



HÖGSKOLAN  
DALARNA

## Examensarbete

Magisternivå

### Fallförebyggande teamarbete för den äldre personen inom kommunal vård En kvalitativ intervjustudie

---

#### Fall prevention teamwork for the elderly person in municipal care

Författare: Ida Carlsson och Madelene Harnisch

Handledare: Ingrid From

Granskare: Anne Friman

Examinator: Janeth Leksell

Ämne/huvudområde: Omvårdnad (OMV)

Kurskod: VÅ3111

Poäng: 15 hp

Examinationsdatum: 190607

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Äldre personer över 65 år är överrepresenterade i fallolyckor i Sverige. Som sjuksköterska i kommunal vård ställs det stora krav på ett fungerande fallförebyggande teamarbete, detta för att minska lidande för patienten och för kostnaderna för hälso- och sjukvården och samhället

**Syfte:** Att beskriva hur sjuksköterskan upplever det fallförebyggande teamarbetet för den äldre personen i ordinärt boende i kommunal vård.

**Metod:** Empirisk kvalitativ studie med induktiv ansats. Fokusgruppsintervjuer med nio sjuksköterskor som arbetade med vård av äldre inom kommunal vård, i en kommun i mellersta Sverige. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Det behövs struktur i sjuksköterskans fallförebyggande arbete, behov av samarbete med rehab, baspersonal och områdeschefer inom hemtjänsten i kommunen. Organisationen och brist på otydligt ledarskap samt arbete under två olika lagar, SOL och HSL är ett hinder för ett fallförebyggande teamarbete. Det finns brister i kommunikationen och informationsöverföringen. Beslut om arbetssätt inför ett fallförebyggande teamarbete önskas samt ett projekt för detta och någon som skulle leda detta projekt behövs. Patientens självbestämmanderätt och autonomi är ett hinder i ett fallförebyggande teamarbete.

**Slutsats:** Ett fallförebyggande teamarbete kräver tydligt ledarskap med tydliga roller, förbättrad kommunikation och informationsöverföring. Översikt av hur baspersonalen och sjuksköterskorna planerar sin arbetstid behövs.

**Nyckelord:** fallförebyggande, kommunal vård, ordinärt boende, teamarbete, äldre personer.

## **Abstract**

**Background:** Older people over the age of 65 are over-represented in fall accidents in Sweden. As a nurse in municipal care, great demands are placed on a functioning fall prevention teamwork, in order to reduce suffering for the patient and for the costs of the health and medical care.

**Aim:** The aim of this study was to describe how nurses experiences the fall prevention teamwork for the older person in ordinary living in municipal care.

**Method:** Empirical qualitative study with inductive approach. Focus group interviews with nine nurses who worked with the care of the elderly in municipal care in a municipality in central Sweden. Data was analyzed with qualitative content analysis.

**Results:** A fall prevention teamwork requires leadership with clear roles. The organization and lack of clear leadership, communication and working under two different laws, SOL and HSL turned out to be an obstacle to fall prevention teamwork. Decisions on working methods, a project for this and someone who would lead this project were needed. Improvements in the structure experienced nurse were needed. Patient's self-determination and autonomy is an obstacle in case-prevention teamwork.

**Conclusion:** The organization needs to give the nurses the opportunity to develop teamwork with clear roles in fall prevention teamwork. Improved communication and information transfer is needed. Overview of how basic staff and nurses plan their working hours is needed.

**Key words:** fall prevention, municipal care, older people, ordinary housing, teamwork.

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	sid 3
<b>Bakgrund</b>	
Fall.....	sid 3
Riskfaktorer för fall.....	sid 4
Kompetens hos olika yrkeskategorier.....	sid 5
Fallförebyggande teamarbete.....	sid 6
Kommunal vård och lagstiftning.....	sid 7
Teoretisk referensram.....	sid 8
<b>Problemformulering</b> .....	sid 8
<b>Syfte</b> .....	sid 9
<b>Metod</b>	
Design.....	sid 9
Urval av deltagare.....	sid 9
Datainsamling.....	sid 10
Tillvägagångssätt.....	sid 10
Dataanalys.....	sid 10
Forskningsetiska överväganden.....	sid 12
<b>Resultat</b>	
<b>Behov av struktur i sjuksköterskans fallförebyggande arbete</b> .....	sid 14
<b>Samarbete med de olika professionerna behöver utvecklas</b>	
Behov av utveckling av samarbete med baspersonal och områdeschefer inom hemtjänsten.....	sid 17
Behov av att utveckla samarbete med rehab.....	sid 19
<b>Brister i organisationen</b>	
Organisation och ledarskap under två olika lagstiftningar, SoL och HSL hindrande att få en helhet i arbetet...sid 21	
Brister vid kommunikation och informationsöverföring i organisationen.....	sid 22
Beslut om arbetssätt och förbättringar i strukturen behöver finnas.....	sid 24
<b>Patientens autonomi och motivation kan hindra fallförebyggande teamarbete</b> .....	sid 27
<b>Diskussion</b>	
Resultatdiskussion.....	sid 28
Metoddiskussion.....	sid 32
Samhälleliga aspekter utifrån klinisk relevans.....	sid 35
Etiska aspekter utifrån klinisk nytta.....	sid 35
<b>Slutsats</b> .....	sid 36
<b>Förslag på fortsatt forskning</b> .....	sid 36
Referenslista.....	sid 37
Bilaga 1 Intervjuguide	
Bilaga 2 Informationsbrev till områdeschef	
Bilaga 3 Informationsbrev till informanter	
Bilaga 4 Samtyckesblankett för informanter	
Bilaga 5 Etisk granskningsmall	

## Inledning

Enligt Socialstyrelsens (2016) Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, finns statistik vilket visar att många äldre över 65 år är överrepresenterade i fallolyckor. Enligt Sveriges kommuner och landsting [SKL] och Socialstyrelsens rapport (2017) om Öppna jämförelser är registreringen av fallförebyggande åtgärder i kvalitetsregistret Senior Alert för personer över 65 år i ordinärt boende, det vill säga de personer som bor i sitt eget hem inte rapporterat av många kommuner i Sverige. Fallolyckor kostar landstingen (regionerna) och kommunerna ungefär fem miljarder kronor per år (Socialstyrelsen, 2007). I takt med att populationen blir allt äldre kommer kostnaderna öka om inget görs för att förhindra den stigande olycksstatistiken (Thorslund, 2010). Denna studie genomförs med förhoppningen att kunna bidra till utökad kunskap inom ämnet fallprevention för äldre personer inom kommunal vård, som i sin tur kan bidra till en bättre vård av äldre.

## Bakgrund

### **Fall**

Ett fall definieras enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2014 sid 5) ”att oavsiktligt hamna på golvet, marken eller annan lägre nivå oavsett om en fysisk skada inträffat eller inte”. Fallskador kostar samhället uppskattningsvis 14 miljarder svenskakronor varje år enligt SBU (2014). Personer över 65 år i Sverige är överrepresenterade vid olyckor, framförallt fallolyckor där en vanlig följdskada är höftfraktur, 17 000 äldre personer drabbas av höftfraktur årligen (SBU, 2014). Vården för höftfrakturer beräknas kosta cirka 250 000 kronor per person och år i Sverige (Socialstyrelsen, 2007). Årligen avlider cirka 1500 personer på grund av tillstånd som följer efter en fallolycka (Socialstyrelsen, 2016). Sandmark, Fonad och Hedman (2012) menar att fallolyckorna kommer att öka i antal desto äldre befolkningen blir. Galet, Ten Eyck och Romanowski (2018) beskriver att en äldre person som varit inlagd på sjukhus på grund av fallolycka löper högre risk för ytterligare fallolyckor med återinläggning som följd.

Enligt Merom et al. (2012) har skador till följd av fall hos äldre personer ofta en negativ inverkan på deras livskvalitet. Roe et.al (2009) samt Walker, Davina och

Timmons (2011) beskriver hur äldre personer upplever frustration och ångest över isolering och svårigheter att lämna sitt hem som följd efter ett fall vilket påverkar livskvaliteten. SBU (2014) visar på att ungefär 40% av de äldre som har ådragit sig en höftfraktur efter fall kan inte återgå till sitt ursprungliga boende.

### **Riskfaktorer för fall**

Både individen och deras miljö inkluderas i begreppet fallriskfaktorer enligt SBU (2014). Riskfaktorer för falloolyckor hos individen kan vara motoriska, sensoriska och kognitiva funktionsnedsättningar, sjukdomar och läkemedel. Omgivningsfaktorer i miljön runt individen kan vara bidragande orsak till falloolyckor som exempelvis, placering av möbler och val av skor på fötterna. Kuschel, Laflamme och Möller (2014) beskriver relationen mellan vissa läkemedel och risken för fall hos personer över 65 år. Opioider, SSRI-preparat, ACE-hämmare och laxantia är några av de läkemedel som nämns i studien som ger ökad fallrisk. Muir, Gopaul och Montero-Odasso (2012) menar att forskning visar att kognition har en betydande roll i äldres hållning, gångförmåga och balans. Kognitiv svikt har identifierats som en faktor för fallrisk. För varje poängminskning på MMSE (Mini Mental State Examination, test för att identifiera demenssjukdom) ökar risken för fall med 20 %. Många äldre personer med synnedsättning anser att falloolyckor beror på försämrad syn och ålder. De beskriver hur de tror att med åldern kommer ett minskat sunt förnuft. Att personen inte är 20 år längre glöms bort, onödiga risker tas som att till exempel kliva upp på en stol, trots att de inte borde göra det med sina fysiska nedsättningar (Brundle et al., 2015). I patientenkäter där äldre personer själva beskrivit orsaker till fall framkommer bland annat; att snubbla, balansrubbnings eller missbedömning av avståndet, ben som viker sig, okoncentration och stress (Burton, Lewin, O'Connell och Hill, 2018).

### **Kompetens hos olika yrkeskategorier**

Då vård av äldre alltmer flyttas från institutioner till vård i egna hemmet, kämpar sjuksköterskan med ett krav på sig att ha kunskap inom allt fler kompetensområden menar Bing-Jonsson, Björk, Hofors, Kirkevold och Foss (2014). Som sjuksköterska behövs kunskap om att främja hälsa och förebygga sjukdom vilket innefattar en generell kunskap om åldrande och normala åldersrelaterade förändringar. Vidare behövs kunskap om behandling av vanligt förekommande tillstånd som påverkar äldre personer och förmåga att bedöma och handla aktivt vid tidiga förändringar i patientens hälsostatus samt vara medveten om komplexiteten kring polyfarmaci. Sjuksköterskan behöver förstå hur hälso- och sjukvårdsorganisationen är uppbyggd, vilka rutiner och rapporteringssystem som finns på arbetsplatsen samt vilka lagar som reglerar arbetet. Att kunna samarbeta med andra professioner i team där information och guidning erhålls och erbjuds samt att systematiskt kunna lära och motivera patienter och närstående ingår i sjuksköterskans kompetens (a.a).

I yrkeskompetensen för vård- och omsorgspersonalen (undersköterska, vårdbiträde) ingår enligt Socialstyrelsen (2006) fyra huvudkategorier av så kallade nyckelkvalifikationer som är en beskrivning av de kvaliteter en vård- och omsorgspersonal bör besitta för att klara sitt arbete. Kognitiva färdigheter som innebär att hen ska kunna lära sig nya saker, planera sitt arbete, föra en argumentation och lösa problem som uppstår. Kommunikativa färdigheter är viktiga såsom att kunna läsa, skriva och lyssna. Sociala färdigheter och interpersonella relationsfärdigheter behövs och innebär bland annat att hen ska kunna samarbeta i grupp, ha samspelsteknik och inneha en emotionell förmåga. Personliga färdigheter såsom självständighet, ansvarstagande och omdöme är av vikt i vård- och omsorgspersonalens arbete. De färdigheter som framhävs viktigast vid vård av äldre är de sociala, interpersonella samt kommunikativa. Vård- och omsorgspersonalens arbete ska syfta till att främja den äldres välbefinnande.

