Ingen av dessa ledare med den lägre utbildningen svarade på enkäten. Informanternas arbetserfarenhet som ledare gav efter uträkning i medeltal 9,8 år. Alla utom en uppgav att personalen bestod av närvårdare. En liten kommun hade hemvårdspersonal men specificerade inte yrkestillhörigheten. Endast två informanter hade också sjukskötare i arbetsgruppen. De mindre kommunerna uppgav att de har 9-11 platser på ESB nivå och de större har mellan 18 och 24 platser. Personaltätheten på ESB ligger runt 0,7-0,8 %. Antalet personer varierar från två eller tre personal på morgonskift till tre eller sex på kvällsskift. En eller två närvårdare jobbar natt. I flera kommuner sköter personal från ESB boendet också hemvården. Institutionerna har en personaltäthet på 0,8-0,9 % beroende på enheternas verksamhet. Personaltätheten är högre på enheter för personer med demenssjukdom. Alla utom en vårdledare har regelbunden kontakt med sin närmaste chef. Fyra ledare hade regelbunden kontakt med lokalpolitiker, fyra uppgav att de hade sporadisk kontakt och tre stycken ledare hade ingen kontakt med politiker.

## 3.6 Forskningsetik

En forskning eller studie bör följa tre grundläggande etiska krav (Jacobsen 2012 s.32-38) för att skydda den enskilda individens integritet. Kraven är informerat samtycke där det är frivilligt att delta i studien vilket framgår i enkätens missiv, krav på skydd av privatlivet i denna studies fall kommun- och organisationstillhörighet samt krav på att bli korrekt återgiven vilket inbegriper förbud mot förfalskning av data och/ eller resultat. Korrekt återgivning inbegriper öppenhet där studiens val beskrivs så långt som möjligt. När valen görs tydligt kan de kritiskt utvärderas då studien utsätts för granskning och värdering.

För att kunna utföra denna studie inhämtades forskningstillstånd från styrelsen för kommunförbundet De Gamlas Hem genom en skriftlig förfrågan. Ärendet protokollfördes av styrelsen och godkännandes att användas i examensarbete för master-studier. Organisationens förbundsdirektör intygade att detta arbete kan komma att användas i organisationens utvecklingsarbete. (Forskningsetiska delegationen, 2012)

## 4 RESULTAT

Resultatet redovisas under rubrikerna meningsfullt, hanterbart och begripligt. Resultatet baseras på vårdledarnas svar där de redogör för sin uppfattning om vilket genomslag RAI hittills har haft i respektive kommunala äldreomsorgsorganisationer.

### 4.1 Meningsfullhet

Meningsfullhet ger indikation på hur motiverade personal, ledare och organisation är att använda instrument RAI.

*Hur har du som ledare motiverat användningen av RAI hos din personal?*

De flesta har motiverat genom fakta att RAI bedömer patientens individuella funktionsförmåga och att RAI ger vägledning i rekommendation av rätt vårdnivå samt att det underlättar att uppskatta personaltätheten. Att få gå på kurs kan upplevas motiverande samt att bedömningstillfället finns planerat i avdelningen kalender och i patienternas

vårdjournaler. Hemvårdspersonal från en liten kommun har besökt grannkommunens ESB boende för att fördjupa sig i bedömningsarbetet. Ett par ledare upplever att det trots motivering finns motstånd hos personalen att utföra bedömning. Personalen tycker det är svårt och att det tar tid. Det förekommer underlåtelse att utföra arbetsuppgiften trots att tydlig planering har gjorts.

*Hur kan du som ledare motivera din personal att använda RAI?*

Ledarna visar sig intresserade och uppmuntrar till användning av instrumentet då de deltar i bedömningsarbetet. En ledare ser bedömningen som en möjlighet att göra personalen delaktig i vårdplaneringen, vilket i många arbetsgrupper uppfattas som sjukskötarens eller ledarens uppgift. Ledarna handleder och lyfter fram instrumentets fördelar till exempel att vårdplanerna blir mer objektiva. Det förs en kontinuerlig dialog i arbetsgruppen om vad RAI är, hur det skall användas och varför. En ledare har framhållit att politikerna har visat sitt stöd genom beviljande av monetära medel. Det anses också motiverande att tid har schemalagts för utförandet av arbetsuppgiften och att personalen kan göra bedömningen som en gruppuppgift.

*Finns RAI omnämnt i din organisations värdedokument(t.ex. budget, verksamhetsberättelse eller värdegrund)?*

Fyra organisationer nämner RAI i sin budget. Tre organisationer tar upp RAI i sin verksamhetsberättelse. Endast en organisation uppger att RAI finns i värdegrundsdokumentet. Fyra informanter har svarat ett enkelt ”ja” på frågan utan att specificera vilket värdedokument det handlar om. En informant svarar ”nej” på frågan medan en annan inte har kännedom om saken.

## 4.2 Hanterbarhet

Hanterbarhet som kategori behandlades också genom tre frågor likaså utgående från temata personal, ledare och organisation.

