



UNIVERSITETET I
NORDLAND

MASTEROPPGAVE

Uheldige hendelser og sykepleieledelse

*Hva vet vi om omfang og omstendigheter rundt
fallhendelser hos eldre i hjemmetjenesten, og hvordan
ledere fokuserer på uheldige hendelser i egen sektor?*

Rita Solbakken

SYK 306 H Masteroppgave i klinisk sykepleie
Mai 2014



Masteroppgaven er i artikkelformat og består av tre deler:

1. Kappe

2. Populærvitenskapelig artikkel:

«Fallhendelser hos eldre i hjemmetjenesten i en norsk kommune- omfang og omstendigheter.»

Forfattere: Rita Solbakken og Terese Bondas.

Artikkelen er innsendt Nordisk tidsskrift for helseforskning,
- til vurdering for publisering 11.04.14 (vedlegg 9).

I denne fagartikkelen har jeg beskrevet funn fra kartlegging av fallhendelser i en kommune over en periode på tre måneder og 3 måneder. Den viser antall fall, omstendigheter og konsekvenser.

3. Vitenskapelig artikkel:

*«Uheldige hendelser i hjemmetjenesten
-mellomlederes forståelse av fagansvar ved fall.»*

Forfattere: Rita Solbakken og Terese Bondas

Artikkelen er innsendt Vård i Norden,
-til vurdering for publisering 23.04.14 (vedlegg 10).

Utgangspunktet for denne artikkelen var resultatene fra funnene presentert i fagartikkelen. Jeg har beskrevet hvordan mellomledere fokuserer på uheldige hendelser i egen sektor.

FORORD

Masterstudiet i klinisk sykepleie har vært en reise i til dels ukjent farvann. Det har vært et privilegium å kunne utforske nye områder innenfor sykepleien sammen med kunnskapsrike forelesere, veiledere og engasjerte medstudenter. Gjennom studiet har jeg fått stor respekt for arbeidsmengden og nøyaktigheten som forskning krever, men også fått vekket ny interesse og en dypere forståelse for sykepleierfaget.

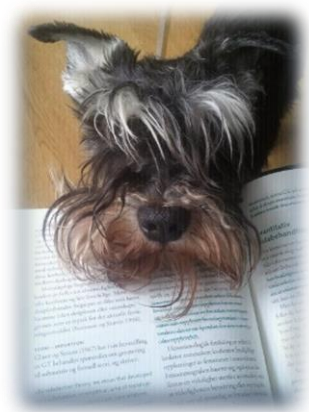
De foreløpige resultater fra fallstudiene ble presentert ved 17th International Nursing Research Conference, i Lleida, Spania- høsten 2013 (vedlegg 11).

En stor takk til min veileder Terese Bondas for alt du har lært meg om datainnsamling, analyse, artikkelskriving og innsikten du har gitt meg i denne ukjente forskerverdenen. For gode innspill, oppmuntring underveis i skriveprosessen og alltid rask tilbakemelding på mine henvendelser. Takknemlighet rettes også mot mine medstudenter i kull 11 for diskusjoner, gode faglige innspill i gruppeveiledninger og støtte underveis i disse tre årene vi har studert sammen.

Takk til «Utviklingscenter for hjemmetjenester i Nordland» og «Bo i Lofoten» som med sine stipend har bidratt til dekke noen utgifter jeg har hatt i forbindelse med studiet.

En stor takk mine to gode kollegaer ved Universitetet i Nordland, Solrun Holm og Berit M. Sjølie, som har oppmuntret meg til å ta fatt på masterstudiet, har stilt gode spørsmål underveis, delt av sin kunnskap, oppmuntret og hørt tålmodig på mine hjertesukk. Og til Marie Kristin Angelsen med sin kyndighet på Access.

Til slutt vil jeg takke mann og datter som i perioder har overtatt store deler av ansvaret hjemme slik at jeg har fått ro til å studere. Og til sist «Victor» som tålmodig har holdt meg med selskap fra sofaen på kontoret hjemme i lange timer, men også tatt ansvar og fått meg med ut på tur når han synes vi har vært i ro lenge nok.



Uheldige hendelser og sykepleieledelse

Hva vet vi om omfang og omstendigheter rundt fallhendelser hos eldre i hjemmetjenesten, og hvordan ledere fokuserer på uheldige hendelser i egen sektor?

Rita Solbakken

Sammendrag

Bakgrunn: Fall og fallhendelser er godt dokumentert i institusjoner for eldre, i sykehus og hos eldre hjemmeboende. Internasjonale studier viser at fallhendelser er den hyppigst forekommende uheldige hendelsen blant eldre i hjemmetjenesten. Det er ikke publisert nasjonale tall som viser omfang av fallhendelser hos eldre over 65 år som er hjemmeboende, mottakere av hjemmetjenester og trygghetsalarm. Det er begrensede studier gjennomført på hvordan ledere fokuserer på sammenhengen mellom uheldige hendelser og ledelse i hjemmetjenestekonteksten. Det teoretiske perspektivet utgjøres av Hendersons sykepleieteori og Bondas` teori om caritativ ledelse.

Hensikt: Å kartlegge omfang og omstendigheter rundt fallhendelser i hjemmetjenesten for deretter å bruke denne kunnskapen til å forstå og beskrive hvordan ledere i denne kommunen fokuserer på uheldige hendelser representert ved fallhendelser i egen kommune.

Metode: En case study design i to faser ble valgt med kombinert kvantitativ og kvalitativ metode. Studien har kartlagt antall fall registrert i dokumentasjonssystemet over en periode på tre måneder, og omstendighetene rundt fallhendelsene. Resultatene er presentert med deskriptiv statistikk. Disse resultatene ble brukt som bakteppe for ett fokusgruppeintervju med totalutvalget av mellomledere i samme kommune for å undersøke hvordan lederne fokuserer på sammenhengen mellom uheldige hendelser i egen sektor og ledelse. Intervjuet ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Til sammen 101 fallhendelser ble registrert, fordelt på 72 tjenestemottakere. 66% hadde ingen fysiske skade i forbindelse med fallet, mens 34% hadde skader som varierte fra skrubbsår til sykehusinnleggelse. Hos 24% er fallårsaken ukjent, for resten er det ikke noe spesielt som utpeker seg som fallårsak. Fra intervjuet framtrådte tre tema: 1. Hvordan få de ansatte til å blomstre - ledernes forståelse av ansattes kunnskap, 2. Vi brenner på dem- balanse

mellom krav og ivaretagelse av personalet og 3. Rapporten er gull verd - uheldige hendelser i egen avdeling. Hovedtemaet er: «Den marginaliserende sykepleieutviklingen hos ledelsen»

Konklusjon: Antall fall hos eldre tjenestemottakere av hjemmetjenester er stort og uten noen klart definert årsak. Studien gir ny kunnskap om omfanget av og omstendighetene rundt fallhendelser. Resultatet viser at det er viktig med avdelingslederne som har fokus på uheldige hendelser. Henderson vektlegger betydning av å hjelpe pasienten der han selv ikke har ressurser og se hans behov i forebyggende hensikt, for å unngå fall i hjemmet. I caritativ ledelsesteori er sammenhengen mellom omsorg og administrasjon den lidende pasienten. Hovedtanken er å tjene pasienten og økt fokus på forebygging og oppfølging av uheldige hendelser kan bidra til å hindre pasientens lidelse. Det innebærer en konsekvens for avdelingslederne og således har de et ansvar for å skape ett miljø i avdelingen som både bidrar til å legge premissene for, og å sette fokus på hvilken retning sykepleien skal ha og innholdet i sykepleien til pasientene.

Innhold

Forord	i
Sammendrag	ii
<u>1. Innledning</u>	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt, problemformulering og forskningsspørsmål	1
1.3 Begrepsavklaring	2
<u>2.0 Tidligere forskning</u>	3
2.1 Litteratursøk	3
2.3 Fall	3
2.4 Uheldige hendelser og ledelse:	6
<u>3.0 Teoretisk perspektiv</u>	6
3.1 Hendersons sykepleieteori	6
3.2 Den caritative ledelsesteorien	7
<u>4.0 Forskningsmetode</u>	10
4.1. Fase 1: Fall- kvantitativ metode	11
4.2 Fase 2: Uheldige hendelser og ledelse- kvalitativ metode	12
4.3 Ethiske overveielser	15
<u>5.0 Resultat</u>	15
5.1 Kartlegging av fallhendelser hos tjenestemottakere av trygghetsalarm og hjemmetjenester over 65 år	15
5.2 Hvordan fokuserer ledere på uheldige hendelser med bakgrunn i registrerte fallhendelser i egen sektor	19
<u>6.0 Diskusjon</u>	22
<u>7.0 Avslutning</u>	28
Litteratur	
Fagartikkel	
Vitenskapelig artikkel	
Vedlegg: 11	

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom mer enn 20 år som sykepleier, spesialsykepleier, leder og nå lærer for sykepleierstudenter, har jeg vært interessert og engasjert i kvalitetsforbedring av tjenestene til beste for pasientene. Enten ved at jeg har vært utøvende sykepleier, hatt lederansvar for tjenestene eller som nå tar del i utdanning av framtidens sykepleiere. Ved å følge sykepleierstudenter i praktiske studier, har jeg fått tatt del i deres refleksjoner. Fall med til dels alvorlige skader og med dødelig utfall gjorde sterkt inntrykk på studentene, og også på meg. Jeg fikk samtidig ett inntrykk av at fallhendelser hos eldre tjenestemottakere av hjemmetjenester forekom ofte. I samtaler med lederne ble det bekreftet. Fall ble registrert i dokumentasjonssystemet, men ingen av lederne jeg snakket med hadde oversikt over omfanget. Fall var «vanlig», og de hadde «mange» fallhendelser med alvorlige konsekvenser for pasientene. Litteratursøk viser at det ikke er publisert norske studier der omfang av fallhendelser i hjemmetjenestene er kartlagt.

