

Beteckning: \_\_\_\_\_



**Institutionen för vårdvetenskap och sociologi**

**Distriktssköterskors, sjuksköterskors och  
chefers upplevelse av att arbeta med  
fallprevention inom äldreården**

*Karin Nyman  
Juni 2009*

Examensarbete, 15hp, avancerad nivå  
Vårdvetenskap

**Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning distriktssköterska  
75hp  
Examinator: Maria Engström  
Handledare: Birgitta Fläckman**

## **Sammanfattning**

Syftet med studien var att beskriva hur distriktssköterskors, sjuksköterskors och chefers upplevelser att arbeta med fallprevention inom äldreomsorgen. Studien hade en beskrivande design. I studien deltog en chef och fem distriktssköterskor inom primärvården och en chef och tre sjuksköterskor inom kommunen i mellersta Sverige. Data samlades in genom en strukturerad intervju med öppna berättande svar och analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys. Resultatet som framkom under analysprocessen redovisas utifrån tre kategorier och ett tema. Kategorierna som framkom var: Att ta ett ansvar för det fallpreventiva arbetet, Att arbeta strukturerat och kvalitetssäkrat, Att samarbeta i vårdkedjan. Ur kategorierna framkom temat: Ett aktivt lärande med stöd från ett team. I studien framkom att personalen upplevde arbetet intressant, viktigt och stimulerande. Inom kommunen hade de inarbetade rutiner i fallpreventionsarbetet och ett bra samarbete i teamet. I primärvården framkom att de saknade inarbetade team och personalen upplevde en tidsbrist. Riskbedömningar av äldre hade låg prioritet vid hög arbetsbelastning bland distriktssjuksköterskorna inom primärvården. Slutsats: För att fallpreventionen ska fungera och utvecklas behövs det ett teamarbete där flera professioner samverkar för att minska fallrisk bland äldre.

Nyckelord; *fall, fallolyckor, äldre, sjuksköterskor, fallprevention*

## Abstract

The purpose of the study was to describe district nurse, nurse and their manager experience about working with fall prevention in elderly care. The study had a descriptive design. The study involved five district nurses, three nurses and two managers in the municipality and primary health care in central Sweden. Data were collected through a structured interview with open narrative answers, and analyzed based on qualitative content analysis. The results that emerged from the interviews and the analysis process is reported based on three categories and a theme. The categories that emerged were: To take responsibility for the fall preventive work, to work structurally and quality safe, and to cooperate in the work group. From the categories emerged a theme that was: An active learning with support from a team. In the study it came to light that the staff experienced the work as interesting, important and stimulating. In community care they had a built-in routine for fall prevention and a good teamwork within the staff. In primary care it emerged they missed established teams, and experienced a lack of time. Risk assessments of the elderly had a low priority at a high workload among district nurses in primary care. Conclusion: For fall prevention to function and evolve there is a need for team work in which several professions work together to reduce the risk of falling among the elderly.

Keywords; *falls, accidental, elderly, nurse, prevention*

<b>1. Inledning .....</b>	<b>1</b>
1.1. Orsaker till och konsekvenser med fall .....	1
1.2. Fallpreventionsarbetet .....	3
1.3. Styrdokument .....	6
1.4. Omvårdnad ett grundläggande behov .....	7
1.5. Kvalitetssäkert arbetssätt .....	7
1.6. Problemformulering .....	9
1.7. Syfte .....	9
1.8. Frågeställning .....	9
<b>2. Metod.....</b>	<b>10</b>
2.1. Design.....	10
2.2. Urval och undersökningsgrupp .....	10
2.3. Datainsamlingsmetod .....	10
2.4. Tillvägagångssätt.....	10
2.5. Dataanalys .....	11
2.6. Forskningsetiska överväganden .....	12
<b>3. Resultat.....</b>	<b>13</b>
3.1. Att ta ett ansvar för det fallpreventiva arbete .....	13
3.2. Att arbeta strukturerat och kvalitetssäkert.....	15
3.3. Att samarbeta i vårdkedjan.....	18
<b>4. Diskussion .....</b>	<b>21</b>
4.1 Huvudresultat .....	21
4.2 Resultatdiskussion .....	21
4.3 Metoddiskussion.....	23
4.4 Allmän diskussion .....	25
<b>5. Referenslista.....</b>	<b>27</b>

## **1. Inledning**

År 2003 var Sverige ett av de länder som hade den högsta andelen äldre<sup>1</sup> personer (1) och den gruppen kommer att öka med ca 27 % de kommande 10 åren (2). Åldrande medför ett försämrat hälsotillstånd både fysiskt och psykiskt för de äldre vilket innebär en ökad risk att drabbas av fallolyckor (3). Fallolyckor kommer att bli ett växande hälsoproblem bland äldre med stora samhällskostnader och lidanden som följd (4). I Sverige kostar dessa olyckor samhället 4.8 miljarder kronor/år. Förutom detta tillkommer kostnader som värdering av nedsatt livskvalitet, allmäntillstånd och välbefinnande samt högkostnadsskydd, läkemedel, tekniska hjälpmedel och vård av anhörig (5). Den totala samhällskostnaden för fallolyckor beräknas till nästan 14 miljarder kronor/år och år 2050 beräknas kostnaden öka till 22 miljarder kronor om inte åtgärder vidtas (4).

Forskning om fallolyckor i andra länder har visat på liknande resultat att äldre hade en ökad risk för fallskador oavsett kön och att dessa ofta får svåra komplikationer som kan leda till döden (6). En studie från Kina visade att kvinnor över 85 år faller betydligt oftare än män (7). I MacIntosh och Joy (8) studie framkom att fallskador leder till förlängda vårdtider och ökade kostnader vid sjukhusen (8). I Irland beräknades kostnaden för fallolyckor ligga på 404 miljoner euro/år, vilket inkluderade kostnaderna för dödlighet, förlorad livskvalitet, sjukvårdskostnader och längre vistelse på sjukhusets slutenvård (9).

Mer än tre äldre personer dör varje dag till följd av fallolyckor i Sverige (4). År 2006 vårdades 67 000 personer 65 år och äldre till följd av skador vid fall och 41 000 skadades så allvarligt att de behövde läggas in för vård minst ett dygn. Fallolyckor bland äldre leder till fler antal vårdtillfällen och ökad belastning på akutmottagningen än andra typer av olyckor i Sverige (2).

### **1.1. Orsaker till och konsekvenser med fall**

I Sverige år 2007 bodde 95 200 personer 65 år och äldre inom särskilda boenden och bland dem var 16 % över 80 år. Andelen äldre i eget boende, som hade beviljats hemtjänst, var 153 700 personer och utav dem var 23 % över 80 år (2). Många äldre drabbas av ohälsa efter 80 års ålder (1). En Svensk studie visade att äldre i eget boende kände sig otrygga och ensamma, när maken/makan gått bort och en försämrad hälsa i kombination med en osäkerhet

---

<sup>1</sup> Breleen definierar äldre som 65 +år, och äldre kommer att definieras på samma sätt i föreliggande studie.

inför det dagliga livets aktiviteter väckte en oro. Det fanns även en oro över att ingen skulle komma om de föll och inte kunde komma upp själva. De äldre sökte trygghet inom äldrevården, där säkerheten var tryggad med utbildad personal (3).

En studie från USA visade att vårdhemspatienter hade en ökad fallrisk, att fall var vanligare hos äldre patienter bosatta inom äldreboenden än eget boende men att de flesta fallen som skedde var godartade och skadefria (10). På ett äldreboende i Stockholm framgick att 75% av de äldre föll och männen ramlade oftare än kvinnorna. Av de som föll var ca. 80 % ensamma och de flesta var barfota (11). De flesta olyckorna inträffade i sovrummet och ofta på vägen till toaletten mellan klockan 21.00–06.00 (12). I eget boende faller de flesta inomhus och de vanligaste skadeplatserna är vardagsrum, sovrum och hall (2).

Inom särskilda boenden i Sverige skadades cirka 10 000 personer per år till följd av fallolyckor. De flesta som skadades var kvinnor i åldern 85-90 år (2). En Finsk studie visade att en tredjedel av alla fall inom äldreboenden resulterade i en skada och var femte som blev skadad krävde behandling inom sjukvården (13). En studie från ett äldreboende i Sverige visade att de vanligaste skadorna var blåmärken, svullnader, skrubbsår och sårskador. Huvudet var den kroppsdel som oftast skadades. Kvinnorna drabbades oftare av frakturer vid fall jämfört med männen (11). Hökby och Sadighs (14) studie visade att höftfraktur ger allvarliga konsekvenser vilket för det mesta leder till minskad rörlighet, isolering och en sämre allmänskondition. Studien visade också att underarmsbrott beskrevs som en ganska okomplicerad fraktur, men kunde ge smärta som försvårar det dagliga livet och försämrar livskvalitén för de äldre (14).