*Kan din personal använda instrumentet RAI? Har alla skolning?*

Personal från alla kommuner hade genomgått kurs i RAI instrumentets uppbyggnad och tillämpning. De första kurserna hölls vårvintern 2016 vilket medför att det finns nyanställd personal i organisationerna som inte har kunskap i instrumentet. En arbetsplats har tillämpat intern inskolning. Ledare upplever i vissa kommuner att instrumentets frågor kan misstolkas vilket leder till risk för felbedömning. Denna upplevelse orsakar osäkerhet hos närvårdarna som känner att de behöver hjälp från sjukskötare för att förstå hur instrumentet skall hanteras.

*Har du som ledare tilldelat personalen schemalagd tid att utföra RAI bedömningar?*

Alla har schemalagt tid för bedömningen. Utan planerad och avsatt tid skulle det vara svårt att få bedömningarna gjorda. En har löst det genom längre eftermiddagar efter att morgonens arbetspass är genomfört. En annan ledare har satt upp ett års-hjul på anslags-tavlan eftersom RAI skall göras minst två gånger per år. Samma ledare markerade också i journalen när bedömningsveckan infaller samt vilken dag bedömningen skall göras. Ett boende berättar att det är kontaktpersonens uppgift att se till att bedömningen blir gjord.

*Kan din organisation använda RAI bedömningen i val av vårdnivå?*

En ledare anser att RAI är ett bra instrument för val av vårdnivå. En annan tycker att kommunen har så få klienter att det går att uppskatta val av vårdnivå utan RAI bedömning genom att föra dialog med klienten och dess anhöriga. De flesta tycker att de inte lärt sig hantera instrumentet så bra ännu att de utgående från bedömningen kan ange rekommenderad vårdnivå.



### 4.3 Begriplighet

Studien önskar få svar på hur personal, ledare och organisationen förstår vad Rai är. Enkätens tre frågor och sammanfattning av dessa redovisas i detta kapitel.

*Använder personalen RAI i vårdplaneringen?*

Fem informanter uppgav att personalen inte använde RAI för vårdplanering ännu. Det finns ett samarbete mellan Raisoft och journalföringsprogrammet Abilita. Tanken är att RAI bedömningen skall synas i den elektroniska journalen för att underlätta kopplingen mellan journal och bedömning. Två informanter hoppades att denna koppling skulle underlätta arbetet med vårdplanen. Tre informanter hänvisade inte till kopplingen men hoppades komma igång med att använda bedömningens resultat i vårdplaneringen till hösten.

*Använder du som ledare RAI i din planering av verksamheten eller i kvalitetsuppföljningen?*

Endast en ledare uppger att den gjort framsteg i att försöka använda RAI resultaten i sin verksamhetsplanering. De flesta svara med ett tydligt nej på frågan utan att utveckla svaret vidare. En ledare anser att det ringa klientantalet gör överskådligheten tydlig utan RAI. Alla har gått kursen för vårdplanering och kvalitetsuppföljning av RAI men kunskapen har inte hunnits använda eller man har inte kommit igång ännu.

*Finns det förståelse för vad RAI är i din organisation?*

Fyra informanter tyckte det finns förståelse för vad RAI är. Även fyra har märkt att det börjar finnas förståelse men också kritik. Kommunala ledningen anser i en del kommuner att RAI tar tid från patienterna och ser införandet av RAI som ett krav. En person ansåg att vårdpersonalen visade förståelse för RAI men att närmaste chefen och andra tjänstemän hade svårare att förstå nyttan med instrumentet.

## 5 DISKUSSION

Den politiska intentionen var att bedöma vårdtyngd. Utgående från marknadsundersökningen finns det inget instrument tillgängligt som mångsidigt mäter vårdtyngd utgående från individuella patientdata. Detta bekräftades efter att upphandling gjorts. Instrument RAI mäter patientens/ klientens fysiska, psykiska, sociala och kognitiva funktionsförmåga. Det finns dock en mätarrapport i instrument RAI som kan ligga till underlag för vårdtyngd och uppskattning av adekvat vårdnivå. Det gäller för vårdledarna i kommunerna att hitta en metod för att konvertera den patogena termen vårdtyngd till en salutogen term, vilket funktionsförmåga kan anses vara. Begreppet vårdtyngd är problemorienterat och botten i hälsohinder samt sjukdom. Begreppet funktionsförmåga har en positiv innebörd där fokus ligger på att bevara och stöda individuella resurser för att överbygga hälsohinder och medicinska diagnoser. Det salutogena synsättet är karaktäristiskt för hälsofrämjande arbete.

Denna studie belyser ledarnas syn på resurser som främjar implementering. I resultatet framsteg att de finns hinder av organisatorisk karaktär, vilka kan vara svåra för vårdledaren att rå på. Studiens forskningsfrågor önskar få vårdledarnas svar på frågorna om vilka resurser och hinder som spelar en framträdande roll i implementeringen samt vilka åtgärder ledarna hittills tagit i implementeringsprocessen. Studiens enkätresultat jämförs i diskussionen med den salutogena referensramen i bakgrunden. Vårdledarnas uppfattning om personalens, vårdledarnas egen och organisationens känsla av sammanhang diskuteras för temata personal, ledare och organisation.