Jeg opplever at samfunnets fokus på kvalitet i helsetjenestene har økt ved at pårørende og pasienter er mer bevisst hva de har krav på, og medias fokus på uønskede hendelser øker. Ledere av helsetjenestene blir i større grad stilt til ansvar når uheldige hendelser skjer. Min forståelse av lederansvaret er at ledere er i en posisjon der de må forsvare å forklare faglige valg og prioriteringer i egen enhet. De har stor innvirkning på hvilke holdninger og menneskesyn som skal prege avdelingen, hva som er faglig godt og hva som ikke er akseptabelt. Min forståelse er at ledernes syn i stor grad vil påvirke personalets håndtering av uønskede hendelser.

Å snakke om uheldige hendelser i egen enhet der de er ansvarlige er forskjellig fra å utale seg om uheldige hendelser på generelt grunnlag, fordi jeg tror det berører på en annen måte. Det har vekket min nysgjerrighet på omfanget av fallhendelser i hjemmetjenesten kombinert med å undersøke hvilket fokus sykepleieledere har på uønskede hendelser i tjenesten de er satt til å lede.

1.2 Hensikt, problemformulering og forskningsspørsmål

Hensikten er å kartlegge omfang og omstendigheter rundt fallhendelser i hjemmetjenesten for deretter å bruke denne kunnskapen til å forstå og beskrive hvordan ledere i denne kommunen fokuserer på uheldige hendelser representert ved fallhendelser i egen kommune.

Forskningsspørsmål:

1. Hva er omfanget av og omstendighetene rundt fallhendelser hos eldre tjenestemottakere av hjemmetjenester og trygghetsalarm i en middels stor norsk kommune?
2. Hvordan fokuserer mellomledere i hjemmetjenesten i denne kommunen på uheldige hendelser, representert ved fall, i egen enhet.

I første fase av studien ønsker jeg ved hjelp av kartlegging, å bidra med ny kunnskap om fall og fallhendelser hos eldre tjenestemottakere av hjemmetjenester og trygghetsalarm i en mellomstor norsk kommune. Denne kunnskapen vil danne bakteppe for andre fase- intervju av mellomlederne i den samme kommunen, for å undersøke hvordan de fokuserer sammenhengen mellom uheldige hendelser og ledelse.

1.3 Begrepsavklaring

Hjemmetjeneste

Den norske/nordiske hjemmetjenesten bygger på en modell der tjenesten er behovsprøvd, rettighetsbasert og er hjemlet i lov gjennom lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Lovdata, 2011). Finansieringen skjer over statsbudsjettet, og tjenesten er gratis for mottakeren. I andre land har en i større grad satset på en tradisjonell institusjonsomsorg og spesialisthelsetjeneste, mens humanitære organisasjoner, frivillige og familie til de hjemmeboende gjør en stor innsats (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008). Internasjonale studier gjort i hjemmetjenesten vil derfor ikke være direkte overførbare til norske forhold.

Uønsket hendelse

En uønsket hendelse defineres som en hendelse som fører til skade eller risiko for skade på en pasient (Helse-og omsorgsministeren, 2011).

Fall

I studien ble WHO`s definisjon valgt:

“A fall is defined as an event which results in a person coming to rest inadvertently on the ground or floor or other lower level. Fall-related injuries may be fatal or non-fatal though most are non-fatal” (WHO, 2012).

Fallhendelser, med og uten fysisk skade, ble dokumentert og inkludert i studien. Jeg antok at det ofte er tilfeldigheter som avgjør om det blir skade som følge av et fall eller ikke. Psykiske

skader er vanlige som følge av fall (Stenhagen, Ekström, Nordell, & Elmståhl, 2014). De er ikke mindre viktig, men vil kreve en egen studie.

Ledelse

Ledelse knyttes til å la noe som beveger seg, få en viss vei eller retning. Lede er også knyttet til å bringe, føre (samtale, tanke) inn på en ny bane, lede ved påvirkning føre i en tilstand, til en handling eller resultat. Lede er å stå i spissen for, være først eller foran (Norsk riksmålsordbok, 1937). Et lederskap kan være formelt, eller uformelt dvs. ikke en sjefsstilling. Management utøves av en formelt utnevnt leder som innehar en administrasjonsstilling. I studien er det de formelt utnevnte sjefenes både lederskap og management som er i fokus når falloppfølging og sykepleieutvikling undersøkes. Informantene er mellomledere, dvs. lederen nærmest personalet og tjenestemottakerne.

2.0 Tidligere forskning

2.1 Litteratursøk

For å finne materiale til artiklene og kappen har jeg søkt etter relevant vitenskapelig materiale siden høsten 2011. I hovedsak er det PubMed, Cochrane, SveMed+ og søk i Helsebiblioteket jeg har brukt. Ved å søke opp og lese artiklene har jeg igjen funnet interessante artikler i deres referanselister og deretter søkt dem opp. Bibliotekaren vært til god hjelp.

Søkene har vært systematiske med norske og engelske søkeord i forskjellige kombinasjoner. Først ble søkene delt; søkeord med fokus på fall: fall, adverse events, homecare, elderly, community healthcare. Søkeord med fokus på uheldige hendelser og ledelse: home care, community healthcare, patient safety, nursing managers/leaders, caring administration. Jeg har ikke lyktes å finne norske artikler på omfang av fallhendelser i hjemmetjenesten eller hvordan ledere i hjemmetjenesten ser på uheldige hendelser. I lesematrisen har jeg kort beskrevet de artiklene som er sentrale i masteroppgaven (vedlegg 2).

2.3 Fall

Den spesielle hjemmetjenesten

Fra 2010 vil antallet i Norge (over 67 år) øke med gjennomsnittlig 13.000 pr. år.

Utfordringene for omsorgstjenestene vil bli store fordi økningen av antallet eldre over 80 år vil være betydelig (Statistisk sentralbyrå, 1999). Med innføring av samhandlingsreformen er de nasjonale føringene at flest mulig skal bo lengst mulig i egen bolig. Helsehjelp skal i større grad ytes i eget hjem. Hjemmetjenestene er derfor en sektor i vekst og som antas å fortsette å øke. Som følge av dette vil hjemmetjenesten i større grad gi tjenester til mottakere er sykere

og som tidligere ville vært innlagt i institusjon. I Norge er det kommunene som er ansvarlige for å tilby hjemmetjenester, og defineres derfor under primærhelsetjenestene.

Internasjonal forskning på forekomst av fall hos eldre

Når en skal søke kunnskap fra forskning som er gjennomført i hjemmetjenesten, vil utenlandske-, og norske studier ikke være direkte sammenlignbare siden oppbygningen av hjemmetjenester er så forskjellig fra land til land. Det har derfor vært nødvendig å se til studier som både omfatter hjemmeboende eldre, samt til studier som er gjennomført i institusjon for å få mer bakgrunnskunnskap om fenomenet fallhendelser.

Fall og fallhendelser er ett veldokumentert fenomen. Internasjonale studier viser at fallhendelser er størst i omfang av de uheldige hendelsene som skjer i hjemmetjenesten (Harrison et al., 2013, Meyer et al 2010; O'Loughlin, Robitaille, Boivin, & Suissa 1993; Stenhagen et al., 2014). Det utgjør et stort helseproblem for eldre mennesker ved at én av tre personer over 65 år, og som bor i eget hjem, har ett eller flere fall i løpet av ett år (O'Loughlin et al., 1993). I Norge er det gjennomført studier med fokus på fall hos hjemmeboende eldre generelt, men ingen publiserte studier på tjenestemottakere av hjemmetjenester spesielt. I Sverige derimot er dette gjort. De fant at 20% har minst ett fall i løpet av ett år. Studien viser også at antall fall øker med omfanget av tildelte tjenester (Vikman et al., 2009).

Nasjonale forskning på forekomst av fall hos eldre hjemmeboende

I norske undersøkelser faller 30% av hjemmeboende personer over 65 år hvert år.