Larsson och Rundgren (15) beskriver i sin bok om geriatriska sjukdomar att de bakomliggande faktorerna till fall bland äldre är komplexa. Det kan bero på omgivningen, den egna aktiviteten och individuella riskfaktorer (15). En svensk studie visade att de individuella riskfaktorerna var i första hand hög ålder med nedsatt syn och hörsel, minskad muskelstyrka, balanssvårigheter och benskörhet. Olika sjukdomstillstånd och biverkningar av medicin kunde också öka risken. Författarna beskriver att den personliga livsstilen kunde medföra högre risk för fall. Där tar de upp fysisk rörlighet, ensidig kost och otillräckligt intag av bl.a. kalcium och D-vitamin. Den som rökte löpte dubbelt så stor risk att drabbas av fraktur vid ett fall. De miljörelaterade riskerna fanns både inom- och utomhus. De kunde vara hala golv, mattor, dålig belysning och ojämna trappor. Risken utomhus var dåligt underhållna gångbanor,

speciellt vintertid, eller trafikmiljö där gång och cykelbanor inte skiljs åt (14). Akyol (16) påvisade i sin forskning att fallrisken bland äldre ökar med stigande ålder. Även läkemedelsanvändning, kognitiv svikt och sensoriskt underskott var faktorer som påverkar (16).

En svensk studie (3) från ett äldreboende visade att det fanns ett samband mellan fall, frakturer och användning av sömntabletter, liksom fallrisk och användning av rullstolar, bälten, sänggrindar och antidepressiva läkemedel (3). Hartikainen m.fl.(17) visade att läkemedelsanvändning var en möjlig orsak till fallrisk och många läkemedel som ofta användes bland äldre personer hade inte systematiskt studerats som riskfaktorer för fallolyckor. Den största gruppen av läkemedel som ökade fallrisken bland äldre, var bensodiazepiner, antidepressiva och antipsykotiska. De centrala nervsystemsdrogerna och läkemedel som sänker blodtrycket var förknippade med en ökad fallrisk (17). En Fransk studie visade att Bensodiazepiner var ett vanligt läkemedel hos äldre och ansågs som ett olämpligt preparat som kunde leda till dödsfall. Studien visade att det behövs nya metoder för att begränsa användningen av dessa läkemedel till äldre (18). Rubenstein (19) belyste i sin forskning att de flesta fall var förknippade med en eller flera faktorer som svagheter, ostadig gång, förvirringar och vissa läkemedel. Forskning har visat genom att uppmärksamma dessa riskfaktorer kan andelen fall minska (19).

I en studie av Pluijm, m.fl. (20) framkom att äldre personer som råkat ut för fall upplevde en rädsla för att falla igen (20). Svensk forskning (21) beskrev att det fanns en ökad risk för fall efter känslomässig stress och ilska. Där sågs ett samband mellan balanssvårigheter, dålig syn och stress i situationen (21). Från en studie (22) från Holland framkom att fallkonsekvenserna leder till en fysisk och psykisk nedgång, en försämrad livskvalité och rädsla för fler fall (22).

## **1.2. Fallpreventionsarbetet**

Studier av Chu (7) och James (23) visade på att fallprevention var något som behövde förbättras för de äldre (7, 23). Två svenska studier påvisade att arbeta förebyggande minskar fallrisken, om åtgärder vidtas som anpassning av bostaden, restriktion av läkemedel, som psykofarmaka, och genomförd fallanalys (3, 24). Stevens och Olsons (25) forskning visade att effektiv preventionsstrategi krävde en mångfacetterande strategi med både beteendevetenskapligt och miljömässigt inslag. En viktig del var utbildning för att öka

kunskap och kompetens om fallrisker. Samarbete måste förbättras mellan olika yrkesgrupper. Det som mer belystes var att det krävdes ökade insatser för att förbättra samarbetet mellan de nationella experterna från olika discipliner (25).

För att lyckas med fallprevention var det viktigt att göra en fallriskanalys av fallolyckor, menar författarna (10, 26,27). Det innebär att varje fall utreds för att se de bakomliggande orsaker som kunde vara tecken på någon akut sjukdom. Det kunde vara läkemedelsbiverkan eller om personen hade drabbats av tidigare fall och om det fanns något mönster. Det var viktigt att identifiera högriskindivider och fokusera på dem som har störst nytta av interventionen. Det författarna vill belysa var att teamarbete var en förutsättning för att lyckas med fallprevention och att alla yrkeskategorier samverkade med olika kompetenser (10, 26, 27). Två studier visade på att multifaktoriella fallförebyggande insatser var effektiva för enskilda patienter (28, 14).

Författarna Hökby och Sadigh (14) menar, att olika yrkesgrupper inom primärvården besitter var och en olika kompetenser som behövs för att medverka i fallpreventionen. Läkarna gör en hälsoundersökning, en översyn av läkemedel, samt bedömer benskörhet. Distriktsköterskan gör hembesök och en bedömning av fallriskfaktorer. Arbetsterapeuten ger råd och anvisningar om hjälpmedel. Sjukgymnasten ansvarar för balans och styrketräning och eventuellt höftbyxor (14).

En Svensk avhandling (29) som gjorts inom äldreboenden visade att sjuksköterskor upplevde sig och sin arbetssituation som värdefull och uppskattad, men också att den var nedvärderande och frustrerande. Sjuksköterskor upplevde sig synliga när de tilläts sätta gränser för omvårdnad och påtala att ett problem var någon annans ansvarsområde. Det framkom också att när sjuksköterskorna var trygga i sin kompetens och som person, kunde de lättare hantera sitt förhållningssätt till de äldre utifrån den aktuella situationen. Sjuksköterskorna upplevde en frustration när de inte var tillåtet att ta egna beslut som möjliggjorde bra omvårdnad. Ett moraliskt dilemma som beskrevs var att inte ha någon fysisk närvarande kollega att lämna över arbetet till när personalen slutade för dagen eller när de var ensamma och snabbt måste ordna fram läkemedel för de äldre. Studien visade också att det fanns ett behov av vidareutveckling och en specialistutbildning som var anpassad för deras arbete (29).



Forskning visade vikten av att uppmärksamma inre och yttre faktorer för fallrisk bland äldre inom äldreboende och egna bostäder. Aronovitch (30) har i en studie visat att ett riskbedömningsverktyg kunde bidra till att minska förekomsten av fall bland äldre och därmed komplikationer som skulle kunna uppstå (30). En studie från Irland visade att sjuksköterskor började ifrågasätta sin kompetens och känna skuld, när äldre faller (8).

I en svensk avhandling av Fonad (3) framkom att personalen hade en gemensam uppfattning om förekomsten av fall och fallrisker. Orsakerna hade med balans- och avståndsbedömningssvårigheter att göra. Även vissa läkemedel inverkade på fall. Personalen ansåg att otillräcklig tillsyn över fallbenägna personer resulterade i fallrisken. Studien visade också att personalen ansåg att patientsäkerheten var viktig, och att förebyggande åtgärder borde inriktas på att undanröja riskfaktorer i deras omgivning som, rullstolar med bälten och sängskenor (3).

En studie från USA visade att sjuksköterskan bör göra fallriskbedömningar med åtgärder (31) och Oliver (32) påvisade i sin studie att sjuksköterskan har en central roll i fallpreventivt arbete. Forskning (33) visade att beskrivning och dokumentation av fallincidenter via en fallrapportering, var en bra och tillförlitlig mätmetod att registrera fall bland äldre (33).

En studie av Dempsey (34) har genomförts för att utvärdera ett nytt arbetssätt i sjuksköterskors fallförebyggande arbete. Resultatet visade att sjuksköterskor hade en bra självkänsla och professionella värderingar, men de var inte nöjda med sitt arbete med sina fallförebyggande insatser. Med det nya arbetssättet beskrev sjuksköterskorna att de hade fått en ökad känsla av delaktighet i arbetet och var mer nöjda. Deras fallförebyggande arbete hade ökat och det blev ett effektivare sätt att bedöma fallrisk och en förbättrad kommunikation kring risker. Patienternas miljö hade blivit säkrare och patienten hade satts i centrum. För att sjuksköterskor skulle känna sig tillfredsställda med det fallpreventiva arbetet, behövdes en engagerad ledning och ett samarbete med läkarna, visade studien (34).

I Aronovitchs studie (35) om riskbedömning framkom att sjuksköterskan hade kunskaper och en noggrannhet att utföra riskbedömningar. För att uppmärksamma och tydliggöra fallrisk användes ett riskbedömningsverktyg som hjälpmedel. Författarna menade att det var viktiga steg i fallpreventionen att kunna upptäcka enskilda fallrisker. Sjuksköterskan skulle sedan tillhandahålla utbildning, information och hjälpmedel till äldre för att förebygga fall (35).

Olivers (32) visade i sin studie att en effektiv fallriskbedömning och registrering innebar att sjuksköterskor inom kommunen och primärvården måste ta en central roll i det fallpreventiva arbetet. Där fanns det mycket att göra för att minska fallrisk och skador (32). En svensk studie visade på att riskbedömningar bidrog till att minska fall i framtiden. Författarna beskrev också att det behövdes riktlinjer och personalutbildning i arbetsmetoden (36).

Gustafsson m.fl. (27) påpekar att forskning inom ämnet har pågått i tre decennier och att vi i Sverige måste börja tillämpa den evidens som tagits fram för att hindra lidande och minska en stor del av de onödiga kostnader som falloolyckor orsakar (27).