### 5.1 Personalens känsla av sammanhang enligt vårdledarna

Äldreomsorgens vårdpersonal har grundläggande kunskap i att använda instrument RAI. De kan utgående från patientdata svara på frågorna i det elektroniska frågeformuläret. Många organisationer arbetar utgående från kontaktmanskap och ser det som kontaktmannens uppgift att utföra bedömningen för de patienter denne har ansvar för. Men undersökningen visar att det också finns variationer där uppgiften RAI-bedömning tilldelats två i personalgruppen på årsbasis. Det råder också delvis uppfattning om att RAI-bedömning är sjukskötarens uppgift. Detta kan förstås eftersom personalen motiverats genom faktabaserade och administrativa termer så som mått på funktionsförmågan, per-

sonaldimensionering och val av vårdnivå. Personalen har fått gå på kurs men arbetsplatskolning av ny personal förekommer liksom samarbete två mindre kommuner emellan. Det finns utvecklad insikt i hur bedömningen skall användas i vårdarbetet som helhet. Personalen vet hur uppgiften skall göras men känner sig inte motiverad till att använda bedömningen som ett redskap i vårdaktiviteten vårdplanering. Tidsbrist och ovilja ligger som grund för underlåtelser i kombination med uppfattning om att det är sjukskötarens arbetsuppgift. Det finns en rädsla för att missuppfatta frågorna och ett behov av hjälp och stöd från ledarna för att kunna utföra uppgiften. Alla processer som rör implementering eller arbetsutveckling bör ha tydliga mål. Tydliga mål engagerar personalen då de vet varför en utveckling anses nödvändig. Ett tydligt formulerat mål underlättar medarbetarens förmåga att se helheten samt betydelsen av sin egen insats i arbetet att nå dit. Enligt Rosengren (2014) bygger arbetstillfredsställelse på hur personalen trivs tillsammans i utvecklingsarbetet och hur de gemensamt arbetar för att nå uppställda mål. Energi tillförs i utvecklingsprocessen genom att stärka medarbetarens inre motivation och uppmuntra till självledarskap (Hanson, 2004; Jacobsen & Thorsvik, 2014; Rosengren, 2014). I projektfasens kommunala informationsbesök betonades vikten av att se implementering av RAI enligt värdemodellen; värde för personalen, värde för patienten och värde för organisationen. Ingen av informanterna hade motiverat värde av personalens vinning i att utföra RAI. Det fanns kanske hopp i att personalen skulle känna sig motiverad genom att lyfta fram värdet för patienten och värde för organisationen samt att resursen kurs skulle öka uppgiftens hanterbarhet. Men begripligheten för var RAI finns i vårdarbetet som helhet är enligt utvärderingen svagt utvecklad. Vårdprocessen (Eriksson, 1985) sker i stegen datainsamling, dataanalys och val av vårdhandlingar och vårdmål utgående från hälsohinder och hälsoresurser. Frågorna i RAI motsvarar vårdprocessens datainsamling. Yrkesskickligheten avgör sedan hur data hanteras för att göra vårdhandlingarna och – aktiviteterna begripliga i dagligt patientarbete. Personalen i äldreomsorgen kunde motiveras genom att lyfta fram värdet av att RAI kan stärka den kognitiva egenmakten, *empowerment*, då närvårdarens yrkeskunskap prövas mot hanteringen av datainsamlingen och förstår vad RAI används till i övergripande vårdarbete. Enkelt kan man säga att egen vinning motiverar till personligt engagemang då individen begriper vad som skall göras och kan hantera balansen mellan uppdraget och tillgängliga resurser.

## 5.2 Ledarnas egen känsla av sammanhang

Informanterna eller vårdledarna hade i medeltal ungefär tio års erfarenhet av äldreomsorg. Alla informanter hade högskoleutbildning på minst kandidatnivå. Ingen vårdledare med utbildning på högst institutionsnivå svarade på enkäten.

