



Enhetschefers syn på fall

En studie om uppfattningar hos enhetschefer inom
äldreomsorgen

Examensarbete i: Social omsorg

Nivå: Grund

Högskolepoäng: 15 hp

Program/utbildning: Kandidatprogrammet med
inriktning social omsorg

Kurskod: SCA 004

Datum: 2011-06-08

Författare: Pernilla Björklund & Malin Hagström

Handledare: Pia Käcker

Examinator: Ingrid Johansson

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka vilken erfarenhet och uppfattningar enhetschefer inom äldreomsorgen har om fallprevention. Teoretiska referensramar till detta arbete är Antonovskys teori om ett salutogent synsätt och Maktbegreppet. Metoden för denna studie har en kvalitativ design, och halvstrukturerade intervjuer har använts.

Resultatet är uppdelat i fyra teman, fallproblematik, skador, åtgärder och kunskap och riktlinjer. De flesta enhetschefer anser att de har få fall. De uppger att det ofta är samma person som faller vid flera tillfällen. De flesta enhetschefer anser inte att det är ett problem om någon faller någon enstaka gång. Två av enhetscheferna uttrycker att fall orsakar mänskligt lidande.

Enhetscheferna anser att det är lättare att påverka möblering och mattor på ett äldreboende än när brukare bor i egen lägenhet. I båda kommunerna så är personalen på äldreboendet bra på att följa riktlinjerna för fall. Enhetscheferna i hemtjänsten vet att riktlinjer finns men är inte säkra på att de följs. Sammanfattningsvis visar resultatet att enhetscheferna inte anser sig kunna så mycket om fallprevention utan de förlitar sig på andra yrkesprofessioner.

Nyckelord är: Fallprevention, Äldre, Riktlinjer, Kunskap, Erfarenhet.

Abstract

The purpose of this study was to examine the experience and understanding elderly care unit managers have of fall prevention. Theoretical frame of reference for this work is Antonovsky's theory of a salutogenic approach and the concept of power. The methodology for this study has a qualitative design, semi-structured interviews have been used.

The result is structured into four themes, problems of elderly falling, injuries, and prevention measures and knowledge and guidelines. Most unit managers believe they have few elderly falling incidents. They say that it is often the same person who falls on several occasions. Most unit managers do not believe that there is a problem if someone falls occasionally. Two of the unit managers say that falling leads to human suffering.

The managers say that it's easier to influence the placement of furniture and carpets in an elderly home than when the elderly live in their own apartment. In both municipalities the staff in elderly homes is good at following guidelines, while unit managers in home-help service are not sure the guidelines are followed. In conclusion, the result shows that unit managers do not consider themselves to know so much about fall prevention, but they rely on people from other professions.

Keywords are: Fall prevention, Elderly, Guidelines, Knowledge, Experience.

Innehållsförteckning

1	Introduktion	1
1.1	Bakgrund	1
1.2	Syfte och frågeställningar	2
1.3	Begrepp	2
1.3.1	Fall	2
1.3.2	Sjuksköterska	2
1.3.3	Enhetschef	2
1.3.4	Särskilt boende	2
1.3.5	Brukare	2
1.3.6	Senior Alert	2
1.3.7	Socialstyrelsens författningar	3
1.4	Disposition	3
2	Tidigare forskning	4
2.1	Presentation av studier	4
2.1.1	Australiensisk studie om fall	4
2.1.2	Träningsprogram som sjuksköterskan föreskriver	5
2.1.3	Svensk studie om fallproblematik	6
2.1.4	Fysiska fasthållningsmetoder	6
2.1.5	Personalutbildning i fallprevention	7
2.2	Sammanfattning av tidigare forskning	8
3	Teoretiska referensramar	9
3.1	Salutogent synsätt	9
3.2	Makt	10
4	Metod och empiriskt material	11
4.1	Val av metod	11
4.2	Datainsamling och genomförande	11
4.3	Databearbetning och analysmetod	13
4.4	Validitet och reliabilitet	13
4.5	Etiska frågor	14
5	Resultat och analys	15
5.1	Fallproblematik	15
5.2	Skador	16
5.3	Åtgärder	17

5.3.1	Åtgärder som finns	17
5.3.2	Anhörigträff.....	19
5.3.3	Socialt.....	20
5.3.4	Biståndsbedömare	20
5.3.5	Möten	21
5.4	Samtycke	21
5.5	Kunskap och riktlinjer.....	22
5.5.1	Riktlinjer.....	22
5.5.2	Checklista	24
5.5.3	Dokumentation	24
5.5.4	Kunskap.....	25
5.5.5	Personalens utbildning	25
6	Slutdiskussion	27
6.1	Metoddiskussion	27
6.2	Resultatdiskussion	28
6.2.1	Enhetschefers insikt om fallproblematik och dess följdskador	28
6.2.2	Åtgärder och riktlinjer	29
6.3	Vidare forskning.....	30
	Referenser	32
	Bilaga 1, Missivbrev	
	Bilaga 2, Frågeguide	

1 Introduktion

1.1 Bakgrund

Äldre är överrepresenterade när det gäller fallolyckor. Vid en undersökning som gjordes av Räddningsverket (2007) framgår att mer än 1200 personer som var 65 år eller äldre föll och skadade sig så svårt att de avled av fallorsakerna. Det kan jämföras med dödstaten i trafiken som då var ca 120 stycken. Konsekvensen av ett fall kan vara att personen får en höftfraktur. År 2007 var kostnaden för en höftfraktur en kvarts miljon kronor. Då räknas inte ett betydande personligt lidande för personen och en kostnad för kommuner och landsting på minst fem miljarder kronor (Räddningsverket, 2007).

Det finns många aspekter av fallolyckor, såväl samhällsekonomiska som individrelaterade. Av de äldre som söker vård på sjukhus har mellan 60 till 80 procent fått sin skada genom en fallolycka. Mer än en tredjedel av dessa behöver sjukhusvård och 25 procent har behov av ett särskilt boende efter fallskada (Jansson, Nordell, Engelheart & Nordlund, 2009).

Fallolyckor är den vanligaste olyckan i hemmet för äldre. Av alla olyckor i hemmet utgör fallolyckan nästan två tredjedelar. För äldre kan en fallolycka få svåra konsekvenser, skadorna som uppstår kan leda till svårigheter med att klara sitt dagliga liv. Stelhet kan till exempel leda till svårigheter med att klä på sig. Även en rädsla för att falla igen kan resultera i inskränkningar på de dagliga aktiviteterna och leda till social isolering. Fallolyckor kan genom dessa följder leda till ett behov av särskilt boende (Jansson, Nordell, Engelheart & Nordlund, 2009).

Forskning visar vad det är som gör att en person faller. Resultatet av denna forskning visar på att nedsatt rörelseförmåga, balans och syn påverkar fallrisken. En ökad risk för frakturer finns om personen har en hög ålder, benskörhet, låg kroppsvikt eller tidigare frakturer. Det kan också konstateras att vissa sjukdomar och vissa läkemedel har en stor påverkan på att personen har lättare för att falla. Omgivningen där personen bor bör även den vara anpassad så det inte finns föremål att snava på (Räddningsverket, 2007).

Livsstil påverkar fallrisken för äldre personer, och behöver belysas i större utsträckning. Kost, motion, stress och rökning/alkohol är några komponenter som påverkar det normala åldrandet och som personen själv kan påverka. Tidigare ansågs det att träning inte lönar sig om personen har kommit upp i en hög ålder, men det har nu visat sig att hälsovinsterna är i stort sett lika stora oavsett ålder (Räddningsverket, 2007).

Fallolyckor i hemmet bland äldre personer är inte något nytt problem i Sverige. Därför pågår fallförebyggande arbeten på flera håll i landet. Det finns checklistor för faror i hemmet framtagna och i flera kommuner finns en "fixar-Malte" som hjälper äldre till exempel med att sätta upp gardiner eller byta glödlampor. Många kommuner rekommenderar användning av höftskydd för att minska skadorna vid fallolyckor (Gyllensvärd, 2009).

Var femte man och varannan kvinna beräknas att någon gång i livet få en fraktur. Utifrån detta faktum blir de äldres fallolyckor befolkningens angelägenhet. Förebyggande insatser kan vara avgörande för de äldres hälsa och trygghet och på så sätt spara resurser i samhället. Antalet fallskador är olika stort mellan landets kommuner (Sveriges Kommuner och Landsting, 2009).

På särskilda boenden faller det dubbelt så många som i hemtjänsten. Det är ännu vanligare med fall i gruppboenden och för personer med en demenssjukdom. Det förekommer även många fallolyckor på sjukhus, där de flesta är på rehabiliteringsavdelningar för äldre och på psykiatriska avdelningar (Lundin-Olsson & Rosendahl, 2008).

Vad som framkommer i flera studier (Lundin-Olsson & Rosendahl, 2008) är att det sker många fallolyckor och att dessa kan bli stora kostnader för samhället samt stort lidande för brukare. Därför är författarna intresserade av att undersöka vilken erfarenhet och uppfattning enhetschefer har om fallprevention.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att undersöka vilken erfarenhet och vilka uppfattningar enhetschefer inom äldreomsorgen har om fallprevention.

Frågeställningar för denna studie blir då:

- Vilken insikt har enhetschefer om fallproblematik och dess följdskador?
- På vilket sätt förmedlar enhetschefen kunskap och riktlinjer vidare till sin personal?
- Vilka åtgärder anser enhetscheferna används i verksamheten?
- Finns det skillnader i hur enhetschefer i särskilt boende och i hemtjänst uppfattar fallprevention?

1.3 Begrepp

Centrala begrepp för denna studie.

1.3.1 Fall

Fall definieras i föreliggande arbete som ”*en oväntad händelse som resulterar i att en person hamnar på marken, golvet eller en lägre nivå*” (Jansson, Nordell, Engelheart & Nordlund, 2009; sid. 16).

1.3.2 Sjuksköterska

I detta arbete menar författarna med sjuksköterska en person med sjuksköterskelegitimation oavsett om denna är anställd av landstinget eller kommunen.

1.3.3 Enhetschef

Enhetschef är den som verkställer biståndshandläggarens beslut och ser till att det kommer personal till brukaren.

1.3.4 Särskilt boende

Med särskilt boende menas i denna studie ett boende för äldre personer där personal finns tillgänglig för hjälp och stöd dygnet runt.

1.3.5 Brukare

En brukare är i denna studie en äldre person som får hjälp av hemtjänst eller bor på ett särskilt boende.

1.3.6 Senior Alert

Senior Alert är ett kvalitetsregister som hjälper vårdgivare att arbeta preventivt på ett systematiskt sätt. Det är till för att förebygga fall, undernäring och trycksår på personer som är 65 år eller äldre och som är vårdtagare i kommuner eller landsting. Det är ett arbetssätt som ska förhindra och förebygga onödigt lidande för vårdtagaren, och att personalen ska vara medveten om vad som är svagt hos just denna person. Senior Alert bygger på tre grundtankar:

- RBT-Skalan bedömer risken för att få liggsår.
- SF-MNA bedömer risken för undernäring.

- Downton Fall Risk Index bedömer risken för fall.

Strukturen i Senior Alert består i att både evidensbaserade mätinstrument och evidensbaserade åtgärder från vårdprogram som används och att dessa tillsammans skapar en sammanhållen struktur inom de olika områdena i vården så som primärvård, slutenvård och kommunen. Synliggörande av resultat görs genom att allt registreras i ett online-register där de olika vårdgivarna kan ta del av varandras resultat (Senior Alert, 2011).

Resultatet som framkommer efter att fyllt i frågeformuläret ger svar på om personen är i någon av riskgrupperna. Insatserna ska vara en hjälp för personen och i och med att den används både i kommun och i landsting skapar det en struktur kring brukaren oavsett var personen får vård (Senior Alert, 2011).

Det som har framkommit i undersökningar är att dessa tre komponenter hör ihop med varandra. Åter brukaren dåligt så har löper den en högre risk för att falla på grund av undernäring. Risken ökar även för att få liggsår hos personer som har dåligt med hull eller att såren läker sämre om brukaren redan har fått ett sår. Detta medför att ett högre samarbete krävs mellan olika instanser i vårdkedjan och förbättrar då vården för personen (Senior Alert, 2011).

Personen registreras i en nationell databas och då går det att jämföra olika enheters arbete med förebyggande åtgärder. Registret gör att nya arbetssätt kan bli aktuella genom att se vad som fungerar bra hos en vårdgivare och ger ett gott resultat. Nya arbetssätt synliggörs på ett snabbt sätt. Enligt Senior Alerts hemsida utvecklas enheten och kvalitén höjs med hjälp av användandet av Senior Alert i verksamheten (Senior Alert, 2011).

1.3.7 Socialstyrelsens författningar

Från och med den 15 juni 2010 upphävde Socialstyrelsen två författningar. Dessa var SOSFS 1980:87 med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård och SOSFS 1992:17 om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad. Detta beslut innebär också att även ändringsföreskriften SOSFS 1997:16 är upphävd. I och med det har det blivit viktigt att alla som på något sätt utsätts för fysiska fasthållningsmetoder som till exempel bälte i rullstol eller liknande varje gång ger sitt samtycke till att hjälpmedlet används (Socialstyrelsen, 2010b; Socialstyrelsen, 2010c).

Socialstyrelsen har i sitt meddelandeblad *Upphävda föreskrifter om tvångs- och skyddsåtgärder* nr 2/2010, redogjort för vad upphävandet innebär och vilka lagar och förordningar som nu gäller. Senare har Socialstyrelsen även gått ut med en rad förtydliganden och frågor och svar (Socialstyrelsen, 2010b; Socialstyrelsen, 2010c).

1.4 Disposition

I kapitel två skildras fem vetenskapliga artiklar som är kopplade till syfte och frågeställningar i denna studie. Författarna presenterar de fem studierna var för sig och de är uppdelade så att det beskrivs var studien är utförd och vilken metod som har används. Hur många som deltar i studien och hur urvalet har gått till, ett kort resultat framkommer från varje studie samt en liten diskussion från studien. Detta kopplas sen till syfte och frågeställningar i en sammanfattning av samtliga studier.

