

Äldres säkerhet – risker och förebyggande

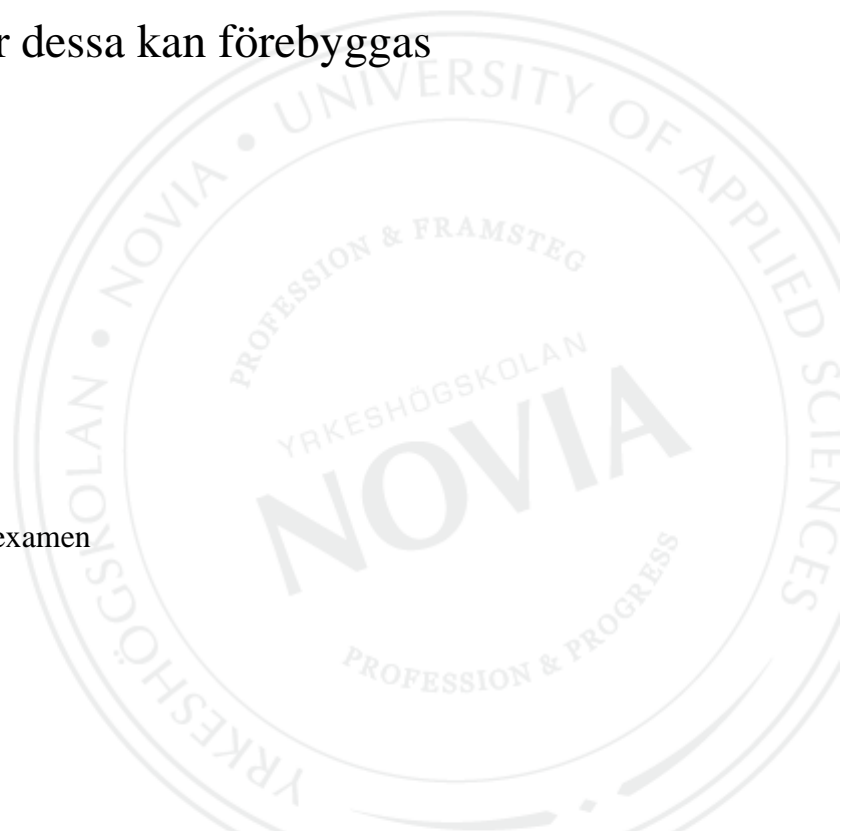
En kvalitativ studie om vilka risker de äldre utsätts för i sin vardag och hur dessa kan förebyggas

Hanna Nyfelt

Examensarbete för hälsovårdar (YH) - examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2013



EXAMENSARBETE

Författare: Hanna Nyfelt

Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa

Inriktningalternativ/Fördjupning: Hälsovård

Handledare: Gunilla Kulla

Titel: Äldres säkerhet – risker och förebyggande,

En kvalitativ studie om vilka risker de äldre utsätts för i sin vardag och hur dessa kan förebyggas

Datum: Maj 2013

Sidantal: 37

Bilagor: 2

Abstrakt

Examensarbetets syfte var att kartlägga vilka risker de äldre utsätts för i sin vardag i hemvården och på boenden och hur riskerna kan förebyggas enligt vårdpersonal. Orsaken till att detta ämne undersöks är att det framkom på en fortbildning för personal inom hem- och anstaltsvård att de äldre utsätts för risker i sin vardag och dessa behöver förebyggas. Frågeställningarna som respondenten utgick från var: Vilka risker utsätts de äldre för i sin vardag i hemvården och på boenden? och Hur kan man förebygga dessa risker? I detta examensarbete utgår respondenten från ett frågeformulär om äldres säkerhet hemma och på boenden som personal inom hem- och anstaltsvård har besvarat som ett grupparbete under en fortbildning. För att analysera materialet har deskriptiv kvalitativ analys använts. De teoretiska utgångspunkterna var Eriksons och Segestens teori om trygghet. I resultaten framkom att de äldre utsätts för risker i sin vardag. Enligt vårdpersonalen faller de äldre, de bor i dåligt anpassat boende, det sker fel vid läkemedelshantering, de har söndriga hjälpmedel, de utsätts för brandrisk osv. Som förebyggande åtgärder hade vårdpersonalen bl.a. föreslagit anpassade miljöer, låsta läkemedelsskåp och städskrubbar, hjälpmedel som passar och är hela och brandvarnare. Studiens resultat visar att de äldre utsätts för många risker och att vårdpersonalen som jobbar nära de äldre har många idéer för hur de äldres vardag skulle bli säkrare och tryggare.

Språk: Svenska

Nyckelord: Äldre, säkerhet, trygghet, förebyggande

Examensarbetet finns tillgängligt på databasen Theseus.fi

BACHELOR'S THESIS

Author: Hanna Nyfelt
Degree Programme: Nursing, Vaasa
Specialization: Health care
Supervisor: Gunilla Kulla

Title: Elderly people's safety - risks and prevention

A qualitative study of the risks older people are exposed to in their daily lives and how to prevent them

Date: May 2013

Number of pages: 37

Appendices: 2

Abstract

The objective of the thesis was to identify what risks the elderly face in their everyday lives in home care and institutional care and how the risks can be prevented, according to health professionals. The reason why this topic is studied is that training for staff at home and institutional care brought to light the fact that elderly are at risk in their daily lives, and these risks need to be prevented. The research questions were: What are the risks to the elderly in their daily life in home care and institutional care? How can we prevent these risks? This thesis is based on a questionnaire on the safety of seniors in home and institutional care which was filled out by staff in home and institutional care as a group project in training. To analyze the material, descriptive qualitative analyses have been used. The theoretical approach was Eriksson and Segestens theory of safety. The results revealed that the elderly are at risk in their daily lives. According to nursing staff, the elderly fall, they live in poorly adapted housing, there are errors in medication, they use broken tools, they are exposed to fire, etc. As preventive measures, health workers proposed customized environments, locked medicine cabinets and cleaning closets, assistant devices that fit and are undamaged and smoke alarms. The results of the study demonstrate that the elderly are exposed to many risks and that health professionals who work close to the elderly have many ideas for how the elderly's living conditions could be safer and more secure.

Language: Swedish

Keywords: Elderly, security, safety, prevention

The thesis is available in the database Theseus.fi

Innehållsförteckning

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Introduktion | 1 |
| 2 | Syfte och frågeställningar | 2 |
| 3 | Teoretisk referensram | 3 |
| 4 | Teoretisk bakgrund | 4 |
| 4.1 | Fall bland äldre | 4 |
| 4.1.1 | Miljöns betydelse..... | 5 |
| 4.1.2 | Fallförebyggande arbete | 6 |
| 4.2 | God läkemedelsbehandling | 7 |
| 4.2.1 | Personalens roll | 8 |
| 4.3 | Brandolyckor | 9 |
| 5 | Tidigare forskning | 10 |
| 5.1 | Trygghet/otrygghet bland äldre hemmaboende..... | 10 |
| 5.2 | Fall bland äldre | 12 |
| 5.3 | Äldres medicinering | 13 |
| 5.4 | Äldres boende | 17 |
| 6 | Forskningsetik | 18 |
| 7 | Metod..... | 19 |
| 7.1 | Frågeformulär | 19 |
| 7.2 | Datainsamling | 20 |
| 7.3 | Deskriptiv analys | 21 |
| 8 | Respondentens förståelse | 22 |
| 9 | Resultatredovisning | 24 |
| 9.1 | Fall | 24 |
| 9.2 | Läkemedel | 25 |
| 9.3 | Personal | 26 |
| 9.4 | Boende..... | 27 |
| 9.5 | Hjälpmedel | 27 |
| 9.6 | Brandsäkerhet | 27 |
| 9.7 | Övrigt..... | 28 |
| 10 | Tolkning | 28 |
| 10.1 | Fall..... | 29 |
| 10.2 | Läkemedel | 30 |

| | |
|---|----|
| 10.3 Personalresurser, hjälpmedels- och boendeproblematik | 31 |
| 10.4 Brandsäkerhet | 32 |
| 11 Kritisk granskning | 33 |
| 11.1 Intern logik | 33 |
| 11.2 Struktur | 34 |
| 11.3 Det pragmatiska kriteriet | 34 |
| 12 Diskussion | 35 |
| Litteraturförteckning | |
| Bilagor | |

1 Introduktion

I Finland är antalet dödsfall i hemolyckor årligen cirka 2 300. Enligt statistiken utgör olycksfall i hemmet och på fritiden det största hotet mot människors hälsa och liv (Inrikesministeriet, 2013). En av de vanligare hemolyckorna bland äldre är fall. Skador efter fall utgör ca 12 % av alla vårdtillfällen och är efter hjärt- och kärlsjukdom den främsta orsaken till sjukhusvård (Skog, 2009).

En välfungerande äldreomsorg är ett krav för att vården av multisjuka äldre skall fungera bra. De äldre är ofta multisjuka med och har begränsningar i funktions- och aktivitetsförmågan. Därför är de beroende av vård på olika nivåer från många olika verksamheter. God vård åt de äldre kräver gott samarbete mellan olika vårdinstanser.

I äldreomsorgen är det viktigt att se helheten och inte bara de medicinska behoven. Det är även viktigt att personalen har allmänmedicinsk kunskap och geriatrisk kompetens. (Eklund m.fl. 2009 s. 3273)

Respondenten har en viss förförståelse i ämnet äldres säkerhet – risker och förebyggande. Enligt henne är det ett faktum att de äldre kan utsättas för risker i sin vardag. Hon har själv bevittnat hur ofta de äldre faller och sett vilka följder ett fall kan ha. Hon har även sett hur den äldres läkemedelsbehandling kan se ut. De äldre har ofta många läkemedel och hon har insett att det kan vara svårt att dela rätt när det är fråga om så långa läkemedelslistor.

Enligt respondenten kan elektriska saker och spisar ställa till med problem, speciellt på boende för personer med demenssjukdom. Därför är det viktigt att vidta åtgärder inom det området för att öka brandsäkerheten. Respondenten har också sett att inom äldreomsorg händer det ofta att det finns för lite personal. Som vårdare hinner man inte alltid hjälpa de äldre med allt som det finns behov av.

Detta examensarbete är ett beställningsarbete från Vasa stad och respondenten kommer att fokusera på de äldres säkerhet med inriktning på risker och förebyggande. Utgångspunkten är ett frågeformulär bestående av två frågor som vårdpersonal med olika utbildningsnivå har fyllt i på en fortbildning inom hem- och anstaltsvård för äldre. I frågeformuläret har vårdpersonalen beskrivit vilka risker de äldre utsätts för på deras arbetsplatser och även kommit med egna förslag för att öka de äldres säkerhet. Fortbildningen kommer att beskrivas längre fram i arbetet och frågeformuläret finns som bilaga (Bilaga 1).

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet är att kartlägga vilka risker de äldre utsätts för i sin vardag i hem- och anstaltsvård och hur riskerna kan förebyggas enligt vårdpersonal. Orsaken till att detta ämne undersöks är att det framkom på en fortbildning för personal inom hem- och anstaltsvård att de äldre utsätts för risker i sin vardag och dessa behöver förebyggas. De äldre är sårbara och kan inte alltid stå upp för sin sak själva. Därför upplever respondenten detta ämne som intressant.

Frågeställningarna är:

- Vilka risker utsätts de äldre för i sin vardag i hemvården och på boenden?
- Hur kan man förebygga dessa risker?

3 Teoretisk referensram

Denna studie utgår från Segestens (1994) och Erikssons (1993) teori om trygghet. I hälso- och sjukvårdslagen blir patienternas rätt till trygghet betonad och fenomenet trygghet förekommer ofta i diskussioner om hälso- och sjukvården. Ord som liknar trygghet är integritet, helhetssyn och kontinuitet (Segesten, 1994, s. 1).