## **Fallförebyggande teamarbete**

SBU (2014) beskriver i sin rapport att förebyggande åtgärder för fall är kostnadsbesparande för vården samt kostnadseffektiva under patienternas kvarvarande levnadsår. Socialstyrelsen (2016) har gjort rekommendationer för fallriskförebyggande åtgärder utefter SBU:s rapport. Åtgärder som Socialstyrelsen (2016) rekommenderar är bland annat fysisk träning, förändringar i miljön kring patienten samt individanpassade åtgärder, vilket kan innebära flera olika insatser från olika yrkesgrupper exempelvis undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, fysioterapeuter samt arbetsterapeuter.

I Sverige finns olika Nationella kvalitetsregister som syftar till att förbättra den vård som ges patienter inom olika områden. För personer över 65 år är förebyggande av fall en del av arbetet som registreras i kvalitetsregistret Senior Alert. Utformningen av Senior Alert syftar till att identifiera risker, utreda bakomliggande orsaker, i ett team komma fram till relevanta åtgärder för att förebygga exempelvis fall. Samt att utvärdera dessa åtgärder. Mätinstrumentet Downton fallriskindex används för att identifiera fallrisk. I mätinstrumentet besvaras frågor kring läkemedel, kognition, balans- och gångförmåga, syn- och hörselnedsättningar. Vid en sammanlagd poäng på 3 eller mer kan personen antas ha en fallrisk (Senior Alert, 2019).

Baxter och Markle-Reid (2009) menar att ett fallförebyggande teamarbete kräver kompetens från olika yrkeskategorier då kombinationen äldre personer och fall kan vara komplex. Enligt Jones och Jones (2011) är ett effektivt tvärprofessionellt teamarbete av stor vikt för att vårdpersonal ska kunna ge vård av hög kvalitet till patienterna. De beskriver att förtroendet mellan kollegorna behövs för att få till ett bra teamarbete och att nybildade team är under kontinuerlig utveckling. Hill, Day och Haines (2014) menar att faktorer som påverkar äldres deltagande i fallriskförebyggande program är uppmuntran från hälso- och sjukvårdspersonal eller person i deras närhet som ofta fattar beslut i frågor kring hälsa. En förbättrad kommunikation och utbildningsstrategi från hälso-och sjukvårdspersonal kan få fler äldre personer att delta i åtgärdsprogram mot fallrisk.



## **Kommunal vård och lagstiftning**

Inom hälso- och sjukvård i kommunal verksamhet finns ingen läkare anställd. Ett krav ställs således på sjuksköterskan i hemsjukvården att bedöma när kontakt med regionens läkare skall tas om patienten är oförmögen att göra det själv efter sjuksköterskans inrådan. Patienter som bedöms ha en fallrisk relaterat till fem eller fler läkemedel ska enligt Socialstyrelsens allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) få en läkemedelsgenomgång tillsammans med ansvarig läkare. Läkare från regionen ska erbjudas för patienter i det egna hemmet där kommunen har ansvar för hälso- och sjukvården enligt *Hälso- och sjukvårdslagen* (HSL, SFS 2017:30).

Enligt *Patientlagen* (SFS 2014:821) ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten, självbestämmande och integritet ska respekteras. Patienten som bor i det egna hemmet och får insatser av den kommunala verksamheten träffar personal som arbetar under två olika lagar. Enligt *Patientsäkerhetslagen* (SFS 2010:659) är all hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar under hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30) legitimerad personal, exempelvis sjuksköterskan, arbetsterapeuten och fysioterapeuten till skillnad från undersköterskor som arbetar under socialtjänstlagen. Den som arbetar under hälso- och sjukvårdslagen får delegera uppgifter till icke legitimerad personal dock endast om det är förenligt med god och säker vård för patienten. Undersköterskor som delegeras en uppgift av sjuksköterskan arbetar således både under socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen.

*Patientsäkerhetslagen* lyfter fram att det är enbart legitimerad personal som ska utföra bedömningar, åtgärder och förebyggande åtgärder på patienter (SFS 2010:659). En legitimerad sjuksköterska kan besitta kunskap och insikt om omvårdnadsåtgärder som är till nytta i teamarbete kring patienten och fallförebyggande arbete. Wright, Goldman och Beresin (2007) beskriver att undersköterskor och annan personal under socialtjänstlagen har över 90% av patientkontaktarna. Som sjuksköterska är det viktigt med ett bra och nära samarbete då denna yrkeskategori ser och träffar patienten oftare. Enligt *Socialtjänstlagen* behövs kontinuerligt förbättringsarbete inom verksamheten för att tillgodose patienternas behov (SFS 2001:453).

## **Teoretisk referensram**

Med patienten i fokus som en del av teamet vid det fallförebyggande arbetet har en teoretisk referensram för studien valts. Joyce Travelbee (1971) var en omvårdnadsteoretiker med en teori om mellanmänskligt möte. Hon menar att omvårdnaden grundar sig i att varje individ är unik och inte utbytbar utan lever endast en gång. En bra kommunikation måste enligt Travelbee (1971) gå igenom 5 interaktionsfaser för att uppnå sitt syfte, dessa är: Det första mötet, framväxt av identitet, empati, sympati och ömsesidig förståelse och kontakt. Det inledande mötet där sjuksköterskan och patienten träffas för första gången är det av största vikt att det görs utan förutfattade meningar. Sjuksköterskan ska inte dra likheter med patienten som hen träffar nu med andra patienter hen träffat tidigare i liknande situationer. Om sjuksköterskan kan identifiera och tillgodose patienternas behov har kommunikationen enligt Travelbee (1971) nått sitt syfte. Hon menar då att patienten och sjuksköterskan har en mellanmänsklig relation, där ingen är mer viktig än den andra. Detta kan implementeras i ett fall förebyggande team, där alla i teamet bör se varandra som specifika individer och få en förståelse för varandras kompetenser som en viktig del av teamet.

## **Problemformulering**

Att många äldre över 65 år är överrepresenterade i fallolyckor är ett faktum. Enligt kvalitetsregistret senior alert är det inte många kommuner som registrerar åtgärder mot fallrisk för personer i ordinärt boende. I samband med en stigande ålder hos befolkningen finns risk för att kostnaderna för fallolyckor kommer att öka. Ett effektivt tvärprofessionellt teamarbete är av stor vikt för att vårdpersonal ska kunna ge vård av hög kvalitet till patienterna. Allt mer komplex vård bedrivs i ordinärt boende. Hur sjuksköterskor inom kommunal vård upplever det fallförebyggande teamarbetet behöver förtydligas, för att ha möjlighet att förbättra vården i det fallförebyggande arbetet för den äldre patienten i ordinärt boende inom kommunal hälso- och sjukvård.

## Syfte

Att beskriva hur sjuksköterskor upplever det fallförebyggande teamarbetet för den äldre personen i ordinärt boende inom kommunal vård.

## Metod

### Design

En empirisk kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats valdes, vilket innebär att information om verkligheten som svarade på studiens syfte har samlats in. Enligt Priebe och Landström (2012) kan "empiri" vara berättelser om verkligheten från informanter eller anteckningar från observationer som forskaren utfört. En induktiv ansats utfördes då syftet med studien antogs förutsättningslöst och resultatet beskrevs med korrekthet (Polit & Beck, 2012).

### Urval av deltagare

Det som avsågs att undersökas var sjuksköterskors upplevelser av det fallförebyggande teamarbetet för den äldre personen i ordinärt boende inom kommunal vård. Undersökningsgruppen bestod av nio sjuksköterskor inom hemsjukvården. Inklusionskriterierna var att informanterna var legitimerade sjuksköterskor, samt att de arbetade med vård av äldre över 65 år i ordinärt boende inom kommunal vård. Exklusionskriterier var informanter utan sjuksköterskelegitimation, samt sjuksköterskor som inte arbetade med vård av äldre över 65 år.

De nio sjuksköterskorna som tackade ja till deltagande i studien rymdes inom ramen för inklusionskriterierna och deltog i tre olika fokusgrupper. De arbetade alla nio på samma arbetsplats och var alla kvinnor. Deltagarna var i åldrarna 36-64 år, med ett medianvärde på 48 år, och hade varit yrkesverksamma mellan nio och 43 år med ett genomsnitt på 19,7 år. Fyra av de nio sjuksköterskorna som deltog var vidareutbildade distriktsjuksköterskor. Inga ytterligare ansökningar om deltagande i studien inkom.

## Datainsamling

Metoden för att samla in data utfördes genom tre semistrukturerade fokusgruppsintervjuer, med tre deltagare i varje fokusgrupp. Deltagarna styrdes in på vissa förutbestämda frågeområden med hjälp av en intervjuguide (bilaga 1) men de tilläts även fritt diskutera frågor som inte fanns med i intervjuguiden. Wibeck (2012) menar att det som deltagarna själva tar upp som inte kunnat förutses kan vara mest intressant i förhållande till studiens syfte.

## Tillvägagångssätt

Ett informationsbrev där studiens syfte och tillvägagångssätt framgick formulerades (bilaga 2), vilket lämnades till verksamhetschefen för hemsjukvården i en mellanstor kommun i Sverige. Efter godkännande av verksamhetschefen ombads denne att lämna ut informationsblad (bilaga 3) med inbjudan samt samtyckesblankett (bilaga 4) om deltagande i studien till anställda sjuksköterskor i hemsjukvården. I informationsbrevet medföljde ett frankerat, adresserat kuvert att skicka in med svar om samtycke till deltagande i studien.

Nio legitimerade sjuksköterskor inom hemsjukvården gav samtycke till deltagande i studien. Verksamhetschefen ombads avsätta tid i de anställdas schema för deltagande i fokusgruppsintervjuerna. Indelningen av informanterna skedde slumpmässigt utefter verksamhetens resurser och schema med tre informanter i varje grupp. Enligt planeringen utfördes tre fokusgruppsintervjuer vid olika tillfällen i en avskild lugn lokal på arbetsplatsen, där risken för störmoment var minimerad. Intervjuerna spelades in med diktafon. Det inspelade materialet transkriberades ord för ord, inklusive informanternas pauser, skratt och betoning på ord.

## Dataanalys

Intervjutexterna lästes igenom flera gånger för att kunna göra en djupgående analys och tolkning av innebörden i texterna. I enlighet med Graneheim och Lundman (2004) utfördes en kvalitativ innehållsanalys av insamlat data. Meningsbärande enheter, ord och meningar från informanterna som svarade på

studiens syfte avkodades och lades in i ett analyschema med flera kolumner. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna till en kortare text, där kärnan från informanternas beskrivning kvarstod. Vidare sattes koder till dessa kondenserade meningsenheter. I analysarbetet klipptes koder ut och jämfördes med avseende på likheter och olikheter. Tolkning av ett manifest innehåll kunde skönjas mellan olika koder som grupperades vilket formade kategorier och underkategorier. Se tabell 1, exempel på hur kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) använts.