Enkäten frågade hur ledaren kan motivera personalen att använda RAI, om ledaren själv använder RAI i verksamhetsplaneringen och om personalen erbjudits möjlighet i tid att utföra arbetsuppgiften. Ledarna försöker motivera genom att visa delaktighet och erbjuda stöd då bedömningen utförs. Ledarna uppger att de förstår användningspotentialen av RAI men de flesta har inte kommit så långt att de kan använda verktyget i sitt dagliga arbete. Ett par ledare hoppas på att vårdplaneringen blir tydligare då det finns en elektronisk uppkoppling mellan bedömningen och vårdjournalen. Ledarna har schemalagt tid för utförande av bedömningen genom längre arbetsdagar och genom att synliggöra arbetsuppgiften i visuella verktyg som årsplanering, veckoplanering och markering i patientjournalerna. Ledarna försöker öka förståelsen för RAI genom diskussion och påpekande om skyldighet att utföra tilldelad arbetsuppgift eftersom monetära kursmedel har tillförts. En ledare försökte stärka personalens egenmakt, *empowerment*, genom att ge personalen friheten att själva markera i kalendern när de skulle arbeta med RAI. I studiens bakgrund framkommer grundläggande ledaregenskaper som kan främja implementering och trygga fortlevnad av arbetsmetoder i organisationer. Ledarskap är att skapa visioner (Jacobsen & Thorsvik, 2014) genom kommunikation, motivation och uppmuntran till engagemang. Enligt Bondas (2003) och Rosengren (2014) innefattar caritativt ledarskap medmänsklighet och erkänsla för medarbetarna då vårdledaren rör sig i implementeringsprocessen framför sin personal för att visa vägen, bredvid sin personal genom att visa delaktighet och bakom sin personal så att ingen lämnas efter. Detta kan enligt Erikssons teori "att ansa- att leka- att lära" (1997) göras under pedagogiska förtecken. Ett didaktiskt tänkande i utvecklingsarbetet underlättas om implementeringsprocessen ses som en lärandeprocess. Det tar tid att lära sig nytt och att förstå hur det nya skall användas i praktiken. Enskilda medarbetare tar till sig kunskap olika snabbt beroende på kapacitet av literacy. Förmågan att lära sig nytt påverkas också av individens motivation inför uppgiften vilket i sin tur påverkas av om man förstått vad som skall göras. Detta kan jämföras med Rodgers *adaptationsteori*; variationer för hur lång tid det tar för arbetsgruppens enskilda medarbetare att ta till sig en ny arbetsmetod.

Ledaren i äldreomsorgen bör således fundera på hur de utövar sitt ledarskap. Det bör finnas en ärlig balans mellan uppdraget att leda en förändringsprocess och tillgängliga resurser i tid, personal samt annan arbetsbörda. De flesta ledare i äldreomsorgen leder en personalgrupp bestående av närvårdare. Trots att vårdprocessen lärs ut både på institut och högskolenivå så anses det vara sjukskötarens arbetsuppgift att analysera vård-data och utarbeta vårdplanen. Sjukskötaren i äldreomsorgen utövar ofta sitt uppdrag ensam utan kolleger med samma yrkestillhörighet. Det finns många uppgifter som sjukskötaren är ensam om att ha yrkeskunskap i och risken att få en övermäktig arbetsbörda är påfallande stor. Att leda en implementeringsprocess mot bestämda mål kräver tid, engagemang och hårt arbete. Risken finns att orken tryter vilket påverkar motivationen negativt. Enkäten visar att ledarna försöker motivera och de försöker göra uppgiften hanterbar genom att tilldela personalen schemalagd tid att utföra RAI men de har utvecklad insikt i hur de skall hantera RAI på ledarskapsnivå.

### **5.3 Organisationens känsla av sammanhang enligt vårdledarna**

De flesta informanterna uppger att RAI finns nämnt i organisationens budget och verksamhetsberättelse. Endast en kommun som deltar i enkäten nämner RAI i sin värdegrund. En informant har inte kännedom om detta medan två ger nekande svar men hoppas att framtida värdedokument skall ta upp RAI. Tjänstemän och politiker har överlag ringa kunskap om hur RAI används på organisationsnivå men det finns början till förståelse för verktyget. Ledarna anser att vårdpersonalen vet vad RAI är. Tjänstemän i kommunal ledning har uttalat misstro mot RAI då de anser att RAI tar tid från patienterna och att RAI är ett måste från landskapsregeringens sida.

Det finns enligt ovan en konflikt i organisationernas känsla av sammanhang. Insikten om att RAI är så mycket mer än ett vårdverktyg är föga utvecklad. Organisationerna nämner verktyget i budgeten. I studiens bakgrund framkommer att samtliga referenser (Ferraz-Nunes & Karlberg, 2012; Brodin & Andersson, 1998; Parment, 2010) anser att hälsofrämjande ekonomi omfattar hur resurserna fördelas i tid, pengar, varor och mänskliga resurser. Det framkommer att ekonomi bör integreras i utvecklingsarbete för att öka kostnadseffektiviteten. I arbete med budgeten bör det finnas framförhållning i etik och moral för att nå god kommunikation och delaktighet mellan alla organisationsnivåer. Organisationens värdegrund skall synas på alla organisationsnivåer. Värdegrun-

den bygger på gemensamma visioner och målformuleringar för att trygga fortlevnad i utvecklingsarbetet. Organisationerna i äldreomsorgen bör således fundera över hur ett utvecklingsarbete tas emot, blir synligt genom enskilda aktörer, främjas i implementeringsfasen samt tryggas fortlevnad. Implementeringsprocessen i arbetet med projekt RAI har följt Goodmans *teori om organisationsförändringar* beskriven av Nutbeam et al. (2010). Enligt teorin bör själva implementeringen föregås av ett noggrant arbete där kunskap om implementeringsobjektet sammanställs. Denna kunskap skall förankras hos organisationens ledande personer. Implementeringsfasen präglas av skolning och praktiskt utövande av implementeringsobjektet. Enligt Nutbeam (2010) finns det risk för att implementeringsobjektet överges ifall utövarna inte får tillräckligt stöd från organisationen och om organisationen negligerar vikten av att utvärdera olika behov av resurser som fortsättningsvis bör tillföras trots att utvecklingsarbetet är igång. Om implementeringsobjektet, i denna studies fall instrument RAI, inte känns meningsfullt och begripligt i hela organisationen är det svårt att hantera fortlevnaden. I institutionaliseringsfasen skall innovationen inte längre ses som en innovation utan dess plats i sammanhanget och helheten skall ses som en självklarhet som genomsyrar värdegrund, handlingsplaner och budget på alla organisationsnivåer.