Trygghet är en central idé i vården och begreppet indelas i yttre och inre trygghet. Med inre trygghet avses att människan känner sig lugn, säker, självmedveten och förtröstansfull. En människa får inre trygghet genom positiva upplevelser i livet. Dess grund är att människan litar på sina medmänniskor. Den inre tryggheten kan påverkas av en livsfilosofi eller religion. Yttre trygghet avser en trygg omgivning som är fri från faror. De faktorer som finns omkring en människa bidrar till att skapa den yttre tryggheten. Den viktigaste faktorn är i allmänhet relationen till andra människor, men även miljön och upplevelse av att ha kontroll över en situation påverkar den yttre tryggheten (Eriksson, 1993, s. 22).

Utifrån denna definition av trygghet kan trygghet i vården beskrivas. Om patientens hälsa tillfälligt blir nedsatt innebär detta en kris för patienten. Om patienten genomgår krisen innebär detta en ökad inre trygghet. För att finna en lösning på krisen behöver patienten få hjälp av människor i hennes närhet. För att vårdaren skall kunna vara ett stöd bör denne göra en adekvat patientanalys och rikta in sitt stöd mot det friska hos patienten (Eriksson, 1993, s. 22).

En av trygghetsbegreppets dimensioner utgörs av den känsla som individen upplever. Känslan kan delas in i fyra olika grupper, den kan beskrivas som en inre känsla av välbefinnande, en känsla av att lita på det egna jaget, en känsla av att kunna lita på omgivningen och att inte vara utsatt för fara eller hot. (Segesten, 1994, s. 19) Trygghetens nödvändighet kan diskuteras utifrån olika utgångspunkter. Människan har en drivkraft att överleva och detta gör att människan reagerar på signaler om fara. I detta signalsystem kan känslan av trygghet och otrygghet ingå (Segesten 1994, s. 20).

Enligt Segesten innebär trygghet att individen upplever att denne har optimal livskvalitet. Detta bygger på att individen har vissa resurser och att denne är medveten om dessa. Om individen är medveten om att resurserna finns och att de kan kontrolleras ger detta en känsla av trygghet (Segesten, 1994, s. 30).

Till trygghetskänslan hör också grundtryggheten som är bunden till individens identitet. Varje faktor som innebär en förlust av resurser eller bristande kontroll över resurserna stör individens trygghetskänsla (Segesten, 1994, s. 30).

Varje enskild individ har ett revir och avgränsar ett personligt område både fysiskt och mentalt. Om reviren avlägsnas skadas individens identitet och trygghetskänslan minskas. Behovet av avskildhet varierar under livets gång, men det är en generell tendens att behovet ökar med åldern (Eriksson, 1993, s. 23).

4 Teoretisk bakgrund

Den teoretiska bakgrunden skall ge en inblick i de vanligaste riskerna som de äldre utsätts för i sin vardag och hur dessa kan förebyggas. Respondenten kommer först i detta kapitel att redogöra för äldres fallbenägenhet och hur fall kan förebyggas. Vad god läkemedelsbehandling för äldre innebär och vilken roll vårdpersonalen har i läkemedelsbehandlingen kommer även att tas upp. Till sist beskrivs den brandrisk äldre utsätts för i sin vardag. Respondenten har valt att ta upp dessa punkter grundligare eftersom hon kunde se i frågeformulären som vårdpersonalen fyllt i att dessa punkter framkom i flera av dem. Dessa ämnen är även något som respondenten själv i arbetslivet sett att är något av de vanligaste riskerna som de äldre utsätts för.

4.1 Fall bland äldre

Ett stort hälsoproblem i samhället utgörs av fall och dess konsekvenser. Även om ett fall inte orsakar frakturer ger det en försämrad livskvalitet eftersom den som fallit ofta blir rädd och begränsar sina aktiviteter. Skador som fall orsakar är frakturer, hjärnskakning, skador på inre organ, sårskador och i värsta fall dödsfall. Fall är den vanligaste skadeorsaken i alla åldrar men drabbar i synnerhet äldre, både i antal och gällande konsekvenser av fallet. De flesta som avlider efter en fallskada är över 65 år. Efter en höftfraktur ökar dödligheten inom ett år med 10-15% (Skog, 2009).

Ett fall bör ses som ett eventuellt symtom på sjukdom eller effekt av läkemedel till dess motsatsen är bevisad eftersom de vanligaste riskfaktorerna är sjukdomar och olika symtom. Ju fler riskfaktorer patienten har, desto större är dennes risk för fall. Fall är vanligast i inledningsfasen av en sjukhusvistelse (Skog, 2009).

Människans kroppskontroll och balans försämras med stigande ålder. Även gångmönstret förändras, stegen blir kortare och gångstilen oregelbunden. De äldre har ökad tendens att svaja till p.g.a. åldersförändringar som artros och muskelsvaghet. Dessa faktorer ökar fallrisken (Rundgren & Dehlin, 1994, s. 58).

Risken att falla ökas även om den äldre lider av akut hjärtsjukdom, demens, depression, epilepsi, parkinson, stroke, olika led och skelettsjukdomar, neuropati eller kronisk obstruktiv lungsjukdom (Skog, 2009).

4.1.1 Miljöns betydelse

De äldres fallrisk påverkas också av miljön runt omkring dem. Om belysningen är dålig – svag, bländande eller har starka kontraster mellan mörkt och ljust ökas fallrisken. Den äldre sätter sig lätt fel på stolar som saknar armstöd och hala golv innebär också en risk. På trånga avdelningar står ofta föremål i vägen i korridorer som gör det svårt att komma fram. Olåsta eller trasiga hjul på sängar, rullstolar eller sängbord ökar fallrisken. Äldre med demenssjukdom kan uppfatta mörka mönster eller fläckar på golvet som hål och detta påverkar deras gång. Heltäckningsmattor är ett dåligt alternativ på en avdelning eller boende eftersom de kan öka risken för fall hos de boende som har en hasande gång. Dåliga kontraster i färgsättningen gör att äldre har svårt att se och hitta (Skog, 2009).

Under en sjukhusvistelse är den äldre ofta påverkad av olika sjukdomssymtom och läkemedelsbiverkningar och fallrisken är därför ökad. Andra risker för fall på sjukhus är dålig placering av alldagliga föremål och avsaknad av eller dåliga skor. Äldre med demenssjukdom har högre fallrisk eftersom de p.g.a. sin sjukdom glömmer att de bör vara sängliggande till exempel i samband med en operation (Skog, 2009).

Äldre som på har långt till toaletten eller inte hinner vänta på hjälp försöker ofta klara sig själv och deras fallrisk är därför ökad. Om halkmatta och stödhandtag på väggen saknas i duschutrymmen innebär det också en risk. Apparater på hjul, så som droppställningar övervakningsmonitorer och bord innebär också en risk för den äldre. Även hjälpmedel kan innebära en fallrisk om de inte är rätt anpassade, är trasiga eller om den äldre inte vet hur hjälpmedlen används. Även stressad personal kan vara en riskfaktor för fall. Personalen måste ge den äldre den tid som behövs vid till exempel förflyttning (Skog, 2009).

4.1.2 Fallförebyggande arbete

Små förändringar i miljön kan höja grundtryggheten för den äldre hemma och på boende. Med hjälp av att installera stödhandtag på lämpliga ställen och flytta undan föremål som står där den äldre ofta rör sig minskas fallrisken. Det är även nödvändigt att ta bort trösklar och applicera halkskydd under mattorna eller ta bort dem helt. Golven skall hållas torra och vaxning bör undvikas eftersom detta gör dem hala. Föremål som används dagligen bör finnas inom nära avstånd och på lämplig höjd (Social- och Hälsovårdsministeriet m.fl. 2004, s.7).

I badrum och bastu bör halkfri matta finnas. Bastugnen skall vara avskärmad och alla attiraljer som behövs för badet skall finnas inom räckhåll. Duschstol och stödhandtag ökar tryggheten vid bad (Social- och Hälsovårdsministeriet m.fl. 2004, s.8).

Tillräckligt med belysning är en viktig trygghetsfaktor. På toaletten och andra lämpliga ställen kan det vara nödvändigt med nattbelysning och god belysning kompenserar även dålig syn. Synkontroller bör göras en gång i året och om den äldre har glasögon skall de vara putsade (Social- och Hälsovårdsministeriet m.fl. 2004, s.7).

Det är även viktigt med bra skor med halkfri sula. Olika slag av halkskydd ger bättre fäste. Vintertid är det viktigt med dubbar. Också inomhus behövs tofflor eller skor. Det kan även vara bra att den äldre med ostadig gång använder sig av käpp eller rollator (Social- och Hälsovårdsministeriet m.fl. 2004, s.6).

4.2 God läkemedelsbehandling

För äldre gäller samma principer för god läkemedelsbehandling som för all medicinsk vård. Sjukdomar skall behandlas så länge nyttan med läkemedelsbehandlingen är större än dess skada. I övrigt gäller symtomatisk vård för att skapa så god livskvalitet som möjligt. Lagen om patientens rättigheter säger att även en äldre människa har rätt att själv bestämma om sina angelägenheter (Voutilainen m.fl, 2002, s. 58).

En äldre människa kan lida av flera sjukdomar och ha läkemedelsbehandling mot dem alla. Dessutom är den äldres fysiska, psykiska och kognitiva förmåga i en del fall nedsatt. Den äldre kanske beskriver sina symtom bristfälligt och framhäver sådant som upplevs viktigt av henne själv men som för läkarna inte är relevanta för behandlingen av primärsjukdomen. Medicinsk behandling av en plötslig sjukdom bör ske på samma grunder för en äldre som för alla andra. Detta förutsätter att man får kunskap om den äldres mående innan sjukdomen. Om patienten inte själv kan informera skall anhöriga, vänner, hemvården eller någon annan som känner patienten intervjuas (Voutilainen m.fl, 2002, s. 58-59).

Den medicinska behandlingen av äldre kan indelas i olika steg. Har den äldre symtom som orsakar lidande skall de alltid behandlas. Om det är möjligt skall sjukdomar botas. I de fall där det inte är möjligt att bota sjukdomar så skall förloppet bromsas och funktionsförmågan upprätthållas. Om detta inte är möjligt skall försämringen göras så liten som möjligt och den äldres möjlighet att bo hemma skall stödas genom förändringar i bostaden och hjälp hemma. Hjälpen och stödet som den äldre får utökas efterhand hon/han blir sämre (Voutilainen m.fl, 2002, s. 59).

När man vårdar äldre är det viktigt att eftersträva exakta diagnoser eller hypoteser om den äldres sjukdomar. Den fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmågan skall alltid vara med i bedömningen. Vårdpersonal skall genast reagera på alla förändringar i den äldres tillstånd och överväga behandling och undersökningsform i samråd med den äldres önskan. Det är även viktigt att anteckna och beskriva arten av primärsjukdomarna och syftet med och effekten av en gjord undersökning eller behandlingsform (Voutilainen m.fl, 2002, s. 61).

4.2.1 Personalens roll

Läkemedelsbehandling är en viktig del av vårdarbetet som helhet och bör vara ett mångprofessionellt samarbete som överskrider gränserna mellan verksamhetsenheter och organisationer. Grunden till god läkemedelsbehandling faller på att patienten, läkaren och personalen som genomför läkemedelsbehandlingen kan samarbeta (Social och Hälsovårdsministeriet, 2007, s. 44).