I kapitel tre presenteras studiens två teoretiska referensramar. Författarna har gjort en kort sammanfattande text om teorierna Salutogent synsätt och Maktperspektivet.

I kapitel fyra beskrivs hur metoden för denna studie har gått till och varför författarna har valt att göra denna studie. Där framkommer även hur valet av respondenter har gått till. Här tar

författarna även upp hur studien har genomförts och hur bearbetningen och analysen av data som har framkommit har gått till. I slutet av detta kapitel så tas studiens validitet och reliabilitet upp och även vilka etiska överväganden författarna har tagit ställning till.

Resultat och analys redovisas i kapitel fem utifrån teman. Det första temat framställer fallproblematik, det andra temat framställer skador, det tredje temat är åtgärder, det fjärde temat är samtycke och det sista temat är kunskap och riktlinjer. Författarna har skildrat det genom att blanda resultat och analys med egna reflektioner kopplade till teorier.

I det sista kapitlet framställs slutdiskussion genom en metoddiskussion först och senare resultatdiskussion och kapitlet avslutas med förslag på vidare forskning.

2 Tidigare forskning

Studierna i den tidigare forskningen har valts för att de passar till syfte och frågeställningar för denna studie. Studierna har intressanta slutsatser och gav författarna mersmak att fortsätta forskningen. Det som framkommer i dessa studier breddar kunskapen och visar på att det är viktigt att flera olika personalkategorier samarbetar för att förebygga fall hos äldre.

I detta arbete har författarna tagit hjälp av en bibliotekarie på Mälardalens högskola med sökning av artiklar. Artiklarna har sedan bearbetats genom att sammanfatta dessa var för sig. Artiklarna presenteras var för sig i detta kapitel, genom en introduktion för varje studie och varför de valts till detta examensarbete. Det som tas upp i varje artikels sammanfattning är syfte och frågeställning samt en kort metod och resultatdel.

2.1 Presentation av studier

2.1.1 Australiensisk studie om fall

Artikeln *Predisposing factors for occasional and multiple falls in older Australians who live at home* (Morris, Osborne, Hill, Kendig, Lundgren-Lindquist, Browning & Reid, 2004) har valts då att den är intressant till denna studie för att den är från Australien och deltagarna bodde i sina egna hem. Detta breddar denna studie och dess infallsvinklar. I studien som artikeln baserar sig på har 1000 personer deltagit. Därför känns studien tillförlitlig i sitt resultat. När sökningen av artiklar skedde var Meg Morris en ofta refererad källa och till de studier hon gjort, på så sätt söktes information om Morris till detta arbete.

Syftet med studien var att hitta faktorer som skiljde mellan tillfälliga och upprepade fall. 1000 australiensare som var 65 år eller äldre deltog i studien.

Urvalet till studien är gjort genom röstlängderna. Deltagarna i studien skulle vara över 65 år. Deltagarna fick inte ha någon kognitiv nedsättning, vara döva, svårt sjuka eller icke engelsktalande. De som bodde på vårdhem, äldreboenden eller sjukhus fick inte heller vara med i studien. Medelåldern på deltagarna var 73,4 år och den äldsta var 94 år och den yngsta 65 år.

90 minuter långa intervjuer genomfördes med deltagarna om deras hälsa, eventuella fall under de senaste tolv månaderna och om dessas fall krävt kontakt med sjukvården. Deltagarna fick även själva uttala sig om vad de trodde var orsaken till att de fallit. Den största orsaken (17,2 procent) ansågs vara att de tappat balansen följt av att de varit okoncentrerade (10,4 procent).

I undersökningens resultat konstateras det att de flesta av de allvarliga fallen skedde när personerna var hemifrån (45,6 procent). De deltagare som fallit flera gånger uttryckte en större rädsla för att falla igen. Undersökningen visar också att kvinnor hade mer än dubbelt så

stor risk som män att falla en gång. Kvinnor hade också ofta mer än ett fall. Riskfaktorer som mediciner, synsvårigheter, användning av hjälpmedel eller liknande spelade ingen roll hos dem som föll en gång under ett år. Däremot spelade riskfaktorerna en större roll för dem som fallit flera gånger.

Bland dem som föll en gång var det fler kvinnor. Flera av dem som föll en gång rapporterade att de fick ont i ryggen och jämfört med dem som inte hade fallit hade ungefär dubbelt så många tre sjukdomar eller fler.

I diskussionen konstateras det att 29 procent av deltagarna i studien föll en gång eller mer under ett år och att detta resultat stämmer överens med tidigare studier genomförda i USA, Canada och Nya Zeeland och även med resultat av tidigare australiensiska studier (Morris, Osborne, Hill, Kendig, Lundgren-Lindquist, Browning & Reid, 2004).

2.1.2 Träningsprogram som sjuksköterskan föreskriver

Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. Controlled trial in multiple centres (Robertson, Gardner, Devlin, McGee & Campbell, 2001) är en artikel som valdes för att uppfånga även ett perspektiv av hur sjuksköterskan kan förhindra fall genom att hjälpa den äldre med ett träningsprogram. Träningsprogrammet gör att den äldre bibehåller eller öka sin balans och muskelmassa. Eftersom studien var från Nya Zeeland var det intressant, då den fångar in ännu ett lands vinklar på vilka problem som finns med fall. Det som kan urskiljas är att äldre faller oavsett var de bor och därför är det för författarna viktigt att få stor bredd på artiklarna.

Deltagarantalet var 450 personer och känns tillräckligt för att kunna göra en tillförlitlig studie på detta. Robertsons namn sågs i flera artiklar och intresset av hennes forskning ökade. Robertson gav författarna en djupare förståelse om hur viktigt det är att läkare ser över medicin samtidigt som sjuksköterskan förmedlade ett träningsprogram.

Syftet med studien var att utvärdera effektiviteten av att legitimerade sjuksköterskor fick förskriva ett träningsprogram avsett att minska risken för fall och skador hos äldre.

Studien genomfördes i Nya Zeeland och var där godkänd av en etikkommitté. 450 kvinnor och män mellan 79 och 94 års ålder deltog i studien. 330 deltagare fick träningsprogrammet och 120 fick den vanliga behandlingen. Deltagandet i studien krävde att personen kunde gå omkring i sitt eget hem, kunde förstå instruktionerna i studien och inte fick sjukgymnastik.

Fall och fallskador hos deltagarna i studien registrerades under ett års tid. Registreringen skedde genom att sjuksköterskorna eller en oberoende bedömare ringde upp deltagarna för att registrera fall, eventuella skador och vilka samhällsresurser som använts. Uppföljning skedde efter ett år för att undersöka om fallen minskat och då undersöktes också deltagarnas självupplevda hälsa. 80 procent av deltagarna som fick träningsprogrammet slutförde studien medan 88 procent av kontrollgruppen slutförde studien.

Resultatet visar att fallskadorna minskade med 30 procent i den grupp som fick ett träningsprogram. Studien visade även att kostnaden för träningsprogrammet var lägre per deltagare än vad kostnaden för vård på sjukhus efter ett fall är. Om deltagarna fortsatte med träningsprogrammet kommer fördelarna att fortsätta även efter att studien avslutats men ingen vet i hur stor utsträckning eller vad långtidseffekten blir, kostnadseffektiviteten är endast beräknad under den pågående studien.

Slutsatsen av denna studie visar på att ett träningsprogram kan minska antalet fall hos äldre som inte bor på äldreboenden. Om läkemedelsanvändandet hos äldre samtidigt ses över och professionella ser över fallrisker hemma hos äldre minskar risken för fall även mer eftersom

dessa två faktorer sedan tidigare är kända för att minska fallrisken (Robertson, Gardner, Devlin, McGee & Campbell, 2001).

2.1.3 Svensk studie om fallproblematik

Denna artikel *Falls and fall – related injuries among the elderly: A survey of residential – care facilities in a Swedish municipality* (Sadigh, Reimers, Andersson & Laflamme, 2004) valdes för att det var en av få svenska studier som gick att uppnå och den passade till syfte och frågeställning. Den tar upp ett könsperspektiv med vilka som faller och ifall det var personal närvarande vid fallen. Studien är genomförd på ett särskilt boende. Det är inte många sådana studier gjorda i Sverige. Deltagarantalet är stort, 469 personer deltog och många fall registrerades i studien.

Syftet med studien var att undersöka förhållandet mellan fall och fallrelaterade skador hos personer boende på särskilt boende i en stad i Sverige.

I en stad i Sverige genomfördes under åren 1995 – 1999 ett projekt som skulle förhindra fallskador hos äldre. Projektet bestod av tio olika delprojekt varav ett rörde upprättandet av ett registreringssystem för fall och fallskador på olika typer av särskilda boenden. Till studien som denna artikel bygger på användes material som registret samlade in under år 1997. Under detta år bodde 469 personer i den undersökta staden på olika sorters särskilt boende och av dessa var 163 män och 306 kvinnor. Alla äldre som föll och behövde hjälp från personalen på boendet för att ta sig upp registrerades oavsett om skador uppkommit eller inte och oberoende av vilka skador.

En blankett bestående av cirka ett dussin frågor om till exempel vem som fallit, hur fallet gick till och när fallet skedde fylldes tillsammans i av undersköterskor och den ansvariga sjuksköterskan, även en bild där skadorna fylldes i ingick i registreringen.

Resultatet av undersökningen under år 1997 visade på att 344 personer föll, av de 469 personer som bodde på någon sorts särskilt boende i den undersökta staden. Vissa av personerna föll upprepade gånger. Antalet fall var 865 och av dessa fall skedde det 375 fall bland männen och 490 bland kvinnorna i denna studie. Det vanligaste antalet fall för männen var en eller två och lika för kvinnorna men en man föll 30 gånger och två av kvinnorna föll 32 respektive 38 gånger.

De flesta fallen skedde från stående på golvet för både män och kvinnor, följt av fall från rollatorer/rullstolar. Den vanligaste platsen att falla var i sovrummet och i 85 procent av fallen var ingen personal närvarande vid fall tillfället. När det gäller skador var svullnader, blåmärken och småsår vanligast. Även om den vanligaste frakturen var höftfrakturer var den vanligaste kroppsdel som skadades huvudet.

I diskussionen konstateras det att orsaken till att fler kvinnor än män får frakturer vid fall fortfarande är okänd men att en förklaring kan vara bieffekter av olika mediciner. Slutsatsen av studien är att fallolyckor inte alltid leder till skador, att det finns en viss skillnad i vilken del av kroppen som skadas och vilken typ av skada som uppstår beroende på om det är en man eller en kvinna som faller (Sadigh, Reimers, Andersson & Laflamme, 2004).

2.1.4 Fysiska fasthållningsmetoder

Studien *Physical restraint use and falls in nursing homes: A comparison between residents with and without dementia* (Luo, Lin & Castle, 2011) valdes med utgångspunkt i att den är intressant för föreliggande studiers syfte och att den studerade personer med demenssjukdom på vårdhem i USA som i studien jämfördes med personer utan demenssjukdom som bor på vårdhem. Det två första artiklarna i detta kapitel tar upp kognitivt friska och författarna vill även ta upp ett perspektiv med personer med demenssjukdom då de är en kategori som faller

ofta. Detta är den största studien som hittades, det rör sig om hela 13 507 personer som har studerats. Studien är publicerad år 2011. Eftersom studien var ny kändes den aktuell, däremot är den inte från Sverige och går därför inte att överföra till svenska förhållanden. Denna studie var intressant för den tog upp olika hjälpmedel som kan förebygga fall och på detta sätt bredda denna studie.

Syftet med studien var att utvärdera förekomsten av olika typer av fysiska fasthållningsmetoder och vad resultatet av dessa metoder blivit. Det fanns två mål med studien. Det första var att uppskatta användningen av olika typer av hjälpmedel som håller fast en person med eller utan demens. Det andra målet var att utvärdera sambandet mellan olika typer av hjälpmedel och fall och frakturer.

Materialet till denna studie hämtades från National Nursing Home Survey (NNHS) som genomfördes i USA år 2004. På alla vårdhem som fanns det året valdes ett slumpmässigt antal personer ut, upp till tolv personer på varje vårdhem. Detaljerad information angående varje deltagare samlades in från personalen på vårdhemmet, oftast från sjuksköterskorna som använde sig av personernas medicinska journaler och andra dokument för att svara på frågorna. Ingen av brukarna blev själva direkt intervjuade. Material samlades in för 13 507 personer på 1174 vårdhem. Personer som vid datainsamlingstillfället låg i koma fick inte vara med i studien.

Personer med Alzheimers eller demens identifierades. Det var 6576 personer i studien som hade någon form av Alzheimers eller demens och 6759 personer som inte hade någon sådan diagnos. I denna studie registrerades deltagarnas fall under de senaste 180 dagarna. Genom att utesluta de som inte fallit under de senaste 180 dagarna och de som inte bott på ett vårdhem hela den tiden blev det slutgiltiga urvalet 5057 personer med Alzheimers eller demens och 4224 personer utan.

Variabler som undersöktes i studien var bland andra hur länge det var sedan personen föll och om det uppkommit några frakturer i samband med fallet. Även vilka olika typer av hjälpmedel som användes och hur ofta de användes. Även riskfaktorer för fall som identifierats i tidigare studier användes som variabler i undersökningen.

Resultatet av undersökningen visade att det var större sannolikhet att hjälpmedel används på personer med Alzheimers eller demens. Däremot var skillnaden endast tre procent mellan de med Alzheimers eller demens eller utan när det gällde användandet av sänggrindar. Sammantaget använde 37 procent av deltagarna i studien sänggrindar, medan sju procent använde någon annan form av hjälpmedel. I studien konstateras bland annat att användandet av sänggrindar minskar risken för fall hos personer med Alzheimers eller demens. Likadant för personer utan Alzheimers eller demens. Däremot visade studien att användandet av bälte inte har någon effekt på fallrisken hos personer med Alzheimers eller demens.

I diskussionen konstateras det att vårdhem i USA fortfarande förlitar sig på fysiska hjälpmedel och sänggrindar för att ta hand om brukarna. Vidare tyder studiens resultat på att användandet av fysiska hjälpmedel som till exempel bälte i rullstol, kan ge en större risk för fall och frakturer hos personer med Alzheimers eller demens även om sänggrindar verkar vara en skyddande faktor oavsett om personen har en demens eller inte. Enligt Luo, Lin och Castle (2011) har andra studier visat på ett samband mellan sänggrindar och till exempel ilska, andra skador och till och med dödsfall och därför vill de inte dra några säkra slutsatser angående sänggrindar i sin studie (Luo, Lin & Castle, 2011).