#### **5.4 Reflektion av äldreomsorgens salutogenes**

Projekt RAI Åland har genom de salutogena beståndsdelarna meningsfullt, begripligt och hanterbart genomgått en projektifiering eller en omvandling till en implementeringsprocess. Studien har teoretiskt följt metoden abduktion. Forskaren har utgått från arenan äldreomsorg där instrument RAI infördes efter upphandling och förespråkande möten. Implementeringsobjektet RAI omsattes i implementeringsteorier och metoder. Implementeringsprocessen utvärderades i verkligheten genom enkätintervju. Slutligen förankrades enkätens resultat i teorin om salutogenes genom termerna meningsfullt, begripligt och hanterbart. Forskaren har under processens gång försökt förmedla en känsla av delaktighet genom att föra dialog med ledarna i kommunerna, sammankalla till möten och delge skriftlig slutrapport av projektet. Allt enligt Ottawa Charters (1986) principer för hälsofrämjande arbete; förespråka genom information, medla genom att förklara och svara på frågor och möjliggöra genom att tillsammans med Raisoft utbildaren

arrangera kurser i instrumentanvändningen. Implementeringsprocesser bör kontinuerligt utvärderas.

Figurerna nedan (figur 2, 3 och 4) visar studiens resultat av ledarnas syn på vilka resurser och hinder som främjar RAI:s implementering och fortlevnad i åländsk äldreomsorg. Figurernas tredje kolumn är en sammanställning av implementeringsprocessens främjande faktorer enligt studiens bakgrund.



Figur 2. Personalens resurser och hinder i verklighet och teori

| Ledare  |   |   |
|---|---|---|
| Resurser:<br>Erfarenhet<br>Utbildning<br>Schemaläggning<br>Årshjul<br>Veckoplanering<br>Vårdjournal<br>Dialog<br>Frihetsutrymme | Hinder:<br>Tidsbrist<br>Avsaknad av koppling mellan instrument och vårdjournal<br>Personalens attityd<br>Obalans mellan arbetsbörda och förväntningar<br>Ensamhet | Teoretisk bakgrund:<br>Rodgers adaptionsteori<br>Visioner<br>Caritativt ledarskap<br>Pedagogiskt ledarskap<br>Vårdteorier<br>Engagemang och empowerment |

Figur 3. Ledarens resurser och hinder i verklighet och teori.

| Organisationen                                 |  |  |
|--|--|--|
| Resurser:<br>Värdedokument<br>Resursfördelning | Hinder:<br>Otydlig helhetsbild<br>Kunskapsbrist av varandras arbetsområden | Teoretisk bakgrund:<br>Implementeringsprocessen<br>Goodmans teori om förändring i organisationer |

Figur 4. Organisationens resurser och hinder i verklighet och teori.

En jämförelse av kolumnerna i tabellerna visar att implementeringsprocessen av RAI fortfarande är i behov av stor utveckling. Kommunernas äldreomsorgspersonal och vårdledare har lärt sig att använda verktyget, men arbetet med att använda RAI på mer



administrativ nivå i vårdplanering och rekommendation av vårdnivå är knappt påbörjat. Den troliga orsaken är ledarnas arbetsbörda i förhållande till arbetstid. Dessutom arbetar de flesta ledare ensamma i sin position. Arbetstiden räcker till att sköta sedvanliga löpande arbetsuppgifter och det är svårt att hitta tid för kontinuerligt utvecklingsarbete. Orken måste också räcka till även om inre motivation finns. I enkätens bakgrundsfrågor inhämtades uppgifter på medarbetarnas yrkestillhörighet samt personaldimensionering. Antalet personer på plats per arbetsskift är relativt lågt i förhållande till antalet patienter per boende. En del kommuner delar sin personal mellan ESB-boende och hemvård. Institutionerna har 4-5 närvårdare på morgonskift och tre på kvällsskift fördelat på ett drygt tjugotal patienter. Den överlappande tiden av arbetsskiften är ungefär två timmar på eftermiddagen. Flera jobbar på lägre arbetsprocent än heltid, vilket medför att de går hem strax efter att kvällspersonalen kommit på plats. Tiden på eftermiddagen är också den tid som avsatts för boendes aktiviteter så som promenader, underhållning och utflykter.