Fallhyppigheten øker etter 75 års alder (Folkehelseinstituttet, 2012). Namdalsundersøkelsen registrerte fallhendelser i Midt-Norge og hadde i løpet 19 måneder registrert til sammen 1221 fall. I deres studie er hjemmeboende eldre (med og uten hjemmetjenester) og personer innlagt i institusjon inkludert (Kjølstad, Pettersen, & Tvette, 2009). Antakelsen fra tidligere studier og egen erfaring, er at eldre personer med tildelte hjemmetjenester er annerledes sammensatt enn den øvrige eldre, hjemmeboende befolkningen og derfor er i større fare for fallhendelser. Det behøves nærmere undersøkelse av denne spesifikke delen av populasjonen (Berland, Gundersen, & Bentsen, 2012; Meyer et al., 2010; O'Loughlin et al., 1993; Vikman et al., 2009).

Risiko og konsekvenser

Fallrisiko øker dersom personen har hatt tidligere fall, ved økt alder, kroniske lidelser og medikamentbruk (Pettersen, 2002). Et fall kan være en dramatisk hendelse i den eldres liv, og kan medføre fysisk skade. Lårhalsbrudd er den vanligste alvorlige, fysiske skaden hos de som faller (Pickett, Hartling, & Brison, 1997). Lårhalsbrudd vil ha økonomiske konsekvenser for

samfunnet. Det har ikke vært mulig å finne nyere norske studier som viser kostnadene knyttet til lårhalsbrudd, men beregninger fra Høgskolen i Harstad viser at et lårhalsbrudd koster samfunnet 167.000 kroner i gjennomsnitt, inkludert sykehuskostnader og produksjonstap. Hvert år der det mellom 7000 og 9000 lårhalsbrudd i Norge og samlet utgjør dette en kostnad på 1,1-1,5 milliarder kroner (Bergland & Gressne, 2013). Mellom 10 og 20% av alle som pådrar seg lårhalsbrudd i forbindelse med fall dør innen ett år. 25% må ha sykehjemsplass. Eldre, hjemmeboende har høyere risiko for død dersom de har ett eller flere fall. Dødeligheten øker med 57 % for eldre som faller to eller flere ganger i løpet av ett år, viser en studie som har undersøkt 300 hjemmeboende kvinner i alderen 75-93 år. For de som hadde falt to ganger eller mer, var dødsrisikoen 1,6 ganger høyere enn hos de som ikke hadde falt. Dersom en hadde fanget opp disse kvinnene etter første fallet og iverksatt tiltak, kunne dødsrisikoen vært redusert kraftig (Kjølstad et al., 2009; Sylliaas, Idland, Sandvik, Forsen, & Bergland, 2009). Falltendensen viser seg å være likt fordelt mellom kjønnene, men det er flest kvinner som får bruddskader etter fall (Clyburn & Heydemann, 2011).

Fall har stor betydning for helsen og livskvaliteten for tjenestemottakeren ved at han er mindre aktiv og uavhengig som følge av frykt for nye fall (Harrison et al., 2013; Masotti, McColl, & Green, 2010; Vikman et al., 2009) Utrygghet, angst og depresjon kan være en følge av en fallhendelse. Angst for å bevege seg i hjemmet kan videre føre til at personen begrenser aktivitetsnivået. Ved mindre fysisk aktivitet sees muskelsvakhet, redusert balanse og økt risiko for fall (Clyburn & Heydemann, 2011; Sylliaas et al., 2009). Disse omstendighetene kan bidra til at den eldre får en redusert livskvalitet. En studie som har undersøkt langtidseffekten av fall, viser signifikant lavere score på opplevd helsereelatert livskvalitet (HRQoL) og livstilfredshet (LS) enn de som ikke har hatt fall, etter seks år (Stenhagen et al., 2014).

Fall hos mottakere av hjemmetjenester har også vist seg å øke pårørendes omsorgsbyrd som ett resultat av at den eldre trenger mer fysisk hjelp etter et fall, økt bekymring for den eldres velferd eller redusert tillitt til den eldres evne til å ivareta seg selv. Dersom effektiv fallforebygging blir iverksatt for personer med risiko for fall, er det et potensiale for å bedre helse og livskvalitet for både den eldre og pårørende (Meyer et al., 2010).

2.4 Uheldige hendelser og ledelse

Uheldige hendelser og pasientsikkerhet i hjemmetjenestene

Til tross for kunnskap om at uheldige hendelser skjer innenfor alle områder av helsetjenestene har forskningen i stor grad konsentrert seg om pasienter i institusjon. Mange av de samme risikofaktorene finnes i institusjon og hjemmetjeneste, men konteksten er vesentlig forskjellig. Det kreves ofte andre løsninger for pasienter som bor hjemme, blant annet ved at personalet ikke er tilstede hele døgnet. Hjemmetjenester har en mindre strukturert form enn institusjoner. Det utgjør en risiko for at uheldige hendelser kan være vanskelig å fange opp (Masotti et al., 2010). Ved at hjemmetjenestene i framtiden vil være en større del av helsetjenesten krever det en større forståelse for hjemmetjenesten spesielle kontekst i forhold til uønskede hendelser (Harrison et al., 2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009; Masotti et al., 2010).

Fokus på pasientsikkerhet og uheldige hendelser er økende i samfunnet med formål å gi bedre helsetjenester. Likevel viser en studie at sykepleiere i hjemmetjenesten mener helsepersonellet er mer opptatt av å behandle fall enn å forebygge dem. De fokuserer sjelden på fall før de hadde skjedd. Pasientens autonomi går foran sikkerheten (Berland, Gundersen, & Bentsen, 2012).

Måten rekruttering til lederstilling skjer på, kan påvirke utøvelsen av ledelse og hvilket fokus de har (Bondas, 2006). I litteratursøk finner jeg ikke artikler som omhandler uheldige hendelser og ledelse som kan relateres til hjemmetjenesten.

3.0 Teoretisk perspektiv

Hendersons sykepleieteori og den caritative ledelsesteorien utviklet av Bondas (2003, 2008) med flere har til felles at de tar utgangspunkt i sykepleien til pasienten og setter den lidende pasienten i sentrum for sykepleien. Det danner utgangspunkt for mitt teoretiske ståsted i denne studien.

3.1 Hendersons sykepleieteori

Virginia Henderson beskriver sykepleie som et eget fagområde og definerer sykepleie slik:

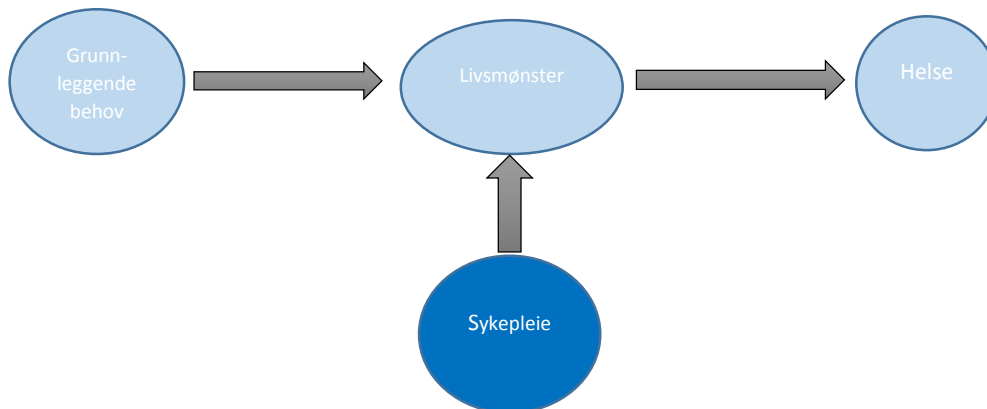
«Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig» (Kirkevold, 1998).

Hendersons sykepleieteori tar utgangspunkt i Nightingale og det som tradisjonelt har vært sykepleierens oppgave- å ivareta pasientens fysiske behov. Hun fører hennes tenkning videre, men hun henter også inn elementer fra andre vitenskaper (ibid). Henderson beskriver de grunnleggende gjøremålene for sykepleieren med ivaretagelse av pasientens fysiske, psykososiale og åndelige behov. Sjel og legeme er uatskillelig, og hun beskriver sykepleie til både fysisk- og psykisk syke pasienter. Målet for sykepleieren er å hjelpe pasienten tilbake til selvstendighet så raskt som mulig, eller til en fredfull død- dersom døden er uunngåelig (ibid).

Hendersons hovedtese er:

«Sykepleie må utledes av de grunnleggende menneskelige behov. Sykepleieren har ansvar for, og er best skikket til, å hjelpe pasienten med å oppfylle disse behovene når han selv ikke er i stand til det» (ibid).

Sammenhengen mellom hovedelementene i Hendersons teori kan iflg. Kirkevold (2009) vises slik, figur 1:



Henderson har hatt synspunkter på sykepleieleidelse. For mer enn 20 år siden skrev hun om den historiske bakgrunnen for å undertrykke sykepleie i sykepleieleidelse, og har gitt anbefalinger om at sykepleiere har en deltakende rolle i administrasjon som fortsatt har gyldighet i dag (Henderson, 1980).