**Tabell 1.** Exempel på analyschema

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kod</b>
idag enligt mitt tycke finns det ju ingen bra organisation, det behövs organiseras upp så vi får till tiden, utrymmet och tillåtelsen och jobba, hur vi nu gör en plan. Hur vi ska jobba. I team eller vad jag ska säga, så det är förankrat hela vägen, så alla vet så här ska vi jobba.	Sjuksköterskan upplever inte att nuvarande organisation ger tiden, utrymmet och tillåtelsen att arbeta fallförebyggande i team. Det är oklart hur vi ska jobba, det behöver vara förankrat i hela organisationen så alla vet.	Brister på organisationsnivå
jag menar det är ju inte ovanligt att jag kommer hem till den där gamla som, ”nu har jag hängt upp i taket här, jag klev på den där stolen, men säg ingenting till min son, för jag får ju inte göra detta” man vet ju att man inte ska göra	Vid hembesök berättar patienten för sjuksköterskan att de medvetet tagit risker som kan leda till fall, vilket de inte vill berätta för anhöriga.	Patienten ignorerar fallrisker.

## Forskningsetiska överväganden

Grundläggande forskningsetiska regler har följts i enlighet med Forskningsetiska nämnden [FEN] (2019). En etisk egengranskning inför studien genomfördes (bilaga 5). Utav den framkom det inga tydliga risker för att informanterna skulle ta skada utav eller känna obehag av att medverka i studien. Informanterna informerades om studiens tillvägagångssätt samt hantering av insamlat material. Nyttan med studien ansågs större än risken för att personer på något vis kommer till skada.

Att delta i studien var frivilligt och informanterna kunde när som helst avbryta sin medverkan. Innan intervjuerna informerades deltagarna i fokusgrupperna om att de inte bör sprida information som framkommit under intervjuerna vidare. Materialet behandlades konfidentiellt genom att avkoda informanternas identiteter, samt att innehållet i intervjumaterialet inte spreds till obehöriga enligt Kjellström (2012). Informanterna i fokusgrupperna informerades om att tystnadsplikten gäller, att de inte skulle nämna specifika patientfall vid namn. Inspelat intervjumaterial med diktafon låstes in i ett skåp. Materialet på diktafonen raderades efter transkriberingen. Data som transkriberats sparades på ett usb-minne med särskild kod till för att öppna upp innehållet med. Usb-minnet förvarades i ett låst skåp när det inte användes.

General Data Protection Regulation förkortat GDPR är en ny föreskrift från EU (Datainspektionen, 2019). Detta innebär att personuppgifter ska lagras efter vissa riktlinjer. Data sparas enbart under den tid som är nödvändig, godkännande från personer måste inhämtas innan data sparas samt att data ska skyddas samt att information till enskild person hur information sparas och vilka som kommer ha tillgång till informationen. I det här arbetet har informanterna fått skriva på ett samtycke till att data sparas under studiens gång, och fått information om att data raderas när studien är godkänd. De har även fått information om vilka som har tillgång till data som samlats in, det vill säga författarna samt handledaren till arbetet.

## Resultat

Studiens resultat baseras på tre fokusgruppsintervjuer där nio informanter ingick, tre i varje grupp. De var alla nio, kvinnor och arbetade som sjuksköterskor med vård av äldre över 65 år i ordinärt boende inom kommunal vård. Resultatet presenteras nedan i fyra huvudkategorier varav två av dem har tillhörande subkategorier.

**Tabell 2.** Kategorier och subkategorier.

<b>K A T E G O R I E R</b>	<b>Behov av struktur i sjuksköterskans fallförebyggande arbete</b>	<b>Samarbetet med de olika professionerna behöver utvecklas</b>	<b>Brister i organisationen</b>	<b>Patientens autonomi och motivation kan hindra fallförebyggande teamarbetet</b>
<b>S U B K A T E G O R I E R</b>		Behov av utveckling av samarbetet med baspersonal och områdeschefer inom hemtjänst  Behov av att utveckla samarbetet med rehab	Organisation och ledarskap under två olika lagstiftningar SoL och HSL, hindrande att få en helhetsbild  Brister vid kommunikation och informationsöverföring i organisationen  Beslut om arbetssätt och förbättringar i strukturen behöver finnas	

## **Behov av struktur i sjuksköterskans fallförebyggande arbete**

Sjuksköterskorna beskrev hur de upplevde att ett fallförebyggande teamarbete inte förekom på ett strukturerat sätt inom kommunen. Sjuksköterskorna ansåg sig komma in för sent i det förebyggande arbetet. Oftast blev sjuksköterskan delaktig först efter att en person hade ramlat.

Läkemedelsgenomgångar på vårdcentralen tillsammans med läkare och farmaceut, där sjuksköterskan inför dem intervjuat patienten om hur hen mår och försökt skapa en helhetsbild av patienten upplevdes som det enda förebyggande arbetet som innehöll kvalitet och kunde leda till något bra. Sjuksköterskan upplevde sig ha kunskap om läkemedel som kan medföra en risk för fall. En del av sjuksköterskans arbetsuppgifter var att samordna kontakt med läkare vid bedömning/misstanke om att patienten inte mår bra av sina läkemedel. Det kunde handla om lågt eller ortostatiskt blodtryck som kunde vara orsak till eller leda till ett fall. När äldre personer besvärades av yrsel var det sjuksköterskan som kontrollerade vitala parametrar, gjorde en bedömning av om personen åt och drack ordentligt för att sedan utifrån värden ta kontakt med läkare. Om personen bedömdes vara undernärd och av den orsaken inte orkade stå på sina ben vilket kan vara risk för fall samordnade sjuksköterskan kontakt med dietist (Regionen).

När sjuksköterskan gjorde ett hembesök hos en äldre person beskrev de kunskaper om vad i omgivningen de bedömde vara risk för fall.

*”i hennes hus så kan jag se om hon har höga trösklar, mycket mattor, alltså direkt när jag kommer hem till någon så scoutar jag ju omgivningen. Det gör jag automatiskt liksom.” Sjuksköterska, fokusgrupp 3.*

Kontakt togs med kommunrehab vid exempelvis för höga trösklar i ett hem som kunde utgöra risk för fall. En viktig del av sjuksköterskans arbetsuppgift var att dela med sig av sin kunskap om risk för fall till patienten. Patienten behövde informeras om de risker som sjuksköterskan såg vad gällde saker i omgivningen som till exempel mattor eller när sjuksköterskan upplevde att patienten åt för lite



och behövde göra justeringar i sitt näringsintag. I många fall upplevde sjuksköterskan frustration då de inte kunde påverka vilken mat personen inhandlade eller att personen ville ha lägenheten fylld av mattor på golvet. Då gäller det att åtminstone medvetandegöra patienten och informera om riskerna oavsett vad personer valde att göra med informationen. I de fall där det stod klart att personen inte visste sitt eget bästa behövde sjuksköterskan göra närstående delaktiga och informera dem om riskerna. Informationen som närstående tog emot ledde antingen till åtgärd att ”mattor plockades bort” eller att de blev kvar beroende på hur närstående såg på patientens självbestämmanderätt och tidigare liv. Sjuksköterskan uppgav att närstående kunde säga att det ska vara som det alltid har varit i patientens hem.

I samarbetet med baspersonal angående förskrivning av inkontinensskydd ville sjuksköterskan se på helheten hos personen. Vid dålig balans hos en skör äldre person tog sjuksköterskan ut sin vetorätt och nekade förskrivning av vissa inkontinensskydd som kunde leda till fallrisk.

Att sjuksköterskan var den som oftast initierade till att ett fallförebyggande teamarbete startades liknades med alla andra omvårdnadsuppgifter som sjuksköterskan hade. Det var sjuksköterskan som tog initiativet och såg att andra professioner behövdes, tog upp diskussion på teamträffar och beskrev sitt arbete som att vara spindeln i nätet runt patienten. När samarbetet med andra professioner fungerade bra upplevdes det inspirerande att inneha den samordnande rollen.

Trots att sjuksköterskan beskrev att de hade kunskap om risker för fall och gjorde en del insatser innan ett fall förekom upplevde hen att det fallförebyggande teamarbetet inte var något personalen i organisationen strukturerat arbetade med. Sjuksköterskan gav exempel på att riskfaktorn malnutrition kunde orsaka fall, men fanns inga rutiner eller arbetssätt för att förebygga malnutrition. Teamarbetet upplevdes i stort sett obefintligt vad beträffar det förebyggande arbetet innan ett fall. Det fanns inga rutiner eller riktlinjer som fastslog att sjuksköterskorna skulle arbeta med det.

*”vi är dåliga på att jobba fallförebyggande, eller ja vi gör det inte alls. Hemskt, jag har ingen roll. Det känns som att vi jobbar inte med det här, jag glömmer bort den här rollen, förutom i specifika fall.” Sjuksköterska fokusgrupp 2.*

Att sjuksköterskorna i kommunen fick allt fler administrativa uppgifter och satt fast bakom en dator på kontoret upplevdes som en risk att inte kunna arbeta förebyggande. Mer tid behövdes ute hos patienten för att kunna få en insyn i patientens vardagsliv. Sjuksköterskan ville inte i alla lägen förlita sig på att baspersonal kunde förebygga alla risker utan ville använda sin egen kompetens att göra bedömningar då hen ansåg sig ha ett annat tankesätt och mer kunskap. Många utav de patienterna som sjuksköterskan ansvarade för besökte hen aldrig eller mycket sällan. Kortare enstaka besök gav ingen helhetsbild av riskfaktorer. *”Vi kommer ju inte in riktigt där, som du säger inte innan de har ramlat första gången. Första gången kan ju vara den värsta gången.” Sjuksköterska fokusgrupp 2.*

Det framkom att sjuksköterskorna var positiva till att arbeta fallförebyggande i team och ville bli mer delaktig i problem som uppstod kring risker för fall, men då krävdes att baspersonal tog kontakt och rapporterade till sjuksköterskan som vanligtvis hade liten insyn i hur patienten fungerade i vardagslivet.

## **Samarbetet med de olika professionerna behöver utvecklas**

Sjuksköterskorna upplevde att samarbetet med de olika professionerna inom kommunal vård skulle kunna utvecklas och förbättras med avseende på det fallförebyggande teamarbetet. Nedan presenteras *Behov av utveckling av samarbetet med baspersonalen och områdeschefer inom hemtjänst* och *”Behov av att utveckla samarbetet med rehab”*.

### **Behov av utveckling av samarbete med baspersonal och områdeschefer inom hemtjänst**

Utav alla professioner inom kommunal vård var baspersonalen i hemtjänsten de som spenderade absolut mest tid hos den äldre personen enligt sjuksköterskorna. Att de hade möjlighet att besöka och se patienten mest menar sjuksköterskorna gjorde baspersonalen en viktig del utav teamarbetet.

*”baspersonalen jobbar ju ändå närmast patienten, är mest hos patienten, och har ju då möjligheten att då få mycket närmre relation, alltså vårdrelation med patienten och då vara en viktig del i teamarbetet.”*  
*Sjuksköterska fokusgrupp 1.*

Sjuksköterskorna uppgav att det var viktigt att baspersonal uppmuntrades och informerades om vilken betydande roll de hade i teamarbetet. De upplevdes sitta inne med så mycket information som var värdefull för helhetsbilden av patienten. Sjuksköterskorna menade att baspersonalen inte alltid såg sig själva som en viktig del av ett team. Att deras arbetsuppgifter fungerade var till stor del sjuksköterskornas ansvar då de beskrev baspersonalen som deras *”förlängda arm”* som gör uppgifter sjuksköterskan ordinerat. *”Ja vi kan ju inte gå ut till patienterna och se till att de inte ramlar, men vi kan se till så att baspersonalen stöttar dem så att de inte ramlar.”* Sjuksköterska fokusgrupp 1.