Personalen som genomför läkemedelsbehandling skall förstå läkemedelsbehandlingens betydelse. För att få förståelse bör personalen vara insatta i hela läkemedelsbehandlingens förlopp: varför läkemedel administreras, vilket läkemedel, hur mycket, hur och vilken administreringsväg som används, ända till bedömningen av läkemedelsbehandlingens verkan. Det räcker inte med enbart tekniskt kunnande, utan genomförande av en god läkemedelsbehandling förutsätter att personalen behärskar den juridisk-etiska, farmakologiska, fysiologiska, patofysiologiska kunskapsbasen och läkemedelsräkning (Social och Hälsovårdsministeriet, 2007, s. 55).

Utöver det tidigare nämnda måste personalen som genomför läkemedelsbehandlingen känna till sådant som ansluter sig till vårdens verkningar. Så som hantering, anskaffning, förvaring och förstöring av läkemedel. För att patienten skall få rätt läkemedelsadministration och dos är det nödvändigt att personalen förstår läkemedelsformerna och läkemedelspreparaten samt deras egenskaper. Säker läkemedelsbehandling förutsätter till exempel att sterila preparat inte kontamineras eller att verkningsen av en depåtablett som intas oralt inte förstörs genom att krossa preparatet (Social och Hälsovårdsministeriet, 2007, s. 56).

4.3 Brandolyckor

Enligt statistiken utgör olycksfall i hemmet och på fritiden det största hotet mot människors hälsa och liv. I Finland är antalet dödsfall i hemolyckor årligen cirka 2 300 personer. Där ingår även dödsfall i brand. I Finland är det årliga antalet dödsbränder i medeltal ca 100. I jämförelse med andra länder i väst är antalet personer som omkommer i brand högt i Finland i förhållande till det låga invånarantalet. (Inrikesministeriet 2013)

Nästan hälften av de omkomna vid brand är 65 år eller äldre. Den vanligaste orsaken till bränder med dödlig utgång har tidigare varit tobaksrökning, men en förbättring skall ha skett våren 2010 i samband med att s.k. självslocknande cigaretter kom till Finland (Inrikesministeriet 2013). En annan orsak till brand kan vara kvarglömd mat på spisen. Det är också vanligt att bränder startar i lös inredning som sängkläder, stoppade möbler, gardiner eller kläder. Trasiga ledningar och spruckna kontakter är ytterligare exempel, liksom felaktig förvaring av brandfarliga varor (Socialstyrelsen 2011, s. 25).

Förebyggande åtgärder som framkommit i litteraturstudier är tekniska åtgärder på boenden för personer med demenssjukdom så som hjälpmedel som spisar som utrustats med värmesensorer eller rök- och värmedetektorer. Behovet av sprinkler i olika former av äldreboenden är en välkänd förebyggande åtgärd. De som dör i bränder på boenden är i regel personer med stora svårigheter att självständigt hantera bränder genom exempelvis utrymning eller släckning. Ett sprinklersystem med automatisk aktivering kan kompensera för detta (Socialstyrelsen 2011, s. 26).

En enkel förebyggande åtgärd som kan öka brandsäkerheten är att installera brandvarnare. Brandvarnare bör finnas i varje sovrum och i tamburen. En brandvarnare skall testas en gång i månaden. Tekniska apparater skall kastas eller repareras av fackmän om de är söndriga och man bör inte förvara saker ovanför dem. Levande ljus är en brandfara och bör inte tändas om den äldre är osäker på att han/hon minns att släcka dem. Om den äldre röker inomhus bör detta göras vid en askkopp, inte i sängen eller i andra stoppade möbler (Social- och Hälsovårdsministeriet m.fl. 2004, s.8-9).

5 Tidigare forskning

För att få en inblick i vilken tidigare forskning som gjorts i ämnet äldres säkerhet, risker och förebyggande har respondenten valt att studera vetenskapliga artiklar i ämnet. Artiklarna är i huvudsak sökta från databaser som EBSCOhost och Swemed. En del av artiklarna är även manuellt sökta från Vård i Norden. Sökorden som använts är: äldre, säkerhet, older i kombination med security, prevention, safety, medication, falls och nursing home. En del andra sökord har även använts, men med dem hittades inga resultat. Exempel på dessa är staff resources, nurse resources, older i kombination med accommodation, dwelling, living, fire och fireprevention.

Artiklar om äldres fallbenägenhet och läkemedelsanvändning var lätta att hitta. Men det var svårt att hitta tidsaktuella artiklar som behandlade äldres boende, personalresurser, brand och hjälpmedelsanvändning. Dessa ämnen skulle ha varit relevanta för denna studie.

Eftersom tidsaktuell forskning inom de ämnen som beskrevs i föregående stycke inte hittades valde respondenten att även ta med äldre en artikel från år 2001 och en artikel om äldre och smärta. Motiveringen är att smärta påverkar en människa negativt och ger henne en försämrad livskvalitet. Trygghet för den äldre innebär att hon upplever livskvalitet. Känslan av livskvalitet bygger på att individen har vissa resurser och att hon är medveten om dessa (Segesten, 1994, s.30).

5.1 Trygghet/otrygghet bland äldre hemmaboende

Fagerström, Gustafson, Jakobson, Johansson och Vartiainen (2011, s. 1305) skriver att känslan av otrygghet hos den äldre ökar i takt med dennes sviktande hälsa kombinerat med att sjukvårdssystemet är otillräckligt. Tillsammans med den ökade rädslan för våld och terrorism ökar även den äldres behov av att känna sig säker. Enligt Maslows teori om människans behov är känslan av trygghet ett av de viktigaste behoven. Från början betonades vikten av säkerhet och trygghet i den professionella sjuksköterskans utbildning. Detta till trots är betydelsen och effekten av trygghet för äldre nästan helt utforskat.

Studiens syfte var att undersöka eventuella yttre och inre källor för trygghet/otrygghet som upplevs av individer i åldern 65 och 75 år. De centrala frågeställningarna var: Är externa källor såsom sociala nätverk och/eller ekonomisk säkerhet predisponerande faktorer som är förknippade med individens känsla av trygghet/otrygghet? Har funktionsförmågan och känslan för behärskning ett samband med individens känsla av trygghet/otrygghet? Har bakgrundsvariabler så som "kön" och "region" ett samband med en individs känsla av trygghet/otrygghet? (Fagerström, m.fl. 2011, s. 1307)

Metoden som använts är två populationsbaserade tvärsnittsdataundersökningar som genomförts i september och november 2005. Undersökningarna har skickats till äldre personer i åldern 65 och 75, bosatta i Västerbotten, Sverige och Österbotten, Finland (Fagerström, m.fl. 2011, s. 1308).

Resultaten visar att det finns skillnader mellan hur trygga den grupp som anger sitt liv som osäker och den grupp som anger sitt liv att vara mycket säker känner sig. Individer som anser sitt liv vara "osäkert" litar mest på sin närmaste familj, sina vänner eller grannar. Deras funktionsförmåga är sämre och de är mindre benägna att känna sig ekonomiskt trygga men mer benägna att förvänta sig världen som kaotisk (Fagerström, m.fl. 2011, s. 1310).

Individer som anser att deras liv är mycket säkert är har mer förtroende för ekonomiska institutioner och är mer benägna att känna sig ekonomiskt trygga. De är mer benägna att känna att de kan bemästra kriser och de betraktar sina liv som meningsfulla (Fagerström, m.fl. 2011, s. 1312).

Män är mer benägna att känna sig mycket säkra, samt personer som är bosatta i Västerbotten. Informanter från Österbotten som känner att livet är kaotiskt är också mer sannolika att betrakta sina liv som mycket säkra (Fagerström, m.fl. 2011, s. 1312).

5.2 Fall bland äldre

Moyer (2012, s. 197) skriver för The U.S. preventive services Task Force (USPSTF), som gör upp rekommendationer på hur specifika kliniska förebyggande tjänster för patienter utan relaterade tecken eller symptom kunde effektiveras. Föreningens rekommendationer baseras på både fördelarna och nackdelarna med tjänsten och en bedömning av dess balans. USPSTF har i denna studie inte tagit fasta på kostnaderna för att tillhandahålla en sådan tjänst.

Denna studie är en uppdatering av det program för förebyggande tjänster som utarbetades år 1996. USPSTF:s rekommendation handlar om rådgivning för att förhindra hushålls- och fritidsskador, inklusive fall (Moyer, 2012, s. 197).

USPSTF bedömer primärvårdens insatser för att förhindra fall på äldreboende utgående från nya bevis på effektivitet och skador. Interventionerna grupperades i fem huvudkategorier: multifaktoriell klinisk bedömning (med eller utan direkt stöd), klinisk behandling (med eller utan screening), klinisk utbildning eller beteendemässiga rådgivning, ändringar av hemmets risker och motion eller fysioterapi (Moyer, 2012, s. 197).

Äldre har en ökad benägenhet att falla. USPSTF rekommenderar fysioterapi och D-vitamin för att förebygga fall på boende för äldre. Det finns inget enskilt rekommenderat verktyg eller strategi som tillförlitligt kan identifiera äldre med ökad risk för fall, men flera rimliga och genomförbara metoder finns tillgängliga (Moyer, 2012, s. 197).

USPSTF rekommenderar inte en automatiskt utförd fördjupad multifaktoriell riskbedömning i samband med omfattande hantering av identifierade risker att förebygga fall på boende för äldre på grund av att nyttan av detta sannolikt är liten. I det enskilda fallet kan en sådan bedömning vara lämplig men då bör balansen mellan för- och nackdelar på grund av omständigheter i samband med tidigare fall övervägas. Man bör även ta fasta på patientens medicinska tillstånd och tänka på dennes rättigheter när en bedömning görs (Moyer, 2012, s. 197).

Mahler, Svensson och Sarvimäki (2011, s. 22) har gjort en studie med syftet att förstå personliga och professionella strategier för fall förebyggande arbete. Som forskningsdesign har fallstudier använts. Två fall med inbyggda enheter för analys har undersökts. De två uppgiftslämnarna var äldre personer boende i kommunal bostad som både hade varit med om fallolyckor. Data samlades in genom att intervjua de två äldre och fem hälso- och socialvårdsarbetare och intervjudokumententerna analyserades.

Berättelserna som de äldre gav om fallolyckor berättades med fall som en metafor för döden. De två äldres förståelse och deras förebyggande av fallolyckor var beroende av deras bakgrund, livserfarenheter, levnadsförhållanden, och omständigheterna av ålderdom, eftersom de försökte att återupprätta balansen i livet. Studien visade inget direkt förhållande mellan personalens professionella insatser för att förhindra fall och de äldres egna strategier, men indirekt skapade de yrkesverksamma ett stödjande nätverk, en plattform av kontinuitet där insatser av personalen och äldre personer kompletterade varandra (Mahler, Svensson och Sarvimäki, 2011, s. 22).

Personalen hade ingen klar strategi för att ta itu med de problem som fallolyckor innebär, inte heller för att förebygga fallolyckor. För att stärka fall förebyggande insatser kan sjuksköterskor användas för att bidra till både person centrerade och berättande strategier genom att införliva evidensbaserad kunskap och reflekterat kunnande (Mahler, Svensson och Sarvimäki, 2011, s. 22)

5.3 Äldres medicinering

Meredith m.fl. (2001, s. 719) har gjort en studie vars syfte var att bedöma frekvensen av möjliga felmedicineringar i en population av äldre hemsjukvårdspatienter enligt en expertpanels objektiva kriterier. Studien har gjorts som en tvärsnittundersökning med inriktning på två av de största urbana hemsjukvårdsbyråerna i USA. I studien deltog hemsjukvårdspatienter i åldern 65 och äldre som tillhörde de utvalda byråerna mellan oktober 1996 och september 1998.

Forskarna använde sig av två uppsättningar enighetsbaserade expertpanelers kriterier för att definiera eventuella felmedicineringar. The Home Health Criteria identifierade patienter med mönster av läkemedelsanvändning och tecken eller symtom som tyder på tillräckliga läkemedels relaterade problem för att motivera en omvärdering av patienten. The Beers kriterier identifierade läkemedel som av experter har bedömts vara generellt olämpliga för äldre patienter (Meredith m.fl., 2001, s. 719).