3.2 Den caritative ledelsesteorien

Den caritative ledelsesteorien har sitt utspring i Katie Erikssons caritative omsorgsteori. Eriksson tar utgangspunkt i omsorgs (caritas) begrepet som ett grunnleggende begrep innen sykepleie. Det er tre begreper som er essensielle: mennesket, helse og omsorg. I den senere tid har hun også tatt med lidelsesbegrepet (Kirkevold, 2009). Eriksson bruker det svenske ordet «vård». Kirkevold (2009) sier at ordet «vård» i det svenske språket ikke helt uproblematisk

kan oversettes til noe godt norsk ord, men i noen tilfeller kan det brukes synonymt med pleie, omsorg og praktisk anvendt sykepleie. Jeg vil derfor bruke ordet «vård» videre i teksten der jeg ikke finner norske oversettelsene dekkende.

Bondas m.fl. har utviklet den caritative ledelsesteorien som har fått sitt navn etter motivet som er kjærlighet til mennesket og barmhjertighet. Hovedtanken er å tjene pasienten. Det er en ledelsesteori som har utviklet seg innenfor «vård» - vitenskap. Grunntanken er at lederskapet skal fungere som organisasjonens etiske samvittighet, og som igjen skal hjelpe organisasjonen til å holde fokus på hovedoppgaven for sykepleien: å lindre pasientens lidelse, hjelpe pasienten til å gjenvinne helse og beskytte menneskets verdighet gjennom sykepleie av høy kvalitet. Lederskapet skal fungere som organisasjonens samvittighet og skal hjelpe til å holde fokus på hovedoppgaven som er å kjærligheten til pasienten og å ville den andre vel. Uten lederne med en klar visjon om hva omsorgen som gis til pasientene skal innebære, vil det være en risiko for at fokuset på- å tjene pasienten- blir borte i en hektisk hverdag. En annen grunnverdi i det caritative lederskapet er tanken om en livsverden der sykepleieren skal se og forstå det unike og opplevende mennesket som skal tas på alvor og der pasientens verdighet er absolutt. Sammenhengen mellom omsorg og administrasjon er den lidende pasienten. Det innebærer konsekvenser for ledelse. Lederne er ansvarlige for å skape ett miljø i avdelingen som både bidrar til å legge premisser for, angi retninge og innhold i sykepleien som ytes til pasientene (Bondas, 2003, 2008).

New Public Management (NPM) er ett begrep som brukes om en reformbølge som startet på 1980 –tallet, og hadde til hensikt å ta i bruk styringsprinsipper fra privat sektor for å effektivisere offentlig sektor. Denne utviklingen fremmer en ledelse med fokus på resultater, konkurranse og kostnadseffektivitet. Det samfunnet som sykepleie skal utøves i har endret seg. Det viser seg gjennom reduserte økonomiske ressurser og et økt fokus på økonomiske besparelser. Sykepleieleidelse og forskning innenfor sykepleieleidelse har støttet seg til teorier utviklet i ledelsesvitenskap der disse idealene er fremtredende, og ikke i tilknytning til pasienten og sykepleie. Caritativ ledelsesteori vil i så måte stå i motsetning til denne type «hardere» ledelsesteorier (ibid).

Modellen består av fem hovedteser for helseledelse:

1.«Mennesket sees på som en enhet bestående kropp, sjel og ånd, og er avledet fra Erikssons teori om caritativ omsorg. Mennesket er sårbart, moralsk og beveger seg mellom passivitet og

aktivitet, ensomhet og fellesskap. Menneskets vekst kan hindres eller gjøres vanskelig gjennom krenkende rutiner i organisasjonskulturen.

2. Caritasmotivet er uegoistisk og er et varig utgangspunkt for sykepleie når det er koblet til ledelse og administrasjon, og er synlig i pleie og omsorg for pasienten. Caritasmotivet utgår fra idealene om omsorg for, og kjærligheten til mennesket samt barmhjertighet. Det kan vekke et ønske om, og et ansvar for omsorg til pasienten. Helseadministrasjon er rettet mot å fremme en organisasjonskultur med et etos av caritas. Det vil være synlig gjennom ritualer, språk og væremåte i pasientpleien. I personalledelsen vil det vise seg gjennom symboler, tradisjoner, utvikling og utdanning. Caritasmotivet kan utstråle styrke i hele kulturen og gi helseledelse økt betydning i samfunnet.

3. Verdighet i helseledelse betyr å verdsette det unike hos hver enkelt ansatt og hans eller hennes potensiale for å tjene pasienten. De ansattes verdighet som unike mennesker og deres kompetanse blir verdsatt. Hele kulturen og lederen som rollemodell bærer ansvaret for det som foregår i organisasjonen, spesielt i pasientomsorgen, men også i alle møter mellom mennesker. Det tolereres ikke krenkelse av menneskers verdighet og lederen inngriper mot krenkelser. Krenkelsene kan bestå av dårlig eller manglende pasientpleie, nonchalance eller provokasjoner.

4. Betydningen av menneskers helse, lidelse, omsorg og verdighet kan være vanskelig å måle. Effektiviteten i helsevesenet kan måles i forhold til funksjon. Det finnes fenomener i helsevesenet som ikke kan måles og disse anerkjennes av helseledelsen. Lederen gjør det mulig for pasienten, pårørende og ansatte å beskrive sine erfaringer og fortelle sine historier når målinger ikke er relevante. Denne kunnskapen brukes av lederen i beslutningsprosesser og organisering knyttet til evaluering og endringer. Eksisterende konflikter sees og diskuteres. Endringer kan begynne når som helst, men vil ikke vare dersom grunnivået av antakelser står urørt.

5. Å tjene pasienten er implementert i ledelse som utgår fra caritas-motivet. Det caritative lederskapet i helseledelse består i å utvikle, guide, planlegge organisere, rapportere, dirigere, bemanning, budsjettering, koordinering, beslutningstaking og evaluering. Forholdet mellom lederen og de ansatte bygger på, og er motivert av den samme interesse: å tjene pasienten. Relasjonene utvikles i en kultur av tilgjengelighet, åpenhet og gjestfrihet. Hierarkiet i organisasjonen bygger på kunnskap og forståelse der lederen er rollemodell for etikk og omsorg. Det caritative lederskapet speiler etiske verdier av menneskelig verdighet og ett felles

verdigrunnlag og antakelser. Å vise omsorg er et ønske om handling som utgår fra lederens grunnleggende holdning til hans eller hennes oppgave og et ansvar for mennesket og kulturen. Det krever både mildhet og styrke til modig å krysse grenser. Lederens tydelighet, rettferdighet og ærlighet utvikler tillit i organisasjonskulturen. Lederen trenger kunnskap om språkets betydning, dialog og gode relasjoner med en evne til å overføre betydningen av omsorg til pleiekulturen. Kunnskap uten nestekjærlighet som viser seg i gjensidig respons, toleranse og respekt for personen. Det er et lederansvar å gi rom for refleksjon og ideer slik at et indre ønske og visjoner om en mer omsorgsfull kultur kan bli realisert»

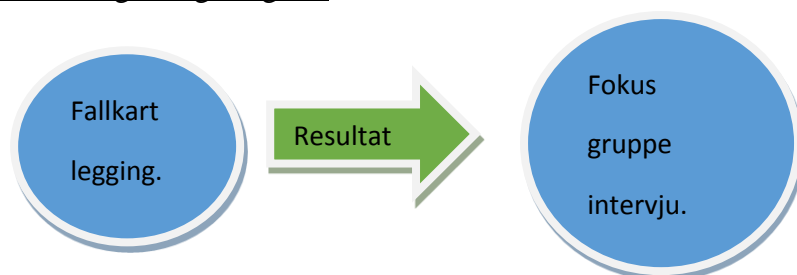
(Bondas, 2003) -egen oversettelse.

Bondas (2003, 2008, 2010) sier at lederskapet har betydning for utvikling av pleiekulturen i avdelingen. Et utydelig lederskap kan medføre at pleiekulturen utvikler seg i en retning som oppleves som urettferdig og krenkende. Det caritative lederskapet utvikler pleien gjennom å ivareta alle områdene innenfor ledelse (som også har fokus på den administrative og praktiske driften) på en slik måte at personalet har mulighet for utvikling og at krenkelse av pasientene forebygges. Å bruke den til enhver tid beste tilgjengelig evidens til å utvikle sykepleien støttes ved caritativt lederskap. Lederen skal sammen med personalet utvikle en «vårdande» kultur med fokus på å tjene pasienten, fremmer helse og hindre lidelse (Bondas, 2010).

4.0 Forskningsmetode

Konteksten for studien er den kommunale hjemmetjenesten i en mellomstor norsk kommune. Forskerspørsmålet avgjør valg av metode (Hofoss, 2010; Kvale & Brinkmann, 2010; Malterud, 2011). Polit, Hungler, & Beck, (2001) beskriver en case- study slik: «A case-study is a research method involving thorough, in depth analysis of an individual, group, institution or other social unit» (s.496). Et case-study- design ble valgt med utgangspunkt i en situasjon i kommunen for deretter å kunne gå i dybden på fenomenet.