2.1.5 Personalutbildning i fallprevention

Denna delrapport *Personalutbildning för att förebygga fallskador bland äldre* (Socialstyrelsen, 2010a) valdes för att den passar till syfte och frågeställningar i detta arbete

eftersom den visar på att personalutbildning kan påverka fall genom att personalen får utbildning och på sätt får vetskap om hur de ska förhindra fall. Detta ger författarna ett nytt perspektiv på fallprevention med utbildning av personal. Det ger ännu en vinkel på problemet med fall att diskutera. I denna delrapport anses tillförlitligheten i Socialstyrelsens delrapport som låg på grund av ett fåtal respondenter. Men i och med att det är Socialstyrelsen som har skrivit denna delrapport, kan det ändå anses finnas en tillförlitlighet i resultatet.

Denna delstudie om fall syftade till att undersöka i vilken utsträckning personalens kunskaper har ökat efter utbildning, samt om det går att se en minskning av antalet fallskador.

Inom två kommuner genomfördes en studie där det har utbildats personal med medel från kompetensstegen som varade år 2005-2007. Kommunerna som sökte medel fick själva stå för kostnaderna för deltagarnas arbetstid.

IMS fick i uppdrag att se om utbildningen har haft någon effekt på kunskapen om fall, innan och efter utbildning. Utbildningen gick till på olika sätt, i den ena kommunen fick deltagarna två dagars utbildning och i den andra en utbildning på 13 dagar. Medelåldern på dem som gick utbildningen var på 47 år och medel yrkeserfarenhet var på 16 år. I studien jämfördes kommunerna som utbildat, med kommuner där personalen inte gått någon utbildning inom samma område för att få se om det har blivit någon effekt.

Studien genomfördes genom en enkätundersökning som deltagarna fick fylla i innan kursstart och när kurserna var avslutade ca 6 månader senare. Där framkom det att vid första kunskapsprovet hade deltagarna 70 procent rätt på frågorna och efter avslutad kurs var siffran 10 procent högre. Det gick inte att avgöra om tidigare kunskaper och var deltagarna arbetade hade någon större påverkan på antal rätt på frågorna.

Det som framkom i resultatet var att de som hade gått två dagars utbildning i högre grad än tidigare insåg att träningen är viktig för de äldre. De tyckte även att arbetsledarens intresse för fallprevention hade ökat under året. Det gick även att se en allmän motivation att gå utbildningen som var 13 dagar. Dessa deltagare uppgav att de hade stort behov av kunskap inom ämnet.

Höftfrakturer har utgjort en stor del av fallskador, som innebär att äldre läggs in på sjukhus med smärta och lidande som följd. Det är även vanligt att den äldre inte blir helt återställd efter en höftfraktur. I de kommuner där utbildning skett kunde en minskning ses av höftfrakturerna. Detta sågs inte i jämförelsekommunerna som inte utbildat sin personal år 2007.

På svaren av enkäterna efter utbildning syntes att det var två punkter som utbildningen inte hade tagit upp. Dessa ämnen var benskörhet och balansträning. Däremot sågs ingen skillnad i utbildningens längd.

Det som kommuner och landsting måste arbeta med för att minska höftfrakturerna är att förebygga benskörhet i ett tidigare stadium (Socialstyrelsen, 2010a).

2.2 Sammanfattning av tidigare forskning

Fyra av studierna har ett stort antal deltagare och generaliserbarheten av resultatet kan därför sägas vara hög i dessa studier. Invändning mot den svenska delrapporten från Socialstyrelsen (2010a) kan vara att den bygger på ett litet antal deltagare och på så sätt kan studiens resultat inte generaliseras.

Det som framkommer av tidigare studier är att riskfaktorer för fall är samma oavsett i vilket land studien genomfördes i. I flera av studierna ses träning som ett effektivt hjälpmedel mot

fall som fungerar oavsett ålder. Detta gör att författarna ser en relevans med sin frågeställning i denna studie om vilka åtgärder som enhetscheferna anser används för att förebygga fall eftersom författarna vet att forskning visar på att det finns metoder som är effektiva när det gäller att förebygga fall.

Studierna har olika infallsvinklar på samma problemområde, det vill säga fall hos äldre, men två tar upp olika personalgrupper och deras betydelse för fallprevention. Det framkommer i alla studierna att det är av stor vikt att olika personalgrupper samarbetar. Vikten av att samhället ser till att förebyggande åtgärder kommer in innan första fallet har skett. Här ser författarna likheter med sin frågeställning om på vilket sätt enhetschefen förmedlar kunskap och riktlinjer vidare till sin personal eftersom det är personalen som måste förmedla kunskapen om vad som kan förhindra fall vidare till de äldre. Författarna anser att det är intressant att undersöka om enhetscheferna som intervjuas ser vikten av samarbete eller inte.

Det som framkommer i tidigare forskning är att kvinnor faller oftare än män oavsett om de bor i egen lägenhet eller på särskilt boende. Alla studierna är överrens om att höftfraktur är den vanligaste allvarliga skadan vid fall hos äldre. I dessa studier framkommer inte att hjälpmedel förhindrar fall utan att hjälpmedel tvärt emot till och med kan bidra till större skador om fall sker när hjälpmedel används. Här påvisas att en forskningsfråga om enhetschefers insikt i fallproblematik och dess följdskador är viktig då det är enhetscheferna som har personalansvar och därför måste se till att personalen inte använder hjälpmedlen på fel sätt eller till fel person.

Studien från Nya Zeeland (Robertson m.fl. 2001) är den enda som i texten tydligt tar upp att studien genomgått någon form av etikgranskning innan den påbörjades. Detta anser författarna är märkligt då forskningsetiken är viktig och att det känns som om trovärdigheten i en studie ökar om det klart och tydligt beskrivs vilka forskningsetiska överväganden som har gjorts. Eftersom artiklarna har blivit godkända för publicering i vetenskapliga tidskrifter och som forskningsrapporter av myndigheter anses ändå studierna tillförlitliga.

3 Teoretiska referensramar

3.1 Salutogent synsätt

Aaron Antonovsky (2007) myntade begreppet känsla av sammanhang, som präglas av salutogent synsättet. Salutogent betyder hälsofrämjande och är motsatsen till patogen, det vill säga sjukdomsframkallande (Nationalencyklopedin, 2011). I det salutogent synsättet ligger fokus på hur hälsan är, eller har varit. De ser inte till det sjuka utan på det friska. Känsla av sammanhang definieras som KASAM, där Antonovsky (2007) menar att känslan av att se sig själv i ett sammanhang där personen förstår och upplever en meningsfullhet. Antonovsky (2007) anser att används det salutogena perspektivet syns det på hela människan. Hur personen upplever sina sjukdomsupplevelser, lidande och fullständiga livssituation och på så sätt kunna se olika faktorer som kan hjälpa personen att sträva mot hälsa istället för ohälsa, ett kontinuum av händelse som har betydelse för helheten. Känsla av sammanhang är kärnan i begreppet salutogent perspektiv, som strävar efter att gå mot det friska. Ta till vara på det som finns och det just denna person klarar av att utföra och mår bra av för att få till helheten.

Det finns tre begrepp:

- *Begriplighet* är om personen har en egen stabil förmåga att kunna bedöma verkligheten och på så sätt förstå varför det blev som det blev. Detta begrepp hänger ihop med nästa begrepp hanterbarhet. Man måste veta hur saker och ting fungerar för att kunna angripa ett problem.

- *Hanterbarhet* är att personen upplever att det finns resurser att tillgå och kunna agera utifrån krav som ställs på personen. Hanterbarhet enligt KASAM skiljer sig från andra traditionella copingstrategier. Det utgår från att personen själv kan och vill ta emot hjälp och att personen har en tro på sig själv, att klara av det eller få hjälp med det den inte klarar. Men det är viktigt att ändå känna ett självbestämmande vad som ska utföras.
- *Meningsfullhet* svarar på livets frågor om varför. När personen ställs inför en uppgift finns det två alternativ, antingen reagerar personen med att uppgiften är tung att ta tag i eller så känns det inte som något problem utan roligt och engagerande och personen vill lägga sin energi på uppgiften. (Antonovsky, 2007)

Enligt Antonovsky (2007) är begreppet meningsfullhet det viktigaste, om det inte finns en meningsfullhet är det svårt att uppfylla begriplighet och hanterbarhet någon längre tid. Har personen en stark meningsfullhet söker personen kunskap eller tar hjälp för att få den för att lösa uppgiften. Har personen ett starkt KASAM är det avgörande för om personen strävar mot hälsobefrämjande åtgärder. Då syns det att det sociala sammanhanget har stor betydelse för personen på alla systemnivåer för att få en känsla av sammanhang.

3.2 Makt

Det finns många teorier om makt. Författarna kommer att använda sig av vissa begrepp beroenden på vilken riktning teorin har. Författarna har valt dessa teorier med en riktning mot chef –medarbetare, chef- klient. Detta för att det är enhetschefer som författarna har intervjuat.

Franzén (2010) använder sig av tre olika begrepp:

- Strukturell makt är det när förhållanden och olika positioner i samhället bestämmer vilken makt en person får.
- Intentionell makt hör ihop med handlingsteorier och hur en chef handlar i olika situationer. Det vill säga att någon som har makt handlar med en bestämd avsikt.
- Relationell makt är hur relationen mellan människor påverkas av makt. Makt finns i alla relationer och verkar genom relationer (Franzén, 2010).

Makt definieras genom handling och utövas genom maktutövning och vilken förmåga chefen har eller vilken tillgång och vilka medel som finns att använda. Effekterna av makt kan vara både positiva och negativa men makten i sig kan vara neutral. Franzén (2010) menar att makt är beroende av situationen och att makt i relationer kan förändras.

Enligt Franzén (2010) bör varje situation där makt kan tänkas spela en roll analyseras utifrån relationer, diskurser, resurser och kontext. Dessa analyser öppnar för en vidare analys av maktprocessen.

Två sorters makt författarna kan se vara relevanta till detta arbete är Expertmakt och Legitimitetsmakt. Expertmakt är när någon anser att någon annan har en stor kunskap eller erfarenhet på området och därför låter denna person bestämma över sig. Legitimitetsmakt är till exempel när någon som arbetar i området anses har rätt att påtala förbättringsåtgärder (Granér, 1991)

4 Metod och empiriskt material

4.1 Val av metod

För denna studie valdes en kvalitativ metod med motivet att kunna intervjua personer som har betydelsefulla upplysningar, för att där igenom besvara syfte och frågeställningar.

I en kvalitativ undersökning kan det finnas olika vetenskapsfilosofiska utgångspunkter och det kan vara av betydelse för studien att dessa beskrivs (Larsson, Lilja & Mannheimer 2009). I denna studie kommer utgångspunkten vara ett hermeneutiskt synsätt eftersom detta innebär att det som eftersöks är en förståelse för textens innebörd. Förförståelsen hos personerna som gör undersökningen är viktig eftersom ett hermeneutiskt synsätt i en undersökning innebär att en tolkning görs av det insamlade intervjumaterialet (Larsson, Lilja & Mannheimer 2009).

Anledningen till valet av en kvalitativ metod är att försöka få en djupare bild av erfarenheten och uppfattningarna hos enhetschefer inom äldreomsorgen om fallprevention. Författarna valde att göra en respondentundersökning där det undersöktes om enhetschefens erfarenhet och uppfattningar vid fallprevention hos äldre som har kommunal hjälp i hemtjänst eller bor i särskilt boende.

Syftet med denna undersökning är att undersöka vilken erfarenhet och vilka uppfattningar enhetschefen har när det gäller fall både i hemtjänst och på särskilt boende. Det blir även intressant att se om det finns skillnader i hur enhetschefer i särskilt boende och i hemtjänst uppfattar fallprevention. Den metod som används vid intervjuerna är en halv strukturerad intervju för att kunna anpassa frågorna efter vad som framkommer från respondenterna. Detta innebär att alla intervjuer inte kommer att bli exakt lika utan bero på vilka svar som kommer att ges av respondenterna. Målet med studien är att ha en induktiv ansats för att sedan kunna ha en allmän slutledning från det empiriska materialet (Thurén, 2007).

4.2 Datainsamling och genomförande

Inom kvalitativ metod finns tre olika huvudtyper av datainsamlingsmetoder, öppna intervjuer, direkta observationer och dokumentanalyser. Syftet med att använda sig av öppna intervjuer är att förstå och beskriva en annan persons upplevelser i ett visst sammanhang. Kvalitativ metod använder sig av ett helhetsperspektiv för att beskriva en situation i stället för att förminska den till enstaka variabler (Larsson, Lilja & Mannheimer 2009).

Val av respondenter kom delvis att ske genom kontakter som skapades under den Verksamhetsförlagda utbildningen (VFU) vintern 2010/2011. Viss slumpmässighet finns i urvalet (Esaïasson, Gilljam, Oscarsson & Wängnerud, 2007), men en styrning av urvalet har skett för att få enhetschefer från olika delar av äldreomsorgen. Valet blev fyra enhetschefer vardera från två kommuner och det var två enhetschefer från hemtjänst och två från särskilt boende i varje kommun. Slumpmässigheten i urvalet har skett genom att förutom de enhetschefer som kontakt skapats med under VFU har författarna endast brytt sig om var personen är enhetschef och inte vem personen som är enhetschef är. Även genom att om någon inte svarat har författarna ringt till någon annan, där har slumpmässigheten kommit in.

Eftersom intervjuerna genomfördes i två olika kommuner delades kommunerna upp på förhand mellan studenterna. Kontakten med respondenterna är först tagen via telefon för att genom en personlig kontakt fråga om de var intresserade att ställa upp på en intervju. Under telefonsamtalet presenterades studien och anledningen till att studien genomförs. Om enhetscheferna visade intresse för att delta i studien bokades en passande intervjutid och enhetscheferna tillfrågades även var de önskade att genomföra intervjun. Samtliga valde att

genomföra intervjuerna på sina arbetsplatser. Missivbrev med information om att intervjuerna är konfidentiella och kontaktuppgifter (se bilaga 2) översändes via e-post eller överlämnades vid intervjutillfället så att de kunde läsa igenom informationen innan intervjun startade.