Vid intervjuerna beskrev sjuksköterskorna att en stor del av sjuksköterskans arbete var att ordinera eller delegera uppgifter som baspersonalen utförde. Sedan finns

uppgifter som kallas SOL-insatser som lyder under Socialtjänstlagen, dessa beviljas av biståndsbedömare och verkställs av hemtjänstens områdeschef. SoL-insatserna menade sjuksköterskan utgjorde den största delen av baspersonalens uppgifter och upplevde att de därför bör ta en större del i ett fallförebyggande teamarbete tillsammans med sin områdeschef. Ett större ansvar från områdescheferna inom hemtjänsten borde tas för personen som ramlat.

*”vi utgår ju mycket från vår profession, men om man skulle utgå ifrån den personen som ramlar, så är ju det en person som har hjälp ifrån olika professioner, hjälp från HSL, med sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast. Men den allra största delen är ju någon annan. SOL.” Sjuksköterska fokusgrupp 1.*

Sjuksköterskorna upplevde att baspersonalen behövde engageras och ta ett större ansvar i förhållande till nuvarande insatser hos personen. Vid ett fallförebyggande teamarbete informerade sjuksköterskorna om hur baspersonalen haft svårt att motivera patienterna till att reducera fallriskerna i det egna hemmet. Då baspersonalens tid var planerad minutiöst menade sjuksköterskorna ledde det till att personalen arbetade ”på löpande band” vilket gjorde så att baspersonalen upplevde stress och detta bidrog till att den personcentrerade vården saknades i det fallförebyggande teamarbetet. Tiden för baspersonalen tillsammans med patienterna var för kort för att få möjlighet att bygga upp ett förtroende och en god relation mellan personal och patient enligt sjuksköterskorna. Detta var viktigt för att ge patienten kontinuitet av personal samt att ge patienten möjlighet att berätta om eventuella symtom som kunde härledas till eventuell fallrisk.

Sjuksköterskorna hade sett ett samband med att hemtjänstgrupper med färre baspersonal hade bättre kontinuitet hos patienterna, hade på så sätt lättare att uppmärksamma fallrisker hemma hos patienterna.

Sjuksköterskorna beskrev att de ibland upplevde att baspersonal såg teamträffar som ett forum där de kunde lägga över ett problem i sjuksköterskans knä som hen ska lösa. Det verkade inte finnas någon vilja att med dialog försöka lösa ett

bekymmer tillsammans. Sjuksköterskorna önskade att baspersonalen var med mer i diskussioner och berättade vad de såg, hur de uppfattade fallrisken hos en person, och vad som kunde göras för att minska risken för fall? Sjuksköterskorna upplevde det dock som en utmaning när baspersonal delade upp sig i olika lag med avseende på vad de tyckte om olika situationer, blev då svårt för sjuksköterskan att dra en slutsats. Samtidigt som sjuksköterskan menade att baspersonal behöver informeras mer om att vi vill jobba med att förebygga fall, att de ska kontakta sjuksköterskan eller rehab personal om de upptäckte något som kunde vara en risk för fall och betona att det är viktigt.

### **Behov av att utveckla samarbetet med rehab**

Sjuksköterskorna beskrev att det i nuläget inte fanns någon riktig samordning kring att få en samlad bild av arbetet för att minska risken för fall utan professionerna gjorde något litet var för sig. Kontakt tas oftast med rehab efter att ett fall redan inträffat. Sjuksköterskorna menade att kommunen var uppbyggd på ett sådant sätt att sjuksköterskan hade olika roller ihop med rehab men att sjuksköterskorna inte ville äga hela ärendet kring patienten utan mer ta tillvara på varandras kunskaper. Sjuksköterskorna beskrev att många personer i kommunen hade sin första kontakt med kommunal vård via rehab, de personerna träffade inte sjuksköterskan alls och hade inte kännedom om eftersom de inte behövde sjuksköterskans hjälp med HSL-insatser. Sjuksköterskan saknade tid och plats att sitta ner tillsammans med professionerna inom rehab för att diskutera gemensamma patienter och delge varandra information i fallförebyggande syfte. *”Fokusera på kanske två patienter där vi kan sitta i lugn och ro tillsammans med rehab. Inte regelbundet men vi måste ju börja någonstans” Sjuksköterska fokusgrupp 2.*

På tematräffarna där även baspersonal och områdeschefer fanns närvarande, avhandlades alla ärenden på kort tid, och ingen tid fanns på agendan för fallförebyggande teamarbete. Dessa teamträffar var de enda planerade träffarna där både sjuksköterskan och rehab var närvarande samtidigt.

I samarbetet med rehab (sjukgymnast och arbetsterapeut) upplevde sjuksköterskorna att gemensamma hembesök hos en person där fler professioner deltog utmynnade i vård av bättre kvalitet. Olika synvinklar togs i beaktande och det bidrog till att risken för fall vävdes in i besöket. Dessa gemensamma hembesök borde utföras oftare enligt sjuksköterskorna. Fanns inga svårigheter i dem tillfällen sjuksköterskan var i behov av sjukgymnast eller arbetsterapeuts kompetens eller insatser.

*”Jag upplever ett bra samarbete med arbetsterapeuten, vi har kontakt å så här på telefon, mejlkontakt, hon hör av sig om hon har pratat om någonting med personalen, och sen vill hon även bolla med mig. Det sker när det redan hänt.” Sjuksköterska fokusgrupp 3.*

Det beskrevs i intervjuerna att när sjuksköterskans kompetens brast fanns ingen oro eller rädsla för att be rehab om hjälp, då man inte kunde lösa allting själv. Samtidigt som sjuksköterskorna menade att de borde ha en rådgivande funktion jämt mot andra professioner som till exempel rehab när det gäller patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården på grund av sin kompetens inom omvårdnad.

## **Brister i organisationen**

I resultatet framkom det att sjuksköterskorna upplevde hindrande faktorer och brister i organisationen som påverkar det fallförebyggande teamarbete. Nedan presenteras de i subkategorierna *”Organisation och ledarskap under två olika lagstiftningar, SoL och HSL hindrande att få en helhet i arbetet”*, *”Brister vid kommunikation och informationsöverföring i organisationen”*, och *”Beslut om arbetssätt och förbättringar i strukturen behövs”*.

### **Organisation och ledarskap under två olika lagstiftningar, SoL och HSL hindrande att få en helhet i arbetet.**

Sjuksköterskorna upplevde att det inte fanns någon fungerande organisation kring fallförebyggande teamarbete. Det fanns inget tydligt direktiv i organisationen att arbeta fallförebyggande, vilket ansågs vara ett hinder.

I intervjuerna beskrevs av sjuksköterskan hur vården inom kommunal regi bedrevs under två olika lagar SoL och HSL och hur detta upplevdes hindra det fallförebyggande teamarbetet. Sjuksköterskan hade ofta svårt att veta var ”gränsen” gick mellan de två olika lagarna relaterat till arbetsuppgifter. *”omvårdnaden är vårt kunskapsområde, det är en holistisk omvårdnad. Vi ser hela personen vi vårdar och det kan bli lite svårt då vi delar upp dem i SoL och HSL”* Sjuksköterska fokusgrupp 1.

Baspersonal kunde uppfattas som frustrerade då de saknade stöttning i sitt arbete när de vårdade patienter med endast SoL-insatser, de hade då ingen hjälp från sjuksköterskorna i kommunen. Sjuksköterskan kunde bortse från patienter med exempelvis nutritionsproblematik där baspersonal uppmärksammat viktnedgång, om patienten inte hade HSL-insatser, vilket bidrog till frustrationen hos baspersonalen och patienten fick inte rätt hjälp.

Sjuksköterskorna beskrev att de kunde uppleva att konflikt uppstod mellan sjuksköterskan och olika yrkesprofessioner i form av att exempelvis områdeschef

för hemtjänsten kunde gå i försvarsställning om sjuksköterskan uppmärksammat någonting som behövde åtgärdas men inte föll under HSL/sjuksköterskans ansvar. Det fallförebyggande teamarbetet ansågs vara obefintligt då patienten delades upp i olika delar på grund av de olika lagarna. Sjuksköterskorna jämförde med regionalvård där sjuksköterskan var ledare för omvårdnaden men i kommunal vård var det väldigt otydligt vem som egentligen var omvårdnadsansvarig/ledare. Sjuksköterskorna menade att hen hade kunskapen om omvårdnad och kunskaper i att leda andra i omvårdnadsarbetet. Att baspersonal i hemtjänsten saknade utbildning ansågs vara ett hinder då de arbetade utan egentlig guidning i hur de verkställer uppgifter som lyder under SoL.

En yrkeskategori som inte deltog i teamträffarna eller veckomöten och diskuterade patientfall var biståndshandläggare i kommunen, detta på grund av sekretess. De samtalade inte kring en patient utan att patienten var närvarande. Detta såg sjuksköterskor som ett hinder i fallförebyggande teamarbete då biståndshandläggare är de som beviljande tid för insatser enligt SoL till patienten, vilket behövdes för att kunna genomföra ett bra fallförebyggande arbete hos patienterna enligt sjuksköterskan.

### **Brister vid kommunikation och informationsöverföring i organisationen**

Ett annat hinder för ett fallförebyggande teamarbete menade sjuksköterskan var kommunikationen med baspersonalen samt informationsöverföringen, alltså den information som sjuksköterskan hade om en patient som skulle överföras till baspersonalen. En svårighet med detta menade sjuksköterskan var att som sjuksköterska få tag i rätt baspersonal, vilken personal som hade ansvar för en specifik patient. Det saknades tydliga instruktioner för vilken baspersonal som skulle kontaktas.

*” Man vill inte störa dem i rasten. Jag blir glad varje gång jag ser att någon är inne på kontoret för då känner jag att nu kan jag gå och prata med dem, men då är det aldrig den som varit hos den som jag är intresserad att prata om” Sjuksköterska fokusgrupp 1.*



Inom hemtjänsten i kommunen var grupperna stora, många baspersonal. Det upplevdes från sjuksköterskor att det var en stor svårighet med att få ut information om patienter till personalen, då baspersonalen allt för ofta inte läste journalen. Samt patienternas genomförandeplaner som var och en av patienterna skulle ha, dessa lades som ett ”skrivbordsmaterial” på baspersonalens kontor, enligt sjuksköterskan. Detta var ett hinder i det fallförebyggande teamarbetet menade sjuksköterskorna i kommunen som studien genomfördes i. Som det såg ut hade baspersonal betydligt mindre tid för att läsa på om patienterna i jämförelse med sjuksköterskorna, detta beroende på att baspersonalens arbetstid var planerad minut för minut i planeringssystemet Lapscore där ingen tänkt på att lägga in tid för läsrapporter, i jämförelse med sjuksköterskan inom kommunen som lade upp sitt eget dagliga arbete i en ”att göra lista”. Detta bidrog till att baspersonalen fick ett motstånd mot att läsa patienternas journaler då de enligt sjuksköterskan inte ansåg att det ingick i deras arbete, utan muntlig rapport var det som de använde sig av i informationsbyte.