Forskningsdesign, figur 2:



Jeg valgte å kombinere kvantitativ- og kvalitativ metode for å belyse forskningsspørsmålet best mulig i denne to-fase studien. Fase 1 er kartlegging av fallhendelser gjort med kvantitativ metode der resultatene er brukt videre i fase 2 til å undersøke ledernes fokus på uheldige

hendelser ved hjelp av kvalitativ metode, se figur 2. Å se en sak fra flere sider tilfører kunnskapen flere dimensjoner. Ved å kombinere ulike metoder vil en kunne utvikle bredere kunnskap. Kvantitative metoder kan si noe om omfang, mens kvalitative metoder gir kunnskap når en ønsker å forstå fenomener (Hofoss, 2010).

4.1. Fall- kvantitativ metode

Når hensikten med en studie er å søke kunnskap «hvor mange», data som lar seg måle der formålet er å tallfeste, er et kvantitativt, observerende design best egnet. Studien er gjort som en kvantitativ, deskriptiv, retrospektiv undersøkelse. Denne metoden ser på en gruppe mennesker på ett bestemt tidspunkt og måler en rekke variabler, uten mulighet for å påvirke deltakerne (Hofoss, 2010; Polit et al., 2001). Datasamling var tenkt gjennomført ved å hente ut data fra eksisterende sykepleiedokumentasjon. Slik ansatte dokumenterte i dokumentasjonssystemet kommunen hadde pr. dato, var det ikke mulig. Lederne ba om hjelp til å utvikle et verktøy som kunne inngå som en del av det ordinære dokumentasjonssystemet. Skjemaet fra Namdalsundersøkelsen (Kjølstad, Pettersen, & Tvete, 2009) ble valgt og omarbeidet med forfatterens tillatelse (vedlegg 4). I omarbeidelsen tok jeg inn observasjoner og målinger som litteraturen viser er sentrale i forbindelse med fallhendelser.

Alle ansatte i hjemmetjenesten fikk tilbud om et to-timers kurs om fall, dokumentasjon og innføring i bruken av det nye dokumentasjonsarket. Denne måten å forske på ligger tett opp til aksjonsforskning uten at det var tilsiktet ved studiens oppstart, men likevel nødvendig for å få fram data. Aksjonsforskning er en metode der en arbeider for endringer samtidig som en bruker prosessen til å lære og å utvikle mer kunnskap. Metoden brukes til utvikling og implementering tiltak eller intervensjoner (Malterud, 2011).

Utvalg

Utvalget besto av alle over 65 år med vedtak på hjemmetjenester (n=373) og trygghetsalarm (n=67) i kommunen. Til sammen 440 personer ble inkludert i studien. Ikke alle med trygghetsalarm har hjemmetjenester. Ved å utløse alarmen går henvendelsen i undersøkelseskommunen til alarmsentralen som betjenes av ansatte i hjemmetjenesten. De er derfor potensielle brukere av hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten består av fem ulike geografiske sektorer, der alle deltok i studien.

Eksklusjonskriterier

Tjenestemottakere < 65 år. «Tjenesten for funksjonshemmede» og «Rus og psykiatri-tjenesten» ivaretas henholdsvis på heldøgns basis og på ettermiddag, helg og høytid av hjemmetjenesten. Disse er grunnet studiens omfang ikke inkludert.

Datasamling

En kontaktperson i hver sektor var ansvarlig for å skrive ut, anonymisere og legge dokumentasjonsskjemaene i en lukket konvolutt som jeg hentet hver fredag på sektorkontoret. Datasamlingsperioden var 3 måneder, februar-april 2013.

Analyse

Dataene ble lagt inn i dataprogrammet Access 2007. Autofilter ble brukt for å systematisere data.

4.2 Uheldige hendelser og ledelse- kvalitativ metode

Fallkartleggingen ble brukt som bakteppe for å få dybdekunnskap om hvordan lederne i hjemmetjenesten fokuserte på uønskede hendelser, representert ved fallhendelser i egen sektor. Kvalitative metoder brukes der en søker kunnskap om menneskelige egenskaper, erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger. Når formålet er å beskrive og analysere karaktertrekk, egenskaper, eller kvaliteter for å forstå fenomenet egner en kvantitativ studie seg best. Kvalitative metoder bidrar til å presentere mangfold og nyanser. Målet er å finne meningsinnholdet ved ett fenomen som ikke lar seg tallfeste (Halkier, 2010; Hofoss, 2010; Malterud, 2011).

Utvalg

Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra en målsetting om at de har et best mulig potensiale for å si noe om den problemstillingen som ønskes belyst. Ved et homogent utvalg vil felles erfaringsbakgrunn kunne vektlegges. Felles erfaringer og opplevelser kan bidra til at gruppen kan utdype hverandres perspektiver (Halkier, 2010; Malterud, 2011). I studien deltok mellomlederne fra alle sektorene dvs. et totalutvalg av mellomledere for hjemmetjenesten i kommunen. Fire av fem informanter var sykepleiere, mens den femte var sykepleierstudent. Begge kjønn var representert med fire kvinnelige-, og en mannlig leder.

Tabell 1:

	Minimum	Maximum	Gjennomsnitt
Alder	34 år	54 år	43,4 år
Sykepleieerfaring	0 år	25 år	12,25 år
Lederfaring i hj.tj.	0,5 år	22 år	8 år

Ingen hadde faglige videreutdanninger, videreutdanning innenfor administrasjon eller ledelse. To av lederne hadde deltatt på kurs arrangert av arbeidsgiver med ulik varighet, men som ikke har gitt formell kompetanse.

Datainnsamling

I en fokusgruppe er det intervjueren som bestemmer tema og data produseres gjennom samhandling i en gruppe der tema er bestemt av forskeren. Fokusgrupper er spesielt egnet til å produsere data om innholdsmessig forståelse (som her ved en rapport om fall i egen sektor), og vurderinger som ellers er taus og tas for gitt. Felles erfaringsgrunnlag kan vektlegges ved homogent sammensatte fokusgrupper. Styrken til fokusgrupper er nettopp at samspillet i gruppen, deres evne til å produsere konsentrerte data om ett bestemt fenomen eller emne og at deltakerne kommenterer hverandres erfaringer ut fra en kontekst (Halkier, 2010; Malterud, 2011). I studien ble det gjennomført kun ett fokusgruppeintervju fordi jeg ønsket å få dybdekunnskap om hvordan ledere med resultatansvar, og som var «eiere» av funnene fra fallstudiet, fokuserte på uheldige hendelser ved sektoren som de har faglig ansvar for.

Mellomlederne som deltok i studien var informert om at når datasamlingen på fall var gjennomført og beskrevet, skulle de få tilgang til dem i form av en rapport som skulle danne bakteppe for fokusgruppeintervjuet. Invitasjon til fokusgruppeintervju fikk de sammen med rapporten ca. to uker før intervjuet skulle gjennomføres. Intervjuet ble planlagt og gjennomført som beskrevet av Halkier (2010), ledet av meg (moderator) og semistrukturert med en intervjuguide med åpne spørsmål for å sikre svar på forskningsspørsmålet (vedlegg7). Moderators oppgave er å legge til rette for diskusjoner ved å skape en velvillig og åpen atmosfære med rom for å utveksle personlige og motstridende meninger på emnet. Det er også å være en profesjonell lytter, stille spørsmål på en måte som balanserer mellom nærhet og distanse, få deltakerne til å snakke sammen, håndtere den sosiale dynamikken samt å sørge for at fokusgruppen dekker relevante emner i studien (Halkier, 2010; Kvale & Brinkmann, 2010). Som uerfaren moderator hadde jeg med en erfaren forskerkollega. Hennes oppgave var å observere og ta notater om samspillet i gruppa. Hun ivaretok det tekniske med lydbåndopptak og hjalp meg å holde tiden slik at jeg kunne ha fullt fokus på informantene. Vi avtalte også at hun kunne komme med skriftlige innspill underveis til moderator dersom noe ble avglemt eller burde følges opp.

Halkier (2010) anbefaler at en gjør seg tanker om hvor fokusgruppeintervjuet skal gjennomføres fordi valg av lokale kan påvirke informantene. Intervjuet ble derfor lagt ett

nøytralt sted- ett grupperom på rådhuset der vi kunne være uforstyrret. Alle fem mellomlederne ønsket å delta i intervjuet som ble gjennomført i arbeidstiden. Varighet ca. 90 minutter. Før- og etter intervjuet var det uformelle samtaler mellom moderator, ass. moderator og informanter.

Analyse av fokusgruppeintervju

Jeg valgte å gjøre transkriberingen selv for å sikre validiteten av analysematerialet.