Resultaten visade att de 6 718 försökspersonerna i medeltal använde fem läkemedel regelbundet, 19 % använde nio eller fler läkemedel. Enligt The Home Health Criteria identifierades felmedicinering hos 19 % av patienterna och enligt the Beers kriterier 17 %. Möjliga felmedicineringar ökade i takt med antalet mediciner. När patienter som fick 1-3 mediciner har jämförts med dem som fick nio eller fler läkemedel, var procentsatser för eventuella fel 10 % och 32 % enligt The Home Health Criteria. Enligt The Beers kriterier 8 % och 32 % (Meredith m.fl., 2001, s. 721).

Forskarnas slutsats är att nästan en tredjedel av de hemsjukvårds patienter som deltog i undersökningen hade tecken på ett potentiellt läkemedels relaterat problem eller tog ett läkemedel som har bedömts vara olämpligt för äldre. Mer effektiva metoder behövs för att förbättra läkemedelsanvändning i denna sårbara befolkningsgrupp (Meredith m.fl., 2001, s. 721).

Leikola, Dimitrow, Lyles, Pitkälä och Airaksinen (2011, s. 227) har gjort en studie vars syfte var att fastställa förekomsten av potentiellt olämpliga läkemedel (PIM) enligt Beers 2003 kriterier, oberoende av de äldres diagnoser, bland finländska icke institutionaliserade personer i åldern över 65 år, och kostnaderna för återbetalning för dessa läkemedel.

The Beers kriterier och deras modifikationer är de mest använda verktyg för att mäta användning av potentiellt olämpligt läkemedel bland äldre människor. Förekomsten av en sådan användning i olika miljöer har varit hög, men inga uppgifter har rapporterats för en hel nation icke-institutionaliserad äldre befolkning, inte heller finns det uppgifter om ersättning av kostnaderna för dessa läkemedel (Leikola, Dimitrow, Lyles, Pitkälä och Airaksinen, 2011, s. 227).

Metoden som användes var en nationell studie över ett tvärsnitt, baserat på register över personer som fick läkemedelsersättning från Finländska Folkpensionsanstalten (FPA). Dessa uppgifter täcker hela icke-institutionaliserade befolkningen över 65 år 2007. Antalet personer som fick ersättning för varje PIM enligt the Beers 2003 kriterier och den totala årliga kostnaden för ersättning av PIM beräknades. Indirekta kostnader exkluderades (Leikola, Dimitrow, Lyles, Pitkälä och Airaksinen, 2011, s. 228).

Resultatet visade att den icke-institutionaliserade befolkningen över 65 år i Finland hade fått PIM enligt Beers 2003 kriterier. FPA betalade läkemedelsersättning på 2 900 000 € för PIM, vilket var 0,7 % av de totala läkemedels ersättning (421 000 000 €) för personer över 65 år i Finland år 2007 (Leikola, Dimitrow, Lyles, Pitkälä och Airaksinen, 2011, s. 229).

Studiens slutsats var att användningen av PIM bland öppenvårdspatienter över 65 år i Finland var mindre än i flera tidigare storskaliga studier i andra länder och kostnadsersättningen var blygsam, främst till följd av begränsad tillgänglighet i Finland av läkemedel som identifierats som PIM av Beers 2003 kriterier (Leikola, Dimitrow, Lyles, Pitkälä och Airaksinen, 2011, s. 229).

Parsons, Alldred, Pharm och Hughes (2011, s. 55) har gjort en studie med syftet att undersöka och belysa centrala frågor för vårdpersonal, för att förbättra utskrivning och användning av läkemedel i vårdhem. Forskarna har fokuserat på utskrivning, uppföljning och administration av läkemedel. Denna studie grundar sig på en litteraturgenomgång som identifierade utskrivningsfrågor i vårdhem.

Strategier för att förbättra utskrivning och användning av läkemedel i vårdhem tolkades mot bakgrund av de sex centrala teman som samma författare funnit i en tidigare studie. De teman som identifierades som ansågs påverka vårdkvaliteten för boende på vårdhem var polyfarmaci, olämplig användning av läkemedel, läkemedelsbiverkningar, händelser i anslutning till läkemedel, läkemedels relaterade frågor för vårdpersonalen och kommunikation över gränsen för vård (Parsons, Alldred, Pharm och Hughes, 2011, s. 55).

Slutsatsen drogs att utskrivning av läkemedel och deras användning är i denna inställning optimal. Resultaten visade att en rad olika metoder har visats påverka utskrivning av läkemedel. Tillvägagångssätten varierade från strategier, läkemedelsöversyn, insatser för att minska fel och öka säkerheten, rollutvärderingsteam, alternativa modeller och tjänster som utnyttjar specifika yrkeskunskaper för att förbättra användning av läkemedel på vårdhem (Parsons, Alldred, Pharm och Hughes, 2011, s. 55).

Elovsson och Boström (2011, s. 10) har studerat äldre och smärta. Smärta är ett behandlingsbart symptom som ofta kan lindras. Men smärtan utreds och analyseras inte alltid eftersom smärta ibland ses som en naturlig del av åldrandet. Vårdpersonal bedömer inte alltid smärta på samma sätt som patienten. Även personer med demenssjukdom kan svara på om hon/han har ont, därför är det viktigt att personal frågar och reder ut om patienten har smärta.

Syftet med studien var att beskriva vad sjukskötare upplever att påverkar smärtbehandling av äldre i kommunal hälso- och sjukvård. Metoden som användes var en deskriptiv design med kvalitativ innehållsanalys. Som datainsamlingsmetod användes intervju och urvalet gjordes bland sjukskötare från två kommuner i västra Sverige, en glesbygds- och en tätorts kommun. Totalt blev tjugo sjukskötare tillfrågade, två avböjde vilket gjorde att aderton stycken deltog i studien (Elovsson & Boström, 2011, s. 11).

I resultatet framkom att sjukskötarna såg olika på vad som påverkar smärtbehandlingen. Det konstaterades att en och samma sjukskötare kunde se både positivt och negativt på en och samma orsaksfaktor t.ex. läkarnas tillgänglighet. Att inneha rätt kunskapsnivå ansågs vara viktigt för att smärtbehandlingen skulle fungera. Vårdpersonalens kompetens spelade en stor roll eftersom det är de som ser patienten mest och deras observationer blir en viktig del i uppföljningen. En kunskapsbrist som uppmärksammades var att smärta ansågs vara en del av det naturliga åldrandet och därför inte behandlas trots att det är ett symptom som kan lindras. Kommunikationen fungerade bättre där personalomsättningen var låg. Här kände och respekterade personal och patient varandra vilket kan leda till att patienten talar om att hon/han har smärta (Elovsson & Boström, 2011, s. 12).

5.4 Äldres boende

Kvaliteten på vård på äldreboende har studerats och studiens syfte var att diskutera hur vård och omsorg kan arbeta tillsammans för att höja kvaliteten på vården för äldre bosatta på boende, med Essence of Care benchmarking som ett exempel. Bakgrund till studien är att intresset för hur vården ges i vårdhem ökar, inbegripet vårdens effekter på livskvaliteten och på vård i livets slutskede. Vård standarder och regeringens politik har betonat behovet av att primärvården arbetar närmare vårdhemspersonal (Davies & Goodman-Cripacc, 2008, s. 115).

För att nå ett resultat utvärderades de tillgängliga data om äldres hälso- och vårdbehov samt hur primär hälso- och sjukvård arbetar i vårdhem. Som datainsamlingsmetod användes fallstudier och deskriptiva rapporter om Essence of Care benchmarking. Nyckelfrågorna rör skillnaderna i arbetskulturer, hälsa och omsorg och det komplexa vårdbehov för äldre människor som bor på boende och som inte har stöd på plats omvårdnad (Davies & Goodman-Cripacc, 2008, s. 116).

Slutsatsen av studien visade att strukturerade verktyg kan potentiellt användas för att förbättra kvaliteten på vården för äldre på boende, men personalen på boende behöver adekvat stöd för att anpassa detta tillvägagångssätt i sin arbetsmiljö (Davies & Goodman-Cripacc, 2008, s. 119).

Konsekvenserna för vårdförvaltningen är att primärvårdens sjuksköterskor måste vara mer proaktiva på det sätt de arbetar med äldre människor på boende. Strukturerade verktyg kan hjälpa dem att känna igen utbudet och komplexiteten av invånarnas hälsobehov och arbeta med personal på boende på ett sätt som erkänner deras kompetens och förbättrar den totala vården av äldre människor (Davies & Goodman-Cripacc, 2008, s. 119).

6 Forskningsetik

För individernas och samhällets utveckling är det viktigt med forskning. Under en forskningsprocess får individer inte utsättas för psykisk eller fysisk skada, förödmjukelse eller kränkning. Detta är ett krav, som är den självklara utgångspunkten för forskningsetiska överväganden. Inför varje vetenskaplig undersökning skall respondenten väga värdet av den förväntade nya kunskapen mot möjliga risker för berörda undersökningsdeltagare/ uppgiftslämnare och eventuellt för tredje person (Vetenskapsrådet [u.å.], s. 5).

En undersökning får inte medföra skada för deltagarna. Varje forskning som skadar eller utsätter forskningsdeltagarnas fysiska, psykiska eller emotionella välbefinnande för fara är inte förenlig med grundläggande forskningsetik. Ibland kan det i förväg vara svårt att känna till de negativa konsekvenserna av en undersökning eftersom en undersökning kan få andra konsekvenser än man kunnat föreställa sig (Ruane, 2006, s. 29).

Enligt samtyckesprincipen har människor själva rätt att bestämma om de vill delta i ett forskningsprojekt eller inte. Undersökningspersonerna har alltså rätt att få full information om det projekt de eventuellt deltar i. Detta samtycke innebär också att deltagarna när som helst har rätt att dra sig ur forskningsprojektet (Ruane, 2006, s. 31).

Informanterna i denna studie kom med p.g.a. en fortbildning och ett grupparbete de deltog i. Föreläsaren gav muntlig information om att resultaten kommer att sammanställas i ett examensarbete och delges ledningen. Inga undertecknade blanketter eller följebrev behövdes.

Som forskare är man skyldig till att respektera deltagarnas privatliv. Eftersom forskning i grunden innebär att ta reda på saker så kan vilken datainsamlingsmetod som helst inkräkta på deltagarnas privatliv. Individens rätt till privatliv kräver att forskarna uppmärksammar tre olika aspekter; bedömning av känsligheten på intervju eller enkät frågor, var undersökningen genomförs och var den publiceras (Ruane, 2006, s. 34).

Detta examensarbete kommer att publiceras som ett offentligt dokument och i webblibraryet Theseus och många personer som jobbar inom hem- och anstaltsvård har lämnat information. Informanternas namn och arbetsplatser är konfidentiella. Det enda som nämns om dem är att de jobbar inom hem- och anstaltsvård.

7 Metod

I denna studie utgår respondenten från uppgifter om äldres säkerhet hemma och på boenden som personal har dokumenterat i ett grupparbete under en fortbildning. För att analysera materialet kommer beskrivande/deskriptiv kvalitativ analys att användas. I kvalitativ forskning kan idéer och tankar fördjupas stegvist och en teori kan växa fram under studiens gång. För att få fram deskriptiva data, så som människans egna skrivna eller talade ord, använder forskare sig av kvalitativ metod (Olsson & Sörensen, 2007, s. 33).