All studiens informanter hade skolning på yrkeshögskolenivå. Kommuner med ledare vars utbildning återfinns på institutnivå svarade inte på enkäten. Kanske är det så att skillnaderna mellan skolnivåerna är så hög att det är svårt att ta till sig forskning och bedriva utvecklingsarbete på högre nivå då högskolekompetens saknas. Det förvärrar ytterligare sjukskötarens uppdrag att bedriva utvecklingsarbete då större delen av arbetsgruppen är skolade på institutnivå. En ensam ledare inom äldreomsorgen behöver kontinuerligt stöd för att hinna bedriva framgångsrikt utvecklingsarbete inom överskådlig tid. Det kunde behövas en grupp RAI koordinatörer med intresse för didaktik som hjälper till i implementeringsprocessen. Det kunde påskynda och koncentrera implementeringsprocesser generellt om salutogent hälsofrämjande arbetssätt anammas. Salutogent arbetssätt kunde passa personalen i äldreomsorgen. Att se resurser framom hinder och tänka hur helheter och delar hör ihop är inte så svårt och går lätt att förstå oberoende individens yrkestitel eller befattning.

## 5.5 Etisk diskussion

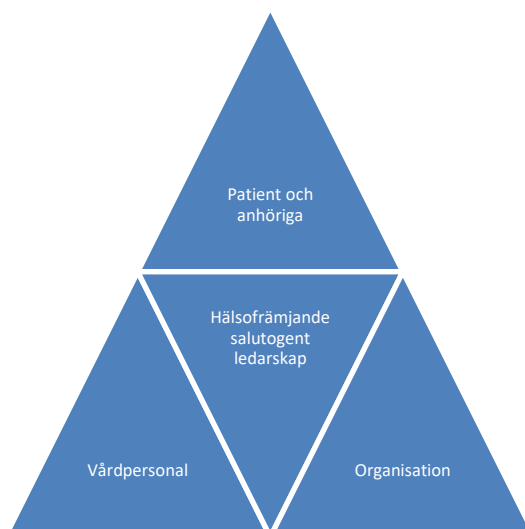
Informanternas integritet har skyddats enligt utlovande löfte under hela studien. Ingen kan spåras till kommun eller enskild arbetsplats. Inget boende nämns vid namn eller vid

kommuntillhörighet. Studien avslöjar inte informantens gender eftersom de flesta personer som arbetar inom kommunal äldreomsorg är kvinnor. Hänvisning till manlig individ kunde lätt härledas till person. Alla spår av e-post korrespondens är raderade ur datorn och datorns papperskorg är tömd. Utskrifter av enkäten förvaras av forskaren på enskild plats och i skydd för obehörig tillgång. Studien erhöll protokollfört forskningslov från styrelsen för kommunförbundet De Gamlas Hem numera Oasens boende- och vårdcenter. Denna organisation utsågs av landskapsregeringen på Åland till projektägare då projekt RAI Åland initierades. Forskaren som förvärvsarbetar i organisationen utsågs på begränsad tid till projektledare och har nu återgått till avdelningsskötarbetet. Denna fallstudie har bedrivits på sidan om förvärvsarbetet. Kommunförbundets ordförande har godkänt studien skriftligt enligt Arcadas tillståndsdokument och studien kan komma att användas i organisationens utvecklingsarbete.

## **5.6 Integrerad helhet för generalisering av studien**

Arenan kommunal äldreomsorg är en komplex helhet. Folkvalda politikers vilja omsätts av specialutbildade tjänstemän i organisatorisk verksamhet. Synen på hur politiska incitament implementeras och vilka tillvägagångssätt som anses lämpliga att följa kan variera beroende på parternas individuella förförståelse och kunskap. Vårdledare i kommunal äldreomsorg bör ha god pedagogisk färdighet eftersom de kan sägas utgöra ett filter mellan den kommunala och organisatoriska ledningen kontra den operationella vårdverkligheten. Politiker och chefer använder ord som projekt, vårdtyngd och verkställa. Motsvarande ord i vårdverkligheten är process, funktionsförmåga och implementering. Orden i vårdverkligheten innebär att incitamentet inte går att omedelbart omsättas i praktisk handling. Det krävs resurser som tid, personal och kunskap om det som skall implementeras, vilket i sin tur kräver utrymme för planering, reflektion och samarbete. Ett hälsofrämjande arbetssätt där resurser lyfts för att överkomma hinder genom salutogen framförhållning kan vara lösningen för att alla parter skall uppfatta en implementering meningsfull, hanterbar och begriplig. Det är vårdledarens ansvar att förklara uppdragets verklighet med ord som gör det möjligt för medarbetare, organisation och målgrupp att förstå varför uppdraget görs, på vilket sätt det skall göras och hur intressenterna på subjektivt varierande sätt kan ha nytta av innovationen.

Modell för hur helheten kan illustreras då innovation salutogent filtreras genom hälsofrämjande ledarskap mellan organisationens intressenter syns i figur 6.



Figur 6. *Hälsofrämjande prisma för implementering* (egen figur).