Oversettelsen fra tale til tekst alltid vil innebære filtrering der meninger forvrenges eller går tapt underveis (Malterud, 2011). Noen av uttrykkene som brukes i talen lar seg ikke oversette til bokmål uten at meningen går tapt. Transkriberingen ble gjort mest mulig på dialekt og utgjorde 14 A4 sider transkribert tekst.

Kvalitative forskningsmetoder er virkemidler for utvikling av kunnskap om kvaliteter egenskaper og karaktertrekk ved ulike fenomener. Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert fortolket og sammenfattet. En må alltid være bevisst på at teksten kan inneholde ulike meninger, og at det alltid vil være noen grad av tolkning når man møter teksten. Innholdsanalyse analyse er egnet dersom en ønsker en større grad av beskrivelse av teksten og mindre grad av tolkning (Graneheim & Lundman, 2004; Malterud, 2011; Vaismoradi, Turunen, & Bondas, 2013). Jeg valgte å holde meg tett opp til teksten. Før analysen lyttet jeg gjennom lydbåndet på nytt flere ganger og leste gjennom den transkriberte teksten på nytt. Neste skritt var å finne fram til de meningsbærende enhetene, kondensere og kode disse. Jeg klippet ut de meningsbærende enhetene fra transkriberingsteksten og opprettet ett nytt dataark, som jeg limte de inn i. Meningsbærende enheter er ord, setninger eller tegn som inneholder aspekter som hører sammen gjennom innhold eller kontekst. De meningsbærende enhetene ble kondensert, som er en prosess som forkorter setninger uten at innholdet går tapt (ibid). Deretter ga jeg hver kondenserte meningsenhet en kode. Analysen er induktiv dvs. det var dette informantene snakket om. Kodene ble først sortert i fem ulike kategorier ut fra forskningsspørsmålene: 1. Veien inn til ledelse. 2. Ledelse og fag. 3. Ledelsesutfordringer. 4. Ansattes kunnskap 5. Dokumentasjon.

Kodene ble plassert i undergrupper, videre gransket og abstrahert. Dette var ingen lineær prosess, jeg bevegde meg hele tiden mellom å se på delene og hele teksten for å forstå dens mening, ofte beskrevet som den hermeneutiske sirkel (Kvale & Brinkmann, 2010).

Jeg arbeidet bare på datamaskinen, med ulike dataark og fargekoder for lettere å se hva som hørte sammen. Dataskjermen hadde oppe flere dokumentene samtidig og jeg følte at det ga

god oversikt. Gjennom hele transkriberings- og analyse fasen noterte jeg ned tanker og refleksjoner.

4.3 Etiske overveielser

Det er søkt Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste/ NSD (prosjektnr: 32207) om tillatelse til å gjennomføre denne studien (vedlegg 1). Studien er ikke meldepliktig til regional etisk komité/REK. Datamaterialet er anonymisert i henhold til Helsinkideklarasjonens regler (WMA, 2013). Kommunens enhetsleder har gitt tillatelse til studien (vedlegg 3).

Personvernombudet var orientert om innhenting av anonymiserte data om fall, fra dokumentasjonssystemet. Data kan på ingen måte spores tilbake til pasienten.

Informantene til fokusgruppeintervjuet ble gitt skriftlig og muntlig informasjon, og ga sitt samtykke ved signering av samtykkeerklæring (vedlegg 8). De fikk informasjon om at de når som helst, og uten begrunnelse kunne trekke seg fra studien. Alle data benyttet i studien ble anonymisert, behandlet konfidensielt og oppbevart innelåst. Lydbånd ble slettet etter transkribering.

5.0 Resultat

I dette kapittelet presenteres funn fra 1. fase av studien- beskrevet i fagartikkelen, og som danner grunnlag for 2. fase beskrevet i den vitenskapelige artikkelen.

5.1 Kartlegging av fallhendelser hos tjenestemottakere av trygghetsalarm og hjemmetjenester over 65 år

Fagartikkelen beskriver resultatene fra fallregistreringen der hensikten er å få kunnskap om omfang og omstendigheter av fallhendelser hos eldre mottakere av hjemmetjenester og trygghetsalarm, over 65 år. Innledningsvis i denne artikkelen er det laget et case for å beskrive og skape forståelse for en «typisk» tjenestemottaker av hjemmetjenester basert på funn fra feilregistreringen. Resultatene i kappa og fagartikkelen utfyller hverandre og må sees i sammenheng.

Til sammen 440 tjenestemottakere ble inkludert i studien. 52 menn og 49 kvinner.

Deltakernes alder varierte fra 65 til 100 år.

Omfang av fall

Totalt 101 fall ble registrert i perioden hos 72 ulike tjenestemottakere. Antall fall pr. tjenestemottaker varierte mellom 1 og 10, se tabell 2:

Tabell 2.

Antall fall:	Tjenestemottakere:
1 fall:	55
2 fall:	10
3 fall:	4
4 fall:	1
5 fall:	0
6 fall:	1
7 fall:	0
8 fall:	0
9 fall:	0
10 fall:	1

Så mange som 86 tjenestemottakere hadde falt tidligere enten før eller i løpet av kartleggingsperioden. For 15 var det deres første fall.

Omstendigheter rundt fallhendelsene

De fleste (86) fallhendelsene skjedde innomhus. På «annet» er det beskrevet at dette er fall i gangen mellom to rom, se tabell 3.

Tabell 3.

Sted:	Antall:
Stue:	29
Soverom:	19
Bad:	15
Kjøkken:	13
WC:	3
Annet:	7

Totalt 15 fall ble registrert utomhus. Der falt flest på gårdsplassen (5). Fire falt på gangvei og tre falt på trappa.

De fleste fall skjedde på dagtid, mellom 06 og 18. I denne tidsperioden var det til sammen 64 registrerte fall. Mellom 18 og 06 er det til sammen 36 fall. For ett av fallene er tidspunktet ukjent, se tabell 4:

Tabell 4.

Tidsrom:	Antall:
00.00-03.00	8
03.00-06.00	9
06.00-09.00	17
09.00-12.00	17
12.00-15.00	18
15.00-18.00	12
18.00-21.00	6
21.00-24.00	7
Vet ikke:	6
Ikke registrert:	1

I 24 tilfeller av fallhendelsen er den utløsende årsaken til fall ukjent, se tabell 5:

Tabell 5.

Fallårsak:	Antall:
Vet ikke:	24
Annet:	22
Svimmel:	18
Glatt:	15
Snublet:	12
Sykdom (ikke medikamenter):	8
Alkohol:	6
Medikamenter:	2

I dokumentasjonsskjemaet var satt av ett felt der personalet kunne beskrive situasjonen rundt fallet nærmere, dersom det var mulig. I 82 % av fallhendelsene var dette gjort. Her framkommer informasjon som ikke inngår i analysen, men som likevel kan bidra til å belyse omstendighetene rundt fallhendelsene. Jeg har valgt ut 10 ulike beskrivelser. De viser at årsaken til fall er sammensatt. Det ikke er noe som tydelig trer fram som fallårsak.

Sitatene er hentet ordrett fra dokumentasjonsskjemaene:

- Brukeren sier at hun falt ca. 22.00 i går kveld. Hadde ringt datteren, men ingenting skjedde. Så da jeg (hj.spl.) skulle inn ved kl. 10.00 i dag ventet jeg en stund da det ikke er nøkkelboks og alarm. Så jeg kontaktet sønnen som fikk boligstiftelsen til å komme å låse opp.
- Hadde ramlet før vi kom, hadde ikke brukt alarmen. Hun fikk overbalanse.
- Det var ingen andre personer tilstede. Vedkommende bruker sier at han ikke veit hvordan det foregikk.
- Hjemmetjenesten kom til brukers hjem som vanlig den 14/3. Fant ikke bruker hjemme, fasttelefon ringte, nabo informerer at bruker på kvelden hadde vært oppe i 2. etasje (bruker normalt ikke denne etasjen) for å slukke lys (ville være med på internasjonal aksjon for å spare energi), falt på gulv og brukket venstre arm. Mulig at hun snublet.
- Hadde falt på kjøkkenet mens hun lagde frokost. Fikk kuttskade over høyre øye ifm. fall. Ikke kontaktbar. Ble hentet av ambulanse
- Utrykning på alarm. Pasienten hadde falt men kommet seg opp selv. Hadde slått seg litt i hodet.

I 35 av tilfellene hadde personalet beskrevet hvilke tiltak som var gjort for å følge opp hendelsen eller for å forebygge nye fall i feltet for fritekst.

Eksempler hentet ordrett fra dokumentasjonsskjemaene, se tabell 6:

Tabell 6.