Respondenten utgår i denna studie från sekundärdata i form av frågeformulär. Att använda sekundärdata innebär att använda sig av data insamlade av andra. Denna metod kan användas om det inte är möjligt att använda sig av primärdata. Sådana fall kan förekomma om källorna inte längre existerar eller om de är oanträffbara för respondenten. I sådana sammanhang använder sig respondenten av källornas egna skrivna eller talade ord (Jacobsen, 2012, s. 119).

7.1 Frågeformulär

Ett frågeformulär som skall användas i forskningssyfte bör uppfylla vissa kriterier. Det skall bestå av nedtecknade frågor och alla som deltar skall besvara identiska frågor. Frågeformuläret skall vara utformat så att det samlar information som kan användas i en dataanalys. Frågeformulär som forskningsredskap har inte som syfte att förändra människors attityder eller att vidarebefordra information. Det forskningsmässiga frågeformulärets uppgift är att upptäcka saker och att samla information genom att fråga informanter om saker som direkt svarar på undersökningens syfte (Denscombe, 2009, s. 207).

Frågeformulär är lämpligt att använda som datainsamlingsmetod när det som efterfrågas är ganska okomplicerad information, dvs. att informationen är relativt kortfattad. Det sociala klimatet bör vara öppet för att svaren skall bli fullständiga och ärliga. En sista punkt som måste tas i beaktande när frågeformulär används är att informanterna är i stånd att läsa och besvara frågorna. Man måste alltså ta informanternas ålder, synförmåga och intellekt i beaktande (Denscombe, 2009, s. 208).

Fördelar med att använda frågeformulär är att de är lätta att arrangera. Det kräver mindre arbete än t.ex. intervju eftersom det inte behövs något mer än att skicka formuläret till informanterna. Eftersom informanterna inte träffar forskaren så utplånas effekten av personlig interaktion dem emellan (Denscombe, 2009, s. 225-226). Nackdelar med frågeformulär är att svarsfrekvensen kan bli dålig. Svaren kan vara ofullständiga och det är omöjligt att kontrollera sanningshalten i svaren (Denscombe, 2009, s. 228).

7.2 Datainsamling

Datainsamlingen har gjorts färdigt och respondentens uppgift är att analysera den. Som tidigare nämnts har data samlats in i samband med en fortbildning som hållits åt personal inom hem- och anstalts vård för äldre. Personalen arbetade i grupper och svarade på två frågor. Frågorna var: Vilka risker/hot anser ni att är de mest förekommande, som era kunder/klienter/patienter möter i vardagen? Hur anser ni att man kunde åtgärda/påverka ifrågavarande risker/hot?

Totalt var det tio stycken grupper med 4-7 vårdare/grupp. Grupperna var blandade av vårdare från olika instanser och med varierande utbildning. De olika grupperna hade en timme på sig att fundera kring frågorna. I den timmen ingick en kaffepaus. Efter det skulle grupperna presentera resultaten för varandra.

Grupperna har svarat ganska korta svar endast men hjälp av franska streck och inga hela stycken. Hos en del grupper har det endast svarats 3 franska streck, medan en del har behövt extra papper för att få rum med sina svar. Dessa svar kommer respondenten att analysera med hjälp av deskriptiv analys.

7.3 Deskriptiv analys

Resultaten i en kvalitativ forskning handlar ofta om att lägga fram något så att nya innebörder uppstår. Tillsammans med struktur och teori utgör denna innebörd en grund för resultatets kvalitet. I en kvalitativ undersökning är ingenting förutbestämt eftersom undersökningssammanhangen är naturliga (Olsson & Sörensen, 2007, s. 66).

Ambitionen med den deskriptiva analysen är att försöka nyansera förståelsen av det fenomen som undersöks genom att på teoretisk väg använda valda begrepp och applicera dessa på det som sagts. Analysens giltighet bestäms av hur väl helhetens mening blivit bevarad och skapas genom en fördjupning i helhetens delar (Friedrich, 2008, s. 3).

Den deskriptiva databearbetningens första steg är att reducera mängden data till det som skall användas i den fortsatta analysen. I det första steget reduceras sådant bort som inte är relevant för att besvara frågeställningen. Respondenten bestämmer alltså vilket innehåll rådata skall ha, vad som ska utgöra underlag för analys (Friedrich, 2008, s. 9).

Datareduktion är ingen process som görs endast en gång under en forskning. Detta är ett led i arbetet som utgör en del av analysen och är en kreativ process som hela tiden väcker nya tankar om undersökningsområdet och bidrar till en ökad förståelse. Datareduceringsprocessen påbörjades redan då forskningsfrågan och syftet formulerades och när dessa relaterades till en teoretisk modell och reduceringen fortsätter under datainsamling och vid dokumentation. (Friedrich, 2008, s. 10) I denna studie anser respondenten att data som skall analyseras och leda till ett resultat är så magert att det inte kan reduceras. Allt data behövs för att kunna göra en analys.

Nästa steg i analysprocessen är att försöka abstrahera och finna sammanfattande ord eller symboler. Detta innebär att koda materialet utan att dess mening går förlorad. Att arbeta med rådata och att presentera ett resultat som är i form av löpande text innebär stora nackdelar eftersom materialet oftast blir mycket omfattande och det blir svårt att se flera dimensioner samtidigt (Friedrich, 2008, s. 11).

För att kunna koda datamaterialet renskrevs allt data på ett Word dokument i punktform. Punktform användes eftersom data ursprungligen var skrivet i franska streck och inte som hela stycken. När resultatet var utskrivet på samma dokument kunde materialet kodas. Respondenten färgade materialet så att de franska streck som behandlade samma ämne fick

samma färg. Genom kodningen framkom 7 stycken huvudteman. Dessa är fall, läkemedel, personal, boende, hjälpmedel, brandsäkerhet och övrigt. Dessa teman delades in i undergrupperna risk och förebyggande. Respondenten ansåg då att materialet skulle bli mer överskådligt i en tabell. Denna tabell finns som bilaga (Bilaga 2).

Tredje steget i analysprocessen är att söka mönster. Nu har rådata grupperats och innehållet spjälkats upp i delar. I denna del av analysprocessen skall data sammanställas på ett sätt som gör det möjligt att reflektera och abstrahera kring de olika dimensionerna. Förståelse för innehållet fås inte genom att addera delarna utan genom att söka den övergripande princip som bestämmer hur delarna samverkar med varandra. (Friedrich, 2008, s. 15-16)

Det finns inga enkla regler för hur skiftet mellan analys och syntes genomförs eller hur en slutsats dras. En analys innebär att djupgående och noggrant undersöka en abstrakt företeelses beståndsdelar. (Friedrich, 2008, s. 15-16)

Respondenten sammanställer analysprocessens olika delar i kapitel 9, resultatredovisning. För att uppfylla den deskriptiva analysens sista steg, att söka mönster och få förståelse så tolkas resultaten i kapitel 10.

8 Respondentens förförståelse

Respondentens förutfattade meningar anses inom kvalitativa metoder ha stor betydelse. I en forskning försöker respondenten få förståelse och när människan försöker förstå omgivningen påverkas hon av tre saker; sin förståelsehorisont, sin kulturhistoria samt sin egen verkningshistoria. Dessa punkter kan sammanfattas med orden förförståelse eller fördomar. Våra fördomar är ett hinder mot öppenhet. När man använder kvalitativ metod anses det vara viktigt att försöka klargöra den medvetna delen av respondentens egen förförståelse.

Förförståelsen har olika betydelse inom olika kvalitativa inriktningar. I fenomenologin skall respondenten redogöra för förförståelsen och sedan bortse från den. I livsvärldshermeneutiken skall förförståelsen däremot medvetandegöras och förstås för att sedan vara en viktig del i hur man tolkar insamlade data (Gunnarsson, 2009).

Respondenten har valt att i sin kvalitativa studie ta med sin förförståelse och även använda den i tolkningen av resultaten. Respondenten upplever att det skulle vara näst intill omöjligt att inte låta sig påverkas av sin arbetserfarenhet inom vården. Sin förförståelse har hon även tagit med tidigare i arbetet, i inledningen och när material till den teoretiska bakgrunden valdes.

Respondenten är vårdstuderande med inriktning på hälsovård. Sedan tidigare är respondenten utbildad närvårdare med inriktning äldreomsorg. Under studietiden har respondenten vikarierat inom äldreomsorg på kvällar, helger och skollov. Hennes sista år under närvårdarstudierna gjordes kvällstid och då vikarierade hon så gott som heltid. Respondenten har även haft ett mellanår från hälsovårdsstudierna och vikarierat inom äldreomsorg. Hennes arbetsplatser har varit bäddavdelning, demensboende, serviceboende och hemsjukvård.

Respondenten har en del förförståelse inom ämnet som hon har fått genom sin arbetserfarenhet och genom sina vårdstudier. Enligt respondenten förekommer risker inom äldreomsorg. De äldre faller ofta och har inte alltid korrekta hjälpmedel. Det händer också att de äldre tar varandras hjälpmedel t.ex. i matsalen och de använder då hjälpmedel som inte passar dem. Deras skor är inte heller alltid de bästa. De äldre är ofta sparsamma och använder sina skor tills de går sönder, oavsett om de är bra eller inte. På en del vårdinstanser finns höftbyxor som de mer fallbenägna äldre kan använda. Dessa höftbyxor är inte alltid en enkel sak för personalen att sätta på dem eftersom många äldre tycker att byxorna är obekväma och svåra att få av vid wc besök.

På boenden och hemma har de äldre många gånger mattor och möbler som kan öka deras risk för att falla. För dem kan dessa ägodelar betyda väldigt mycket och t.o.m. höja deras livskvalitet så det är inte alltid det enklaste att städa bort allt som personalen tycker är i vägen. Man måste komma ihåg att det är en annan människas hem man rör sig i. Ändå behövs detta problem åtgärdas, men det måste ske i samråd med den äldre.

De flesta äldre har åtminstone några regelbundna läkemedel. En del har långa listor och andra kortare. För personalen är det viktigt att kontrollera att läkemedelsskåpen är låsta och att man vid läkemedelsutdelning verkligen ger rätt läkemedel åt rätt patient vid rätt tid.

Ett allmänt problem med äldre och läkemedel är att en del har sväljningssvårigheter. Då måste läkemedlen krossas. När läkemedel krossas får de inte blandas utan måste ges var för sig och en del preparat får inte krossas. Speciellt med dementa blir detta svårt eftersom

om man skall ge dem många skedar med olika krossade läkemedel var för sig spottar de ofta ut eller vägrar ta eftersom det blir för mycket och tar för lång tid. Enligt respondenten följs inte alltid föreskrifter när det gäller äldre och läkemedel, men för att de äldre skall få en god vård bör läkemedelsbehandlingen ske enligt föreskrifterna.

På många vårdinstanser för de äldre finns det för lite personal. Detta innebär också en risk för de äldre. Om personalen inte hinner titta till alla ordentligt händer olyckor lättare. Speciellt nattetid skulle det vara viktigt för både de äldres och personalens säkerhet att det åtminstone skulle vara två vårdare per skift. Om personalresurserna är få blir också personalen lättare stressad. Då är det större risk att misstag i t.ex. läkemedelsbehandling sker.

9 Resultatredovisning

I detta kapitel kommer studiens resultat att presenteras. Respondenten har analyserat frågeformulären enligt deskriptiv analys och kunde genom att koda materialet urskilja 7 olika teman. Dessa är fall, läkemedel, personal, boende, hjälpmedel, brandsäkerhet och övrigt. Dessa teman har delats in i undergrupperna risk och förebyggande. Undergrupper valdes för att göra resultaten mer överskådliga och lättare att analysera.