## 5.7 Implikationer för framtiden

Denna studie belyser implementeringsprocessen ur kommunala vårdledares uppfattning om hur implementeringsobjektet RAI vunnit genomslag hos vårdpersonalen och i organisationerna samt ledarnas egen uppfattning hur de har lyckats ta till sig RAI och engagerat sin personal. Det kunde vara adekvat att göra en motsvarande studie ur medarbetarnas och organisationens perspektiv. Det skulle vara intressant att få kunskap i hur närvårdaren inom kommunal äldreomsorg upplever sin arbetssituation. Samtidigt skulle det vara intressant att höra vilka förväntningar och upplevelser kommuninnevånarna har av vården i kommunal äldreomsorg.

## KÄLLOR

- Bondas, Terese. 2003, *Caritative leadership. Ministering to the Patients*, Nursing Administration Quarterly 27, vol.27, s. 249-253.
- Bondas, Terese. 2008, *Det caritative ledarskapet*, Vård I fokus, vol. 3, s. 4-8.
- Brodin, Håkan & Andersson, Agneta. *Hälsoekonomins grunder*, 1 uppl., Lund: Studentlitteratur, 195 s.
- Billhult, Annika & Gunnarsson, Ronny. 2012, *Enkäter*. I: Maria Henricson, red., 1 uppl., Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad, Studentlitteratur AB, s.139-149.
- Eriksson, Katie. 1985, *Vårdprocessen*, 3 uppl., Göteborg: Almqvist & Wiksell Förlag AB, 112 s.
- Eriksson, Katie. 1997, *Vårdandets idé*, 1 uppl., Stockholm: Liber AB, 100 s.
- Eriksson, Monica (red.). 2015. *Salutogenes – om hälsans ursprung. Från forskning till praktisk tillämpning*, 1 uppl., Stockholm: Liber AB, 211 s.
- Ferraz-Nunes, José & Karlberg, Ingvar. 2012, *Hälsoekonomi – begrepp och tillämpningar*, 2 uppl., Lund: Studentlitteratur AB, 297 s.
- Forskningsetiska delegationen 2012, *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Publikationer 2012. Forskningsetiska delegationen
- Ham, Chris. 2003, *Improving the performance of health service: the role of clinical leadership*, The Lancet, vol.361, s. 1978-1980.
- Hanson, Anders. 2004, *Hälsopromotion i arbetslivet*, 1uppl., Lund: Studentlitteratur AB, 296 s.
- Hanson, Anders. 2010, *Salutogent ledarskap – för hälsosam framgång*, 4 uppl., Stockholm: Gothia Fortbildning, 211 s.
- Hälsopolitiskt program för Åland 2010-2020*. Ålands Landskapsregering. [www.regeringen.ax](http://www.regeringen.ax) . Hämtat 12/ 2014
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2010, *FÖRSTÅELSE, BESKRIVELSE OCH FÖRKLARING – Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, 2 uppl., Lund: Studentlitteratur AB
- Jacobsen, Dag Ingvar & Thorsvik, Jan. 2014, *Hur moderna organisationer fungerar*, 4 uppl., Lund: Studentlitteratur AB, 523 s.
- Jakobsson, Liselott & Petersson, Pia. 2013, *Implementering*. I: Liselott Jakobsson, red., Aktionsforskning i vård och omsorg, Falkenberg: Gleerups Utbildning AB, s. 111-122.
- Jansson, Tomas & Ljung, Lennart. 2004, *Projektledningsmetodik*, 1 uppl., Lund: Studentlitteratur AB, 430 s.
- Kane-Urabazzo, Christine. 2006, *Management`s role in shaping organizational culture*, Journal of Nursing Management, 14, s. 188-194.
- Kvalitetsrekommendation tjänster för äldre. Ålands Landskapsregering. [www.regeringen.ax](http://www.regeringen.ax) . Hämtat 12/ 2014
- McPhee, Maura. 2007, *Strategies and Tools for Managing Change*, JONA, vol. 37, No.9, s.405-413.
- Lag om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 28.12.2012/980*, Finlands författningssamling. Tillgänglig: Finlex

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2012/20120980> Hämtad 15.01.2015 och 01.05.2018

Socialvårdslag 30.12.2014/1301, *Finlands författningssamling*. Tillgänglig: Finlex

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2014/20141301> Hämtad 01.05.2018

Nilsen, Per. 2011, *Implementering. Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*, 1 uppl., Lund: Studentlitteratur AB, 263 s.

Nutbeam, Don; Harris, Elisabeth & Wise, Marilyn. 2014, *Theory in a Nutshell*, 3 uppl., Australien: The McGraw-Hill Companies, 76 s.

Olsson, Henny & Sörensen, Stefan. 2011, *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*, 3 uppl., Stockholm: Liber AB, 328 s.

Parment, Anders. 2015, *Kort om Marknadsföring*, 1 uppl., Lund: Studentlitteratur AB, 281 s.

Patel, Runa & Davidson, Bo. 2011, *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*, 4 uppl., Lund: Studentlitteratur AB, 149 s.

Philipson, Sten. 2011, *Kan en värdegrund skapa framgång*, 1 uppl., Lund: Studentlitteratur AB, 259 s.

[www.raisoft.com](http://www.raisoft.com)

Ringsberg, Karin C; Olander, Ewy & Tillgren, Per. 2014, *Health literacy- Teori och praktik i hälsofrämjande arbete*, 1 uppl., Lund: Studentlitteratur AB, 267 s.