I den ena kommunen var det ingen av de tillfrågade som avböjde att delta i undersökningen. Däremot var det svårt att få kontakt per telefon med enhetscheferna, men de som svarade i telefonen var också villiga att bli intervjuade och tid bokades. I den andra kommunen så var det däremot tre som tacka nej med anledning av att de inte hade tid. En fick en av författarna tacka nej till när datumet enhetschefen föreslog låg långt fram i tiden. Resultatet trots det blev ändå två från hemtjänst och två från särskilt boende i de båda kommunerna.

Studien har avgränsats till att endast innefatta intervjuer av enhetschefer och om deras bild av förebyggande åtgärder för fall av äldre. Det är ett medvetet val att ta denna personalkategori som respondenter och författarna är medvetna om att fall i många kommuner egentligen hör till sjuksköterskans och arbetsterapeutens arbete och ansvar, men författarna kan utifrån tidigare forskning se att om hela personalstyrkan samarbetar är det chefens ansvar att få rutiner för detta arbete.

Datainsamlingen i en kvalitativ undersökning sker oftast utifrån ett syftesbestämt urval och inte från ett slumpmässigt urval. En kvalitativ forskningsintervju utgår från respondentens livs- och upplevelsevärld. Det innebär att det är förståelsen av respondentens upplevelser inom de teman som undersökningen gäller som är det viktigaste. I och med att det insamlade materialet senare ska kodas och tolkas, är det viktigt att någon sorts bandspelare eller diktafon används för spela in intervjuerna för att datainsamlingen ska bli så korrekt som möjligt. En inspelad intervju ger också en större möjlighet för intervjuaren att kunna återge korrekta citat (Larsson, Lilja & Mannheimer 2009).

En forskningsintervju är ett komplicerat samspel mellan intervjuaren och respondenten. Kvaliteten på det insamlade materialet beror på detta komplexa samspel och det är därför viktigt att intervjuaren är väl påläst om ämnet för att kunna genomföra en välorienterad intervju och följa upp eventuella svar där betydelsen är oklar, samtidigt som intervjuaren måste känna en öppenhet inför respondentens livsvärld. Det är även viktigt att respondenterna väljs utifrån deras möjlighet att ge uttömmande och detaljrika svar. Intervjuaren behöver även skapa en intervjustrategi i förväg för att kunna skapa kontroll över intervjun (Larsson, Lilja & Mannheimer 2009).

Eftersom författarna valt att använda sig av halvstrukturerade intervjuer konstruerades först en intervjuguide. För att underlätta vid intervjun ordnades frågorna in under olika teman. I och med den halvstrukturerade intervjuformen formulerades frågeguiden med flera följdfrågor att använda vid behov om respondenten har svårt att utveckla sina svar. Frågeguiden användes sedan under intervjuerna endast till stöd och intervjuaren använde sig inte alltid av samtliga frågor utan valde vilka frågor som ställdes berodde på vad respondenten berättade och hur utförligt.

Efter att ha bearbetat och skrivit om frågeguiden efter samråd med handledare genomfördes en första intervju utan svårigheter och därför ansåg författarna att guiden gav svar på det som undersöktes.

Intervjuerna genomfördes enskilt och spelades in på diktafon och transkribereds ordagrant efteråt. Vid intervjuerna närvarade endast den ena av författare. För att få enhetschefer från olika delar av äldreomsorgen och från olika kommuner valde författarna att dela upp intervjuerna mellan sig. Detta för att undersöka om resultatet skulle komma att skilja sig åt mellan kommunerna.

Frågeguiden började med lite bakgrundfrågor om respondenten för att under analysen senare eventuellt kunna upptäcka skillnader i svaren beroende på respondentens ålder, utbildning och erfarenhet som enhetschef. Sedan följde några frågor om enheten som till exempel hur stor personalstyrka och hur många brukare där fanns, detta för att se om enhetens storlek skulle kunna påverka respondenternas svar. Efter detta kom Tema ett som handlade om fallproblematik och statistik för fall. Tema två handlade om skador och Tema tre om åtgärder och hjälpmedel. Det sista Temat handlade om personalens och respondentens egen fallpreventionsutbildning och även om vilka riktlinjer som finns i respektive kommun. Intervjuerna avslutades med att respondenten själv fick fundera om det var något annat inom området fallprevention som respondenterna tyckte var viktigt att ta upp och som inte berörts tidigare under intervjun.

4.3 Databearbetning och analysmetod

Enligt det hermeneutiska synsättet påverkar tolkningen av en forskningsintervjus helhetliga innebörd även hur textens delteman uppfattas. Även förförståelsen hos personerna som gör undersökningen påverkar hur textens mening förstås (Larsson, Lilja & Mannheimer 2009).

Bakgrunden hos författarna till denna studie kommer att ha betydelse för hur intervjuerna tolkas och detta är något som kommer att tas hänsyn till.

En av den kvalitativa metodens styrkor att den ofta används för att induktivt studera ett fenomen utan förutfattade hypoteser och att teorier och begrepp tillåts växa fram ur tolkningen av intervjuer (Larsson, Lilja & Mannheimer 2009).

Resultatet av studien är beroende av vilket sammanhang som resultatet framställs i. Det undersökande tillvägagångssätt utgår ifrån en användning av teoretiska referensramar, tidigare forskning samt författarnas bild av kunskap inom ämnet, politiska riktlinjer och författarnas egna reflektioner.

Analysmetoden författarna valde att använda var att skriva ut all intervju material på papper och utifrån detta undersöka och sammanställa svaren i varje tema. Varje fråga har gått igenom var för sig och jämförts med övriga respondenters svar. Författarna jämförde olikheter och likheter i svaren och det är detta som gett oss intressanta resultat. Innebörden av resultaten har kopplats till teorier. För att öka förståelsen har citat tagits med från intervjuerna i presentationen så texten blivit mera lättförståelig och beskrivande. Författarna har även när detta var klart lagt in sin personliga tolkning och analys till varje tema och sedan har författarna bearbetat hela materialet till en helhet. Allt material från intervjuerna finns dock inte med utan vissa svar har sorterats bort för att de inte passade in till syfte och frågeställning, eftersom vissa av respondenterna gav svar som inte riktigt hörde till frågorna. Författarna har kopplat samman resultat, teori, analys och sina egna reflektioner till en kontext, som sedan presenteras i resultatavsnittet i detta arbete.

4.4 Validitet och reliabilitet

Validitet och reliabilitet i kvalitativ forskning kan vara svår att mäta för att tolkningen av respondenternas svar till viss del bygger på forskarens bakgrund. Forskarens skicklighet i att tolka ger undersökningen en hög validitet (Larsson, Lilja & Mannheimer 2009).

Reliabiliteten innebär att tillförlitligheten är hög genom att undersökningen är gjord på ett riktigt sätt och det finns ett sammanhang och konsekvent tänkande i den kvalitativa studien.

På detta sätt uppnås en hög reliabilitet för studien. Författarna har undersökt vad de verkligen tänkt undersöka och på så sätt fått en hög validitet på studien (Thurén, 2007).

Syftet med denna studie var att undersöka de intervjuade enhetschefernas erfarenhet och uppfattningar med inriktning på fall inom äldreomsorgen. Detta anser författarna att de har gjort på ett riktigt sätt. Författarna anser även att det finns en sammanhängande röd tråd genom hela arbetet. Då svaren respondenterna gett på frågorna stämmer väl överens med varandra anses risken för att frågorna blivit missuppfattade av respondenterna är liten.

Enligt författarnas uppfattning har respondenterna svarat ärligt på frågorna, men för att kontrollera studien och få fram exakt samma resultat ska det vara samma personer som intervjuas och då uppnå reliabilitet.

Eftersom all kvalitativ forskning bygger på den intervjuades egna uppfattning och tolkning av det som undersöks är det svårt att säga att sådan forskning kan generaliseras i ett större sammanhang. Då denna studie bygger på kvalitativa intervjuer och eftersom respondenterna har varierande erfarenheter och olika utbildningar anser författarna ändå att den kan ge bild av enhetschefers erfarenheter av fallprevention inom kommunal äldreomsorg, även om det i och med de få respondenterna inte säkert går att generalisera resultatet, utan att det är endast gångbart för denna grupp enhetschefer.

Tolkning av resultatet har skett i samarbete mellan författarna vilket anses öka tillförlitligheten eftersom detta medför att tolkningen av intervjuerna inte beror på en persons bakgrund utan båda författarna har tolkat materialet på samma sätt.

Författarna har kunnat se likheter i resultat med tidigare studier och forskning och känner då att studien får en hög trovärdighet.

4.5 Etiska frågor

Vetenskapsrådet rekommenderar att forskning följer deras fyra forskningsetiska principer. Detta för att den intervjuade ska kunna känna en trygghet och kunna vara ärlig i sina svar på frågorna som ställs. Dessa fyra krav är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskrav och nyttjandekravet (Esaiasson, Gilljam, Oscarsson & Wängnerud, 2007; Vetenskapsrådet, 2002).

Författarna anser att det är viktigt att uppfylla de fyra forskningsetiska kraven eftersom det stärker trovärdigheten och vetenskapen i studien. Dessa krav gör det lättare för respondenterna att känna tillit till att forskarna använder materialet på rätt sätt.

Författarna har tillämpat dessa forskningsetiska principer genom att författarna tydligt informerat respondenterna om syftet med intervjuerna och därigenom uppfyllt informationskravet. Samtyckeskravet har uppfyllts genom att författarna försäkrat sig om att respondenterna är medvetna om vad intervjun ska användas till innan den startats. Konfidentialitetskravet har uppfyllts genom att allt material kodas. Allt okodat material som går att spåra till en viss respondent har under studiens tid förvarats på ett sådant sätt att obehöriga inte kom åt materialet. För att motsvara nyttjandekravet kommer materialet endast att användas till denna studie och kommer inte att lämnas ut till annat ändamål. Författarna kommer att återge resultatet till de respondenter som önskar detta.

5 Resultat och analys

Författarna har skapat resultatet till denna studie genom att dela in det empiriska materialet från intervjuerna i de fyra teman som intervjuguiden var indelad i. Dessa teman är 1) Fallproblematik 2) Skador 3) Åtgärder och 4) Kunskap och riktlinjer. Författarna har även gjort kopplingar mellan respondenternas svar och tidigare forskning och den teoretiska referensramen för denna studie. Även vissa kopplingar mellan resultatet och annan forskning har gjorts.

Under intervjuerna ställdes vissa frågor för att undersöka respondenternas utbildning och arbetslivsbakgrund. De åtta respondenter författarna har intervjuat har alla en tillsvidareanställning som enhetschef i kommunal verksamhet inom äldreomsorgen, en har ett vikariat. Hälften arbetar mot hemtjänst och de andra mot ett äldreboende. Åldern på respondenterna är mellan 38-57 år, en är man och resten kvinnor. Antal år respondenterna har arbetat som enhetschef varierar mellan 4-30 år. Respondenterna arbetar i två olika kommuner.

5.1 Fallproblematik

De flesta av enhetscheferna anser att de har få fall och att det är många gånger som det är samma personer som faller vid flera tillfällen. Samma sak tas upp i en studie av Sadigh med flera (2004), där det framkommer att samma personer föll upprepade gånger. Enhetscheferna anser inte att det är ett problem att en brukare faller någon gång. Men två av enhetscheferna anser att det är ett mänskligt lidande för brukaren. En säger att:

Alla fallskador är ett problem var de än sker.

Detta uttalande kan kopplas till Räddningsverkets studie (2007) där det framkommit att fallolyckor leder till mänskligt lidande. Detta ser författarna att flera forskare som till exempel Jansson, Nordell, Engelheart och Nordlund (2009) också har kommit fram till och det presenteras i bakgrunden i detta arbete.

Enligt Socialstyrelsen (2011) har antalet allvarliga fallskador minskat under 2000-talet. Statistik som presenteras i Socialstyrelsens lägesrapport visar på att under 2009 föll totalt 13 058 äldre kvinnor och 4 798 äldre män minst en gång så illa att det krävdes sjukhusvård. Av dessa var cirka 15 procent av kvinnorna och cirka 13 procent av männen bosatta i särskilt boende. Det finns ingen tillförlitlig statistik över fallskadorna bland personer med hemtjänst (Socialstyrelsen, 2011).

Statistiken författarna fått av respondenterna visar att det varierar på särskilt boende och hemtjänst, men att det övervägande är få fall enligt enhetscheferna. Enhetscheferna hade enligt författarna olika uppfattning vad som var få fall. En uppgav som exempel att det var två fall på tre veckor. Uträknat på ett år blir ca 35 fall och det upplevde respondenten som lite. I procent är det 17,5 procent som faller och det anser författarna är en hög siffra. På ett annat särskilt boende var det en enhetschef som upplevde att fall var ett problem och i procent hade den respondenten 16 procent fall hittills i år. Ett annat särskilt boende har en statistik på ca 20 fall per år och det är 30 brukare som bor där och denna enhetschef ansåg inte att fall var ett stort problem. Här kan författarna se starka kopplingar till enhetschefens makt. Genom den strukturella makten (Franzén, 2010) har enhetscheferna makt att sköta sin enhet efter kommunernas regler och riktlinjer. Det bör ligga i enhetschefens intresse att se till så att fallstatistiken för sin enhet ser så bra ut som möjligt och detta hör då ihop med intentionell

makt (Franzén, 2010). Enhetschefernas handlingar bör inriktas på att minska antalet fall om statistiken börjar se dålig ut. Genom enhetschefens legitimitetsmakt (Granér, 1991) bör förändringar i verksamheten kunna genomföras för att minska antalet fall även om dessa förändringar skulle kräva ändringar i arbetssätt eller förändring av riktlinjer.