9.1 Fall

Enligt personalen är en av orsakerna till att de äldre i hem- och anstaltsvård faller att det finns för mycket mattor och möbler. De äldre snavar också över trösklar och i trappor. På en del ställen finns hala, dåliga golv som också orsakar fall. Andra orsaker till att de äldre faller är deras sjukdomsbild eller medicinering och att balansen blir sämre med åldern. Många äldre har också dåliga skor som inte passar eller är söndriga. En avdelning kan för den äldre vara en främmande miljö som ökar deras fallrisk. En del äldre har inte insett eller glömmer bort att de har ett behov av hjälp och går upp ur sängen ensamma även om de skulle behöva assistans och då är risken för en fallolycka stor.

Dessa risker kan enligt personalen förebyggas genom att möbler och mattor i rummen reduceras. Trösklar bör tas bort och golven vara halkfria. Ett bra sätt att hjälpa den äldre i vardagen är att pröva ut ett hjälpmedel som passar och motivera till användning. Ledstänger och handtag skall finnas på lämpliga ställen. Den äldre behöver också ha bra skor eller halksockor. För att minska skador vid fall kan höftbyxor eller hjälm användas. Infektioner kan öka fallrisken och bör därför behandlas i tid och personalen skall vara noggranna med att ge rätt medicin på rätt tid.

Miljön omkring den äldre skall vara lugn och ha bra belysning. Nattpampa bör finnas t.ex. på toaletten. De äldre behöver ha stort utrymme att röra sig på och få rehabilitering och delta i aktiviteter. Alldagliga saker skall förvaras inom räckhåll och nattetid kan en pottstol stå bredvid sängen. För att öka säkerheten åt den hemmaboende äldre kan trygghetsalarm användas.

Äldre som inte får stiga upp ensamma kan enligt personalen fastsättas i magnetbälte eller placeras framför ett bord så att de inte kommer upp så lätt. Framför sängen kan alarmmattor finnas så att personalen märker när den äldre har kommit upp. A och O i allt arbete inom äldreomsorgen är tillräckliga personalresurser.

9.2 Läkemedel

De vanligaste riskerna som personalen beskrivit under temat läkemedelsbehandling är att de äldre tar varandras läkemedel, att läkemedlen administreras fel väg och att de äldre är uppe går efter att de tagit sömnmedicin eftersom ingen övervakar dem. Den sista faktorn är även en risk för fall.

Förebyggande åtgärder som personalen föreslagit är mera personalresurser och att kansli, medicinrum, städskrubb och sköljrums dörrar skulle vara låsta. Läkemedel skall ges direkt åt den äldre och inte lämnas på bord och liknande.

9.3 Personal

Det tredje temat som respondenten urskiljde kallades personal. Under detta tema föll allt sådant som kan tänkas bero på personalbrist. Vårdpersonalen har här beskrivit som risker att de äldre rymmer och avlägsnar sig från avdelningen utan lov, att konflikter mellan de äldre förekommer. Där ingår våld och aggressivitet med kroppsskador som följd. De äldre hjälper varandra när personalen inte hinner. Läkare och vårdare är inkompetenta. De äldre kan få tag på föremål som kan skada dem. Den sista punkten som framkom var personalbrist.

Förslag till förebyggande åtgärder mot äldre som rymmer var låsta dörrar, grindar till trapphusen, info till anhöriga att inte öppna dörren, mer personal. En del av personalgrupperna ansåg även att de äldre behövde få trygg utevistelse. En rad tekniska åtgärder föreslogs även. Dessa var alarmarmband, alarm på självöppnande dörrar, dörralarm och kamera övervakning. Även här föreslog personalen mera personalresurser.

För att förebygga konflikter mellan de äldre föreslogs mindre enheter, mer sysselsättning och lugn miljö. Annat som framkom var att hålla de äldre isär och att övervaka dem. Det föreslogs även att orsaken till aggressiviteten skulle utredas och att de äldre skulle ha rätt medicinering. Till sist kom förslaget om mera personal. För att förhindra att äldre hjälper varandra föreslogs också mera personal.

Det beskrevs att läkare och vårdare är inkompetenta. Som förebyggande åtgärder framkom att personalen skall vara utbildad och konsultera varandra. Konsultation mellan alla i vårdteamet. Det önskades även inskolning för ny personal och att rätt läkare skulle jobba på rätt plats.

För att förhindra att de äldre får tag på föremål som kan skada dem eller får tag på läkemedel skall personalen komma ihåg att ta bort föremålen och hålla dörrar låsta. Den sista punkten var att det finns för lite personal. Som förebyggande åtgärd föreslogs här mera personalresurser.

9.4 Boende

Det framkom också risker som kan vara boenderelaterade. Dessa var att äldre med demenssjukdom bor på fel ställe, att äldreboenden inte är handikappanpassade, stora avdelningar, många patienter, för varmt i patientrummen, trånga avdelningar, badkar och dålig belysning.

Som förebyggande åtgärder föreslog informanterna att rätt patient skulle vara på rätt avdelning, att det skulle vårdas mindre patienter/avdelning. En del grupper önskade nya utrymmen som är anpassade åt äldre och även en fungerande ventilation.

9.5 Hjälpmedel

I dagens läge finns många fina hjälpmedel men det är inte alltid så lätt med hjälpmedelsanvändningen. Risker med hjälpmedel kan vara att de är söndriga, att de äldre inte vill ha dem eller att de glömmer dem.

Förebyggande åtgärder som kom fram under detta tema är att personalen skulle motivera de äldre att använda hjälpmedlen. Ekonomin påverkar mycket och mera pengar önskas till hjälpmedelsanvändningen. Hjälpmedlen kunde bytas mellan avdelningar och ha ett enklare system. De som reparerar bör ha mera ansvar och vårdpersonalen föreslog också helt nya hjälpmedel. Vilken typ av hjälpmedel som önskades helt nya framkom inte.

9.6 Brandsäkerhet

Det nästsista temat fick namnet brandsäkerhet och under detta tema faller allt som kan orsaka att de äldre utsätts för brandrisk. Vårdpersonalen har beskrivit att de äldre röker inomhus och har levande ljus tända. En del äldre eldar även med ved hemma. De äldre sätter på spisen och glömmer att stänga av.

För att öka äldres brandsäkerhet kan spis och andra elektriska apparater förses med timer. Brandalarm och trygghetstelefon skall finnas. De äldre som röker kan göra detta på en plats avsett för rökning och säkringen till spisen kan stängas av i elskåpet.

9.7 Övrigt

I det sista temat övrigt placerades de punkter som inte riktigt passade in under de andra temana. Här framkom tre risker och lika många förebyggande åtgärder. Men även en allmän förebyggande åtgärd. Som risker presenterades sväljningssvårigheter och att anhöriga ger fel mat. Den sista punkten var anhöriga, utan närmare beskrivning av vad som avsågs.

För att förebygga problem relaterade till mat och ätande föreslogs mosad kost och tillsyn. Under punkten anhöriga föreslogs ett ev. besöksförbud. Den allmänna förebyggande åtgärden som framkom var att en fungerande ledning och förman som ser till att skolning genomförs och att enheten fungerar utan onödiga slitningar mellan personalen gör att vården förbättras.

10 Tolkning

Som näst sista steg i forskningsprocessen återgår respondenten till det teoretiska perspektivet. Den teoretiska modellen bestämmer vad som skall betraktas och hur. Till allra sist skall resultatet granskas kritiskt. I detta sammanhang innebär studiens värde något annat än den praktiska nytta resultaten kan ha eller vad resultaten kan användas till. (Friedrich, 2008, 17-18)

I detta kapitel kommer studiens resultat att tolkas mot den teoretiska referensramen (kap 3), den teoretiska bakgrunden (kap 4), den forskning som tidigare gjorts (kap 5) och även mot respondentens förförståelse (kap 8). För att göra tolkningen mera överskådlig har kapitlet delats in i underrubriker enligt de teman som framkom i dataanalysen.

10.1 Fall

Resultatet från studien visar att en av de vanliga risker som äldre utsätts för är fall. På de flesta frågeformulären hade informanterna skrivit att fall var en risk som de äldre utsätts för i sin vardag. Informanterna hade även själv många förslag till förbättringar för att öka de fallbenägna äldres säkerhet i vardagen.

Skog (2009) säger att även om ett fall inte orsakar frakturer så ger det en försämrad livskvalitet eftersom den som fallit ofta blir rädd och begränsar sina aktiviteter. Segesten (1994, s. 30) menar att trygghet innebär att en individ upplever att denne har optimal livskvalitet. Varje faktor som innebär en förlust av resurser eller bristande kontroll över resurserna stör individens trygghetskänsla. Därför är det så viktigt att skapa säkra, trygga miljöer för att minska risken för fall.

Informanterna hade beskrivit miljön i sina förslag till förbättringar. Deras resonemang och även respondentens förförståelse stöds av Skog (2009). Hon skriver att miljön påverkar patienters risk för att falla. Risker som Skog (2009) beskriver kan läsas närmare om i den teoretiska bakgrunden (kap 3). Social- och Hälsovårdsministeriet m.fl. (2004, s.7) beskriver små förändringar som kan höja grundtryggheten för den äldre hemma och på boende. Deras förslag till förändringar presenteras närmare under punkt 4.1.2.

Även Moyer (2012) skriver att äldre har en ökad benägenhet att falla och här rekommenderas fysioterapi och D-vitamin för att förebygga fall på boende för äldre. En automatiskt utförd riskbedömning i samband med omfattande hantering av identifierade risker för att förebygga fall på boende för äldre rekommenderas inte på grund av att nyttan av detta sannolikt är liten. Om en bedömning görs bör man även ta fasta på patientens medicinska tillstånd och tänka på dennes rättigheter.

Mahler, Svensson och Sarvimäki (2011) har intervjuat äldre om fallolyckor och berättelserna som de äldre gav berättades med fall som en metafor för döden. Detta tyder på att de äldre verkligen upplever fall som en stor risk i sin vardag.

Studiens resultat tolkat mot litteratur visar på att fallolyckor är ett hot mot äldres säkerhet. Därför skulle det vara viktigt att risken ses över och att man skulle fundera på hur denna risk bäst kan förebyggas för varje enskild individ, eftersom det är ett problemområde. Informanterna hade själv fina förslag till förbättringar och deras förslag stöds av litteraturen.

10.2 Läkemedel

Studiens resultat visar också på att de äldre utsätts för risker inom läkemedelsbehandling. Informanterna beskrev att det sker fel främst när läkemedel administreras. Social och Hälsovårdsministeriet (2007, s. 44) skriver att läkemedelsbehandling är en viktig del av vårdarbetet som helhet och bör vara ett mångprofessionellt samarbete som överskrider gränserna mellan verksamhetsenheter och organisationer.

Personalen som genomför läkemedelsbehandling skall förstå läkemedelsbehandlingens betydelse. Det räcker inte med enbart tekniskt kunnande. För att patienten skall få rätt läkemedelsadministration och dos är det nödvändigt att personalen förstår läkemedelsformerna och läkemedelspreparaten samt deras egenskaper. (Social och Hälsovårdsministeriet, 2007, s. 44) Enligt respondentens förförståelse skulle det vara viktigt att endast personal med läkemedelsutbildning skulle ha hand om läkemedel för att minska risken för att det sker fel.

Meredith m.fl. (2001) har gjort en studie vars resultat visar att möjliga felmedicineringar ökar i takt med antalet mediciner. Voutilainen m.fl. (2002, s. 58) skriver att en äldre människa kan lida av flera sjukdomar och ha läkemedelsbehandling mot dem alla. Detta tyder på att det är större risk för att en äldre människa utsätts för felmedicinering. Resultaten visar att det är viktigt med noggrannhet av personal som utför läkemedelsbehandling. Det är även viktigt att personalen har fått klara direktiv av ledningen hur läkemedelsbehandlingen skall utföras.