Rosengren, Kristina. 2014, *Vårdledarskap- Att utveckla och förändra framtidens vård och omsorg*, 1 uppl., Lund: Studentlitteratur AB, 344 s.

Världshälsoorganisationen. 1986, *Ottawadeklarationen den 21 november 1986*. Tillgänglig: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en>. Hämtad 16.12.2014



**Missiv**

**Frågeformulär**

## **Till dig som arbetar som ledare i äldreomsorgen på Åland**

Landskapsregeringen på Åland önskar att klienter inom kommunal äldreomsorg erhåller en objektiv bedömning av sin funktionsförmåga. Bedömningen skall vara internationell och framtagen genom forskning. Syftet med bedömningen är att trygga vård på rätt vårdnivå utgående från enskild klients behov och att stärka klientens medbestämmanderätt vid vårdplanering. Initiativet är inspirerat av äldreomsorgslagen 28.12.2012/980 "Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre". Lagen är inte i kraft på Åland men andemeningen i rikets lag kommer att ingå i kommande socialvårdslag för Åland, vilken beräknas tas i bruk år 2019.

De åländska kommunerna använder sedan år 2016 ett elektroniskt instrument utarbetat av RAIsoft. Företaget RAIsoft bedriver forskning i ickekommersiellt syfte med uppgift att utarbeta elektroniska instrument för olika planeringar inom vårdkontexten.

Implementeringen av instrument RAI föregicks av ett projekt som kommunalförbundet DE Gamlas Hem numera Oasens boende och vårdcenter ålades att bedriva. Projektets mål var att alla kommuner införde RAI samt erhöll skolning i att använda instrumentet. RAI administreras i dagens läge från ÅDA (Ålands Digitala Agenda). RAIsoft har egna kursledare som tillgodoser utbildningen.

Jag, Maria Erikson, utsågs till projektledare för RAI Åland på hösten 2014 ungefär samtidigt som mina master-studier i Hälsofrämjande HYH påbörjades på yrkeshögskolan Arcada i Helsingfors. Jag arbetar nu med mitt examensarbete och önskar göra en utvärdering i form av enkät hur ledarna i kommunal äldreomsorg upplever arbetet med RAI och hur långt RAI är implementerat i daglig verksamhet. Jag har genom formell förfrågan fått tillstånd av styrelsen för DGH att bedriva denna undersökning och har förbundsdirektörens underskrift på att resultatet kan komma att användas i utvecklingen av verksamheten.

Enkäten besvaras elektroniskt på frågeformuläret som finns som bilaga till detta brev. Frågeformuläret skickas till dig som olåst dokument med möjlighet att besvaras elektroniskt. Läs dokumentet då frågorna fyllts i och skicka svaret till [maria.erikson@dgh.ax](mailto:maria.erikson@dgh.ax). Denna e-post kan endast läsas av mig. Jag skriver ut frågeformuläret och raderar e-post

svaret. Svaren kommer att behandlas enligt vetenskaplig praxis genom omskrivning och kategorisering där alla spår av eventuell person eller organisationsigenkännande data lämnas bort och inte kan härledas till enskild person eller organisation. Detta för att skydda enskild persons integritet. Mitt master-arbete skall vara klart och framföras 05.06.2018 varför jag vänligen hoppas att du vill delge mig ditt svar senast 30.04.2018. Svaret behöver inte vara långt utan snarast kort och informativt. Jag kommer att skicka en kopia av arbetet till alla organisationer i kommunal åländsk äldreomsorg senast sensommaren 2018.

Med vänlig hälsning,

Maria Erikson

Maria.erikson@arcada.fi

mobil 040 xxx eller arbete xxx

Handledare

Överlärare i Hälsofrämjande

Maria Forss

[Maria.forss@arcada.fi](mailto:Maria.forss@arcada.fi)



## Frågeformulär

### Del A; Bakgrundsfrågor

1. Vilken är din yrkesbenämning?
2. Hur länge har du arbetat som ledare i äldreomsorgen?
3. Vilka yrkesbenämningar förekommer hos din personal?
4. Hur ser personaltätheten ut? Svara i procent eller antal personal/ arbetspass
5. Har du en regelbunden kontakt med kommunens äldreomsorgschef?
6. Har du kontakt med personer i kommunens politiska ledning?

### Del B; Frågor om RAI

Använder personalen RAI i vårdplaneringen?

Kan din personal använda instrument RAI? Har alla skolning?

Hur har du som ledare motiverat användningen av RAI hos din personal?

Använder du som ledare RAI i din planering av verksamheten eller i kvalitetsuppföljningen?

Har du som ledare tilldelat personalen schemalagd tid att utföra RAI bedömning?

Hur kan du som ledare motivera din personal att använda RAI?

Finns det förståelse för vad RAI är i din organisation?

Kan din organisation använda RAI-bedömningen i val av vårdnivå?

Finns RAI omnämnt i din organisations värdedokument (ex. budget, verksamhetsberättelse, värdegrund)?

Tack för din medverkan!