Enligt enhetscheferna fungerar avvikelserapporteringen bra. Det som kan fela någon enstaka gång, är att fallen inte förs in i kommunernas egna datasystem. Författarna fick intrycket av att avvikelser för medicinhantering skattades som viktigare än vad avvikelser för fall gjorde av enhetscheferna. Alla fall togs upp på arbetsplatsträffar för att diskutera eventuella åtgärder, men sedan hände det enligt respondenterna oftast inte mycket mera. En enhetschef sa:

Att det inte bara blir ett papper på skrivbordet eller i en pärm, att det händer något med det.

Enhetscheferna såg ändå fall som ett problem när de hade skett. Kontakten med arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska fungerar bra på alla platser. På särskilt boende har de teamträffar då de tar upp och diskuterar alla brukare, där alla olika personalgrupper är med som berör brukarna. De diskuterar eventuella problem och där tas fallproblematiken upp och även vad som kan göras för att förhindra nya fall eller åtminstone minska antalet fall.

Detta tolkar författarna till att fall i dessa två kommuner enligt enhetscheferna inte är ett problem, men fall förekommer och de ser ett problem när fall sker och enligt författarna är det för sent. Det författarna ser i tidigare forskningen är att förebyggande åtgärder är den bästa metoden för att förebygga fall bland äldre. I den australiensiska studien (Morris m.fl., 2004) framkommer det att det är dubbelt så många kvinnor än män som faller. Dessutom finns en rädsla för att falla igen om en brukare har fallit en gång. Riskfaktorer spelar en stor roll om en brukare faller flera gånger. Detta skulle kunna förhindras genom att få in Antonovskys (2007) tre begrepp, begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet i det vardagliga arbetet. Detta för att en brukare som mår bra psykiskt och socialt inte har en lika stor risk för att falla enligt Räddningsverket (2007). Genom att fortsätta med en aktiv livsstil som brukaren haft tidigare i livet får Antonovskys (2007) begrepp en funktion på hälsovinsterna på längre sikt och på detta sätt minska risken för fall.

5.2 Skador

Skador förekommer enligt respondenterna. Det kan vara att någon glider ur en stol eller säng. Intrycket för författarna var att det var mera blåmärken och andra små blesyrer som förekom. Brukare kan även ha varit själva på rummet eller i lägenheten och då försökt att förflytta sig själv och fallit. Skador som gör att brukare måste uppsöka sjukhuset som till exempel lårbensbrott förekommer, men är enligt respondenter sällsynta. Däremot ser de i sina avvikelser att det ofta är samma person som står för många fall på kort tid, ett exempel var på en enhet hittills i år 24 fall varav fyra personer stod för över hälften av dessa fall.

Detta stämmer väl överens med resultatet av en studie som genomfördes av bland andra Sadigh (2004) på ett särskilt boende i Sverige. Resultatet från denna studie visade på att svullnader, blåmärken och smårår var de vanligaste skadorna. Samt att den vanligaste platsen att falla var i sovrummet och att personal oftast inte var närvarande vid falltillfället.

Enligt respondenterna tror de att de flesta fall sker vid olika förflyttningar som från säng till toalett själva utan att personal finns närvarande eller att brukare glider ur en stol eller säng när de sitter:

Jag tror ändå att det är viktigt att alla har en helhetssyn inom vården och omsorgen och att de har bra hjälpmedel.

Enhetscheferna är medvetna om det salutogena synsättet, att varje brukare ska ses och utgå från vad just denna brukare har för behov och vad som kan förbättras (Antonovsky, 2007). Respondenterna ser till det friska hos varje brukare. Men att det är lika viktigt att brukaren är medveten om och accepterar förändringar för att förhindra fall. Där kommer det även in att som enhetschef har de en ledarroll som gör att de ska kunna implementera nya arbetssätt och det anser författarna är en viktig del av enhetschefens arbete med fallprevention. Enhetschefen har genom sin ledarroll en strukturell makt (Franzén, 2010) för att de är utsedda till enhetschef inom kommunen. De bör även ha en kompetens som gör att de får en expertmakt, de har gått utbildning för att lära sig ledarskap och deras huvuduppgift är att få in nya arbetssätt i arbetsgruppen.

Enligt Gyllensvärd (2009) bör åtgärder anpassas efter orsak. Ibland medför det då att åtgärderna riktar sig till en stor grupp människor som till exempel när trottoarerna sandas på vintern för att undvika fallskador. Ibland till en mindre grupp i samhället, det kan vara att ändra eller ta bort medicin för en brukare så att den blir mindre yr och på detta sätt förhindra fall. Det kan även vara att om en brukare ser dåligt kan personalen ur hemtjänsten hjälpa till genom att ta bort saker som mattor eller möblera om för att minska fallrisken. Ett annat alternativ kan vara att få hjälp med nya glasögon eller förbättra ljuset inomhus.

Lundin-Olsson och Rosendahl (2008) och Räddningsverket (2007) kommer i sin forskning fram till att fallskadorna har ökat de senaste åren och då stiger kostnaderna för samhället också. Det personliga lidandet i att behöva åka till sjukhus och därigenom pendla mellan olika enheter ger en otrygg miljö för brukaren. Har brukaren dessutom en demenssjukdom blir det ändå jobbigare att flytta tillbaka till sin lägenhet som de då inte känner igen. Brukaren kan då bli mer förvirrad. Författarna kan se att enhetscheferna verkligen jobbar utifrån salutogent synsättet och försöker få brukaren undersökt på plats och inte åka till sjukhus om det inte behövs, men det får inte gå så långt att säkerheten åsidosätts. Begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet (Antonovsky, 2007) är svårt att finna i vardagen för brukare som har en demenssjukdom och då är det viktigt att inte komplicera livet för dessa brukare genom onödiga transporter till sjukhus. Även en brukare som inte har en demenssjukdom kan bli förvirrad efter ett fall på grund av smärta. Därför är det viktigt att tänka på samma sätt oavsett om brukaren har en demenssjukdom eller inte.

5.3 Åtgärder

5.3.1 Åtgärder som finns

Enligt respondenterna är detta deras bästa åtgärder för att förhindra fall:

- Se över medicineringen
- Ta bort alla mattor
- Bostadsanpassa

- Nutritionen för att förhindra att dementa glömmer att äta
- Bra sömn
- Möblering

En av respondenterna säger att träningen måste komma in i vardagen. Detta kan åstadkommas genom att de äldre ska göra det som de klarar till exempel att lägga sin tvätt i tvättmaskinen, bära bort sin tallrik efter maten eller tvätta sig själv:

Men naturligtvis får man hjälp med det man inte klarar. Här är det jag trycker på som enhetschef är att genomförandeplanen måste vara så riktiga som de kan vara och sanningsenlig och så detaljerade så att alla ska kunna arbeta efter dom och utgå från vad varje kan och vad den behöver hjälp med.

En enhetschef säger att det är hennes roll att påpeka för kontaktpersonalen att de ska ta reda på detta så mycket som möjligt. Även ansåg denna enhetschef att det var viktigt att ha tätt samarbete med sjukgymnast och arbetsterapeut och sjuksköterska för att genomförandeplanen skulle fungera.

Det författarna ser i tidigare forskning är att det är bra att röra på sig oavsett ålder och det har ingen av respondenterna med i sina åtgärdsalternativ. Författarna kan hänvisa till forskningen som Rädningstjänsten (2007) har tagit fram hur viktigt det är att röra på sig, mycket för att förebygga benskörhet eller att minska tillståndet av benskörhet.

En annan sak de ser i forskningen är att äldre som lever ensamma har en fördubblad risk för upprepade fall, än om brukare är sammanboende med någon. Därför är det viktigt med den sociala kontakten för att bryta isoleringen. En annan viktig målgrupp är de som har tidigare sjukdomar som medför att brukare få sämre balans eller muskelstyrka enligt Sveriges Kommuner och Landsting (2009).

Det som framkommer i Sveriges Kommuner och Landsting (2009) som åtgärder på boenden är att:

- Det ska finnas utbildad personal.
- Det ska finnas träning för brukare.
- Läkaren går igenom läkemedel så att onödig medicin tas bort.
- Rekommenderar att tillsätta D-vitamin.
- Rekommenderar synundersökning.
- Genomgång av näringsupptag.
- Höftskydd till de brukare som har behov.
- Mjuka golvunderlag.

Enligt Lundin-Olsson och Rosendahl (2008) är den bästa metoden för att förebygga fall i hemmet:

- Träning av muskelstyrka, balans och gångträning

- Översyn av riskfaktorer i hemmet av arbetsterapeut
- Läkemedelsöversyn

Det författarna kan se är att olika forskare (Morris m.fl., 2004; Robertson m.fl., 2001; Sadigh m.fl., 2004) kommer fram till liknande slutsatser om vad som är bra åtgärder för ett förebyggande arbete. Dessutom framkommer det i Lundin-Olssons och Rosendahls forskning (2008) att arbetet för dessa åtgärder inte behöver kosta speciellt mycket utan det sammanfaller med en god vård. I en studie från Nya Zeeland kom de fram till att kostnaderna för träning blev mindre än vad kostnaden för vård av fallskador var (Robertson m.fl., 2001). Enhetschefernas uppgift blir att föra in nya arbetssätt i verksamheten för att förebygga nya fallskador och på sätt också lidande för individer och spara pengar för kommuner.

Däremot tycker respondenterna att det är lättare att påverka möblering och mattor på ett särskilt boende än när brukare bor i egen lägenhet. Brukare accepterar ett expertutlåtande lättare på ett särskilt boende än i den egna lägenheten. I den egna lägenheten vågar brukaren ifrågasätta mera. Ofta tar enhetscheferna anhöriga till hjälp för att påverka brukaren om personalen anser att det finns till exempel mattor som brukaren lätt snubblar på.

Det är ju svårt att säga till någon att de ska ta bort mattor och sådant för vi är ju gäster i deras hem. Det är man ju även på ett boende men där blir det lite annat. Vi är ju gäster... så det är svårt.

Karin Dahlberg (1994) beskriver begreppet helhetssyn inom vården och ser människan som helhet. Det betyder att människan är det centrala i vården och vården ska ses ur brukaren perspektiv. För att kunna förstå vården ur brukarens perspektiv måste vårdaren kunna lyssna på brukaren och se denna som en människa och inte bara som sin sjukdom. Människan är i detta synsätt viktigare än brukaren. Helheten är relativ beroende på den unika brukaren. Kunskapsmässigt kan kroppen delas upp i olika delar, men det går inte att förstå brukaren som människa utifrån de kroppsliga delarna. Helhetssyn kan jämföras med Antonovskys (2007) salutogena synsätt där det är viktigt att se hela människan för att se vad brukare klarar istället för att se till det sjuka och vad brukare inte kan.

En av enhetscheferna säger att hon alltid informerar brukaren som ska flytta in på boendet, om att de inte bör övermöblera. Det bör inte finnas mattor på golven som ligger så till att de ökar risken för fall.

5.3.2 Anhörigträff

Anhörigträffar ska enligt en enhetschef ske med Räddningstjänsten och där ska de ge information till anhöriga om att se över hemmet för faror. Det är även så enligt enhetschefen att anhöriga har mera makt att påverka sina föräldrar än vad personalen har. Detta kopplar författarna till den relationella makten (Franzén, 2010) mellan brukare och anhörig eftersom makt finns i alla relationer. Enhetschefen ser en fördel att ha anhörigträffar för att på så sätt få draghjälp av anhöriga till förändringar som behövs i hemmet hos brukaren. Personalen kan mera påminna och tala om kunskapen på området.

Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (2009) är det viktigt med utbildningar, men enligt forskningen (Socialstyrelsen, 2010c) måste det finnas konkreta åtgärder att genomföra efter utbildning, bara utbildning ger inte några större effekter. Kommunen i detta fall har ett bra syfte. Det är bara att hoppas att de fortsätter att ha åtgärder så att det inte stannar vid att ha en

utbildning för anhöriga och betalar en massa pengar för detta och att det kommer kommunen tillgodo genom att fallen minskar i kommunen.

Vi har ju varit dåliga på anhörigträffar eller vilket vi hade för ett par år sedan då räddningstjänsten var inblandade och pratade om säkerheten om brandvarnare, men också det här med sladdar och att man själv får se över sitt hem, eller mattor dom pratade fallprevention på det viset. Vilket jag tyckte var bra.

5.3.3 Socialt

Det sociala påverkar att brukare faller mindre och det syns i forskningen på flera ställen bland annat i Räddningsverkets rapport (2007). Där framkommer att det är några hörnstenar som är viktiga och det är fysiska och sociala aktiviteter för att bryta ensamheten. Men det är även av vikt att kommunen ser långsiktigt på problemet. Det behöver byggas upp ett förtroende hos den som ska hjälpa och att det är individanpassat. Räddningsverket (2007) anser att de ska rikta in sig på personer som är 75 år och äldre och som fortfarande klarar sig själva. Det kan författarna anse att det kan vara för att dessa personer inte har kommit in i vårdkedjan ännu och på så sätt förhindra detta. Det är nog det som man långsiktigt kan spara in pengar på. Har brukare redan fallit går det nog bara att underhålla och brukare behöver fortsatt hjälp efter sitt benbrott. Detta kan kopplas till det salutogent synsättet med att se till brukare och att utgå från vad denna brukare behöver för åtgärder och se till att hela människan blir sedd utifrån behov. Enligt författarnas teoretiska referensram är det viktigt att tillgodose det sociala behovet likväl som det fysiska och psykiska och då blir hela människan sedd och brukaren får ett självbestämmande som gör att brukaren mår bra.

Det som görs på boenden är att varje brukares intresse tas tillvara samt att de erbjuds promenader och gruppaktiviteter efter det egna intresset. Något många gillar är sång och musik. Det fungerar även bra på dementa enligt vissa respondenter.

Inom hemtjänsten ser enhetschefen en markant ökning av beviljade insatser av promenad eller social samvaro. Men samtidigt säger en respondent att är det personalbrist så är det den sociala delen som de dras in på, framför den personliga hygien. Detta kan författarna se är den strukturella makten (Franzén, 2010) genom att enhetschefen har makt att fördela personalens tid och prioritera omvårdnad före sociala insatser.