### **1.3. Styrdokument**

I distriktssköterskans och sjuksköterskans arbete ingår hälsofrämjande och förebyggande arbete. Att arbeta med fallprevention kan vara ett exempel på förebyggande arbete.

Omvårdnad skall bygga på vetenskap och beprövade erfarenheter. Det styrdokument som styr vården är hälso- sjukvårdslagen (HSL) och den säger att god hälso- och sjukvård skall ges till hela befolkningen på lika villkor och den skall vara säker och förebygga ohälsa.

Omvårdnaden som ges, ska bygga på respekt för personers självbestämmande och integritet (37).

I kompetensbeskrivningen för distriktssköterskan/sjuksköterskan (38) beskrivs att ett etiskt förhållningssätt är viktigt i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Att visa respekt för patienters integritet och autonomi i de skiftande miljöerna är viktigt. Kompetensbeskrivningen belyser också sjuksköterskors breda arbetsfält med omvårdnad vid diabetes, astma/kol, stress/ohälsa, livsstil, sår, inkontinens, barnhälsa, hjärt/kärl sjukdomar och rådgivning, mm (38).

De grundläggande ansvarsområdena för sjuksköterskor beskrivs i International council of nurse (ICN). Den etiska koden för sjuksköterskor är att främja hälsa och skydda människors hälsa under hela livet, förebygga sjukdom, återställa hälsa och minska lidande.

Sjuksköterskan har huvudansvaret för att utarbeta och tillämpa godtagbara riktlinjer inom omvårdnad, ledning, forskning och utbildning inom yrkesområde. Sjuksköterskan skall utveckla en omvårdnad som vilar på en evidensbaserad kunskapsgrund (39).

#### **1.4. Omvårdnad ett grundläggande behov**

Enligt Henderson (40) ska omvårdnad baseras på människans grundläggande behov.

Sjuksköterskan är både ansvarig för och bäst på att hjälpa patienter att tillgodose dessa behov när individen inte själv är i stånd till detta. Hon betonar att sjuksköterskan har ett ansvar för att upprätthålla en hälsofrämjande och säker miljö. Hon framhåller att omgivningen inverkar både på patienters fysiska och psykiska hälsa och den är även knuten till individens ålder och sociokulturella tillstånd. Omvårdnadens mål är att tillgodose patientens universella behov för att säkerhetsställa patienters tillfrisknande och hälsa samt återta sitt oberoende. För att uppnå målen fokuserar sjuksköterskan på individens behov att upprätthålla eller bygga upp en livsstil som främjar hälsa. Hendersons (40) omvårdnadsteori bygger på sjuksköterskans förmåga att tolka och förstå patienters grundläggande behov och skapa en bra relation med patienterna. Omvårdnaden ska planeras utifrån individens egna behov med en skriftlig omvårdnadsplan med omvårdnadsåtgärder som tillfredsställer patientens behov. Åtgärderna skall vara anpassade efter patienters tillstånd eller andra aktuella faktorer. Henderson (40) beskriver att omvårdnaden ska vara strukturerad. Sjuksköterskan ska undervisa patienter och anhöriga. Sjuksköterskan verkställer mediciner i anknytning till patienters behov. Hon betonade att omvårdnaden ska vara grundad på forskningsbaserade kunskaper. Hennes människosyn präglas av en uppfattning att människan är en självständig, aktivt handlande individ (40) och hennes teori kan vara en grund i det fallpreventiva arbetet för sjuk- och distriktssköterskan.

#### **1.5. Kvalitetssäkert arbetssätt**

Senior alert är ett nationellt register för nutrition, fallprevention och trycksår och ingår i ett nationellt kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården (41). I Senior alert registreras äldres vård och omsorg och omfattar medborgare som är 65 år och äldre med någon form av vårdkontakter. Registret medverkar till utvecklande av nya arbetssätt med en gemensam databas med möjligheter att värdera omvårdnaden för patienterna och att jämföra olika enheters arbete med att förebygga skador och behandlingar (42).

Instrumentet som används för registrering är uppdelad i tre delar. För att bedöma nutrition används Mini Nutritional Assessment (MNA), till fallprevention används Downton Fall Risk Index och för att bedöma trycksår används Modifierad Nortonskala. I nutitionsbedömningen MNA registreras om födointaget har minskat, viktförlust, rörlighet, det psykiska tillståndet

och neuropsykotiska problem. Med Modifierad Nortonskala bedöms det psykiska tillståndet, fysisk status, rörelseförmåga, födointag, vätskeintag, inkontinens och personens allmäntillstånd och med Downton Fall Risk Index bedöms tidigare kända fall, medicinering, sensoriska funktionsnedsättningar, kognitiv funktionsnedsättningar och gånghjälpmedel. Dessa områden är starkt kopplade till varandra. Undernärda personer har lättare att falla, som kanske förorsakar frakturer som i sin tur leder till trycksår (42). I en svensk studie som utvärderade riskbedömningsinstrumentet Downtown Fall Risk Index inom ett äldre boende framkom att instrumentet var ett användbart verktyg för beräkning av fall bland äldre oavsett orsaker (36).

Agda projektet är namnet på ett förändrings- och utvecklingsarbete inom äldrevården i mellansverige. Syftet med Agda är att erbjuda den bästa äldrevården i hela Sverige. Namnet Agda är ett samlingsnamn och symboliserar en äldre dam som behöver omsorg från kommunen och vård från landstinget. Ett gemensamt nätverk skall skapa förutsättningar för de äldre att känna sig trygga i sina hem och att de ska få leva ett så oberoende och självständigt liv som möjligt. I projektet samarbetar personal inom slutenvården, primärvården och kommunerna i det aktuella området. Det gäller att samarbeta och ha bra kommunikation så att äldre får den vård de behöver. Arbetsredskapet som används är Agdadagboken, som är ett hjälpmedel för att underlätta för personalen att förmedla och ge en säker och bra vård och den följer patienten. Med dagboken förs informationen vidare i en kontinuerlig kedja och det är också dagboken som ligger till grund för vårdplaneringen. Agdadagboken innehåller information om patienten t.ex. viktiga telefonnummer, information om deras sjukdomar, en hemsjukvårdsplan, inkontinenshjälpmedel, en hemrehabiliteringsplan, biståndsbeslut, vårdplan från rapport ur datasystemet Meddix, läkemedelslistor och dagboksblad. Agdas dagbok är inte en journalhandling i medicinsk betydelse, utan helt enkelt ett kommunikationsinstrument som ska göra det enklare för alla aktörer kring Agda att kommunicera mellan varandra. För att ge en säker vård är det viktigt att arbetet utförs på ett strukturerat sätt med vårdplanering, i vilket det ingår att göra en riskbedömning med ett kvalitetssäkrat instrument som Senior alert. Äldre personer som symboliserar Agda vandrar ofta runt i vårdkedjan. Det är då viktigt att det finns gemensamma riktlinjer, när det gäller att identifiera riskindivider och göra förändringar, så att dessa inte drabbas av sår, undernäring och fall (43).

## **1.6. Problemformulering**

Fall är en allvarlig anledning till oro för hälsan hos äldre och en viktig fråga för sjuksköterskor. Fallolyckor påverkas av många faktorer och en grundlig patientbedömning är en viktig åtgärd som förhindrar fall (44) likaså att det finns gemensamma riktlinjer för att identifiera riskindivider och göra förändringar, så att dessa inte drabbas av fall (43).

En effektiv fallriskbedömning och registrering har inneburit att sjuksköterskor inom kommunen och primärvården måste ta en central roll i det fallpreventiva arbetet, där det finns mycket att göra för att minska fallrisk och skador (32). Dempseys (45) studie visade att sjuksköterskan spenderar mer tid hos patienter än andra discipliner som t.ex. doktorer.

Sjuksköterskan har en primär roll i att bidra med sina kunskaper genom att riskbedöma och förebygga fall. Sjuksköterskan har ansvar för att utarbeta och tillämpa godtagbara riktlinjer inom omvårdnad, ledning, forskning och utbildning inom yrkesområde. Därtill skall sjuksköterskan utveckla en omvårdnad som vilar på en evidensbaserad kunskapsgrund (39).

En studie har visat att riskbedömningarna ökade personalens egenansvar och känslan för sitt fallförebyggande arbete (45). Författaren till denna studie har endast hittat en artikel från Australien (34) och en från Sverige (3) som belyser sjuksköterskans upplevelser av att arbeta med fallprevention. Dessa studier belyser dock mer deras uppfattningar om fall och fallrisker (3) och att utvärdera ett nytt arbetssätt (34). Utifrån detta finns det behov av vidare forskning inom ämnet och att göra en studie för att undersöka hur distriktssköterskor/sjuksköterskor och chefer beskriver sina upplevelser av att arbeta med fallprevention och samtidigt få en ökad kunskap och förståelse för deras arbetssituation.

## **1.7. Syfte**

Syftet med studien var att beskriva hur distriktssköterskor, sjuksköterskor och chefer upplever att arbeta med fallprevention inom äldrevården.

## **1.8. Frågeställning**

Hur upplever distriktssköterskor, sjuksköterskor och chefer arbetet med fallprevention inom äldrevården?