För att de äldre skall få en god läkemedelsbehandling är det även viktigt att vårdpersonalen ser över vilka läkemedel de äldre använder trots att Leikola, Dimitrow, Lyles, Pitkälä och Airaksinen (2011) i sin studie kommit fram till att äldre i Finland använder mindre potentiellt olämpliga läkemedel än äldre i andra länder.

Utskrivning av läkemedel och deras användning för äldre boende på vårdhem påverkas av olika strategier enligt Parsons, Alldred, Pharm och Hughes (2011). Dessa är läkemedelsöversyn, insatser för att minska fel och öka säkerheten, rollutvärderingsteam, alternativa modeller och tjänster som utnyttjar specifika yrkeskunskaper för att förbättra användning av läkemedel på vårdhem.

10.3 Personalresurser, hjälpmedels- och boendeproblematik

Resultatet från studien visar att det händer att utbildad personal arbetar ensamma. Informanterna beskrev även att de äldre bor i dåligt anpassat boende, att de rymmer och att det förekommer konflikter. Studiens resultat tyder också på att felaktiga och söndriga hjälpmedel används. För att förebygga detta hade det bl.a. föreslagits anpassat boende, rätt hjälpmedel, mera personal och korrekt medicinering. På nästan alla frågeformulär framkom den förebyggande åtgärden ”mera personal”.

Respondentens har i vårdarbetet fått den erfarenheten att med mera personalresurser kan man ordna mera aktiviteter och på så sätt få de äldre engagerade i något annat än att rymma och starta konflikter med varandra. Om personalen är tillräcklig kan det även anordnas utevistelse för de äldre. Informanterna hade själva också föreslagit att aktiviteter kunde ordnas.

Ett bra sätt att hålla hjälpmedlen i skick är att personalen har en skild dag i månaden när alla hjälpmedel kontrolleras. Om det behövs kan man kontakta fysioterapeut som kontrollerar att hjälpmedlet verkligen passar den som använder det.

Angående boendeproblematik så visar studiens resultat att det viktigt att handikappanpassa äldres boende. Men när detta görs skall man komma ihåg att det är en annan människas hem man anpassar. Då inkräktar man på denne människas revir. Eriksson (1993, s. 23), säger att varje enskild individ har ett revir och avgränsar ett personligt område både fysiskt och mentalt. Om reviren avlägsnas skadas individens identitet och trygghetskänslan minskas. Behovet av avskildhet varierar under livets gång, men det är en generell tendens att behovet ökar med åldern.

Davies och Goodman Cripacc (2008), skriver att primärvårdens sjuksköterskor måste vara mer proaktiva på det sätt de arbetar med äldre människor på boende. Strukturerade verktyg kan hjälpa dem att känna igen utbudet och komplexiteten av invånarnas hälsobehov och arbeta med personal på boende på ett sätt som erkänner deras kompetens och förbättrar den totala vården av äldre människor.

Enligt Eriksson (1993, s. 22), är trygghet är en central idé i vården. Yttre trygghet avser en trygg omgivning som är fri från faror. Enligt Segesten (1994, s. 30) innebär trygghet att individen upplever att denne har optimal livskvalitet. Om detta relateras till denna studie kan man se att det är viktigt för en människas livskvalitet att hon bor på rätt ställe, att hjälpmedlen är hela och passar användaren och att det finns någon i människans närhet som kan hjälpa och stöda vid behov. Enligt Eriksson (1993, s. 22) bör vårdaren göra en adekvat patient analys och rikta in sitt stöd mot det friska hos patienten för att kunna vara ett stöd.

Studiens resultat från dessa teman som beskrivits ovan tolkat mot litteratur och respondentens förförståelse tyder på att äldreomsorgen behöver mera personalresurser. Äldreomsorgen behöver också ha skolad, motiverad och intresserad personal som är villiga att hjälpa de äldre och se till att deras vardag är säker. För att personalen skall kunna känna sig motiverad behöver de också känna sig tillräckliga och uppleva att de har tid med sina patienter.

10.4 Brandsäkerhet

Informanterna har beskrivit att de äldre röker inomhus, eldar med ved, glömmer spisen och har levande ljus tända. Som förebyggande åtgärder hade avskild plast för rökning, avstängning av säkringen till spisen, timer, brandalarm och trygghetstelefon föreslagits.

Inrikesministeriet (2013) skriver att den vanligaste orsaken till bränder med dödlig utgång tidigare var tobaksrökning, men en förbättring skall ha skett våren 2010 i samband med att s.k. självslocknande cigaretter kom till Finland.

Förebyggande åtgärder som framkommit i litteraturstudier är tekniska åtgärder som spisar som utrustats med värmesensorer eller rök- och värmedetektorer. Behovet av sprinkler i olika former av äldreboenden är en välkänd förebyggande åtgärd. (Socialstyrelsen 2011, s. 26).

Brandvarnare bör finnas i varje sovrum och i tamburen. Tekniska apparater skall kastas eller repareras av fackmän om de är söndriga och man bör inte förvara saker ovanför dem. Levande ljus är en brandfara och bör inte tändas om den äldre är osäker på att han/hon minns att släcka dem. Om den äldre röker inomhus bör detta göras vid en askkopp, inte i sängen eller i andra stoppade möbler (Social- och Hälsovårdsministeriet m.fl. 2004, s.8-9)

Eftersom det är rätt vanligt med bränder så borde alla boenden få sprinklersystem. Detta är en ekonomisk fråga, men det optimala vore att sprinklersystem skulle finnas. Studiens resultat tyder på att brandsäkerheten kunde ses över, speciellt där det förekommer att äldre använder spisen och röker inomhus. En billig livförsäkring, ifall den äldre har någotsånär fysisk hälsa, skulle vara brandvarnaren.

11 Kritisk granskning

För att kunna granska studien kritiskt använder sig respondenten av Larssons kvalitetskriterier från 1994. Framställningen av arbetet i sin helhet granskas mot Larssons kriterium intern logik och resultatens kvalitet granskas mot kriteriet struktur. Till sist i kapitlet granskas resultatens trovärdighet mot det pragmatiska kriteriet.

11.1 Intern logik

Intern logik innebär att det finns harmoni mellan forskningsfrågorna, antaganden om forskningen, det studerade fenomenets natur, datainsamlingen och analystekniken. Tanken på en intern logik innebär också att det finns en helhet som alla delar kan relateras till (Larsson, 1994, s. 170).

Respondenten anser att det finns en intern logik i hur arbetet är uppställt. Denna studie började från en färdig datainsamling som respondenten har ställt upp studien kring. Allt från frågeställningarna till metodvalet påverkades av den färdiga datainsamlingen och fenomenet äldres säkerhet. Respondenten anser även att studiens alla delar kan relateras till varandra.

11.2 Struktur

Resultaten bör ha en god struktur. Detta innehåller ett krav på att resultaten är överskådliga och lättlästa. Ett annat krav är att det finns en röd tråd, d.v.s. att resonemangen skall gå att följa. (Larsson, 1994, s. 173-174)

Respondenten har under arbetets gång varit mån om att framställa resultaten så att de blir tydliga och klara. När dataanalysen påbörjades ansåg respondenten att den deskriptiva analysens steg blir lättare att följa om resultaten sammanställs i en tabell. Denna tabell finns som bilaga till studien (Bilaga 2).

Resultaten blir också mera överskådliga för läsaren med hjälp av tabellen. Överlag har respondenten försökt få med i hela arbetet hur tankegången varit för att läsaren lätt skall kunna följa med. Enligt respondenten själv har detta lyckats men det är även svårt att avgöra om studien är lättläst när man är ensam respondent.

11.3 Det pragmatiska kriteriet

Det pragmatiska kriteriet innebär det värde som forskningen har för praktiken. En infallsvinkel av detta är hur bra respondenten har lyckats med att förmedla resultaten i praktiken och tala om vad de har för praktisk betydelse. (Larsson, 1994, s. 185)

Enligt respondentens förförståelse har resultaten av studien en praktisk betydelse. Äldres säkerhet är viktigt och är ett ämne som de flesta äldre inte ser över själva. Därför är resultaten viktiga. Respondentens mål har varit att kunna förmedla resultaten tydligt och få fram att de har praktisk betydelse.

12 Diskussion

Examensarbetets syfte var att kartlägga vilka risker de äldre utsätts för i sin vardag i hemvården och på boenden i en Österbottnisk stad och hur riskerna kan förebyggas enligt vårdpersonal. Frågeställningarna var: vilka risker utsätts de äldre för i sin vardag i hemvården och på boenden? och hur kan man förebygga dessa risker? Respondenten upplever att resultaten svarar på forskningsfrågorna. Riskerna och de förebyggande åtgärderna blev kartlagda i och med att respondenten valde att sätta in dem i en tabell.

Resultaten visade att de äldre verkligen utsätts för risker och att det enligt vårdpersonalen som fungerade som informanter finns saker att förbättra för att öka de äldres säkerhet. Eftersom informationen till studien är hämtad från personal som jobbar med de äldre så känns resultaten tillförlitliga. Enligt respondenten är det de som umgås med de äldre och hjälper dem dagligen som verkligen vet hur de äldre har det.

Respondenten har svårt att bedöma hur denna studies resultat stämmer överens med andra resultat eftersom det inte hittades några liknande studier. Detta kan bero på flera saker. De flesta studier som hittats var skrivna på engelska och respondenten kan ha missat någon viktig studie i sina sökningar. Det kan också bero på dåligt val av sökord eller att sökorden kombinerats fel. Man kan också tänka att en studie i detta ämne inte tidigare gjorts.

Norrback (2013) har i sitt examensarbete undersökt vilka risker personalen i hemvården utsätts för. Resultaten visade att personalen utsätts för hotfulla situationer, stress, smittorisker, dåligt väglag och ergonomiska risker. Även risker som kan sammankopplas med trygghet och säkerhet kom fram i svaren. Detta tyder på att hemvården kan innebära risker för både personal och de äldre.

Denna studie har skrivits intensivt på kort tid. Detta kan tänkas påverka studien negativt eftersom respondenten har jobbat så intensivt att hon lätt kan ha blivit blind för studiens eventuella brister. Det kan finnas saker som känns klara för respondenten men som inte blir det för läsaren. Respondenten har läst igenom sitt arbete flera gånger för att försöka korrigera och göra studien så klar och lättläst som möjligt.

Detta att studierna som använts i kapitlet tidigare forskning är översatta från engelska kan ha påverkat studiens kvalitet. Respondenten har översatt enligt bästa förmåga och har inte medvetet tolkat de engelska studierna fel. Så här i efterhand kan det också tänkas att respondenten kunde ha tagit upp mera fakta i den teoretiska bakgrunden och i den tidigare forskningen.

Annat som kan tänkas påverka studiens kvalitet är respondentens förförståelse. Respondenten har en egen bild av hur äldreomsorgen ser ut och vilka risker de äldre utsätts för. Respondentens egen bild stämmer väl överens med informanternas. Hon upplever att hon inte kunnat lägga sin förförståelse åt sidan eftersom de äldre och deras säkerhet är ett ämne som ligger henne varmt om hjärtat.

Några av studiens resultat som respondenten finner vara speciellt intressanta är personalens upplevelser av att de inte räcker till. På otroligt många av de teman som respondenten fann framkom den förebyggande åtgärden ”mera personal”. Enligt respondenten kan detta tolkas så som att personalen upplever att de inte är tillräckliga och att de inte har tillräckligt tid med de äldre. Andra intressanta resultat är kommentaren om inkompetent personal. Enligt studiens resultat arbetar utbildade vårdare ensamma. Detta problem är verkligen något som bör ses över för att de äldre skall få en trygg vardag.

Inget av dessa resultat var oväntade för respondenten. Hon har i arbetslivet sett att man som vårdare inte hinner och inte räcker till för alla de äldre som man ansvarar över. Hon har också varit med om att utbildad personal arbetar ensamma. Vad allt detta beror på och hur vanligt det är frågor som kunde tas upp i någon fortsatt forskning.