Ett sätt att se på begreppet helhetssyn kan vara att åstadkomma ett möte mellan vårdaren och brukaren. Det professionella förhållningssättet mellan dessa två ska samtidigt vara en gemenskap mellan människor. Helhetssyn kan även vara att se brukarens uttryckta behov. Det kan också vara att se behov som brukare inte kan beskriva tydligt (Dahlberg, 1994).

5.3.4 Biståndsbedömare

Enligt respondenterna har de väldigt lite kontakt med biståndshandläggaren angående fallproblematik. Det är någon av respondenterna i hemtjänsten i en kommun som tar upp att det är svårt att kalla biståndshandläggaren till dessa tematräffar eftersom de är uppdelade på födelsenummer på brukaren och att det var lättare till ett samarbete när biståndsbedömaren hade hela områden förut. Däremot vill alla ha ett bättre samarbete för att förebygga fall i framtiden.

Eftersom de arbetar mot ett salutogent synsätt där de ska se till brukarens behov och se hela människan anser författarna att ett samarbete borde vara en självklarhet. I Robertson m.fl. (2001) studie från Nya Zeeland syns att ett samarbete mellan olika personalkategorier är en viktig del i det förebyggande arbetet. Om ett samarbete mellan olika personalgrupper inte fungerar kan vardagen bli svår att hantera för brukarna. Antonovskys (2007) begrepp meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet är svåra att få att fungera om olika personalgrupper inte kan arbeta ihop och inte kan komma överens om vad som bör göras för den enskilde brukaren.

5.3.5 Möten

Det finns enligt enhetscheferna möten om brukare i både hemtjänst och särskilt boende, men skillnaden är att på boendet tas alla brukare upp till diskussion oavsett om de har något problem. Där ser de till helheten av brukare. I hemtjänsten är det annorlunda. Där tas brukaren upp först på mötet när det är något problem eller något särskilt som har hänt.

Här kan författarna se att det finns åtgärder att arbeta med i hemtjänsten för att förebygga fall och från den ena kommunen har författarna fått en handlingsplan för hur fallprevention ska utvecklas och följas upp. Alla respondenter anger att de har ett gott samarbete med arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterskan gällande fallåtgärder. I forskningen ser författarna att ett av de viktigaste kriterierna för fallprevention är att olika personalkategorier har ett gott samarbete. Enligt Lundin-Olsson och Rosendahl (2008) är det viktigt att olika personalkategorier kan samarbeta för att skraddarsy en lösning för brukare. I enlighet med Lundin-Olsson och Rosendahl (2008) är det viktigt att förändringar läggs fram på ett sätt som gör att brukare förebygger fall och inte blir motståndare till förändringarna. Brukare får inte känna att fallprevention blir ett hinder i vardagen. När brukare informeras om till exempel att mattorna bör tas bort är det viktigt att se till hela människan. För att koppla detta till Antonovskys (2007) salutogena synsätt och de tre huvudbegreppen i KASAM och att få brukare att förstå varför mattorna ska tas bort och om brukare förstår blir det lättare att hantera situationen och kan även se meningen i varför åtgärderna behöver genomföras och därigenom uppnås en begriplighet i tillvaron för brukaren.

5.4 Samtycke

Upphävandet av vissa av Socialstyrelsens författningar anser inte respondenterna har varit några problem, utan flera tycker att de i stället gör att de och personalgruppen tänker till en extra gång innan de använder hjälpmedel. Författarna fick även till svar att det finns brukare som inte kan göra en egen bedömning på grund av en stroke eller en demenssjukdom. Där är det flera enhetschefer som ifrågasätter vem som ska göra denna bedömning när inte brukaren själv kan. En av enhetscheferna säger:

Som man frågar får man svar

Samtycket har enligt enhetscheferna inte ställt till problem eftersom det går att ställa frågorna så personalen får det svar de vill från dementa och på så sätt ändå får ett samtycke. Men däremot har det slentrianmässiga försvunnit och det finns en diskussion i personalgruppen. Författarna ser att de nya föreskrifterna har gjort att tanken har väckts och handlingen utförs inte på rutin utan i samråd dagligen med brukare.

Enligt Socialstyrelsen kan det strida mot kraven på god vård i hälso- och sjukvårdslagen att ta bort hjälpmedel utan individuella bedömningar (Socialstyrelsen, 2010b). En av respondenterna säger att sjuksköterska och enhetschef gör en riskbedömning när ett samtycke är svårt att få och personen har hög fallrisk. Detta anser författarna vara en lös tolkning av gällande regler. Det författarna känner är att det är viktigt att personalen som ser brukare dagligen är medveten om att ett eget samtycke inte har givits utan det har gått till så att samtycke enligt lag inte är uppfyllt. Då är det viktigt att som personal snabbt kunna förstå brukaren om denna visar tecken att den inte vill använda hjälpmedel, och i sådana fall ta bort dem när brukare påvisat att han inte vill ha dem längre.

Enligt en studie från USA av Luo, Lin och Castle (2011) framkommer det att hjälpmedel som håller fast brukare med demenssjukdom inte har någon effekt på äldre brukare mer än sänggrind för att förhindra fall.

Enligt Karin Dahlberg (1994) innebär helhetssyn att brukarens behov står i centrum och att vården inte ska styras av vårdorganisationens behov. Varje människa är unik, därför är också varje människas resurser unika. Helhetssyn är att se de resurser brukare har och varje individs unika resurser ska betonas. Enligt Antonovsky (2007) är det viktigt att tillvara ta det brukaren klarar och inte ge mer hjälp än vad brukaren har behov av för att bibehålla de funktioner brukaren har.

Författarna ser att det salutogena synsättet blir starkare i och med den dagliga diskussionen om vilka hjälpmedel som ska användas och att varje brukare blir sedd utifrån sina behov. Makten som personalen har över brukare blir inte lika påtaglig om de rådfrågar innan hjälpmedel används och brukare känner sig då också mindre kränkt och har ett självbestämmande.

5.5 Kunskap och riktlinjer

5.5.1 Riktlinjer

Riktlinjer finns i båda kommunerna men de används väldigt olika. I båda kommunerna säger sig enhetscheferna på särskilt boende vara bra på att följa riktlinjerna för fall. Hemtjänstens enhetschefer vet att dessa riktlinjer finns men följer dem inte, men efter att de har blivit intervjuade har de fått sig en tankeställare som en enhetschef uttryckte sig:

Gud så jobbigt det blev, det finns riktlinjer, men vi följer dem inte. Det vi i alla fall är bra på är samarbetet med sjuksköterska och arbetsterapeut.

Kommer det nya riktlinjer är det enhetscheferna som informerar personalen om dem och detta sker på arbetsplatsträffar.

Information till medarbetare är viktigt. Genom att bli informerad om till exempel förändringar och ekonomisk situation för organisationen ser medarbetarna sin roll i helheten tydligare och kan även känna en stolthet i att vara en del av organisationen. Den som informerar om något får inte vara rädd att upprepa sig, det finns alltid någon som låter tankarna vandra. Det kan även vara nödvändigt att upprepa informationen med andra ord eftersom alla tolkar det som sägs utifrån sina egna erfarenheter. Det är inte heller bra att låta informationen dominera arbetsplatsträffarna. Det är bättre att bara ge nödvändig information på dessa möten och om mer information behövs är det bättre att ordna särskilda informationsmöten. Det är även bra

att ha ett system för uppföljning så att alla har fått informationen och tolkar den på samma sätt (Olofsson, 2009).

Författarna anser att det är konstigt att enhetscheferna i hemtjänsten inte ser till att personalen följer riktlinjerna. Om inte existerande riktlinjer följs, hur kan då enhetscheferna implementera nya riktlinjer i arbetet? Vad beror detta på? Kan chefen ha för stora grupper eller anser enhetschefen att riktlinjerna är för svåra att uppnå i det dagliga arbetet och därför inte försöker följa dem? Det författarna ser är att enhetscheferna har väldigt olika stora personalgrupper. Författarna ser även att i hemtjänsten i båda kommunerna är personalgrupperna betydligt större än vad de är på ett särskilt boende. Det kan vara en bidragande orsak till att enhetschefen får svårare att hinna få in nya arbetssätt i verksamheten. Enhetscheferna får prioritera sin tid för förändringar som sker akut och på så sätt inte hinner planera in nya rutiner i verksamheten.

Författarna anser att om enhetscheferna för hemtjänst får mindre personalgrupper kan de lägga större tid på att se till att personalen arbetar efter riktlinjerna och på så sätt kan personalen lättare arbeta efter den enskildes behov eftersom det är det som riktlinjerna ser till. Riktlinjerna är utformade efter det salutogena synsättet och ser till den enskilda individens behov. I riktlinjerna ser författarna att detta synsätt tydliggörs och behovet tillgodoses genom att brukaren sätts i centrum och får sina personliga behov uppfyllda. Detta kan jämföras med Antonovsky (2007) som anser att det är viktigt att ta till vara på det som just denna brukare klarar av att utföra och mår bra av.

Det som framkommer i denna undersökning är att personal på särskilt boende oftare tillkallar sjuksköterskan vid ett fall även när brukaren inte har en synlig skada. Det är som en rutin på boendet. Det författarna kan se är att det kan höra ihop med att sjuksköterskan finns på plats och om en jämförelse görs med hemtjänsten, där sköterskan kan vara längre bort och då också tar längre tid att både få tag i och innan sköterskan kan komma rent fysiskt på plats. Som en enhetschef på ett äldreboende uttrycker det:

Genom att vi har en sjuksköterska här på huset så är det naturligt att man ber dem titta också.

I den ena kommunen stod det i riktlinjerna att vid skada ska brukare ligga kvar på golvet till sjuksköterskan kan komma och göra en bedömning. I den andra kommunen fanns inte det med. Men där fanns det att om brukaren behandlas med Waran och misstanke om slag i huvudet vid fallet ska brukaren uppsöka sjukhus för en bedömning där. Däremot tog inte hemtjänstens enhetschefer upp detta med Waran men å andra sidan jobbade de inte lika tydligt mot riktlinjerna. Däremot ser författarna att brukare åker endast till sjukhuset om det misstänks ett brott eller om brukaren behöver sys, med andra ord utnyttjas sjukhuset på rätt sätt enligt författarna. Det kan anses bra ur samhällsperspektiv för enligt Räddningsverkets forskning (2007) var kostnaden för ett fall för kommuner och landsting i Sverige minst fem miljarder kronor.

Ja det kan det vara för att dom får åka till sjukhuset och det blir en jättestor apparat av det hela. Sen har vi inte speciellt mycket här tycker jag om man jämför med hur jag hade det på boende i en annan kommun, där var det fallrapporter hela tiden som jag inte tycker att det är

här. Men visst blir det problem. Att det i förlängningen blir problem när de ramlar och slår sig väldigt illa.

5.5.2 Checklista

En kommun har en checklista som ska användas när någon flyttar in på särskilt boende som utvärderar riskfaktorer för fall. Vid inflyttning påtalade en av enhetscheferna på särskilt boende alltid att det inte ska vara övermöblerat i lägenheterna eller andra saker som gör att det är lätt att falla som till exempel mattor som ligger så någon snubblar på dem.

I den andra kommunen har författarna inte fått information om checklistor på boenden, men där har framkommit att hemtjänsten har en checklista för arbetsmiljö för personalen och där kan det framkomma om det är övermöblerat eller mycket mattor. Detta kan även ses i forskningen som Sadigh med flera (2007) genomförde. Där framkom det att de redan då började föra statistik för att se vilka som faller och även var de faller för att kunna sätta in åtgärder för dessa brukare. Det anser författarna vara en förstudie till Senior Alert och kommer bara den igång ordentligt kan författarna se ett hjälpmedel för förebyggande åtgärder. Men då måste systemet bli begripligt för personalen och de måste få förståelse för varför det är av vikt att fylla i även på datorn. Där har enhetschefen som sin roll att förmedla kunskap om detta ämne och se till att det blir ordentligt gjort. Det ligger i enhetschefens strukturella makt (Franzén, 2010) att se till så att personalen vet varför de ska dokumentera i olika databaser. Genom att personalen får en förståelse för varför något ska göras ökar chansen att de kommer ihåg att dokumentera allt.

5.5.3 Dokumentation

Kommunerna använder två olika datasystem för dokumentation. Den ena kommunen använder datasystemet även för avvikelser och den andra kommunen skriver fortfarande avvikelser på papper som först skickas till enhetschefen och sen vidare till sjuksköterskan. Den kommun som skriver direkt i datasystemet borde enligt författarna få en snabbare hantering av ärendet, eftersom den som ansvarar för fall direkt kan se vad som hänt. Genom en snabbare hantering av ärendet och därigenom även snabbare översyn av behov av eventuella hjälpmedel och på så sätt kan nya fall förhindras. Det har även framkommit i intervjuerna att ingen av enhetscheferna kan säga helt säkert att alla skador eller fall dokumenteras i datasystemet. I den ena kommunen där det användes papper kan det ibland missas att skrivas in i datasystemet enligt flera respondenter, men detta händer aldrig med avvikelserapporten som är på papper. Men det är ingen som kan säga helt säkert att det alltid fylls i:

Ja personalen skriver manuellt en blankett men sen ska de även skriva i datasystemet och där kan dokumentationen i datasystemet kan slira lite granna någon enstaka gång. Men blanketten till sjuksköterskan fungerar alltid. Jag tror inte att någon ramlar och de inte skriver en rapport.

Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (2009) varierar fallskadorna mellan olika kommuner och enligt dem kan det ha att göra med strukturen i kommunen men även med personers individuella sårbarhet. I denna forskning har de framkommit att de bästa förebyggande åtgärderna på olika nivåer är att påverka hälsan på kommunnivå och att se över riskfaktorer på individnivå samt att ha ett system där databearbetning sker av statistik. Här

kan författarna koppla till intentionell makt (Franzén, 2010), för det har att göra med hur enhetschefen handlar när hon ser att det inte har fyllts i datorn. Hon måste då ha en relation med medarbetarna för att kunna driva frågan och ha ett öppet samtal med dem. På något sätt måste hon visa sin makt att detta är viktigt och får inte försummas.