Dersom det er mulig kan du beskrive situasjonen rundt fallet nærmere:	Mulige tiltak for å unngå/følge opp hendelsen:
Brukeren sier at hun falt ca. 22.00 i går kveld. Hadde ringt datteren, men ingenting skjedde. Så da jeg (hj.spl.) skulle inn ved kl. 10.00 i dag ventet jeg en stund da det ikke er nøkkelboks og alarm. Så jeg kontaktet sønnen som fikk boligstiftelsen til å komme å låse opp.	Vi må bestille personheis som vi kan bruke hvis det skjer igjen.
Pasienten husker ikke	Bruker har falt flere ganger, har dårlig gangfunksjon. Bruker rullestol og tidvis rullator. Vi hjelper i stell og toalettsituasjon, men hun vil gjerne være selvstendig
Hadde ramlet før vi kom, hadde ikke brukt alarmen. Hun fikk overbalanse.	Hun brukte ikke rullatoren. Kanskje hvis hun hadde brukt den hadde det gått bra.
Fikk kraftig blodtrykksfall.	BT målt av ambulanspersonell: 61/30

Det ble laget felt for å følge opp tjenestemottakerne etter en fallhendelse, se tabell 7:

Tabell 7.

	Målt:	Ikke målt:
Blodtrykk	14	87
Puls	12	89
Blodsukker	5	96
Vekt	3	98

Hos 66 tjenestemottakere hadde ikke personalet dokumentert fysisk skade hos tjenestemottakeren etter fallhendelsen. Det ble registrert skader hos 13 tjenestemottakere og hos noen ble det registrert flere skader pr. fall. 13 fallhendelser førte til 37 ulike skader hos tjenestemottakerne. I gjennomsnitt medfører det 2,85 skader pr. fall hos de av tjenestemottakerne som hadde skadet seg i forbindelse med fallet. Hos 5 var feltet ikke fylt ut. Her kan en derfor ikke utelukke flere skader. Under «annet» hadde flere dokumentert i feltet for fritekst. Skadene varierer fra mindre alvorlige skader slik som lette, diffuse smerter til alvorlige skader som lårhalsbrudd. Noen av skadene oppdages av personalet i ettertid. 8 tjenestemottakere ble umiddelbart, eller i ettertid, innlagt på sykehus som følge av fallet, se tabell 8:

Tabell 8.

Skade:	Antall:
Ingen skade:	66
Annet:	14
Skrubbsår:	10
Hodeskade:	3
Skade pga. fall mot møbel e.l.	3
Brudd:	3
Forstuing:	2
Kuttskade:	2
Ikke registrert:	5

5.2 Hvordan fokuserer ledere på uheldige hendelser med bakgrunn i registrerte fallhendelser i egen sektor

Den vitenskapelige artikkelen beskriver resultatene fra fokusgruppeintervjuet der resultatene fra fallregistreringen, som er presentert i fagartikkelen og i kapittelet over, dannet bakgrunn og tema for intervjuet. Resultatene fra denne delen av studien presenteres ut fra de tre hovedtemaene som kom fram i analysen av fokusgruppeintervjuet med mellomlederne som var hadde fag-, personal-, og økonomiansvar i enhetene der fallregistreringene var gjennomført.

Tre tema framtrådte:

1. «Hvordan få de ansatte til å blomstre» - ledernes forståelse av ansattes kunnskap
2. «Vi brenner på dem» - balanse mellom krav og ivaretagelse av personalet
3. «Rapporten er gull verd» - uheldige hendelser i egen avdeling

Hovedtemaet er: «Den marginaliserende sykepleieutviklingen hos ledelsen»

Studiens resultater er mer utfyllende presentert i den vitenskapelige artikkelen. Der finnes også utsagn fra informantene. De fleste sitatene er utelatt i kapp på grunn av oppgavens begrensning. Der de er tatt med er de uthevet med kursivert skrift. Informantene er anonymisert og benevnes med tall fra 1-5 som henviser til den enkelte informant.

Hvordan få de ansatte til å blomstre- ledernes forståelse av ansattes kunnskap

Mellomlederne forteller at forståelsen for eget fagansvar og ansattes kunnskap henger nøye sammen. Alle informantene opplever lederansvaret som tyngende. Deres formelle ansvar består av personal-, økonomi-, og fagansvar. Personaladministrasjon og økonomiansvar oppleves tidskrevende, men beskrives samtidig som overkommelig. Når de snakker om at ansvaret oppleves tyngende, er det fagansvaret som trekkes fram. Hjemmetjenesten beskrives

som en spesiell kontekst å utøve sykepleierledelse i på den måten at personalet jobber alene opp mot tjenestemottakerne. Det oppleves som en utfordring for lederne at personalet jobber så selvstendig, noe de selv også gjør som ledere. De opplever manglende oversikt over om tjenestemottakeren får den sykepleien han er i behov av. Lederne mener de ikke har mulighet til å kontrollere den faglige kvaliteten i tjenesteutøvelsen hjemme hos den enkelte tjenestemottaker noe som bekymrer dem. Det kan se ut til at det oppleves særlig utfordrende for ledere som tidligere har utøvd ledelse i institusjonstjenesten.

Sykepleiedokumentasjonen er den eneste måten lederne opplever å ha muligheten for å kontrollere det som gjøres ute hos tjenestemottakerne. Lederne er bekymret for kvaliteten på det som dokumenteres. Til daglig er de ikke inne og leser personalets dokumentasjon, men sier de har blitt det bevisst i forbindelse med fall-rapporten. Personalet beskrives å ha stor tradisjon for muntlig rapportering når de møtes inne på sektorkontorene i vaktskiftene. Det diskuteres hva manglende dokumentasjon kan være et uttrykk for. En av informantene (4) er sikker på at det gjøres gode tiltak ute hos tjenestemottakerne, men at det som faktisk gjøres ikke dokumenteres. De andre er mer usikre. Personalet arbeider lite på fag, oppfølging av fall mangler og viktig informasjon bringes ikke videre, mener de. Alle er ganske sikre på at dette er gjennomgående for all dokumentasjon.

Informantene beskriver ansatte med mye formell kompetanse, særlig blant hjelpepleierne der mange har tatt ulike kurs og videreutdanninger. Sykepleierdekningen er god, men i praksis er det mange som ikke er i stillingene grunnet sykdom og permisjoner. Også blant sykepleierne er det flere som har faglige videreutdanninger. Flere ledere synes å se liten effekt av den satsningen som har vært på kompetanseheving i kommunen. Det tilskrives kulturen i sektorene som preges av at ansatte ikke tør stå fram og dele kunnskapen med kollegaer. Lederne er delt i synet på i hvilken grad de opplever at personalet bruker kunnskap og er opptatt av faget. De er tydelige på at lederansvaret innebærer å motivere og inspirere de ansatte til å i større grad ta i bruk den kunnskapen de har. Å bygge gode kulturer i sektorene og veilede personalet faglig vil være en stor del av lederoppgaven. «*Vi må jobbe med den ansatte- få han til å blomstre (4)*». Skal de lykkes med dette arbeidet mener lederne de må få frigjort tid. De er tydelige på at det er fagansvaret som må delegeres bort. De ønsker at sykepleierne skal fungere som ressurspersoner og overta fagansvaret ute i hjemmetjenesten. Sykepleiernes ansvar vil bli å holde faglig fokus i hverdagen, og gi faglig veiledning til det øvrige personalet. En del av denne oppgaven bør også være å fungere som faglig stedfortreder når leder er borte i møter eller av andre grunner ikke er tilstede, men også hjelpe lederne med

å holde det faglige «trykket» ellers også. De uttrykker et håp om at denne organiseringen vil medføre en varig kulturendring i sektorene der faget er i fokus.

Fire sa det var helt tilfeldig at de hadde blitt ledere: *«Det var egentlig bare noe jeg gjorde egentlig ... jeg har jo gjort noen av oppgavene tidligere ... og har vært konstituert innimellom (2), Rekruttering ja, den skjedde på Rema foran melka. Der møtte jeg enhetsleder som spurte hvorfor jeg ikke hadde søkt på stillingen ... ja, og sånn ble det (1)»*. Den femte lederen var midlertidig plassert i stillingen, og hadde kun fagansvar ved avdelingen. På spørsmål om hvordan ledere bruker evidens i sin arbeidshverdag svarer samtlige at de ikke gjør det.

Vi brenner på dem- balanse mellom krav og ivaretagelse av personalet

Hjemmetjenesten oppleves som uforutsigbar også når det kommer til arbeidsmengde. Lederne kommer ofte tilbake til opplevelsen av stort arbeidspress både for ansatte og ledere. Etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012 beskriver de en endring mot enda større uforutsigbarhet og kortere tid til å planlegge mottak av ressurskrevende tjenestemottakere. Tjenestemottakerne kommer tidligere ut fra sykehuset. Det medfører kortere forberedelsestid. De er sykere, har mer komplekse sykdomsbilder og det er større krav til at igangsatt behandling og oppfølging skal videreføres i hjemmet. Lederne beskriver et personale med stort arbeidspress, lange pasientlister, mange arbeidsoppgaver som skal ivaretas og som ikke gir rom for uforutsette ting. De har en bekymring for at det skal gå utover kvaliteten på tjenestene som leveres. En informant (4) sier at dersom hun klager på noe hun ikke synes er tilfredsstillende gjort får hun automatisk dårlig samvittighet. Hun vet de har mye å gjøre, noe som medfører at det blir vanskelig å stille krav. Det beskrives som utfordrende å finne balanse mellom krav og ivaretagelse (3): *«Jeg må nok følge opp og skjerpe litt mer. Som leder må du velge hva du skal ha fokus på og vite at du prioriterer rett»*.