Allt tyder på att vårdpersonalen inte är nöjda med den mängd resurser de har i dagens läge. Om personalen känner sig tillräckliga och upplever att de har tid har de också mera motivation i sitt arbete. För att de äldre skall känna sig trygga och ha en säker vardag behöver personalen ha motivation. I efterhand önskar respondenten att hon funnit några tidigare forskning inom ämnet personalbrist för att hon i så fall skulle ha haft något att tolka dessa resultat mot.

Beställaren av detta arbete kunde ta sig an problemet med personalbristen och den inkompetenta personalen. Vårdpersonalen själv kom med förslaget att personal skall vara utbildad och kunna konsultera varandra. Konsultation bör ske mellan alla i vårdteamet. Det önskades även inskolning för ny personal och att rätt läkare skulle jobba på rätt plats.

Annat man kan ta fasta på enligt respondenten är läkemedelsadministrering och förvaring. Personalen själv föreslog låsta dörrar till läkemedelsskåpen och städskrubbar och detta är en enkel åtgärd för att göra de äldres vardag tryggare.

Alla grupper av vårdpersonal som lämnade information till detta examensarbete hade beskrivit att de äldre utsätts för en fallrisk. Därför kunde miljön som de äldre vistas i ses över. Det är viktigt att de äldres boende är anpassat för den som bor där. En viktig punkt som bör tas i beaktande vid anpassande av boende är etiken. Den människa vars boende anpassas får inte bli överkörd och bortglömd, utan skall i mån av möjlighet tas med i planerna.

Studiens resultat visar att de äldre utsätts för många risker och att vårdpersonalen som jobbar nära de äldre och ser deras dagliga liv har många idéer för hur de äldres vardag skulle bli säkrare och tryggare. För att göra de äldres vardag säkrare kunde beställaren av detta arbete ta vårdpersonalens förebyggande förslag i beaktande.

Litteraturförteckning

Davies, S. & Goodman Cripacc, C. (2008) Supporting quality improvement in care homes for older people: the contribution of primary care nurses. *Journal of Nursing Management*, 16, 115–120.

Denscombe, M. (2009) *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskapen*. Lund: Studentlitteratur.

Elovsson, M. & Boström, B. (2011). Sjuksköterskors upplevelse av smärtbehandling av äldre personer i kommunal hälso- och sjukvård. *Vård i Norden*, 31 (1),10-15.

Eklund, K., Dahlin-Ivanoff, S., Dunérfil, A., Gosman-Hedström, G., Gustafsson, H. & Wilhelmson, K. (2009) Bättre vård och omsorg för de äldre kräver samverkan och ansvariga rådgivare. *Läkartidningen*, 106 (48), 3273-3274.

Eriksson, K. (1993). *Vårdteknologi*. Stockholm: Liber.

Fagerström, L., Gustafson, Y., Jakobson, G., Johansson S. & Vartiainen P.(2011). Sense of security amongst people aged 65 and 75: external and inner sources of security. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1305-1316.

Friedrich, A. (2008). *Intervjumetodik, kvalitativa analyser och rapportering av kvalitativa undersökningar*. Uppsala Universitet. <http://web.comhem.se/u68426711/27/IntervjumetodKvalitativAnalys.pdf> (Hämtat: 1.2.2013).

Gunnarsson,R.(2009)*Vetenskapsteori*.<http://infovoice.se/fou/bok/10000025.shtml#Humanvetenskapensframvaxt> (Hämtat: 27.03.2013).

Inrikesministeriet. (2013) *Brandsäkerhet och förebyggande av olyckor*. http://www.intermin.fi/sv/sakerhet/brandsakerhet_och_forebyggande_av_olyckor (Hämtat: 20.2.2013).

Jacobsen, D. (2012). *Förståelse, beskrivning och förklaring – introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: B. Starrin & P. Svensson (red.), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Leikola, S., Dimitrow, M., Lyles, A., Pitkälä, K. & Airaksinen, M. (2011) Potentially Inappropriate Medication Use Among Finnish Non-Institutionalized People Aged >65 Years. *Drugs Aging* 28 (3), 227-236.

Mahler, M., Svensson, T. & Sarvimäki, A. (2011). The balance of life: Two case studies on falls and fall-prevention in older persons. *Vård i Norden*, 31 (1), 22-26.

Meredith, S., Feldman, P., Frey, D., Hall, K., Arnold, K., Brown, N. & Ray, W. (2001). Possible Medication Errors in Home Healthcare Patients. *J Am Geriatric Soc*, 49 (6), 719–724.

Moyer, V. (2012). Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 157 (3), 197 -204.

Norrback, D. (2013) *Risker på arbetsplatsen: - en kvalitativ studie inom hemvårdens arbetsmiljö*. Lärdomsprov för sjukskötarexamen. Yrkehögskolan Novia, Sektorn för hälsovård och det sociala området, Vasa.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen, Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Parsons, C., Alldred, D., Pharm D, L D. & Hughes, C (2011). Prescribing for older people in nursing homes: strategies to improve prescribing and medicines use in nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*, 6, 55-62.

Ruane, J. (2006). *A och O i samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Rundgren, Å. & Dehlin O. (1994). *Geriatrisk i öppen vård*. Lund: Studentlitteratur.

Salonen, T. (2013). *Säkerhetsarbete*. http://www.vaasa.fi/Pa_svenska/Offentliga_tjanster/Sakerhetsarbete (Hämtat 20.2.2013).

Segesten, K. (1994). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Segesten Förlag: Göteborg.

Skog, M. (2009). *Fallprevention*. <http://www.vardhandboken.se/Texter/Fallprevention/> (Hämtat: 10.12.2012).

Socialstyrelsen. (2011). *Säkerhetsfrämjande arbete för äldre*.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18306/2011-4-7.pdf>
(Hämtat: 10.12.2012).

Social- och Hälsovårdsministeriet. (2007). *Säker Läkemedelsbehandling*.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3913.pdf&title=Saker_lakemedelsbehandling_sv.pdf (Hämtat: 11.12.2012).

Social- och Hälsovårdsministeriet, Inrikesministeriet, Folkhälsoinstitutet, Räddningsbranschens centralorganisation i Finland, Finska försäkringsbolagens centralförbund & Centret för hälsofrämjande. (2004). *Trygg hemma på äldre dar, vad äldre personer och deras anhöriga behöver veta om hemolycksfall*.

Vetenskapsrådet. (u.å.) Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> (Hämtat: 20.12.2012).

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (2002). *God vård och omsorg för äldre, Handbok i kvalitet*. Stakes: Saarijärvi.



*SÄKERHET BLAND ÄLDRE – RISKER
OCH FÖREBYGGANDE*

GRUPPARBETE KL 13:50 – 14:50 (INKL. KAFFEPAUS), varefter grupperna presenterar sina svar för de andra grupperna!

- 1) Gruppens sammansättning (namn + enhet)

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | ----- |
| _____ | ----- |
| _____ | ----- |
| _____ | ----- |

- 2) Vilka risker/hot (t.ex. brandsäkerhet, olycksfall o.s.v.) anser ni att är de mest förekommande, som era kunder/klienter/patienter möter i vardagen?

(Redogör för 2 – 3 st.)

- 3) Hur anser ni att man kunde åtgärda/påverka ifrågavarande risker/hot?

| Tema | 1. Fall | 2. Läkemedel |
|--------------|---|--|
| Risk | <ul style="list-style-type: none"> • Mattor • Möbler • Går upp ur sängen ensam även om de skulle behöva hjälp • Dåliga skor • Trösklar • Trappor • Sjukdom • Dålig balans • Mediciner • Hala, dåliga golv • Främmande miljö | <ul style="list-style-type: none"> • Tar varandras mediciner • Fel administrations väg • Patienter är uppe går efter att de tagit sömnmedicin eftersom ingen övervakar dem |
| Förebyggande | <ul style="list-style-type: none"> • Har hjälpmedel och använder den • Bra skor • Halkfria golv • Rätt medicin på rätt tid • Behandla infektioner i tid • Nattpampa t.ex. på toaletten • Stort utrymme att röra sig på • Rehabilitering, aktiviteter • Minimera möbler i rummen • Halksockor • Höftskydd • Hjälms • Trygghetslarm • Alarmmattor • Ta bort trösklar • Bra belysning • Lugn miljö • Tillräckliga personalresurser • Alldagliga saker inom räckhåll • Ledstänger på väggar • Pott stol bredvid sängen • Magnetbälte • ”Placera” patienten framför ett bord så kommer denne inte upp så lätt | <ul style="list-style-type: none"> • Mera personal • Ha kansli, medicinrum, städskrubb och sköljrums dörrar låsta • Ge medicinerna direkt åt patienten, inte lämna dem på bordet • Ha kansli, medicinrum, städskrubb och sköljrums dörrar låsta • Mera personal |

| Tema | 3. Personal | 4. Boende |
|---------------|--|--|
| Risk | <ol style="list-style-type: none"> 1. Patienter rymmer och avlägsnar sig från avdelningen utan lov 2. Konflikter mellan patienter → Våld, kroppsskador, aggressivitet 3. Patienter hjälper varandra 4. Inkompetenta läkare och vårdare 5. Patienter kan få tag på föremål som kan skada dem 6. Personalbrist | <ol style="list-style-type: none"> 4. Boende <ul style="list-style-type: none"> • Dementa boende på fel ställe • Icke handikappanpassat boende • Stora avdelningar, många patienter • För varmt i patientrummen • Trånga avdelningar • Badkar • Dålig belysning |
| Före byggande | <ol style="list-style-type: none"> 1. <ul style="list-style-type: none"> • Låsta dörrar • Info till anhöriga att inte öppna dörren • Mer personal • Trygg utevistelse • Alarmarmband • Alarm på självöppnande dörrar • Dörralarm • Grindar till trapphusen • Kamera övervakning • Mer personal 2. <ul style="list-style-type: none"> • Mindre enheter • Mer personal • Mer sysselsättning • Hålla dem isär • Övervakning • Lugn miljö • Rätt medicinering • Utredning av orsaken till aggressiviteten • Mer personal 3. Mer personal 4. <ul style="list-style-type: none"> • Skolad personal • Konsultation • Inskolning för ny personal • Rätt läkare på rätt plats 5. Personalen måste komma ihåg att ta bort föremålen och hålla dörrar låsta 6. Mer personal | <ul style="list-style-type: none"> • Rätt patient på rätt avdelning • Mindre patienter/avdelning • Nya utrymmen som är anpassade åt äldre • Fungerande ventilation |

| Tema | 5. Hjälpmedel | 6. Brandsäkerhet | 7. Övrigt |
|----------------|--|--|--|
| Risk | <ul style="list-style-type: none"> • Söndriga • Vill inte ha • Glömmer dem | <ul style="list-style-type: none"> • Rökning inomhus • Vedeldning • Ljus • Patienter sätter på spisen • Patienter glömmer att stänga av spisen | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sväljningssvårigheter 2. Anhöriga ger fel mat 3. Anhöriga |
| Före bygga nde | <ul style="list-style-type: none"> • Motivera patienterna att använda dem • Ekonomin • Byte mellan avdelningar • Mera ansvar av de som reparerar • Enklare system • Nya hjälpmedel | <ul style="list-style-type: none"> • Timer på spis och andra elektriska apparater • Brandalarm • Trygghetstelefon • Plats för rökning • Säkringen till spisen av i elskåpet | <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. <ul style="list-style-type: none"> • Mosad kost • Tillsyn 3. Ev. besöksförbud åt anhöriga <p>Allmänt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fungerade ledning och förman som ser till att skolning genomförs och att enheten fungerar utan onödiga slitningar mellan personalen |