5.5.4 Kunskap

Enhetscheferna anser sig inte kunna mycket om fallprevention utan flera förlitar sig på sin personal. Det författarna ser är att svaren respondenterna gett visar på en god kunskap. Denna kunskap kan behövas fräschas upp och utökas med den senaste forskningen. På så sätt kan de få ut det till sin personal och på så sätt minska kostnader för kommunen och lidande för individer som faller. Det författarna har sett i forskningen (Gyllensvärd, 2009) är att den bästa metoden för att förebygga fall är träning. Vad den äldre personen gör spelar inte stor roll utan det viktigaste är att den gör vad den kan och att det underhålls och då välbefinnandet höjs förhindras även fall. För att få ihop alla delar av kunskap behövdes ett salutogent synsätt (Antonovsky, 2007) finnas i vardagen, då meningsfullhet är en viktig komponent som höjer välbefinnandet socialt.

En av enhetscheferna säger att träning bör ske av utbildad personal och komma in i vardagen och eftersom författarna ser att det finns ett bra samarbete mellan sjukgymnast, arbetsterapeut och personalen är detta inget problem att få in i vardagen.

I forskningen (Räddningsverket, 2007) ser författarna att det är många äldre som inte är medvetna om att träningen är så viktig som den är. Det kan enligt enhetscheferna vara svårt med att motivera till träning. Kan det vara så att personalen behöver motivationsutbildning för att kunna utföra fallprevention? Denna kunskap kanske även kan användas till andra delar i det sociala arbetet. Detta kan kopplas till studiens teoretiska referensramar genom att enhetschefen har viss makt att välja vilka i personalgruppen som går vidareutbildningar och vilka utbildningar som blir aktuella. Här kan den relationella makten utövas, då det finns en maktrelation mellan enhetschefen och personalen.

5.5.5 Personalens utbildning

För att vård och omsorg ska kunna ges med bra kvalitet är det viktigt med evidensbaserad kunskap och beprövad erfarenhet samtidigt som det är viktigt att det finns god tillgång till yrkesutbildad personal. Socialstyrelsen visar i sin lägesrapport (2011) att andelen omvårdnadspersonal med yrkesförberedande utbildning ökade mellan åren 2007- 2009 från 76 procent till 80 procent. Samtidigt ökade även andelen personal med eftergymnasial utbildning med 3 procent (Socialstyrelsen, 2011).

Respondenterna i undersökningen har svarat att de flesta i deras personalgrupper är utbildade undersköterskor men att endast några är vårdbiträden.

Det har inte funnits någon utbildning om fallprevention på ett tag i dessa kommuner, utan de flesta tar hjälp internt av arbetsterapeut eller sjukgymnast. Det är en enhetschef som tar upp att de ska fortsätta sitt samarbete med Räddningstjänsten om fallprevention. I tidigare forskning har författarna med en delrapport från Socialstyrelsen (2010c) som handlar om personalutbildning. Den rapporten talar om att utbildning är av vikt men längden på utbildningen spelar inte så stor roll, utan innehållet på utbildningen är viktigare för att personalen ska använda sig av sina nya kunskaper i det dagliga arbetet (Socialstyrelsen, 2010c).

Däremot finns det en utbildning i båda kommunerna om lyftteknik för ny och gammal personal. Alla sommarvikarier går även denna utbildning. Den borde göra att hjälpmedel används på rätt sätt och på så sätt förhindrar fall. Flera hänvisar till att det är

arbetsterapeuternas och sjuksköterskans ansvar och att de litar på att de utbildar personalen på nya hjälpmedel.

Cheferna har ingen specifik utbildning i fallprevention men författarna anser att de ändå har en bra insikt i vad som behöver göras. Det som framkommer i forskningen är att ett gott samarbete mellan olika personalkategorier bör finnas för att förhindra fall och det var mer eller mindre bra men författarna fick ändå en känsla av att övervägande del av enhetscheferna hade ett gott samarbete med arbetsterapeut, sjukgymnast eller sjuksköte delen.

Så nära samarbete som vi ändå har med arbetsterapeut och sjukgymnast, som personalgrupperna har och har haft länge åtminstone i mina grupper. Nära samarbete och att tidigt kunna prata om när någon faller. När någon som alltid faller eller inte har rätt hjälpmedel behöver en rullator eller en käpp.

Det är inte ofta som fallprevention tas upp på chefsmötena. Vissa anser att prioriteringen ligger på andra saker. Flera av enhetscheferna, speciellt de som arbetar med hemtjänst, säger att de kan bli mycket bättre på detta. Boendets enhetschefer hänvisade i större omfattning till att det är arbetsterapeutens och sjuksköterskans ansvarområde och anser sig inte behöva veta så mycket om fall.

Den strukturella makten (Franzén, 2010) gör att enhetschefer inte kan göra de förändringar som eftersöks så att de får en bättre arbetssituation, eftersom prioriteringen behöver göras tydligare från politikerna om vad som ska ingå för enhetschefen att ägna sig åt. Det kan gälla att se till att arbetsgruppen ska följa riktlinjer och mål eller att det bara är akuta åtgärder som ska tas om hand.

Sveriges Kommuner och Landsting har på senare tid börjat finansiera kvalitetsregistret Senior Alert. Senior Alert används i båda kommunerna som undersökts i denna studie. Författarna ser användningen av Senior Alert som ett bra exempel på ett evidensbaserat arbetssätt inom äldreomsorgen. Fördelen med Senior Alert är att det är lätt att överblicka vilka brukare som har riskfaktorer för fall, men författarna kan även se att det krävs ett visst dubbelarbete när personalen ska dokumentera fallen i flera register, dels i Senior Alerts databas och även i kommunens/landstingets egna databaser. Vid hög arbetsbelastning är det lätt att någon av databaserna prioriteras bort att fyllas i. Den största fördelen som författarna ser är att Senior Alert ser till hela brukare och följer då det salutogent synsättet. Resultaten kan jämföras med andra enheter och se skillnader i ett tidigare skede än vad som sker i dag.

Riskbedömningar är en viktig del i arbetet för en säker vård och omsorg. En nationell sammanställning av resultaten av riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring visar att endast en tredjedel av de äldre personer som bor på särskilt boende hade en aktuell bedömning för fall och undernäring. Siffrorna för trycksårsbedömningar var ännu lägre, bara en femtedel hade aktuella sådana. Under senare år har fallolyckor fått större uppmärksamhet än trycksår (Socialstyrelsen, 2011).

6 Slutdiskussion

6.1 Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka vilken erfarenhet och uppfattning enhetschefer inom kommunal äldreomsorg har om fallprevention samt hur de agerar vid fall. Frågor vid intervjuerna fokuseras på enhetschefernas tidigare erfarenheter och uppfattningar om fallprevention. Studien är baserad på intervjuer av enhetschefer inom äldreomsorgen i två olika kommuner. Hälften av enhetscheferna har arbete inom ett särskilt boende och de andra arbetar inom hemtjänsten. Författarna känner vid intervjuerna att respondenterna har haft en god kunskap om området fallprevention. Studien kan inte vara representativ för enhetschefer inom kommunal verksamhet i stort, då antalet respondenter endast är åtta stycken. Studien visar bara vad ett fåtal enhetschefer har för kunskap om fallprevention och deras erfarenhet men en viss relevans finns.

Författarna anser att respondenterna i alla fall har förståelse om att fallprevention är viktigt och att de har en insikt i att det är viktigt med förebyggande insatser.

Det kan finnas en liten risk med att kontakt med vissa respondenter har skapats på verksamhetsförlagda studier 2010/2011, och att det på så sätt finns en relation mellan författarna och respondenter. Men det är endast ett fåtal av respondenterna och eftersom svaren alla respondenter har gett är så pass lika har relationen antagligen inte påverkat respondenternas svar. Författarna anser att respondenterna har varit ärliga i sina svar och inte bara har svarat efter kommunernas riktlinjer och rutiner.

Det är en bra spridning i både respondenternas ålder och hur många år de har arbetat som enhetschef, men det är en dålig fördelning av kön, endast en man. Det kan bero på att det är fler kvinnor än män som arbetar som enhetschef.

Svaren kunde ha blivit annorlunda om någon annan enhetschef hade intervjuats, men som tidigare påpekats i detta kapitel skiljde sig inte svaren så mycket åt och därför är det tveksamt om detta skulle ha påverkat resultatet. Vissa problem fanns i att hitta respondenter i den ena kommunen. Det var flera respondenter som sa ifrån. Hade då dessa respondenter svarat kan resultatet ha blivit annorlunda. En av författarna fick även tacka nej till en intervju på grund av att intervjun blev för långt fram i tiden för detta arbete.

Om det i stället hade använts en kvantitativ metod hade nog svaren varit de samma på faktafrågor, men där det inte var positiva svar hade de över huvudet svarat då? Författarna anser att det är troligt att respondenterna till exempel inte hade erkänt att de inte visste om riktlinjerna alltid följdes. Frågan är om respondenterna hade varit lika ärliga om de svarat på enkäter i stället. Däremot kunde författarna ha fått ett högre antal deltagare i undersökningen. Hade det varit en annan teori kopplad till studien hade resultatet varit detsamma, eftersom författarna valde teorier utifrån resultatet från intervjuerna. Däremot kunde slutsatserna ha blivit förändrade om en annan teori använts.

Författarna valde att spela in intervjuerna på diktafon för att kunna göra korrekta citat och transkribera ordagrant för att sen bearbeta det till resultatet genom att jämföra vad respondenterna svarat.

Ingen av respondenterna hade några problem med att en diktafon användes. De hade stor förståelse för detta. Svaren som framkom kan anses vara ärliga och det var vad de kom på just då. Respondenterna hade i förhand endast fått veta att författarna skulle fråga om fallprevention. Resultatet skulle ha blivit ett annat om de hade fått frågorna innan och då haft en möjlighet att läsa på om ämnet. Nu blev det vad de hade för kunskap för dagen och kom på

för tillfället. Det kan vara så att de har en större kunskap och inte kom på allt under intervjuerna.

Artiklarna och undersökningarna som författarna använt som tidigare forskning är utvalda dels för att de anses att de ger denna studie en bredare synvinkel genom att de angriper problemet med fall och fallprevention från olika håll. Det var svårt att finna forskning genomförd i Sverige. På grund av detta har författarna även använt sig av Socialstyrelsens (2010c) rapport om personalutbildning även om denna inte är en vetenskaplig artikel. Eftersom författarna hade svårt att finna passande forskning tog de hjälp av en bibliotekarie på Mälardalens högskola med att söka i olika databaser som till exempel LibHub och Google Scholar. Även bibliotekarien tyckte att det var svårt att finna passande artiklar. Problemen med databassökningen anser författarna berodde till stor del på att sökordet "fall" ofta genererade artiklar som tog upp andra betydelser av fall, till exempel poliser som utredde olika fall.

6.2 Resultatdiskussion

Författarna anser att de har fått svar på syfte och frågeställning genom denna studie. Syftet med denna studie var att undersöka vilken erfarenhet och vilka uppfattningar enhetschefer inom äldreomsorgen har om fallprevention.

Befolkningen blir äldre och äldre. Det är flera som kommer att behöva hjälp i framtiden och en fråga som författarna ser i forskningen är hur samhället ska hinna förebygga fall snabbare. Ska samhället skapa ett nytt paradigmsom att personer räknas som äldre när de är 75-80 år i stället för som idag räknas som äldre vid 65 år. I och med att de äldre lever längre och håller sig friskare längre kommer hjälpinsatserna senare i livet. Kan enhetschefer då lyckas implementera så att fallprevention blir en del i vardagsarbetet? Lyckas enhetscheferna med det har de vunnit mycket på det genom att ta bort onödigt lidande för brukare och stora kostnader för samhället. I dag är det många som tränar på gym. Om dessa personer fortsätter med sin träning även när de blir äldre bör detta enligt forskning (Robertson m.fl., 2001) fungera som fallprevention. Därför bör träningsmöjligheter tas med i beräkningen när nya särskilda boenden byggs.

6.2.1 Enhetschefers insikt om fallproblematik och dess följdskador

I resultatet av denna studie ser författarna att respondenternas uppfattning om när fall blir ett problem är väldigt individuellt. Här ser författarna ett behov av att skapa diskussioner i chefsgrupperna för att få ett mer enhetligt synsätt av när fall ska anses vara ett problem och på så sätt förhoppningsvis minska följdskadorna av fall för brukarna.

Det viktiga för framtiden är att få ett system där enheter kan jämföras med varandra och detta är på gång genom införandet av Senior Alert. Alla respondenter tycker att det är bra, men ett visst motstånd finns eftersom det tar tid att fylla i blanketten och att det är ett eget datasystem som ska fyllas i, det kände författarna av vid intervjuerna.

Författarna anser att det är enhetschefens ansvar att se till att det blir en rutin som följs i personalens vardag. Enhetschefen har ansvar att motivera när personalen inte anser sig ha tid eller se över personalfrågan för att det ska bli en bra effekt av Senior Alert. På så sätt skulle jämförelser kunna göras i framtiden på ett bra sätt beträffande fallprevention och bra metoder som fungerar snabbt och enkelt skulle gå att få fram. Det författarna kan se är att om enhetschefen och sjuksköterskan kan se ett mönster i eller samband mellan fall kan de göra underverk. Bara viljan och kunskapen finns för att se fallproblemen, gäller det bara att få in arbetssättet i vardagen.

I den ena kommunen var det flera av respondenterna som hade en internutbildning för att arbeta som enhetschef. Det har författarna lite svårt att förstå när det finns högskoleutbildning på nära håll med denna inriktning. Vad författarna inte förstår är om det är en sådan brist på enhetschefer att de var tvungna att snabbt rekrytera nya chefer eller är det så att det var vissa personer som kommunen ville skulle arbeta som chef. Författarna kan inte se någon skillnad med de som har internutbildning och deras kunskap om fall. Men å andra sidan har dessa personer lång erfarenhet inom äldreomsorgen innan de gick sin ledarskapsutbildning.

I och med att forskningen (Jansson, Nordell, Engelheart & Nordlund, 2009) visar på att fallskadorna har ökat de senaste åren anser författarna att enhetscheferna har en god kunskap om vilka skador som förekommer. Däremot lägger enhetscheferna oftast ansvaret för det förebyggande arbetet på sjuksköterska och arbetsterapeut. Ledningsansvaret för enheten ligger på enhetschefen och därför ser författarna att ett större engagemang i fallprevention skulle främja enhetens och personalens utveckling och säkerhet.