Veckomöten som sjuksköterskan hade tillsammans med baspersonal vid ett tillfälle i veckan, var det endast en baspersonal närvarande. Att det inte var patienternas kontaktperson, det vill säga den personen i hemtjänsten (undersköterska eller vårdbiträde) som skulle haft det övergripande ansvaret för patienten i kommunal hälso- och sjukvård som medverkade på teamträffar och eller veckomöten beskrev sjuksköterskorna som ett hinder för ett fallförebyggande teamarbete. Detta på grund av att kunskapen om patienten som kontaktpersonen hade då inte kunde tas till godo. I den hemtjänstgrupp där baspersonalen själva planerade sin tid kunde sjuksköterskorna uppleva att samarbetet gick smidigare då de såg till att rätt personal närvarade på förutbestämda teamträffar. I intervjuerna framkom att sjuksköterskor upplevde tiden, som en faktor vilken hindrade ett fallförebyggande teamarbete. Baspersonal samt sjuksköterskan hade ingen planerad tid till längre teammöten och veckomöten, vilket hindrade diskussion om patientfall mer djupgående. Att teamträffarna samt veckomöten var belagda till kort tid bidrog även till att få patienter kunde tas upp på dessa, det menade sjuksköterskorna var

ett stort hinder när det kom till att få till ett fungerande teamarbete kring fallförebyggande arbete

*”Tiden i organisationen finns inte för teamarbete. Det finns inte tillräckligt med tid för baspersonalen, och det finns inte tillräckligt med tid för oss sjuksköterskor...organisationen tillåter inte det”.*  
*Sjuksköterska fokusgrupp 2.*

### **Beslut om arbetssätt och förbättringar i strukturen behöver finnas**

Tron på att ett fallförebyggande teamarbete skulle komma av sig själv var inget sjuksköterskorna upplevde möjligt. De menade att cheferna eller Medicinskt ansvarig sjuksköterska (eller politikerna) inom organisationen, kommunal vård var tvungna att ta beslut i frågan om att arbeta fallförebyggande. Att ta beslut om ett projekt i fallförebyggande teamarbete där någon person är drivande vid uppstarten, samt ta beslut om vilka professioner som ska ingå i detta team ansågs bidra till möjligheten att fallförebyggande teamarbete blir en naturlig del av vården. ” *Det är ju ganska snabbt gjort egentligen att göra en fallprevention om någon säger att NU gör du det” Sjuksköterska fokusgrupp 2.*

Ett framgångsrecept för ett fallförebyggande teamarbete ansågs av sjuksköterskorna vara att professionerna behövde få tydliga roller, tydlighet i vem som gör vad och när. Att det blev förankrat i hela organisationen hur olika professioner ska arbeta tillsammans fallförebyggande för att undvika konflikter. ”*Jag tycker att man får titta på vad man håller på med i alla delar av organisationen, och vad vi lägger våra resurser på, som bäst hjälper” Sjuksköterska fokusgrupp 1.*

Det beskrevs av sjuksköterskorna att det inte fanns något tydligt ledarskap i det fallförebyggande teamarbetet i kommunen, sjuksköterskan ansåg att ansvarsfrågan om vem som leder allmänna omvårdnaden i ett fallförebyggande teamarbete behöver klargöras. Med anledning av nuvarande lagstiftning såg sjuksköterskan att områdeschefen inom SoL kunde vara en person med större ansvar. Men ledande

rollen ansågs även kunna innehas av sjuksköterskan då hen hade kunskapen inom omvårdnad och fallrisker. Sjuksköterskorna beskrev att det inom sjuksköterskegruppen fanns kollegor som var ansvariga och ombud inom olika områden. Sågs en möjlighet i att personer från olika professioner kunde skapa en roll som fallförebyggande ombud, som hjälper och sprider sin energi till andra kollegor i arbetet med att förebygga fall.

Sjuksköterskor beskrev hur en standardordination efter fall användes, baspersonal hade till uppgift att en gång på morgonen och en gång på kvällen kolla patienterna efter ett fall i 3 dagar. Om nya symtom så som yrsel, smärta eller hematom uppkommit skulle tjänstgörande sjuksköterska kontaktas. Sjuksköterskorna menade att detta arbetssätt var helt i onödan, ingen visste varför det användes och till vilken nytta. Baspersonalen skrev under med sin signatur när patienten kontrollerats efter ordinationen. Detta gav enligt sjuksköterskorna ingenting. *”Standardordinationen efter fall skulle bort helt och hållet. För att det är något som någon har bestämt att vi ska göra, har ingen aning varför, vi gör det helt i onödan” Sjuksköterska fokusgrupp 1.*

Sjuksköterskorna menade att inga insatser gjordes hos patienten om inga symtom setts hos patienten efter dessa tre dygn. Sjuksköterskorna menade att extra tillsynsbesök det första halva dygnet var tillräckligt, sedan borde arbetet istället handla om varför patienten föll, hur undviker vi att det händer igen?

En förbättringsåtgärd ansågs av sjuksköterskorna vara att en checklista kunde utformas, där sjuksköterskans uppgifter vid fallförebyggande arbete framgick tydligt. Även en checklista som kunde användas efter att en patient ramlat, med frågor som exempelvis; ska hembesök göras? Vilka professioner behövs vid detta hembesök?; ska ett mätinstrument användas exempelvis Downton fallrisk index? Vilka kontroller ska tas och av vem? ska ett team sammankallas och vilka ingår?

Sjuksköterskorna uppgav sig vara positiva till att börja använda mätinstrument i det fallförebyggande arbetet för att identifiera risker exempelvis med hjälp av

Downton fallriskindex. Det ansågs dock att mätinstrument kunde användas av alla professioner och borde inte endast vara en specifik uppgift för sjuksköterskan.

Att baspersonalen inom hemtjänsten var i behov av utbildning i fallförebyggande arbete var något som sjuksköterskorna uppmärksammat, likväl önskade också sjuksköterskorna mer utbildning inom ämnet. Sjuksköterskorna ansåg att i ett fallförebyggande teamarbete behövdes olika professioner för att se helheten, sjuksköterskorna framhävde att alla i ett team var viktiga, alla behövde komma med sina infallsvinklar på patientens fallrisk/er. Mindre grupper med baspersonal ansåg sjuksköterskorna kunde vara en förbättringsåtgärd. Personcentrerad vård ansågs vara en mycket viktig del i det fallförebyggande teamarbetet men sjuksköterskorna uppgav att personcentrerad vård inte var en del av arbetet vid tiden när studiens genomfördes.

*”vissa behöver tid på sig på morgonen, man kan inte titta på klockan och nu är det dags att stiga upp, dem kanske måste få ligga till kl 10, inte riva upp dem, dem kanske är snurriga i huvudet och behöver mera tid på sig, inte ha bråttom, personcentrerad omvårdnad är ju jätteviktigt, och där är vi inte idag.” Sjuksköterska fokusgrupp 3.*

Sjuksköterskorna framförde att de önskade att det i förväg skulle planeras vilka patienter som uppmärksammas ha fallrisk som skulle tas upp på möten, så rätt personal var med så dennes kunskaper och patientkännedom kunde tas till godo. Hen önskade att arbetet skulle börja hos patienten redan innan fallet skett. Ett forum för att arbeta med fallförebyggande arbete kunde vara teamträffar och eller veckomöten, till detta krävdes att cheferna gav mer tid och gav baspersonalen möjlighet till att delta på möten.

## **Patientens autonomi och motivation kan hindra fallförebyggande teamarbete**

Sjuksköterskorna beskrev hur de uppmärksammade och identifierade risker i patienternas hem eller i patienternas läkemedelsbehandling/ar. Trots sjuksköterskans kompetens inom risker för fall ansåg sjuksköterskorna att patientens självbestämmande rätt ska komma i första hand. Att komma in i någons hem och berätta för honom eller henne att det är farligt att utföra vissa sysslor, att hans möbler står fel ansåg sjuksköterskorna som en svår uppgift. Med tanke på detta menade sjuksköterskorna att kunskap om motivation och framförallt tid för motiverande samtal med patienten är viktigt i ett fallförebyggande arbete.

*”det här med hindrande också är dem som inte själva vill förändra hemmet. Och det kan man inte göra någonting åt. Har dem sagt nej en gång, behöver man inte ge upp utan man kan fortsätta att motivera, men vi får ju inte bestämma över dem så är det ju”.*  
*Sjuksköterska fokusgrupp 3.*

Sjuksköterskorna redogjorde hur patienternas integritet, integritetszon sågs som ett hinder i det fallförebyggande arbetet, de såg ett behov av åtgärder i hemmet men patientens integritet gjorde så sjuksköterskan avstod åtgärderna. Patientens självbestämmanderätt sågs ibland som ett hinder i det fallförebyggande teamarbetet. Sjuksköterskorna beskrev hur de kunde utföra en åtgärd i det fallförebyggande arbetet som till exempelvis i samråd med patienten vid ett hembesök plocka bort en matta, för att vid nästkommande besök se att mattan åter låg på golvet, och patienten uttryckte att det blev tomt utan den där, vilket upplevdes som en frustration i sjuksköterskans yrkesroll att motivera likväl som ett hinder i det fallförebyggande arbetet. I intervjuerna gavs en beskrivning om hur sjuksköterskan observerade olämpliga läkemedel i patienters läkemedelslista som gav risk för fall men haft svårt att korrigera genom att sätta ut dessa specifika läkemedel då patienternas önskan om att fortsatt ha de kvar varit större än sjuksköterskans argument för fallrisken.

*”vi kanske gör läkemedelsgenomgångar också hittar vi en massa olämpliga läkemedel, men patienten själv är jättemissbelåten, för hon vill ha just de där tableterna. Just den där lugnande och just den där sömntabletten och sen blir livet inte nått värt att leva för att nu ligger jag ju sömlös, nu är jag orolig. Då är det bättre att jag har lite lull-lull i kroppen också mår jag gött.”*  
*Sjuksköterska fokusgrupp 1.*

Vissa fallrisker i hemmet bortsåg sjuksköterskorna ifrån, då dem värnade om patientens integritet och självbestämmanderätt. Att som sjuksköterska kunna bortse från sina egna önskningar och värderingar för att följa patienternas önskan när det kommer till det fallförebyggande arbetet, var något som framkom i studien var viktigt. Det framkom även i intervjuerna att sjuksköterskorna fick acceptera att alla patienter inte gick att förebygga fall hos.

## Diskussion

Det framkommer i studien att sjuksköterskan behöver struktur i sitt eget arbetssätt för att förebygga fall samt att samarbetet med andra professioner behöver utvecklas. Sjuksköterskan upplever hindrande faktorer för det fallförebyggande teamarbetet i form av lagstiftning, kommunikation och informationsöverföring samt patientens egen inställning till att förebygga fall. De upplever även möjligheter till att förbättra det fallförebyggande teamarbetet.

## Resultatdiskussion

Resultatet av studien visar att sjuksköterskorna upplever det oklart vilken roll de har i det fallförebyggande teamarbetet, att olika professioner gör insatser var för sig utan riktig samordning. Enligt Baxter och Markle-Reid (2009) är rolltydlighet en nyckelfaktor för att teamsamarbete ska fungera framgångsrikt, vilket de visar i sin studie där brist på rolltydlighet i förhållande till andra professioner upplevs vara ett hinder för teamarbetet. Bell, Crawford och Holloway, (2018) menar att

bristen på rolltydlighet kan skapa barriärer i kommunikationen mellan olika professioner vilket potentiellt påverkar patientens omvårdnad, samt påverkar patientens flöde i vårdkedjan. Travelbee (1971) beskriver att sjuksköterskan ansvarar för att hjälpa patienten till att finna en mening med sin sjukdom och eller lidande. Hon förespråkar också det förebyggande arbetet av sjukdom och lidande. Travelbee (1971) säger att det är med kommunikationen människor kan skapa mellanmänskliga relationer, vilket kan leda till att finna en mening. Detta kan kopplas till den tvärprofessionella kommunikationen i det fallförebyggande teamarbetet att var och en av deltagarna i teamet oavsett yrkesprofession är viktig för att få en ökad förståelse för varandra.