Definition av chefer: Inom kommunens kallas chefen för enhetschef och inom primärvården vårdenhetschef. I resultatet kommer distriktssköterskors, sjuksköterskors och chefer presenteras som personalen.

## **2. Metod**

### **2.1. Design**

En deskriptiv studie med kvalitativ ansats (46).

### **2.2. Urval och undersökningsgrupp**

Undersökningsgruppen bestod av tre sjuksköterskor och en chef inom en kommun och fem distriktssköterskor och en chef inom primärvården i mellersta Sverige. Inklusionskriteriet för att delta i studien var att de skulle ha arbetat minst 2 år och arbeta med fallprevention. I föreliggande studie gjordes urvalet genom ändamålsenlig urvalsmetod. Den metoden kallades även för ”Purposive sampling” enligt Polit och Beck och användes när forskaren behöver deltagare med vissa kunskaper inom ett specifikt område (46). Den patientkategorin de arbetade med skulle var inskriven i hemsjukvården/särskilda boende och vara över 70 år. De som medverkade i studien var enbart kvinnor med en medelålder på 49,6 år och med en arbetslivserfarenhet på 18 år. Den yngsta var 38 år och den äldsta 62 år. Kommunens personal var yngre med en medelålder på 44 år jämfört med primärvården med medelåldern på 51 år. Det förekom inga bortfall av medverkande i studien.

### **2.3. Datainsamlingsmetod**

Intervjuerna genomfördes med strukturerade frågor och öppna berättande svar. Frågorna var utformade av författaren till studien utifrån den aktuella frågeställningen. Intervjuguiden var utformat med tre bakgrundsvariabler om ålder, kön och hur lång arbetslivserfarenhet de hade. Frågorna var ställda i berättandeform och behandlar ämnena hur det såg på sin roll och sina kunskaper, vårdplanering och start av dagböcker, riskbedömningar och mätinstrument, samarbete och avvikelserapportering ur perspektivet: Hur upplever distriktssköterskor, sjuksköterskor och chefer det preventiva arbetet med fallprevention? Utifrån frågorna fördes ett samtal och personerna fick fritt berätta. Fördjupade frågor, ”probes” användes under intervjuerna för att vidare utveckla samtalen. Författaren avslutade intervjun med frågan: ”Är det något mer du vill tillägga som jag inte har frågat om”, enligt Polit och Beck (46).

### **2.4. Tillvägagångssätt**

Författaren tog telefon- och personlig kontakt med verksamhetscheferna inom de olika verksamhetsområdena och gav information om studiens syfte och innehåll. När författaren fick deras godkännande att göra studien, kontaktades de berörda cheferna inom kommun och

primärvård. De informerades vidare till sina distriktssköterskor och sjuksköterskor, som var villiga att delta i studien med ändamålsenlig urvalsmetod. Distriktssköterskor, sjuksköterskor och chefer fick muntlig information och skriftligt via ett informationsbrev samt frågorna som skulle ställas vid intervjun. Tid för intervju gjordes upp via telefonkontakt, via mail och personliga kontakter. Intervjuerna startades med kommunens enhetschef och sedan med de tre sjuksköterskorna, därefter primärvårdens chef och distriktssköterskor. Intervjuerna skedde ostört i enrum på deras arbetsplatser tillsammans med författaren. Intervjuerna pågick från 30 – 45 minuter. Intervjun spelades in på band och datainsamlingen skedde under v 9-13 år 2009. Deltagandet i studien var frivillig och all data behandlades konfidentiellt. Materialet förvaras inlåst hos författaren.

## **2.5. Dataanalys**

Författaren har använt sig av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman för att analysera insamlad data. Detta är en metod som ofta används vid omvårdnadsforskning för att tolka texter. Data från intervjuerna transkriberades ordagrant och materialet tilldelades en kod för att bevaras konfidentialiteten. Författaren började analysen genom att läsa igenom materialet flera gånger för att få en känsla och helhetsbild över materialets innebörd utifrån syfte och frågeställning. Vidare delades texten in i meningsbärande enheter som kan vara ord, meningar och stycken som passade ihop, relaterat till sitt innehåll och sammanhang enligt Graneheim och Lundman (47). De meningsbärande enheterna kondenserades, vilket innebär att de meningsbärande enheterna förkortades utan att dess innehåll förloras. Den kondenserade texten får sedan koder som abstraherades till subkategorier och kategorier. Att abstrahera betyder att innehållet får en högre logisk nivå enligt Graneheim och Lundman. Under arbetets gång växte kategorier och subkategorier fram och slutligen ledde dessa fram till ett tema. Att forma ett tema är att sammanbinda det som framkommit under innehållet i kategorierna (47). Under analysens gång har medbedömning skett av handledare och student i samma handledargrupp. Enligt Graneheim och Lundman kan trovärdigheten ökas om det finns medbedömare i processen och om värdefulla citat från texten finns med i redovisningen (47). Exempel på hur analysprocessen har gått till visas i tabell 1.

**Tabell 1. Exempel på analysprocessen**

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondenserad mening</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Kategori</b>
ja med de tycker ja är intressant	Fallprevention intressant arbete	Intressant arbete	Intressantarbete	Att ta ansvar för det fallpreventiva arbetet
jag ser det att det är betydelsefullt med bra instrument för det här arbetet	Det är betydelsefullt med bra arbetsinstrument för fallprevention	Verktyg att jobba med	Verktyg och hjälpmedel	Att arbeta strukturerat och kvalitetssäkert
dom vi jobbar emot å det fungerar jättebra vi har våran enhetschef och hemtjänsthandläggare	Samarbetet fungerar jätte bra med enhetschef och hemtjänsthandläggare	Samarbete i kommunen	Skapar bra förutsättningar	Att samarbete i vårdkedjan

## **2.6. Forskningsetiska överväganden**

Deltagandet i studien var frivillig. Distriktssköterskor, sjuksköterskor och chefer informerades muntligt och skriftligt via ett informationsbrev. De informerades även om studiens syfte, tillvägagångssätt och att de kunde avbryta sitt deltagande i studien när helst de önskade. Allt material har behandlats konfidentiellt, det vill säga banden och utskrifterna har förvarats inlåsta. Resultatet av studien presenteras i sådan form att deltagarna inte kan identifieras.



### 3. Resultat

Resultatet redovisas utifrån de tre kategorierna; *Att ta ett ansvar för det fallpreventiva arbetet, att arbete strukturerar och kvalitetssäker och att samarbeta i vårdkedjan*. Dessa tre kategorier kom fram under analysprocessen av intervjuerna. Utifrån kategorierna framkom temat *Ett aktivt lärande med stöd från ett team*. Under varje kategori framkom subkategorier som redovisas genom en beskrivning och med citat från intervjuerna med distriktssköterskorna, sjuksköterskorna och cheferna, detta för att tydliggöra resultatet. Tema, kategorier och subkategorier redovisas i tabell 2.

**Tabell 2. Övergripande tema ”Ett aktivt lärande med stöd från ett team” med kategorier och subkategorier.**

Subkategorier	Kategorier
Viktig, intressant, stimulerande Ensam Allmänna och generella kunskaper	Att ta ett ansvar för det fallpreventiva arbetet
Fallprevention Riktlinjer Nya arbetsmetoder och hållbara rutiner Verktyg Ökad arbetsbelastning	Att arbeta strukturerat och kvalitetssäker
Ger erfarenhet och stimulerar till aktivt lärande Avsaknad av stöd/team Delad arbetsbelastning Skapar bra förutsättningar Skapar osäkerhet Ökad utveckling	Att samarbeta i vårdkedjan

#### 3.1. Att ta ett ansvar för det fallpreventiva arbete

Personalen upplevde sin roll i arbetet som mycket *viktig, intressant* och *stimulerande* där de måste tänka till. Fallprevention var en stor del i det dagliga arbetet och en naturlig del att jobba med vid hembesök. Det framkom att ibland kände distriktssköterskorna sig *ensam* och saknade någon att diskutera problem med. Distriktssköterskorna och sjuksköterskorna hade ett ansvar och var en sammanhållande länk men deras insatser var inte avgörande.

Intervjupersonerna upplevde att de hade en liten roll i fallpreventionsarbetet för att de var så korta stunder hos patienterna. De var medvetna om att fallolyckor kostar väldigt mycket

pengar och lidande och det fanns stora möjligheter att utveckla arbetet. De var positiva till att arbeta för att minska fallolyckorna när de såg vad det kostade.

*”..det är en roll som jag tar på mig väldigt mycket”*

*”..ibland kan man känna sig ganska ensam...”*

*”..Jag tycker det är jätteviktigt för de är en stor del i vad som händer varje dag...”*

Någon utbildning i ren fallprevention hade de inte fått. Personalen upplevde att de hade **allmänna kunskaper** om fallprevention från sjuksköterskeutbildningen/vidareutbildningen. Den utbildning de hade fått, handlade om hur instrumentet skulle användas.