6.2.2 Åtgärder och riktlinjer

Det som håller på att utvecklas för att förhindra fall är att både boenden och hemtjänst håller på att utveckla mötesformer där förebyggande åtgärder tas upp. Detta kan enligt författarna leda till att enhetscheferna på så sätt får en större förståelse för att det är viktigt med förebyggande åtgärder.

Det författarna ser i stort är att enhetscheferna sätter brukaren i centrum och vilka behov denna brukare har. Däremot framkommer det inte om brukaren får sina beviljade insatser tillgodosedda.

Enligt alla respondenter fungerar samarbetet mellan olika personalgrupper så som undersköterskor, sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter bra. Däremot kan författarna se att det finns en skillnad här mellan samarbetet i ett särskilt boende och samarbetet i hemtjänsten. Författarna anser att detta kan bero på att det är lättare att få till ett bra samarbete på ett särskilt boende då det där ofta finns en större tillgänglighet till sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter när undersköterskorna anser att de behöver hjälp. Samarbete över personalgränserna ser författarna som positivt eftersom tidigare studier (Robertson m.fl., 2001) visar på att det en viktig egenskap för att förhindra nya fall.

Det framkom i den ena kommunen att det fanns en checklista där författarna kunde se att en viss makt låg på enhetschefen att se till att det inte fanns saker att snubbla på i lägenheten. Där kan författarna anse att brukare i större utsträckning måste få vara med och påverka i sitt nya hem. Men att det är viktigt att det förs en öppen dialog och inte bara sägs att så här ska det vara på det här stället.

Dokumentationen fungerar men inte till 100 procent. Där är det enhetschefens ansvar att se till att det blir en rutin, att så här ska personalen göra när någon har fallit. Det ser författarna som ett implementeringsproblem. Kan det vara så att viss personal inte vill använda datorer och behöver uppmuntras att gå en datautbildning? Kan arbetsbelastningen vara stor och personalen har det stressigt och då glömmer att skriva in händelser av vikt i datorn?

Det kan författarna anse är enhetschefens ansvar att se till att det verkligen blir uppföljningar på fall eftersom det finns bevisat i forskningen (Sadigh m.fl., 2004) att har någon fallit en gång är risken stor att den faller flera gånger. Flera av respondenterna lade över ansvaret på en annan personalgrupp som till exempel sjuksköterskan eller arbetsterapeuten. Det kan göras men författarna anser att det ändå är enhetschefens ledningsansvar att se till att samarbetet fungerar och att uppföljningar blir av. Författarna anser även att det är enhetschefens ansvar

att se till om sjukgymnasten delegerar över vissa rörelser som ska göras kontinuerligt med brukare att dessa blir gjorda på ett föredömligt sätt.

Enhetscheferna har bra insikt i de olika åtgärderna för fallprevention som finns. Det författarna ser är intressant är att det som enligt Räddningsverket (2007) är bästa träning är att träna oavsett ålder. Detta är det ingen av enhetscheferna som tar upp. Detta ser författarna som lite märkligt eftersom vissa tog upp att gymnastik fanns som aktivitet, men det var ingen av respondenterna som tog upp det som fallprevention.

På anhörigträffar där information ges av olika aktörer försöker kommunen föra ut information om bland annat fallprevention till personer om ännu inte fallit. Detta ser författarna som ett steg i rätt riktning, om kommunen på något sätt följer upp detta med till exempel återträffar för att förändringen verkligen ska ske.

Författarna anser att upphävandet av Socialstyrelsens författning (Socialstyrelsen, 2010a) gör att salutogent synsätt får större plats i det dagliga arbetet. Detta är bra då brukaren hamnar i centrum och på så sätt känner en meningsfullhet genom att kunna bestämma över sina egna hjälpmedel. Författarna kan dock se att trots att Socialstyrelsen (2010b) har gått ut med förtydliganden om lagen görs det ändå olika tolkningar av hur lagen ska följas. Även om de vet vad som bör göras har alla olika lösningar på hur det ska göras. Författarna ser en skillnad på hur lagen tolkas mellan de två undersökta kommunerna. Den tydligaste skillnaden är att i den ena kommunen tolkar enhetscheferna som att de tillsammans med sjuksköterskan kan fatta beslut om till exempel bälten och sänggrindar när personen själv inte kan ta detta beslut. I den andra kommunen var det mer ett enhetligt svar att det är brukaren som bestämmer och ingen annan. Det är bra att det blir en diskussion dels mellan personalen och dels mellan brukare och personal.

Riktlinjer finns i båda kommunerna men de följs inte alltid fullt ut. Här syns en skillnad mellan hemtjänst och särskilt boende. Det som syns är att boendena följer riktlinjerna mera än vad som sker i hemtjänsten och det ser författarna likadant i båda kommunerna. I och med att enhetschefen är spindeln i nätet är det dennes ansvar att förmedla till sin personal vilka riktlinjer som finns och hur de ska följas. Författarna ser att enhetscheferna har kunskapen om fallprevention och de vet hur implementering av nya uppgifter förs in i arbetet för personalgruppen. Vad som framkommer är att det gäller att starta arbetet med att införa dessa riktlinjer i personalens vardag.

Flera av respondenterna säger att personalen inte har någon särskild utbildning i fallprevention mer än vad som ingått i undersköterskeutbildningen och att det är sjukgymnaster och arbetsterapeuters sak att utbilda personalen i nya hjälpmedel och lyftteknik.

Det som framkom vid intervjuerna är att all personal inte har en utbildning inom vården. Men med tanke på att det finns utbildning av olika former att tillgå borde det gå att få all personal utbildad inom vården. Där kan se ett problem i en snar framtid då det är stora pensionsavgångar och det är redan svårt att få ta i personal på sommaren. Detta är ett problem som går att åtgärda genom att äldreomsorgen får en högre status, om det skulle krävs utbildning för att arbeta där och då blir ett arbete som personalen kan vara stolt över. Inte ett arbete som tas tillfälligt utan ett arbete att fortsätta utvecklas i.

6.3 Vidare forskning

Det författarna har sett som en fortsatt studie är att se om fallen minskar när biståndet promenad och social samvaro ökar inom hemtjänsten. Detta kunde i så fall leda till att flera

kommuner kunde göra likadant och på sikt även spara pengar inom landstinget då det blir mindre allvarliga fall. Det framkommer i flera tidigare forskningar bland annat i Gyllensvärd (2009) att rörelse är bra för att upprätthålla de funktioner som den äldre har men att det även går att träna upp dessa oavsett ålder.

En annan sak att studera vidare är varför inte biståndsbedömare är mera inblandade när det sker fall. Det är ju i alla fall de som beviljar insatser och är den personalkategori som kan förhindra fall. I slutändan blir det då bättre ekonomi för kommunen när färre behöver hemtjänst eller särskilt boende men även att belastningen på sjukhusen blir mindre med en ekonomisk vinst.

Referenser

- Antonovsky, Aaron (2007). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Dahlberg, Karin (1994) *Vårdandets helhetssyn*. Lund: Studentlitteratur.
- Esaiasson, Peter, Gilljam, Mikael, Oscarsson, Henrik & Wängnerud, Lena (2007). *Metodpraktikan - Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Franzén, Mats (2010). I fråga om makt – Diskurser, resurser, kontexter. I: T. Goldberg (Red.), *Samhällsproblem* (sid. 85 – 125). Lund: Studentlitteratur.
- Granér, Rolf (1991). *Arbetsgruppen – Den professionella gruppens psykologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Gyllensvärd, Harald (2009). *Falloolyckor bland äldre – En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Jansson, Wallis, Nordell, Eva, Engelheart, Stina & Nordlund, Anders (2009). *Fallprevention – Riskfaktorer och åtgärder för att förhindra falloolyckor bland äldre*. Stockholm: Liber AB.
- Larsson, Sam, Lilja, John & Mannheimer, Katarina (red.). (2009). *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundin-Olsson, Lillemor & Rosendahl, Erik (2008). *Att förebygga falloolyckor bland äldre personer*. Vårdalinstitutet. Hämtad 2011-02-15, från www.vardalinstitutet.net
- Luo, Huabin, Lin, Michael & Castle, Nicholas (2011). Physical Restraints Use and Falls in Nursing Homes: A Comparison Between Residents With and Without Dementia, *American Journal of Alzheimer's disease & Other Dementias*, 26 (1) 44 – 50.
- Morris, Meg, Osborne, Deborah, Hill, Keith, Kendig, Hal, Lundgren-Lindquist, Birgitta, Browning, Colette & Reid, Jane (2004). Predisposing factors for occasional and multiple falls in older Australians who live at home, *Australian Journal of Physiotherapy*, 50, 153-159.
- Nationalencyklopedin (2011). *Salutogen*. Hämtad 2011-02-15. Från <http://www.ne.se/lang/salutogen>
- Olofsson, Kerstin (2009). *Aktiv arbetsplatsträff*. Höganäs: Kommunlitteratur.
- Robertson, M.Clare, Gardner, Melinda M., Devlin, Nancy, McGee, Rob & Campbell, A. John (2001). Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 2: Controlled trial in multiple centres, *British Medical Journal*, 322, 1-5.
- Räddningsverket & IMS (2007). *Systematiskt arbete för äldres säkerhet, om fall trafikolyckor och bränder*. Västerås, Edita Västra Aros AB.

- Sadigh, Siv, Reimers, Anne, Andersson, Ragnar & Laflamme, Lucie (2004). Falls and fall – related injuries among the elderly: A survey of residential – care facilities in a Swedish municipality, *Journal of Community Health*, 29 (2) 129 – 140.
- Senior Alert (2011). *Om Senior Alert*. Hämtad 2011-05-09, från <http://www.ucr.uu.se/senioralert/>
- Socialstyrelsen (2010a). *Föreskrifter om tvångs- och skyddsåtgärder upphävda (SOSFS 1980:87 och SOSFS 1992:17)* Hämtad 2011-05-02, från http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/foreskrifteromtvangs-ochskydds#anchor_11
- Socialstyrelsen (2010b). *Förtydligande om lås, larm och bälten*. Hämtad 2011-05-02, från <http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/fortydligandeomlas-larmochbalten>
- Socialstyrelsen (2010c). *Personalutbildning för att förebygga fallskador bland äldre, En delrapport av Kompetensstegen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011). *Lägesrapport 2011 – Hälsa- och sjukvård och socialtjänst*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2009). *Fallskador bland äldre – en sammanfattning av en kunskapsöversikt om fallskador*. Stockholm: Elanders.
- Thurén, Torsten (2007). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Malmö: Liber.
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.



Bilaga 1, Missivbrev

Bästa enhetschef inom äldreomsorgen

Du arbetar som enhetschef inom kommunal verksamhet och är därmed för oss en värdefull person att få träffa för en intervju.

Författarna är två studenter på kandidatprogrammet inriktning social omsorg vid Mälardalens högskola. Författarna läser sista terminen på vår utbildning och ska nu skriva ett examensarbete. Det författarna ska studera är din upplevda kunskap om fall och fallprevention i din roll som enhetschef i kommunal verksamhet.

Medverkan är frivillig och intervjuerna tar ungefär en timme. Resultatet behandlas konfidentiellt och intervjutexterna ska förstöras efter det att uppsatsen är färdig. Vi kommer att banta intervjuerna för att kunna återger citat och korrekta resultat. Anonymitet garanteras och endast författare av arbetet, vår handledare och du kommer att veta vad du har sagt.

Du kommer självklart att få ta del av det färdiga arbetet om du önskar detta.

Har du vidare frågor och funderingar så är du välkommen att kontakta Malin eller Pernilla via telefon eller e-mail. Vår önskan är att du ska finna det utvecklande och intressant att bli intervjuad av oss.

Med vänliga hälsningar

Pernilla Björklund, tel. xxx-xxxxxxx, pkn08004@student.mdh.se

Malin Hagstöm, tel. xxx-xxxxxxx, mhm00003@student.mdh.se

Handledare: Pia Kacker , pia.kacker@norrkoping.se

Bilaga 2, Frågeguide

Bakgrund

Ålder

Kön

Hur länge har du arbetat som chef

Har du varit på samma ställe hela tiden/kommun

Vilken utbildning har du och hur många år var den på

Enhetens storlek

Antal brukare

Antal anställda

Medelåldern på dem som arbetar/ Hur många år har de arbetat

Vad har personalen för utbildning

Hur många saknar utbildning

Tema 1 Fallproblematik/statistik

Är fall och fallskador ett problem här på boendet?

Hur stort är i då problemet med fallskador?

Hur ser det ut med fallskadestatistiken på ditt boende?

Finns det statistik som jag kan ta del av?

Vad görs när någon faller, beskriv hur gången är?

Ska personalen rapportera/dokumentera när någon faller?

Fungerar alltid rapporteringen/dokumenteringen?

Uppföljning av fall/fallskador, har ni det? Beskriv hur ni gör

Kontaktar ni någon gång biståndshandläggaren för att diskutera problem med fall?

Tema 2 Skador

Vilka fallskador förekommer oftast här?

Behöver brukare ofta uppsöka sjukhus efter fall?

Enligt dig var sker de flesta fallen här?

Tema 3 Åtgärder/Hjälpmiddel

Arbetar ni med Fallprevention, beskriv hur?

Vad anser du är den bästa metoden att undvika fall?

Vilka finns att tillgå?

Kan du förklara dem?

Vad används här?

Görs det något socialt här på boendet för att förhindra fall, beskriv

Kan du beskriva den nya lagen om samtycke till till exempel sänggrindar och hur den påverkar boendet?

Hur funderar samtycket till hjälpmedel här?

Tema 4 Personalens kunskap/riktlinjer

Finns det riktlinjer i kommunen för fall? Hur ser de ut

Kan jag få del av dem?

Finns det några egna riktlinjer om fall här på avdelningen?

Vem informerar personalen om nya metoder och ändringar av riktlinjer?

Har personalen någon utbildning om fallprevention?

Vad har du för utbildning om fallprevention?

Finns det diskussioner i chefsgruppen om fallprevention?

Annat som du som chef tycker att författarna har missat att ta upp som handlar om fallprevention?