Att personer sätts ihop och kallas för ett team behöver inte betyda att de samarbetar menar Bookey-Bassett, Markle-Reid, Mckey och Akhtar-Danesh, (2016) som vidare beskriver att det i ett team behöver de medverkande ha klart för sig vilken sin egen roll är samt veta vilka de andras roller i teamet är. Duner (2013) menar att den egna rollen kan stärkas och bli mer tydlig om det är synligt vilken kompetens andra medarbetare/professioner besitter, vilket är en fördel med interprofessionellt teamarbete då rätt frågor kan ställas till patienten av de olika professionerna och en bättre helhetsbild skapas av vad patienten behöver. Det styrker denna studies resultat där sjuksköterskorna upplever att gemensamma hembesök hos patienten tillsammans med professioner från rehab anses bidra till en bättre helhetsbild där riskfaktorn fall vävs in i besöket. Dock upplever sjuksköterskorna att det inte finns några rutiner eller riktlinjer för hur de ska arbeta fallförebyggande i team, saknas tydlighet i vem som gör vad och när. En möjlig förklaring till att sjuksköterskorna upplever det fallförebyggande teamarbetet obefintligt i många fall kan vara bristen på rolltydlighet i organisationen.

Sjuksköterskorna i studien vill att det förankras i hela organisationen inom kommunala vården hur olika professioner ska arbeta tillsammans fallförebyggande. Bookey-Basset et al. (2016) menar att en organisations främjande för att ett teamarbete ska fungera inom vård av äldre i kommuner är nödvändigt. Arbetsklimatet skall vara tillåtande för att medlemmarna i teamet ska kunna utveckla sitt samarbete (Baxter & Markle-Reid, 2009).

Sjuksköterskorna framför i studien att det saknas struktur i organisationen och att inget beslut om att arbeta fallförebyggande finns.

Bookey-Basset et al (2016), Baxter och Markle-Reid, (2009) beskriver att organisationer som vill att teamarbete ska fungera framgångsrikt behöver se till att de resurser som krävs finns, däribland tid. Resultatet i denna studie visar att sjuksköterskorna upplever att tid är en förutsättning som saknas för ett fungerande fallförebyggande teamarbete. Organisationens tillåtande av tid för samarbete mellan professionerna upplevs inte vara tillräcklig. Cheferna i organisationen behöver tillåta att mer tid ges för teamarbete. Dessa data måste tolkas med försiktighet eftersom resultatet baseras på en specifik arbetsplats och anses därför inte generaliserbara till alla kommuner.

Enligt Socialstyrelsens förrapport om Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård (2019) finns ett organisatoriskt ansvar hos vårdgivaren att planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård, de beskriver vidare hur det är angeläget att ett antal riskområden, däribland fall arbetas med av kommunerna. Enligt föreliggande studiens resultat framkommer det att sjuksköterskorna upplever att det fallförebyggande arbetet inte är strukturerat på den specifika arbetsplatsen, de upplever att det inte är något man arbetar med. Witt, Englander, Kumlien och Axelsson (2018) menar att en systematisk implementering av riktlinjer för fallprevention behövs i kommunal vård, då analyserat data från kvalitetsregistret Senior Alert tyder på många brister i det fallförebyggande arbetet inom kommunerna. Det visar sig att många äldre personer med fallrisk är helt utan fallförebyggande åtgärder i ordinärt boende, och där det finns registrerade åtgärder stämmer de inte överens med bakomliggande orsak. Socialstyrelsen, (2019) styrker föreliggande studies resultat när de beskriver att mer kunskap behövs om strukturer, processer och vårdresultat inom kommunal vård, för att myndigheten ska kunna utveckla ytterligare kunskapsstöd med rekommendationer för insatser inom områden som fallprevention för den kommunala vården. Resultatet visar att sjuksköterskorna i den specifika kommunen inte arbetar efter några riktlinjer eller rekommendationer för hur kommunal hälso- och sjukvård ska arbeta med att förebygga fall.



Arbete i kommunal hälso- och sjukvård under två olika lagstiftningar anses i studien splittra sjuksköterskorna som upplever det svårt att veta var gränserna går för sitt eget ansvar i förhållande till områdescheferna för hemtjänsten när det kommer till omvårdnadsansvar. Det beskrivs av Josefsson och Hansson (2011) att det inte är ovanligt med konflikter när det kommer till otydligt ledarskap. De menar att sjuksköterskan behöver utveckla sitt ledarskap inom kommunal vård för att säkra patientsäkerheten samt att organisationen behöver ge de förutsättningar som krävs för att sjuksköterskan ska kunna använda sin ledarskapskompetens inom omvårdnad för den äldre personen i den kommunala vården. Dock framkommer i studien av Josefsson och Hansson (2011) att få sjuksköterskor är villiga att utveckla sin ledarskapskompetens inom omvårdnad och anta sig den rollen som ledare av omvårdnaden. Föreliggande studiens relativt motsägelsefulla resultat om att sjuksköterskan dels anser sig ha kompetensen inom omvårdnad för att leda fallförebyggande teamarbetet men samtidigt anser att områdeschefer borde ta ett större ansvar i det fallförebyggande teamarbetet kan bero på tesen från Josefsson (2009) att det i flera kommuner saknas tydliga uppdrag- och arbetsbeskrivningar för sjuksköterskan i kommunal vård. Svensk sjuksköterskeförening (2017) beskriver att sjuksköterskan ska ha kompetens i att leda ett team, att leda organisera, prioritera och samordna omvårdnadsarbete.

Det framkommer i studien att sjuksköterskor värnar om patienternas självbestämmanderätt och autonomi ofta när det kommer till fallrisker i hemmet. Där sjuksköterskorna bortser från fallrisker i patienternas hem för att de värnar om patientens självbestämmanderätt och autonomi. Soares et.al (2019) beskriver patientens förväntningar på vårdpersonalens kompetens att den ska vara hög, patienterna vill bli sedda för de dem är, de vill få individuell anpassad vård. Gustavsson, Jernbro och Nilsons (2018) studie visar att äldre personer i ordinärt boende har en önskan om att få ta del av fallförebyggande åtgärder. Florin, Ehrenberg och Ehnfors (2006) visar i sin studie att sjuksköterskan inte gör patienten delaktig i kliniska beslutsfattande. Sjuksköterskan är inte medveten om patientens perspektiv och preferenser. Florin, Ehrenberg och Ehnfors (2006) menar att det är av största vikt att sjuksköterskan tar reda på och får kunskap om

patientens preferenser och vilken utsträckning patienten vill vara delaktig i beslut kring patienten för att få till en vård av hög kvalitet. I jämförelse med denna studie kan det uppfattas som motstridigt då sjuksköterskorna upplever att de tar hänsyn till patienternas autonomi och självbestämmanderätt där de väljer att inte utföra några fallförebyggande åtgärder i hemmet. Jacobs (2018) beskriver att för att patienten ska uppnå en känsla av autonomi behövs det en bra relation med patienten, motivation och styrka hos vårdpersonalen. Vården som ges till patienten behöver bestå av tvåvägskommunikation, om patienten önskar och orkar detta. Sjuksköterskan ger förslag på aktiviteter till dem äldre men de äldre vill inte delta, sjuksköterskan menar att äldre personer är mer sårbara och sköra och ska inte behöva ta beslut i beslutsfattande. Det gör att sjuksköterskan har svårt att upprätthålla självbestämmande hos patienten enligt Jacobs (2018). Enligt Travelbee (1971) behöver sjuksköterskan möta patienten fördomsfritt och inte jämföra den specifika individen med sina tidigare erfarenheter. Jarling, Ernsth-Bravell, Dalheim-Englund, Rydström och Nyström (2017) beskriver hur den äldre patienten enligt lag har rätt till delaktighet i beslut i vården men att deras studie visar på att den äldre patienten inte upplever sig delaktig i detta. Travelbee (1971) beskriver i sin omvårdnadsteori att om sjuksköterskan uppnår ett mellanmänniskt möte kan detta ses som ett vinnande koncept när det kommer till att få patienten delaktig i teamet, att träffa patienten utan förutfattade meningar, med öppenhet och nyfikenhet kan bidra till att patienten får förtroende och vill vara med i beslutsfattande kring sig själv. En reflektion som gjorts efter denna studie är att ingen sjuksköterska som deltagit i studien har nämnt att de ser patienten som en del i ett fallförebyggande team.

### Metoddiskussion

Priebe och Landström (2012) menar att dra generella slutsatser och avgöra när en empirisk studie är tillräckligt omfattande är svårt. Wibeck (2012) beskriver att antalet fokusgruppsintervjuer styrs av teoretisk mättnad som innebär att fortsatta intervjuer utförs tills det inte längre kommer fram ny information. Med anledning av begränsad tid för studien ansågs tre fokusgruppsintervjuer vara rimligt att utföra i förhållande till tidsplanen och att tillräckligt material kunde samlas in för att

besvara studiens syfte. Enligt Wibeck (2012) är detta en metod som kan användas av forskare i syfte att ge underlag för kvalitetsförbättring. Vidare beskrivs metoden användbar för att få fram ett resultat som kan användas innan, under och efter genomförande av åtgärd, handlingsprogram eller implementering av nytt arbetssätt.

Att författarna är bekanta med informanterna ökar giltigheten för att de vågat öppna upp sig i diskussionerna i fokusgrupperna, då det sågs i transkriberat material att informanterna talat ungefär lika mycket och omfattande. Enligt Wibeck (2012) finns det inga belägg för att större grupper skulle ge ett mer omfattande resultat. Riskerna finns även att om gruppen är för stor kan vissa deltagare ta en större roll i diskussionen på bekostnad av andra deltagare som inte får komma till tals.

Att intervjuguiden (bilaga 1), innehåller frågor som riktar sig mot sjuksköterskans roll i ett fallförebyggande teamarbete visade sig vara för snäva då informanterna ständigt gled över i att beskriva hur de upplever fallförebyggande teamarbete i sin helhet och inte specifikt sin egen roll. Eftersom studien baserades på semistrukturerade fokusgruppsintervjuer tilläts informanterna att tala fritt om det de ansåg var viktigt. De blev inte avbrutna för att föras åter in på frågan från intervjuguiden. Detta kan anses vara en svaghet i trovärdigheten för studien i enlighet med Polit och Beck (2012), då författarna inte var erfarna intervjuare samt att ingen provintervju genomfördes.

Vid analysen av datamaterialet visade det sig att informanterna talat i liten utsträckning av upplevelser kring sin egen roll som sjuksköterska vid fallförebyggande teamarbete, vilket var första syftet. Det framkommer flera utsagor från samtliga fokusgrupper kring andra professioner och ämnen inom fallförebyggande teamarbete, vilket anses vara en viktig del för sjuksköterskan att diskutera och föra fram. Därför ändrades syftet till det mer övergripande: Att beskriva hur sjuksköterskan upplever det fallförebyggande teamarbetet för den äldre personen i ordinärt boende inom kommunal vård. Wibeck (2012) menar att skillnaderna mellan intervju med en informant och med en fokusgrupp är att det är gruppen som blir analysenhet istället för individen. I den kvalitativa

innehållsanalysen kan förekomst av liknande utsagor från informanterna ge starkt stöd för att ett visst ämne är viktigt.

Hade tidsplanen varit längre kunde det första syftet att beskriva hur sjuksköterskan upplever sin egen roll gått att utföra, men för det hade det krävts många fler fokusgruppsintervjuer i fler kommuner/arbetsplatser än en för att uppnå ett resultat. Då informanterna på arbetsplatsen för studien inte ansågs sig ha en tydlig roll inom fallförebyggande teamarbete. Detta kan anses som en svaghet för trovärdigheten.

Författarnas kännedom om kulturen på arbetsplatsen och de informanter som deltog stärker giltigheten för att ett mer uttömmande resultat kring första syftet inte gått att uppnå på den specifika arbetsplatsen. Då liknande svar kring sin egen roll återkommer i samtliga fokusgrupper. Samtidigt enligt Graneheim och Lundman (2004) kan författarnas förförståelse påverka trovärdigheten av resultatet. För att öka resultatets trovärdighet har varje del i forskningsprocessen tydligt beskrivits i metodavsnittet. Bekräftelsebarheten och pålitligheten i studien stärks av given redogörelse av forskningsprocessen, den tekniska utrustning som använts, samt att samma personer utfört alla delar av processen.