*”... har inte fått någon utbildning direkt i fallprevention..”*

*”... vi har en ganska bra utbildning att stå på..”*

Personalen beskrev att de hade **generella kunskaper** om läkemedelseffekter, risker och vad de kunde leda till men ingen djupare kunskap om varje läkemedel. Personalen ansåg att de behövde hålla sig bättre ajour med nya mediciner. De var medvetna om att undvika sömntabletter och starka smärtstillande till äldre och att risk för fall ökade vid ett par mediciner, samt att halveringstiden steg med åldern.

*”..allting kan förbättras ... med mera kunskaper och utbildning som ger stimulans att tänka till...”*

*”..jag vet och förstår riskerna och effekterna av att ta sina läkemedel och vad det kan leda till...”*

Personalen belyste att det fanns kunskaper och en medvetenhet hos personalen om orsaker till fall som läkemedel och hög ålder, ökad fallrisk på nätter och tidiga morgnar. Fallrisken kunde vara allt från yrsel, lågt blodtryck, lågt blodvärde, läkemedel eller oro. De breda åsikterna kring största fallrisken handlade om bristande läkemedelsgenomgångar. Personalen upplevde att patienter hade fel mediciner som gav biverkningar.

*”...det är många patienter som egentligen står på helt olämpliga preparat...”*

*”..det är mycket läkemedel tillsammans med den höga åldern..”*

Personalen hade erfarenheter av att många patienter drabbas av blodtrycksfall. De tyckte att blodtrycket pressas ned för lågt och att äldre hade stela blodkärl, som inte kunde kompensera blodtrycket när de reste sig och upplevde att patienter stod på blodtrycksmedicin väldigt länge utan att någon gjorde något åt det. Personalen beskrev att fallrisken uppkom mer vid förflyttningar och vid hinder i vägen, ofta sena kvällar, nätter och på morgonsidan, de blev oroliga och glömde bort att de inte kunde gå på sina ben och snubblade i mattor, sladdar. Patienterna använde inga skor och gånghjälpmedel.

### **3.2. Att arbeta strukturerat och kvalitetssäkert**

Alla var överens om att *fallprevention* var deras arbetsuppgift och ett viktigt arbete. De var medvetna om att det behövdes. Inom kommunen ansåg personalen att de hade kommit långt i sitt arbete, men allt kunde bli bättre. Det fanns inget motstånd att arbeta med fallprevention. Det hinder som personalen upplevde var av ekonomisk karaktär eller att få tiden att räcka till. Personalen upplevde att de kunde göra mycket för att minska fall för patienter men inte allt. De beskrev också en hopplöshet, när det var svårt att få bort fallrisker hos patienten pga. att patienter har egna åsikter, hög ålder, sjukdom och använder mediciner. Personalen påtalade också att de önskar stöd med samhällsinsatser via massmedia och kampanjer samt från pensionärsföreningar.

*"..det är jätteviktigt med fallprevention när det gäller äldre.. "*

*".. det är svårt att få bort alla risker för tanterna vill inte ta bort mattorna.."*

Kommunens personal hade nya reviderade *riktlinjer* och distriktssköterskorna upplevde att på senaste tiden har de fått riktlinjer för att jobba med fallprevention som var bra och vetenskapliga, men att riktlinjerna för patienter i hemsjukvården var fortfarande otydliga. Det framkom också att det var viktigt att ha en dialog i vårdkedjan angående riktlinjerna.

*"..Ja vi har utarbetade riktlinjer och dom är precis ny reviderade.. "*

*"... nu jobbar man verkligen vetenskapligt och det känns jätte bra.."*

Det är en lång process att införa *nya arbetsmetoder* och *hållbara rutiner* på en arbetsplats. Alla anammar inte nya rutiner. Vi ligger i startgroparna och har inte kommit så långt med ett strukturerat arbetssätt. Personalen stöttar varandra och skapar utrymme för diskussion. Det

framkom att en del upplevde att de var dåligt insatta och inte riktigt inarbetade i Senior alerts åtgärder. De var ovana vid arbetet som kändes diffust. De hade inget flyt i arbetet och de behövde få mer erfarenhet. Inom kommunen beskrevs att de hade hållbara rutiner i arbetet med fallprevention, men inom primärvården arbetades det för att skapa bra rutiner med kommunen och rehab i fallprevention.

*”..att införa nya rutiner på en arbetsplats är en lång process..”*

*”..Ja det är lite nytt de är här med fallprevention...”*

*”..man känner kanske att man vill jobba lite mer och mer ”kött” på benen...”*

Kommunens personal upplevde att de hade bra **arbetsmetoder** och **hållbara rutiner** för fallrapportering. Den visade att de hade mycket fall och att personalen var duktiga på att skriva fallavvikelser på alla som faller, så det fanns inget mörkertal. Personalen beskrev att fallavvikelserna gav mycket information om vad som inträffat och vilka ytterligare åtgärder som behövdes vidtas. Det som framkom i studien var att primärvården saknade verktyg för fallrapportering. Personalen beskrev att de hade bra rutiner vid fall nattetid, men om någon patient faller på dagtid utan skada, får de inte alltid reda på det.

*”.. vårdpersonalen gör fallavvikelse på alla boende som ramlar...vi har det som en inarbetad daglig rutin...”*

*”... Jag har aldrig skrivit någon avvikelse på att dom har ramlat ..”*

I intervjun framkom att det fanns ett stort värde att fånga upp riskpatienter genom ett **verktyg** med riskbedömningar, och ambitionen var att i första hand riskbedöma hemsjukvårdspatienter, som distriktssköterskorna utförde själva. De beskrev att med riskbedömningen blev det tydligare, vilka risker som fanns i hemmet och att det var många faktorer som samverkade. Det som också framkom var, att nästan alla som riskbedömts hade risk för fall. Personalen upplevde att de gjorde en kvalificerad insats för patienterna med riskbedömning och åtgärder. Det som beskrevs som viktigt vid bedömningar var att ha anhöriga med, dels för patienten men även för personalen, för stöd vid åtgärder. Det var även viktigt att lämna ut skriftlig information till patienterna för att klargöra fallrisker.

*”.. vår ambition är att i första hand göra riskbedömningar på hemsjukvårdspatienter..”*

*”..visst.. kan jag göra en stor del men ändå inte göra allt..”*

*”..nästan alla får hög risk .. det beror ofta på att dom står på så många läkemedel...”*

Personalen upplevde att det nya kvalitetssäkra arbetssättet fungerade mycket bra och att det fanns ett stort värde med att dokumentera och fånga upp riskpatienter samt vidta åtgärder och göra uppföljningar. Arbetet var strukturerat utifrån bedömningar av trycksår, nutrition och fallrisk enligt Senior alert. Senior alert fungerade som ett **verktyg** och personalen upplevde att med instrumentet Senior alert blev arbetet tydligare och motivationen till åtgärder stärktes. Det framkom också att de tyckte att instrumentet var lite missvisande och önskade större riskspridning de påtalade att det saknades utvärdering av instrumentet.

*”..det är betydelsefullt med bra instrument för det här arbetet..”*

*”...Ja de blir mer tydligt.. när det kommer ner på ett papper och man blir mer motiverad..”*

*”..jag tycker att de kan vara lite missvisande ... de skulle va en större spridning..”*

Alla patienter, som är klassificerade hemsjukvårdspatienter, skrevs det vårdplaner på och personalen upplevde att de hade kommit långt i arbetet med vårdplaner.

*”..jag tycker att det fungerar bra och de finns bra med uppföljning och hur man går till..”*

Personalen var positiv till att ha fått Agdadagboken som ett **verktyg** för vårdplanering och vårdplaner för att ge en säker vård till patienterna och skapa ett bra samarbete i vårdkedjan. De upplevde att de var bra på att skriva omvårdnadsplaner. En del hade börjat lägga upp dagböcker och några hade inte kommit igång men personalen saknade erfarenhet av hur det fungerar i verkligheten. De upplevde att tanken med dagboken var helt rätt men att patientunderlaget till Agdadagboken inte var så stort.

*” ..det är meningen att vi skall starta det här i hemsjukvården..”*

*”..positivt och utvecklande för framtiden att kunna kommunicera bättre i vårdkedjan för patientens skull...”*

*”..vi kan uppleva att det inte är så många patienter som är aktuella för en Agdadagbok..”*

Fallprevention var en stor del av det dagliga arbetet för sjuksköterskorna inom kommunen. Det som framkom var en **ökad arbetsbelastning** på grund av bristande vårdplanering och rapportering. Ibland fick de ringa och leta patienten och de tycker att patienterna en del gånger skickades hem väldigt snabbt från sjukhuset. Utskrivningarna från sjukhuset var inte riktigt genomtänkt alla gånger. Inom primärvården beskrevs att arbetsbelastningen hade ökat med fler och fler uppdrag och inget hade plockats bort. Det var svårt att prioritera. De upplevde att de hade mycket att göra, när alla över 65 år skulle riskbedömas och Agdadagboken skulle startas upp. Detta beskrevs som en tung arbetsuppgift, samtidigt som de skulle arbeta med livsstilsfrågor och orka med patienter i ett palliativt skede. Om alla som ramlade i sina hem skulle rapporteras till distriktssköterskan, blev arbetssituationen ännu större. Distriktssköterskorna upplevde att de inte fick tiden att räkna till. Riskbedömningar var inget som de prioriterade och någon personalökning hade de inte fått. Under en period hade de dock varit extrabemannade med ersättare som hade börjat tidigare för personal som skulle gå i pension.