I studien har regler och riktlinjer följts enligt forskningsetiska överväganden vilket stärker studiens trovärdighet samt att informanter fått lämna synpunkter på resultatet. Dock kan det inte med säkerhet sägas hur andra arbetsplatser inom kommunal vård ser ut eller är organiserade. Studiens resultat kan till viss del ha överförbarhet till andra arbetsplatser inom liknande organisation som studien utfördes i, det vill säga vård av äldre i ordinärt boende inom kommunal vård. Enligt Polit och Beck (2012) behövs olika studier med liknande resultat för att kunna ha en större överförbarhet.

Studien genererade ett omfattande material där studiens läsare får avgöra om resultatet kan överföras till deras egna kommuner/arbetsplatser i enlighet med Graneheim och Lundman (2004). Pålitligheten stärks utav att informanterna hade erfarenhet av att arbeta med vård av äldre i ordinärt boende inom kommunal vård.

**Samhälleliga aspekter utifrån klinisk relevans**

Samhällets kostnader relaterat till fallolyckor är höga vilket indikerar att fallförebyggande arbete behöver studeras och kvalitetsutvecklas inom hälso-och sjukvården. Inom svensk hälso-och sjukvård finns flera olika vårdinstanser, där varje vårdinstans var för sig bör vidareutveckla sitt fallförebyggande arbete för den äldre sköra personen. Hur olika vårdinstanser samarbetar kring dessa frågor behöver även det utvecklas för att minska samhällets kostnader för fall. Alla instanser, slutenvård, primärvård och kommunal vård träffar dagligen äldre personer där fallrisk behöver identifieras och förebyggas. I kommunal vård kommer olika professioner och yrkeskategorier i kontakt med äldre personer i ordinärt boende. Föreliggande studie har med fokus på den kommunala vården beskrivit hinder och svårigheter som finns på en organisatorisk nivå för ett fallförebyggande teamarbete, för att kunna ta till vara på olika yrkeskategoriers kompetens. Kvalitetsutveckling inom kommunal verksamhet kan utföras med avseende på studiens resultat för att bidra till minskade kostnader i samhället för fall. Att en äldre medborgare blir informerad om risker för fall och får vara en del av ett fallförebyggande teamarbete kan bidra till minskat lidande på individnivå om fallskador undviks.

#### Etiska aspekter utifrån klinisk nytta

Att sjuksköterskor inom kommunal vård begränsar sin egen roll som omvårdnadsledare och ser hinder i organisationen för att vara det är en etisk aspekt att föra upp till ytan. Ett etiskt dilemma för sjuksköterskan uppstår då hen frångår sin egen kompetensbeskrivning och överlämnar ansvaret för omvårdnaden till annan yrkesperson, i detta fall undersköterskor/vårdbiträden samt områdeschefer. Ett annat etiskt dilemma som uppstår är att sjuksköterskorna inte ges tid och möjlighet till att skapa ett fallförebyggande team i den kommunala vården. Organisationens bör ta ett etiskt ställningstagande till att riktlinjer för att förebygga fall följs av sjuksköterskor och annan vårdpersonal. Att olika yrkeskategorier arbetar under två olika lagar beskrivs som hindrande för ett fallförebyggande teamarbete vilket bör tas i beaktande vid utformande och implementering av kvalitetssäkrad vård inom kommunal verksamhet. Som resultatet i studien visar behövs mer kunskap om fallförebyggande teamarbete, vilket kan bidra till en mer fungerande och kvalitetssäkrad vård för den enskilde äldre personen med fallrisk.

## Slutsats

Ett fallförebyggande teamarbete kräver ett tydligt ledarskap med tydliga roller. En organisation som ger vårdpersonalen mer tid och möjlighet att utveckla ett teamarbete. Svårigheter finns i kommunal hälso- och sjukvård när det arbetas under två olika lagar. Sjuksköterskan i kommunal vård som arbetar med äldre personer i ordinärt boende behöver få tillgång och möjlighet till utökade kunskaper inom fallförebyggande teamarbete.

## Förslag på fortsatt forskning

Vidare forskning behövs inom vård av äldre i ordinärt boende i kommunal vård gällande fallförebyggande teamarbete, då detta inte är fungerande i hela landet. Vård skall bedrivas på lika villkor. Denna studie kan vara behjälplig i vidare forskning gällande området, då sjuksköterskor som arbetar med detta kommit fram till vilka svårigheter och möjligheter som finns. Studien kan ha betydelse för hur den kommunala hälso- och sjukvården kan kvalitetsförbättra verksamheten, till förmån för den äldre patienten. Hälsoekonomiska vinster kan göras och lidande minskas. Mer forskning behövs kring hur fallförebyggande teamarbete inom kommunal hälso- och sjukvård kan struktureras upp utifrån de hinder som framkommit i denna studie.

## Självständighetsdeklaration

Ida Carlsson och Madelene Harnisch har i lika stor omfattning bidragit till alla delar av denna magisteruppsats.

## Referenslista

- Baxter, P., & Markle-Reid, M. (2009). An interprofessional team approach to fall prevention for older home care clients "at risk" of falling: health care providers share their experiences. *International Journal of Integrated Care*, 9(28), 1-12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2691945/>
- Bell, J., Crawford, R., & Holloway, K. (2018) Core components of the rural nurse specialist role in New Zealand. *Rural and Remote Health* (18) <https://doi.org/10.22605/RRH4260>
- Bing-Jonsson, P.C., Björk, I.T., Hofors, D., Kirkevold, M., & Foss, C. (2014). Competence in advanced older people nursing: development of 'Nursing older people- Competence evaluation tool'. *International Journal of Older People Nursing*, (10), 59-72. <https://doi.org/10.1111/opn.12057>
- Bookey-Basset, S., Markle-Reid, M., Mckey, C, A., & Akhtar-Danesh, N. (2016) Understanding interprofessional collaboration in the context of chronic disease management for older adults living in communities: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 71-84. Doi: 10.1111/jan.13162
- Brundle, C., Waterman, H. A., Ballinger, C., Olleveant, N., Skelton, D. A., Stanford, P., & Todd, C. (2015). The causes of falls: views of older people with visual impairment. *Health Expectations*, (18), 2021-2031. Doi:10.1111/hex.12355
- Burton, E., Lewin, G., O'Connell, H., & Hill, K. (2018). Falls prevention in community care: 10 years on. *Clinical Interventions in Aging*. (13). 261-269. Doi: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.s153687>
- Datainspektionen. (2019). The General Data Protection Regulation. Hämtad 2019-04-27 från: <https://www.datainspektionen.se/lagar--regler/dataskyddsförordningen/>
- Duner, A. (2013). Care planning and decision-making in teams in Swedish elderly care: A study of interprofessional collaboration and professional boundaries. *Journal of Interprofessional Care*. (27), 246-253. Doi:10.3109/13561820.2012.757730
- Florin, J., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2006). Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*. (15), 1498-1508. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01464.x
- Forskningsetiska nämnden. (2019). Forskningsetik. Hämtad 190602 från: <https://www.du.se/sv/om-oss/hogskolan-dalarna/organisation-och-styrning/ovriga-namnder/forskningsetiska-namnden-fen/>
- Galet, C., Zhou, Y., Ten Eyck, P., & Romanowski, K. (2018). Fall injuries, associated deaths, and 30-day readmission for subsequent falls are increasing in the elderly US population: a query of the WHO mortality database and National

Readmission Database from 2010 to 2014. *Clinical Epidemiology*, (10), 1627-1637. Doi: <http://dx.doi.org/10.2147/CLEP.S181138>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. (24), 105-112. Doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Gustavsson, J., Jernbro, C., & Nilsson, F. (2018). There is more to life than risk avoidance- elderly people experiences of falls, fall-injuries and compliant flooring. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, (13). Doi:10.1080/17482631.2018.1479586

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. (uppl 1:4., s. 130-137). Lund: Studentlitteratur.

Hill, K. D., Day, L., & Haines, T. P. (2014). What factors influence community-dwelling older people's intent to undertake multifactorial fall prevention programs?. *Clinical Interventions in Aging*, (9), 2045-2053. Doi: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S72679>

*Hälso- och sjukvårds lag* (SFS 2017:30). Hämtad från Riksdagens webbplats: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

Jacobs, G. (2018). Patient autonomy in home care: Nurses' relational practices of responsibility. *Nursing Ethics*, 1-16. Doi:10.1177/0969733018772070

Jarling, A., Ernsth-Bravell, M., Dalheim-Englund, A-C., Rydström, I., & Nyström, M. (2017). Becoming a guest in your own home: Home care in Sweden from the perspective of older people with multimorbidities. *International Journal of Older People Nursing*, (13), 1-10. Doi:10.1111/opn.12194

Jones, A., & Jones, D. (2011). Improving teamwork, trust and safety: An ethnographic study of an interprofessional initiative. *Journal of Interprofessional Care*, (25), 175-181. Doi: 10.3109/13561820.2010.520248

Josefsson, K. (2009). *Sjuksköterskan i kommunens äldreomsorg och äldreomsorg*. (uppl 1). Stockholm: Gothia Förlag AB

Josefsson, K., & Hansson, M. (2011). To lead and to be led in municipal elderly care in Sweden as perceived by registered nurses. *Journal of Nursing Management*. (19), 498-506. Doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01228.x

Kuschel, B. M., Laflamme, L., & Möller, J. (2014). The risk of fall injury in relation to commonly prescribed medications among older people-a Swedish case-control study. *European Journal of Public Health*, 25(3), 527-532. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku120>



Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. (uppl 1:4., s. 69-95). Lund: Studentlitteratur.

Merom, D., Pye, V., Macniven, R., van der Ploeg, H., Milat, A., Sherrington, C., Lord, S., & Bauman, A. (2012). Prevalence and correlates of participation in fall prevention exercise/physical activity by older adults. *Preventive Medicine*, (55), 613-617. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.10.001>

Muir, S. W., Gopaul, K., & Montero-Odasso, M. M. (2012). The role of cognitive impairment in fall risk among older adults:a systematic review and meta-analysis. *Age and Aging*, (41),299-308. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs012>

*Patientlag* (SFS 2014:821). Hämtad från Riksdagens webbplats: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

*Patientsäkerhetslag* (SFS 2010:659). Hämtad från Riksdagens webbplats: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (uppl 10). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Priebe, G. & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar-grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. (uppl 1:4., s. 32-50). Lund: Studentlitteratur.