*”..det plockas inte bort någonting från vår övriga verksamhet..”*

*”.. vi har haft ganska mycket att göra så.. riskbedömningar har väl inte riktigt prioriterats..”*

### **3.3. Att samarbeta i vårdkedjan**

Bra samverkan **ger erfarenhet och stimulerar till ett aktivt lärande** i det dagliga arbetet. Detta upplevde personalen genom information, samtal med utbyte av kunskaps erfarenheter och i vårdplanering. Samarbete skapade möjligheter att dela med sig av kunskaper inom olika områden, ge goda råd till varandra, hjälpa varandra att se olika infallsvinklar på problem, diskutera gemensamma problem och se i vidgade perspektiv. Genom teamarbete lärde de sig av varandra inom olika områden.

*” ... vi hjälper varandra att se... utifrån olika infallsvinklar hur man kan hjälpa patienten..”*

*”...rehab delar med sig av sin kunskap och sedan för vi det vidare...”*

*”..man tar till sig kunskap... när man ”rondar” med läkaren...”*

Läkarens medicingenomgångar inom kommunen gav personalen **erfarenheter och stimulerade till ett aktivt lärande** genom att personalens medvetenhet ökade, ”att hålla koll på den boendes mediciner”, som kunde vara många och olämpliga.

De flesta beskrev att samarbetet var gott mellan personalkategorierna, men det framkom också en **avsaknad av stöd/team**, när åtgärder behövde vidtas. Rehabiliteringspersonalen var väldigt engagerad och hjälpsam med hjälpmedel. En del upplevde att de inte hade så många gemensamma patienter med behov av rehabiliterings inom primärvården. Det som beskrevs var att personalen inte alla gånger blev tillfrågad av personalen vid rehabiliteringen vid hembesök. Alla var överens om att läkarens roll var viktig i fallpreventivt arbete. För mycket fallrisk berodde ofta på läkemedel och personalen upplevde att läkarna hade olika stort intresse för läkemedelsgenomgångar. De beskrev att det var lätt att få kontakt med läkaren via datorn, telefon eller personlig kontakt på mottagningen. De upplevde att det var många läkare de skulle samarbeta med, då patienter har olika familjeläkare. Bra samarbete med kommunens enhetschefer, handläggare och hemtjänst framhölls av alla som medverkade. Inom slutenvården sker mycket samarbete via datasystemet Meddix, som många gånger fungerar bra, men inte till 100 %. Detta arbete är inte lätt alla gånger.

*”...många gånger kan det kännas svårt.. att veta.. vart man ska vända sig...”*

*”...det varierar från doktor till doktor .. hur pass intresserad man är..”*

*”... de är väldigt engagerade och kommer med egna tips och idéer när någon behöver hjälpmedel...”*

Personalen upplevde en **delad arbetsbelastning** inom kommunen, där sjukgymnasten gör fallriskbedömning, inflyttningssamtal görs av enhetschefen, sjuksköterskan gör bedömningar i MNA och Modifierad Norton, läkaren gör den medicinska delen och vårdpersonalen skriver fallavvikelser vid fall. Det som beskrevs var att vårdpersonalen var ansvarstagande och tog upp om de såg något problem som då kunde åtgärdas i tid.

*”...det är sjukgymnasten som börjar med den första fallriskbedömningen...”*

*”...vi har duktig vårdpersonal som dokumenterar och rapporterar vidare..”*

Det som **skapade bra förutsättningar** var att ha närhet i gemensamma lokaler för hemtjänsthandläggare och enhetschefer, att kommunens korttidsboende hade bra läkare som gick igenom medicinlistor och rensade bort läkemedel, samt att ha en personlig kontakt via telefon vid rapportering av patienter. Bra teamarbete skapar bättre förutsättningar vid

åtgärder, när patienten inte vill samverka. Personalen upplevde också att arbetet med fallprevention var viktigt från ledningen och skulle prioriteras.

*”...det är en fördel att jobbar i samma korridor..”*

*”...Jag kan ringa före... jag vill ha den här kontakten...”*

*”...vår chef vill att vi ska prioritera det här...”*

Det som **skapade osäkerhet** var att urskilja vilka patienter som var hemsjukvårdspatienter och som skulle ingå i det mer omfattande arbetet med Agdadagboken, kontra de patienter som endast skulle riskbedömas.

*”...Där.. är det svårt.. att avgöra vilka som är hemsjukvårdspatienter och vilka är det inte vart går gränsen..”*

Det framkom att det behövdes en **ökad utveckling** med bättre samverkan kring patienten än vad de har idag. Det behövs säkrare rapportering via Meddix, där det framkom att patienter som inte hade hemtjänst ej rapporterades i Meddix och även andra brister, samt att distriktssköterskans kunskaper inte efterfrågades av slutenvården. Samarbetet med rehab försvåras på grund av att de tillhör olika organisationer. Personalen önskade ett ökat samarbete med läkarna med krav på läkemedelsgenomgångar inom primärvården. Det som även beskrevs, var att det fanns mycket att göra för att utveckla arbetssättet med riskbedömningar. Det framkom också en önskan om mer lättarbetade datasystem för dokumentering.

*”..de är inte alltid det kommer fram hur de har hemma ..”*

*”..vill att det kommer att bli krav på att det ska göras läkemedelsgenomgångar ..”*



## **4. Diskussion**

### **4.1 Huvudresultat**

Syftet med studien var att utifrån distriktssköterskors, sjuksköterskors, och chefers berättelser beskriva hur de upplevde att arbeta med fallprevention inom äldreården. Resultatet som framkom under analysprocessen redovisas utifrån tre kategorier och ett tema. Kategorierna som framkom var: Att ta ett ansvar för det fallpreventiva arbetet, Att arbeta strukturerat och kvalitetssäkrat, Att samarbeta i vårdkedjan. Ur kategorierna framkom temat: Ett aktivt lärande med stöd från ett team. I studien framkom att personalen upplevde arbetet intressant, viktigt och stimulerande. Inom kommunen hade de inarbetade rutiner i fallpreventionsarbetet och ett bra samarbete i teamen. I primärvården framkom att de saknade inarbetade team och personalen upplevde en tidsbrist. Riskbedömningar av äldre hade låg prioritet vid hög arbetsbelastning bland distriktssjuksköterskorna inom primärvården.

### **4.2 Resultatdiskussion**

Föreliggande studie visar att personalen upplevde sitt arbete intressant och stimulerande. De tyckte att arbetet var viktigt men ibland upplevde de en hopplöshet, när de inte kunde göra mer för patienterna på grund av hög ålder, sjukdom, mediciner och patienters självbestämmande. Att personalen hade en ledande roll var inget de sa i klartext, med när de beskriver sitt arbete kan författaren avläsa en ledande roll. En studie (32) har visat liknande resultat, att sjuksköterskor har en ledande roll i fallpreventivt arbete. Det beskrivs också i den studien att det var en viktig arbetsuppgift för sjuksköterskor att göra riskbedömningar hos äldre, där flera faktorer inverkar på fallrisken (32). Att känna en hopplöshet var något som framkom i föreliggande studie. En annan studie (8) visade att sjuksköterskor kunde ifrågasätta sitt arbete och ibland känna skuld när äldre föll (8). Författarna till familjefokuserad omvårdnad beskriver sjuksköterskans roll och uppgift som är att bedöma förändringar, klargöra förändringar, frambringa förändringar och att sjuksköterskans uppgift är att inverka och stimulera till reflektion, att föreslå nya perspektiv på en situation, och skapa utrymme för problemlösningar med ett ödmjukt förhållningssätt (49).

Personalen beskrev i föreliggande studie att de hade generella kunskaper om läkemedel. Deras uppfattning om fallorsaker stämde väl överens med vad tidigare forskning beskriver. Att orsakerna kunde bero på omgivningen, den egna aktiviteten och även individuella riskfaktorer (18,19). Att äldre står på olämpliga medicinpreparat, beskrevs från personalen i flera studier

(3, 17, 18, 19,) om läkemedel och äldre beskrevs att det var vanligt att äldre står på bensodiazepiner samt antidepressiva och antipsykotiska läkemedel. Dessa läkemedel var helt olämpliga för äldre och visade på en ökad fallrisk där flera faktorer inverkar (3, 17, 18, 19).

Att införa ett nytt arbetssätt beskrevs i föreliggande studie som en lång process. Författarna Edström, Svensson och Olsson som skrev om utvecklings- och förändringsarbeten i hälso- och sjukvården menar att ”Ibland låg det man vill åstadkomma mycket långt fram i tiden och det kunde dröja lång tid innan effekten av förbättringar blir uppnådda” sidan 21 (48).