Roe, B., Howell, F., Riniotis, K., Beech, R., Crome, P., & Ong, B.N. (2009). Older people and falls: Health status, quality of life, life-style, care networks, prevention and views on service use following a recent fall. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2261-2272. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02747.x

Sandmark, H., Fonad, E., & Hedman, A-M. (2012). Factors Associated with falls in Elderly Living at Home in Sweden. *Primary Health Care*, (2:4), 1-5. <http://dx.doi.org/10.4172/2167-1079.1000124>

Senior Alert. (2019). Vårdprevention. Hämtad 2019-06-06 från <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeld=43926>

Soares, C.C., Marques, A.M., Clarke, P., Klein, R., Koskinen, L., Krasuckiene., Lamsodiene, E., Piscalkiene, V., & Kücükgülü, Ö. (2019). Older people's views and expectations about the competences of health and social care professionals: a European qualitative study. *European Journal of Ageing*, (16), 53-62. <https://doi.org/10.1007/s10433-018-0466-3>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Åtgärder för att förhindra fall och frakturer hos äldre* (Artikelnr 2014-06-24). Hämtad från socialstyrelsens webbplats:

[https://www.sbu.se/globalassets/publikationer/sbu\\_kommenterar/forhindra\\_fall\\_fraktur\\_aldre\\_2014\\_07.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/publikationer/sbu_kommenterar/forhindra_fall_fraktur_aldre_2014_07.pdf)

*Socialtjänstlag* (SFS 2001:453). Hämtad från riksdagens webbplats: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453)

*Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården* (HSLF-FS 2017:37). Hämtad från:

<https://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2017-37>

Socialstyrelsen. (2006). *Vård- och omsorgsassistenters kompetens- en litteraturgenomgång* (artikelnummer 2006-123-39). Hämtad från:

<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-123-39>

Socialstyrelsen. (2019). *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård-förstudie* (Artikelnr 2019-2-17). Hämtad från:

<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2019/2019-2-17>

Socialstyrelsen. (2007). *Systematiskt arbete för äldres säkerhet – om fall, trafikolyckor och bränder* (artikelnummer 2007-110-16). Hämtad från:

[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9023/2007-110-16\\_200711016.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9023/2007-110-16_200711016.pdf)

Socialstyrelsen. (2013). *Läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel -en vägledning för hälso- och sjukvården* (Artikelnr 2013-3-18). Hämtad från

Hämtad från

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19019/2013-3-18.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar- Äldre i ordinärt boende med hög fallrisk*. Hämtad från:

[https://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforrorelseorganenssjukdomar/sok\\_riktlinjerna/aldreordinartboendehogriskfor](https://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforrorelseorganenssjukdomar/sok_riktlinjerna/aldreordinartboendehogriskfor)

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från: <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska/>

Sveriges Kommuner och Landsting,. & Socialstyrelsen. (2017). *Öppna jämförelser 2016- Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län*. Hämtad från <https://skl.se/tjanster/merfranskl/oppnajokforelser/aldre.9487.html>

Thorslund, M. (2010). *Äldreomsorgens utmaningar- idag och i framtiden*. Karolinska institutet/Stockholms universitet.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia F.A. Davis.

Walker, W., Davina, P., & Timmons, S. (2011). The importance of identity in falls prevention individual should promote better engagement in intervention. *Nursing Older People*, 23(2), 21-26. Doi: 10.7748/nop2011.03.23.2.21.c8352

Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. (uppl 1:4., s. 194-214). Lund: Studentlitteratur.

Witt, S., Englander, E., Kumlien, C., & Axelsson, M. (2018). Mismatch between risk factors and preventive interventions? A register study of fall prevention among older people in one Swedish county. *International Journal of Older People Nursing*. (13), 1-10. Doi:10.1111/opn.12209

Wright, S., Golman, B., & Beresin, N. (2007). Three Essentials for Successful fall management-Communication, Policies and Procedures, and Teamwork. *Journal of Gerontological Nursing*, volym 33(8), 42-48. Hämtad från:  
<http://web.a.ebscohost.com.www.bibproxy.du.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=938b5c5b-9da4-4e9c-bf8c-96acdb07bf42%40sessionmgr4007>

## **Bilaga 1.**

### **Intervjuguide**

- ⊗ Beskriv hur du som sjuksköterska upplever din roll i ett fallförebyggande teamarbete kring den äldre patienten i hemsjukvården?
- ⊗ Finns det några hinder i verksamheten för ett fallförebyggande teamarbete?
- ⊗ Finns det några möjligheter i verksamheten för ett fallförebyggande teamarbete?
- ⊗ Vilken roll vill ni ha i ett fallförebyggande teamarbete?
- ⊗ Hur vill ni att teamarbetet ska utvecklas?

#### **Påbyggnads frågor**

- Kan du beskriva/utveckla det....
- Beskriv en situation som gick bra i din roll.
- Beskriv en situation som gick dåligt i din roll.
- Hur känns det?
- Vad händer då?

## Bilaga 2.



### **Information om undersökning gällande sjuksköterskans upplevelse av sin roll i fallförebyggande teamarbete kring den äldre patienten i hemsjukvården**

Du tillfrågas härmed om dina anställda får delta i denna undersökning.

#### Syfte

Denna undersökning kommer att genomföras för att få en ökad kunskap om sjuksköterskors roll i teamarbete kring fallförebyggande arbete, gällande patienter över 65 år inskrivna i hemsjukvården.

Många äldre över 65 år är inblandade i fallolyckor i hemmet, detta bidrar till lidande för patienten och belastar samhället ekonomiskt. För att på ett sådant effektivt sätt som möjligt arbeta i team kring patienten är frågan om sjuksköterskans roll väsentlig, då sjuksköterskan har omvårdnadsansvar för patienten.

#### Metod

I denna undersökning kommer 9-12 sjuksköterskor ingå. Ni som fått detta informationsbrev arbetar som verksamhetschef inom den kommunala hemsjukvården och har således tillfrågats om dina anställda får medverka. Undersökningen genomförs med fokusgruppsintervjuer med 3-4 informanter i vardera grupp. Fokusgruppsintervjun beräknas ta cirka 1 timma. När undersökningen är genomförd och arbetet är sammanställt kommer vardera deltagare få varsitt exemplar av uppsatsen.

Intervjuerna spelas in och analyseras. All information som framkommer samt informanternas identiteter avidentifieras. I fokusgrupperna råder konfidentialitet.

Handledare på Högskolan Dalarna kommer få ta del av information som framkommer i fokusgrupperna. Informationen sparas på ett låst USB som enbart författarna har tillgång och kod till. Efter analys av innehållet raderas all information.

*Högskolan Dalarna är ansvarig för behandling av personuppgifter i samband med examensarbetet. Som deltagare i undersökningen har du enligt Dataskyddsförordningen (GDPR) rätt att få information om hur dina personuppgifter kommer behandlas. Du har också rätt att ansöka om ett så kallat registerutdrag, samt att få eventuella fel rättade. Vid frågor om behandlingen av personuppgifter kan du vända dig till Högskolans dataskyddsombud.*

Undersökningen kommer att presenteras i form av en uppsats vid Högskolan Dalarna.

Det är önskvärt om intervjuerna får genomföras på arbetstid. Författarna kommer kontakta er per telefon inom två veckor.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga.

Ida Carlsson

leg. Sjuksköterska

[h17idaca@du.se](mailto:h17idaca@du.se) mobil: 073-0809328

Ort/datum \_\_\_\_\_

Madelene Harnisch

leg. Sjuksköterska

[h17madha@du.se](mailto:h17madha@du.se) mobil: 073-5452027

Ort/datum \_\_\_\_\_

Ingrid From

Fil dr, Omvårdnad.

Universitets lektor omvårdnad, Omvårdnad.

[ifr@du.se](mailto:ifr@du.se) tel: 023-778482

Ort/datum \_\_\_\_\_

## Bilaga 3.



### **Information om undersökning gällande sjuksköterskans upplevelse av sin roll i fallförebyggande teamarbete kring den äldre patienten i hemsjukvården.**

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna undersökning.

#### Syfte

Denna undersökning kommer att genomföras för att få en ökad kunskap om sjuksköterskors roll i fallförebyggande teamarbete, gällande patienter över 65 år inskrivna i hemsjukvården.

Många äldre över 65 år är inblandade i fallolyckor i hemmet, detta bidrar till lidande för patienten och belastar samhället ekonomiskt. För att på ett sådant effektivt sätt som möjligt arbeta i team kring patienten är frågan om sjuksköterskans roll väsentlig, då sjuksköterskan har omvårdnadsansvar för patienten.

#### Metod

I denna undersökning kommer 9-12 sjuksköterskor ingå. Ni som fått detta informationsbrev arbetar som legitimerad sjuksköterska inom den kommunala hemsjukvården och har således tillfrågats att delta. Undersökningen genomförs med fokusgruppsintervjuer med 3-4 informanter i vardera grupp. Fokusgruppsintervjun beräknas ta cirka 1 timma. När undersökningen är genomförd och arbetet är sammanställt kommer vardera deltagare få ett exemplar av uppsatsen.

Intervjuerna spelas in och analyseras sedan av författarna. All information som framkommer samt informanternas identiteter avidentifieras. I fokusgrupperna råder konfidentialitet.

Handledare på Högskolan Dalarna kommer få ta del av information som framkommer i fokusgrupperna. Informationen sparas på ett låst USB som enbart författarna har tillgång och kod till. Efter analys av innehållet raderas all information.

*Högskolan Dalarna är ansvarig för behandling av personuppgifter i samband med examensarbetet. Som deltagare i undersökningen har du enligt Dataskyddsförordningen (GDPR) rätt att få information om hur dina personuppgifter kommer behandlas. Du har också rätt att ansöka om ett så kallat registerutdrag, samt att få eventuella fel rättade. Vid frågor om behandlingen av personuppgifter kan du vända dig till Högskolans dataskyddsombud.*

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Undersökningen kommer att presenteras i form av en uppsats vid Högskolan Dalarna.

Om ni väljer att delta i studien vänligen skriv under bifogad samtyckesblankett, posta med frankerat kuvert.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga.

Ida Carlsson  
leg. Sjuksköterska  
[h17idaca@du.se](mailto:h17idaca@du.se) mobil: 073-0809328  
Ort/datum \_\_\_\_\_

Madelene Harnisch  
leg. Sjuksköterska  
[h17madha@du.se](mailto:h17madha@du.se) mobil: 073-5452027  
Ort/datum \_\_\_\_\_

Ingrid From  
Fil dr, Omvårdnad.  
Universitets lektor omvårdnad.  
[ifr@du.se](mailto:ifr@du.se) tel: 023-778482  
Ort/datum \_\_\_\_\_

## Bilaga 4.



### **Sjuksköterskans roll vid fallförebyggande teamarbete kring den äldre patienten i hemsjukvården**

#### **Samtycke till att delta i studien**

- Jag samtycker till att delta i studien *Sjuksköterskans roll vid fallförebyggande teamarbete kring den äldre patienten i hemsjukvården.*
- Jag samtycker till att mina personuppgifter behandlas på det sätt som beskrivs i informationen om deltagande i studien.

Plats och datum \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

**Bilaga 5.**  
**Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt som  
involverar människor**

		Ja	Tveksamt	Nej
1	Kan frivilligheten att delta i studien ifrågasättas, d.v.s. innehåller studien t.ex. barn, personer med nedsatt kognitiv förmåga, personer med psykiska funktionshinder samt personer i beroendeställning i förhållande till den som utför studien (ex. på personer i beroendeställning är patienter och elever)?			X
2	Innebär undersökningen att informerat samtycke inte kommer att inhämtas (d.v.s. forskningspersonerna kommer inte att få full information om undersökningen och/eller möjlighet att avsäga sig ett deltagande)?			X
3	Innebär undersökningen någon form av fysiskt ingrepp på forskningspersonerna?			X
4	Kan undersökningen påverka forskningspersonerna fysiskt eller psykiskt (t.ex. väcka traumatiska minnen till liv)?			X
5	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?			X
6	Avser du att behandla känsliga personuppgifter som ingår i eller är avsedda att ingå i en struktur (till exempel ett register)?  Med känsliga personuppgifter avses, enligt Personuppgiftslagen (PuL), uppgifter som berör hälsa eller sexualliv, etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse samt medlemskap i fackförening			X
7	Avser du att behandla personuppgifter som avser lagöverträdelse som innefattar brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden, och som ingår i eller är avsedda att ingå i en struktur (till exempel ett register)?			X

Fastställt av Forskningsetiska nämnden 2008-10-23