Att arbeta med fallprevention beskrivs i denna studie som ett viktigt arbete och betydelsefullt med riktlinjer, verktyg och hjälpmedel. Arbetet blir då tydligare, mer strukturerat och kvalitetssäkrat. Det nya arbetssättet stämmer väl överens med den arbetsmetod som Henderson (40) beskriver i sin omvårdnadsteori där sjuksköterskan ska hjälpa individer att bibehålla sitt oberoende. Hon betonar att sjuksköterskan har ett ansvar för att upprätthålla en hälsofrämjande och säker miljö. Hon menar att omvårdnaden ska planeras utifrån individens egna behov med en skriftlig omvårdnadsplan med åtgärder som tillfredsställer patientens behov. Hon framhåller också att omvårdnaden ska vara grundad på forskningsbaserade kunskaper (40).

I studien framkom att personalen var medveten om att fallolyckor innebär mycket lidande och stora samhällskostnader. De såg positivt på möjligheten att kunna vända statistiken med en utvecklad fallprevention. Det är något som författarna Gustavson m.fl. (27) har eftersträvat länge. Författarna förespråkar att sjukvården måste börja tillämpa evidens för att minska lidande och kostnader för samhället (27).

I föreliggande studie upplevde personalen inom primärvården en ökad arbetsbelastning där fler och fler arbetsuppgifter tillkom och alla över 65 år skulle riskbedömas. Sverige hör till de länder som har den äldsta befolkningen och många äldre bor hemma i dag (2). Tidigare studier (32, 34) visade på att sjuksköterskan var den som hade kompetens då de tillbringade mest tid hos patienterna för att utföra arbetet med riskbedömningar. Kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor visar att de har ett brett åtagande (38).

Personalen inom primärvården upplevde att de saknade inarbetade team. En tidigare studie (34) har visat: För att sjuksköterskor skall känna sig tillfredsställda med fallpreventiva arbetet

behövs en engagerad ledning och ett samarbete med läkarna (34). Forskarna Pluijm m.fl. (20) och Stevens (25) med flera har påvisat att effektiv preventionsstrategi kräver en mångfacetterad strategi, där samarbete måste förbättras mellan olika yrkesgrupper (25, 20). Författarna Hökby och Sadigh (14) menar att olika yrkesgrupper inom primärvården besitter var och en olika kompetenser, som behövs för att medverka i fallpreventionen. Läkarna gör en hälsoundersökning, en översyn av läkemedel och bedömer benskörhet. Distriktsköterskor gör hembesök och en bedömning. Arbetsterapeuter ger råd och anvisningar om hjälpmedel. Sjukgymnaster ansvarar för balans och styrketräning (14). Studier har också påvisat att samarbete med geriatriker kan behövas (20).

I föreliggande studie framkom också att personalen önskade stöd utifrån via massmedia. Författarna Stevens och Olsson (25) menar att effektiva folkhälsostراتيجier måste genomföras för att främja beteendemässiga förändringar, förbättra nuvarande instanser och utveckla nya fallförebyggande strategier, för att minska framtida sjuklighet och dödlighet som förknippas med fall bland äldre (25).

#### **4.3 Metoddiskussion**

Syftet med föreliggande studie var att beskriva personalens upplevelse av att arbeta med fallprevention. För att besvara studiens syfte valdes en kvalitativ ansats med en beskrivande design. Intervju som datainsamlingsmetod bedömdes vara mest lämpligt för att besvara studiens syfte och frågeställning. Enligt Graneheim och Lundman är det viktigt för studiens trovärdighet att välja en lämplig datainsamlingsmetod. Inkommet material bearbetades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (47).

Trovärdighet bör granskas utifrån följande begrepp: ”credibility”, ”dependability” och ”transferability”, enligt Graneheim och Lundman. Begreppen står för i turordning: bedömning av studiens giltighet, materialets pålitlighet och stabilitet samt överförbarhet (47).

Giltigheten kan ökas genom att välja deltagare med varierande erfarenheter, åldrar samt arbetsplatser. På det sättet ökar möjligheterna att få svar på studiens syfte ur olika vinklar (47). I föreliggande studie har giltigheten ökat genom att välja personalen med varierande ålder och erfarenhet och som representerade två vårdnivåer: primärvården och kommunen. Då frågeställningen kunde belysas ur olika perspektiv ökade trovärdigheten. Att inga män deltog i

studien kan ses som en svaghet. I föreliggande studie användes en intervjuguide som gav informanterna möjlighet att fritt beskriva sina upplevelser av att arbeta med fallprevention. Att intervjuguiden var utformad av författaren till föreliggande studie kan ses som en svaghet. Under intervjuerna användes en bandspelare, något som kan ha upplevts stressande för personalen. Författaren kom i god tid till avtalad plats och gav information, vilket skapade en trygg relation för att minska stressen inför bandinspelningen (47). Intervjuerna var mellan trettio och fyrtiofem minuter vilket gav ett rikt material som anses öka ”credibility”. I föreliggande studie har även citat använts för att stärka studiens ”credibility” i resultatredovisningen (47). Giltighet handlar också om hur forskaren bedömde likheter och skillnader mellan kategorierna. Vid bearbetning av materialet söktes överensstämmelse i samråd med handledare och en deltagare i samma handledargrupp som hade varit aktiv medbedömare i analysprocessen, vilket styrker giltighet och metodens pålitlighet.

För att skapa pålitlighet och stabilitet i denna studie hade författaren under analysprocessen hela tiden använt sig av ursprungstexten. Enligt Graneheim och Lundman kan tillvägagångssättet för datainsamlingen och analysen förändras över tiden. Det handlar om att samma frågor ställs till alla deltagarna och att det då är viktigt att använda sig av en intervjuguide som stöd. Å andra sidan kan det hända att det under intervjuerna sker en utveckling som kan ge upphov till nya frågor som behöver ställas. Författaren till denna studie hade under intervjuerna använt sig av samma intervjuguide till deltagarna och för att vidare utveckla samtalen har probs använts. Författaren avslutade intervjuerna med frågan: ”Är det något mer du vill tillägga som jag inte har frågat om”, enligt Polit och Beck (46). Enligt Graneheim och Lundman stärks stabiliteten i studien genom att den har pågått under en kort tid (47). Denna studie pågick under en kort tid v 9-13 år 2009, vilket kunde stärka studiens Stabilitet.

Överförbarhet handlar om i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra grupper eller situationer (47). Överförbarheten i studien kan ökas genom att både urval och metodtext beskrivs tydligt. En tydlig beskrivning av urvalsmetod, deltagare, datainsamlingsmetod och analys ökar ”transferability”(47). I denna studie fans metodtext och urvalet tydligt beskrivet och deltagarna i studien representerar två vårdnivåer.

#### **4.4 Allmän diskussion**

Författaren till denna studie upplevde i intervjuerna att distriktssköterskor, sjuksköterskor och chefer hade en ledande roll i fallpreventionsarbetet fast det framgick inte tydligt från intervjutexten. Personalen beskrev sin roll som viktigt, intressant och stimulerande. Det framkom även att de upplevde ensamhet i avsaknad av team inom primärvården. Inom primärvården var det distriktssköterskan som hade ansvaret över att riskbedömningar gjordes på de äldre, att Agdadagböckerna startades upp och vara en sammankallande länk. Att starta upp Agdadagboken upplevdes av distriktssköterskan, som ett tungt arbete som krävde mycket planering och tid.

Att distriktssköterskorna känner sig ensamma i sitt arbete kan författaren förstå om det jämförs med kommunens arbetssätt. Kommunens sjuksköterskor hade mer stöd och hjälp med fallpreventionsarbetet ifrån sjukgymnaster och vårdpersonal. Det som författaren såg, var att distriktssköterskorna skulle behöva hjälp från vårdpersonal inom hemtjänsten med att rapportera och skriva fallavvikelser vid fall. Det framkom att distriktssköterskorna saknade inarbetade team när åtgärderna skulle vidtas. Att utveckla Agdadagboken ser författaren som ett bra redskap för att utveckla samarbetet i teamen och i vårdkedjan.

Om författaren till denna studie ser fallpreventionsarbetet ur ett patientperspektiv så skulle det vara till en fördel för de äldre att äldrevården övergår i kommunens regi. Kommunen hade kommit längre i fallpreventionsarbetet med riktlinjer, inarbetade rutiner och team. Läkarna inom kommunen var duktiga på att sanera bort läkemedel som de äldre inte behöver och att undervisa personalen. Inom primärvården saknade de flesta distriktssköterskor läkarens medverkan i fallpreventionsarbetet. Läkemedelsgenomgångar ifrån doktorerna behövde utvecklas, för mycket av fallriskerna beror på läkemedel. Inom kommunen har fallpreventionsarbetet en hög prioritet bland arbetsuppgifterna, vilket de inte har haft inom primärvården. Distriktssköterskorna upplevde en ökad arbetsbelastning med fler och fler uppdrag. Vid hög arbetsbelastning hade fallpreventionsarbetet med riskbedömningarna av äldre en låg prioritet bland distriktssköterskorna. Att kommunen skulle vara ansvariga för äldrevården tror författaren skulle gynna de äldre och samhällsekonomin.

Slutsats: För att fallpreventionen ska fungera och utvecklas behövs det ett teamarbete där flera professioner samverkar för att förebygga fallrisk bland äldre. Att kommunen ansluter sig till kvalitetssystemet Senior alert ser författaren som en fördel för att utveckla fallpreventionsarbetet.

Ett intressant område att forska vidare i, är om hur läkarna ser på sin roll i det fallpreventiva arbetet och hur fall följs upp inom primärvården vid fallolyckor samt om det leder till någon åtgärd eller inte. Det skulle även vara intressant att göra en studie och följa ett fall där åtgärder har vidtagits och undersöka hur åtgärderna utfallit.

## 5. Referenslista

1. Breleen G. Bättre hälsa hos äldre. Rapport nr 2003: 41. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2003. Uppdaterad 2003:4 Åtkomst 20081218 från:  
<http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/rapporter/battrehalsahosaldre.pdf>
2. Schyllander J, Rosenberg T. Skador bland äldre i Sverige; 2008. Uppdaterad 2008:9 Åtkomst 20090522 från:  
[http://www.raddningsverket.se/shopping/srv\\_ShowItem\\_25130.aspx](http://www.raddningsverket.se/shopping/srv_ShowItem_25130.aspx)
3. Fonad E. Older people's safety and security in community care for the elderly: Focusing on fall risk and fall. Akademisk Avhandling. Stockholm: Karolinska Institutet; 2008.
4. Gyllensvärd H. Fallolyckor bland äldre en Samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder; 2009. Åtkomst 20090522 från:  
<http://www.fhi.se/PageFiles/3836/R200901-Fallolyckor-aldre-0901.pdf?epslanguage=sv>
5. Berglöf J. Fallolyckor bland äldre- Samhällets direkta kostnader. Räddningsverket; 2003. Åtkomst 20090522 från:  
<http://www.srv.se/upload/statistik/%C3%A4ldreskadeatlas/%C3%A4ldreskadeatlas%20fallolyckor%20%C3%A4ldre%20samh%C3%A4llskostnader.pdf>
6. Ghodsi S, Roudsari B, Abdullahi M, Shadman M. Fall- related injuries in the elderly in Tehran. Injury 2003; 34: 809-14.
7. Chu L, Chi I, Chiu A. Incidence and predictors of fall in the Chinese elderly. Ann Acad Med 2005; 36: 60-72.
8. MacIntosh G, Joy J. Assessing fall in old people. Nurs Old people 2007; 19: 33-37.
9. Gannon B, O'Shea E, Hudson E. Economic consequences of fall and fractures among old people. Ir Med J 2008; 101: 170-3.
10. Vu MQ, Weintraub N, Rubenstein LZ. Falls in nursing home: Are they preventable. J Am Med Dir Assoc 2005; 6: 82-7.
11. Sadigh S. Fall och fallskador bland äldre. En undersökning i Särskilda boendeformer. Stockholm: Karolinska Institutet; 2002:1.
12. Sadigh S, Reimers A, Andersson R, Laflamme L. Falls and fall-related injuries among the elderly: a survey of residential-care facilities in a Swedish municipality. J Community Health 2004; 29: 129-40.

13. Nurmi I, Luthje P. Incidence and costs of fall injuries among elderly in institutional care. *Scand J prim Health care* 2002; 20: 118-22.
14. Hökby A, Sadigh S. Säkra seniorer En metodbok för att förebygga fallskador hos äldre. Stockholm: Katarina Tryckeri; 2001.
15. Larsson M, Rundgren Å. Geriatriska sjukdomar. Danmark: Studentlitteratur; 2008.
16. Akyol A. Fall in the elderly: what can be done? *Int Nurs Rev* 2007; 54: 191-6.
17. Hartikainen S, Lönnroos E, Louhivuori K. Medication as a risk for falls: Critical systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007; 62: 1172-81.
18. Pariente A, Dartigues J, Benichou J, Letenneur L, Moore N, Fourier- Réglat A. Bensodiazipides and injurious fall in community dwelling elders. *Drugs Aging* 2008; 25: 61-70.
19. Rubenstein L. Fall in older people: epidemiology, risk faktorer and strateies for Prevention. *Age. Ageing* 2006; 35: 37-41.
20. Pluijm S, Smit J, Tromp E, Stel V, Deeg D, Bouter L, m.fl. A risk profile for identifying community-dwelling elderly with a high risk of recurrent falling: results of a 3-year prospective study. *Osteoporos int* 2006; 17: 417-25.
21. Möller J, Hallqvist J, Laflammel L, Mattson F, Ponzer S, Sadigh S. m.fl. Emotional stress as a trigger of falls leading to hip or pelvic fracture. Results from theTofa study- a casr-crossover studyamong elderly people in Stockholm, Sweden. *BMC Geriatr* 2009; 2: 7-9.
22. Scheffer A, Schuurmans M, van Dijk N, van der Hooft T, de Rooij S. Fear of falling: Measurment strategy, prevalence, risk and consequences among older persons. *Age Ageing* 2008; 37: 19-24.
23. James K, Eldemire-Shearer D, Gouldbourne J, Morris C. Fall and fall prevention in the elderly: the Jamaican perspective. *West Indian Med J* 2007; 56: 534-9.
24. Jensen J, Nyberg L, Gustavson Y, Lundin-Olsson L. Fall and injury prevention in residential care – Effects in residents with higher and lower levels of cognition. *JAGS* 2003; 51: 627-635.
25. Stevens J, Olson S. Reducing falls and resulting hip fractures among women. *MMER Recomm Rep* 2000; 31: 3-12.
26. Gillespie L, Gillespie W, Robertson M, Lamb S, Cumming R, Rowe B. Interventions for prevention in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 3: 340.
27. Gustavson Y, Jarnlo G, Nordell E. Fall och höftfrakturer hos äldre går att förebygga. *Läkartidningen* 2006; 103: 2997-2999.



28. Campbell A, Robertson M. Rethinking individual and community fall prevention strategies: a meta-Regression comparing single and Multifactorala interventions. *Ageing* 2007; 36: 656-62.
29. Karlsson I. Förväntningar och realitet för sjuksköterskor verksamma på äldreboenden. Akademisk Avhandling. Stockholm: Karolinska institutet 2007; Universitets servic US-AB; 2007.
30. Aronovitch S. Falls and patient safety for older adults. *Ostomy Wound Manage* 2006; 52: 22-28.
31. Overcash J, Beckstead J. Predicting falls in older patients using components of a comprehensive geriatric assessment. *Clin J Oncol Nurs* 2008; 12: 941-9.
32. Oliver D. Older peopel who fall: why they matter and what you can do. *Br Community Nurs* 2007; 12: 500-7.
33. Cina-Tschumi B, Schubert M, Kressig R, De Geest S, Schwendimann R. Frequencies of falls in Swiss hospital: concordance between nurses´estimates and fall incident reports. *Int Nurs Stud* 2008; 3.
34. Dempsey J. Nurses values, attitudes and behaviour related to fall prevention. *J Clin. Nurs* 2009; 18: 838-848.
35. Aronovitch S. Fall and patient safety for older adults. *Ostomy Wound Management* 2006; 52: 22-34.
36. Rosendahl E, Lundin- Olson L, Kallin K, Jensen J, Gustavsson Y, Nyberg L. Prediction of falls among older peopel in residential care facilities by the downton index. *Aging Clin Exp Res* 2003; 15:142-7.
37. Socialstyrelsen. Författningshandbok. HSL (SFS 1982: 763). Stockholm: Liber AB;2008.
38. Distriktssköterskeföreningen. Kompetensbeskrivning; 2008: Distriktssköterske föreningen i Sverige. Åtkomst 090515 från: <http://www.distriktsskoterska.com/dokument.php?cat=1&id=1>
39. International council of Nurse. Geneva. ICD:s Etiska KOD för sjuksköterskor; 2000.
40. Henderson V. Grundprinciper för patientvårdande verksamhet. Borås: Almqvist & Wiksells Förlag; 1982.
41. Nationellt kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården; 2007. Åtkomst 090504 från: [http://www.kvalitetsregister.se/images/stories/documents/bla\\_boken\\_2007.pdf](http://www.kvalitetsregister.se/images/stories/documents/bla_boken_2007.pdf)
42. Edvinsson J. Senior alert. Åtkomst 090505 från: [www.ucr.uu.se/senioralert/](http://www.ucr.uu.se/senioralert/)
43. Hill R. Agda-projektet. Åtkomst 20081208 från: <http://www.agdanytt.se/>

44. Kelly A, Dowling M. Reducing the likelihood of falls in old people. Nurs Stand 2004; 18: 33-40.
45. Dempsey J. Risk assesment and fall prevention: Praticce development in action. Conremp Nurse 2008; 29: 123-34.
46. Polit D, Beck C. Nursing research: Generating and assessing evedence for nursing practice. Lippincott: Williams& Wilkins; 2008.
47. Graneheim U, Lundman B Qualitative content analys in nursing reserch: concepts, procedur and measures to achieve trustworthiness. Nur Edu Today 2004; 24:105-112.
48. Edström A, Svensson C. Olsson J. Mäta för att veta. SKL. Åtkomst 090510 från: [http://brs.skl.se/brsbibl/kata\\_documents/doc36519\\_1.pdf](http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc36519_1.pdf)
49. Wright L, Watson W, Bell J. Familjefokuserad omvårdnad. Malmö: Studentlitteratur; 2002.