Det er enighet blant informantene om at de ikke de formidler klare visjoner eller klare forventninger til sine ansatte: *«Vi er ikke tydelige nok på, på hva vi forventer. Det er ikke avklart og det er ikke tydelig nok det som vi forventer av dem (4)»*.

Rapporten er gull verd- uheldige hendelser i egen avdeling

Lederne forteller at mens fallregistreringen har pågått har det bidratt til økt fokus på fall og fallhendelser i avdelingen. Det bidro til en bevisstgjøring hos både ledere og ansatte. Det snakkes mer om fall i avdelingen og hvordan det kan forebygges. Lederne sier de har fått hjelp til å kartlegge omfanget og belyse uheldige hendelser, noe de selv har manglet tid og redskaper til å iverksette. Ved økt fokus på uheldige hendelser har personalet blitt mer nysgjerrig på sammenhengen mellom hvordan de jobber og uheldige hendelser. Lederne

oppfatter at ansatte reflekterer mer faglig sammen når de møtes inne på sektorkontorene. Det har vært til stor hjelp i deres arbeid med å klare å drifte faget (4): *«... det er en stor bevisstgjøring og at de faktisk har noen fakta og noen uttalelser om noe- det er kjempebra. Det er det ... det er gull verd og det er klart at vi må bruke det».*

Lederne kjenner ikke til om kommunen tidligere har gjort registreringer av uheldige hendelser. De beskriver kartlegging av fallhendelsene som svært positivt. Det hjelper både ledere og personalet med å få faktakunnskap av omfanget. De har fått hjelp til å utvikle ett verktøy som gjør at de kan hente denne typen faktakunnskap direkte fra dokumentasjonssystemet, noe som muliggjør oppfølging på en mer målrettet måte enn tidligere. En leder sier hennes oppgave blir å følge opp resultatene fra kartleggingen fordi registreringer kan brukes som ett måleverktøy (4).

Lederne beskriver tidsfaktoren som en utfordring for å klare å ha fokus på uheldige hendelser, og derfor har det ikke hatt høy prioritet. I den grad de beskriver sitt lederansvar er det i stikkordsform: å motivere personalet og holde fokuset oppe gjennom å repetere. De tror det er mye å hente på organisering av personalet ved at lederen tilrettelegger (4): *«Men, jeg er avhengig av å ha sykepleiere rundt meg som styrer hverdagen og tar de her funksjonene inn i arbeidsdagen sin. Og jeg tenker at vi vil ikke, det er ikke noen sektorer som vi kan fungere i hvis vi ikke har noen som tar denne funksjonen i hverdagen og styrer det opp mot brukerne».*

6.0 Diskusjon

Hensikten med studien er å utforske hvordan mellomledere i hjemmetjenesten fokuserer på uheldige hendelser basert på fallhendelser i egen enhet. Bakteppet er kartlegging av omfang og omstendigheter av fallhendelser i egen kommune. I dette kapittelet diskuteres resultatene fra begge artiklene under ett. Jeg vil legge hovedfokuset på hvordan mellomlederne bruker resultatene fra fallregistreringen i forståelsen av lederansvaret i forhold til uheldige hendelser. Antall dokumenterte fall i perioden på tre måneder var 101 fall- fordelt på 72 tjenestemottakere. 16,4% av alle tjenestemottakerne av hjemmetjenester og trygghetsalarm har hatt minst ett fall i datasamlingsperioden. Kjønnfordelingen var 49 kvinner og 52 menn. 55 tjenestemottakere hadde ett fall, en person hadde 10 dokumenterte fall. For 15 var det deres første fall. 86 tjenestemottakere hadde falt tidligere, enten før eller i løpet av kartleggingsperioden. Det var flest fall mellom kl. 06.00 og kl. 18.00. 86 fall skjedde innomhus, flest i stua. Av de 15 fallene som skjedde ute, falt flest på gårdsplassen. I 24 tilfeller av fallhendelsen er den utløsende årsaken til fall ukjent, for de andre er det ikke noe spesielt som utpeker som fallårsak. Hos 66 tjenestemottakere var det ikke dokumentert fysisk

skade hos tjenestemottakeren etter fallhendelsen. Det ble registrert skader hos 13 tjenestemottakere (35%) og hos noen ble det registrert flere skader pr. fall. 13 fallhendelser førte til 37 ulike skader hos tjenestemottakerne. I gjennomsnitt medfører det 2,85 skader pr. fall hos de av tjenestemottakerne som hadde fått skader i forbindelse med fallet. I 82 av fallhendelsene hadde personalet beskrevet omstendighetene rundt fallet nærmere. I 35 av tilfellene hadde personalet beskrevet hvilke tiltak som var gjort for å følge opp hendelsen eller forebygge nye fall.

Lederne beskriver funnene fra fallstudiet som skremmende, men også interessant. Det er vanskelig å få lederne til å snakke om deres fagansvar i forhold til uheldige hendelser. Studien viser en marginaliserende sykepleierutvikling hos lederne. Personalet har god kompetanse, likevel beskriver lederne en kultur der den ikke tas i bruk i den grad lederne kunne ønske. Ved at ansatte arbeider selvstendig i hjemmene til tjenestemottakerne oppleves sykepleiedokumentasjonen som eneste mulighet for å etterprøve hva som er gjort, og gjennom fallrapporten får de bekreftet at dokumentasjonen ofte er svært mangelfull. Lederne forteller om en arbeidsdag med stort arbeidspress. Administrative oppgaver beskrives som tidskrevende, men overkommelige. Fagansvaret derimot oppleves svært tyngende og de vil delegere fagansvaret til sykepleierne. De beskriver et dilemma mellom ivaretagelse og delegering av sykepleierne på grunn av et stort arbeidspress også for sykepleiergruppen. Administrativt arbeid prioriteres foran arbeid med forebygging av uheldige hendelser.

Metodekritikk

I en case-study-design går forskeren i dybden på fenomenet. Bredden i funnene reduseres og metoden kan føre til redusert mulighet for generalisering av funnene (Polit et al., 2001). Funnene i denne studien må derfor sees i lys av disse begrensningene. Før studiene ble startet hadde jeg en presentasjon av min forskningsidé til enhetsleder og mellomledere som tok imot studien med entusiasme og så nytteverdien for tjenesten. Deres bekymring for at det elektroniske dokumentasjonssystemet som skulle brukes til datasamling ikke var egnet for å registrere fall, viste seg å stemme. Jeg påtok jeg meg ansvaret for å utvikle ett skjema for registrering som skulle inngå i det ordinære dokumentasjonssystemet, i tillegg til å gi de ansatte opplæring i bruk av skjemaet og gjennomføre kurs om fall. Hver sektor hadde en «pådriver» for innføring og oppfølging av fallregistrering. Hver fredag i datasamlingsperioden hentet jeg konvolutter i hver sektor med anonymiserte registreringskjema som kontaktpersonen hadde gjort klar. I tillegg visste personalet at jeg skulle komme og hadde

mulighet til å stille spørsmål. Jeg etterspurte også om alle fallhendelser var registrert. At jeg gjennomførte disse tiltakene vil være en styrke for studien på den måten at jeg er sikker å ha fått med de aller fleste fallhendelsene i perioden. Det er også studiens svakhet i og med at studien bidro til økt kunnskap om og fokus på fall. Hadde registreringen vært gjennomført tidligere kan en tenke seg at antallet registrerte hendelser ville vært lavere, men kanskje ikke med så stor grad av reelle tall.

Studien er gjennomført i en middels stor norsk kommune med både bynære og mer landlige områder. Det kan være en styrke og overførbart til andre kommuner. Ekstern validitet kunne blitt styrket dersom studien hadde vært gjennomført i flere kommuner. I fokusgruppeintervjuet var det ett bevisst segmentert utvalg av ledere der inklusjonskriterie var at alle skulle ha fagansvar i kommunen der fallregistreringen var gjennomført. Det er en styrke ved studien at alle mellomlederne hadde ønske om å delta i fokusgruppeintervjuet. Ingen har trukket seg fra studien i etterkant. Informantene kjente til at jeg hadde jobbet som avdelingsleder tidligere, hadde gode kunnskaper om rollen som mellomleder og tidligere har hatt kollegiale relasjoner med to av dem. Det tror jeg var en styrke, men det kan også være en svakhet og bidra til at de muligens følte de ikke kunne snakke fritt. Informantene kjenner hverandre, men jeg hadde ikke kunnskap om samhandlingsklimaet i gruppen, så også dette var både være styrke og svakhet. I forkant hadde jeg tenkt nøye gjennom både fordeler og ulemper med utvalget mitt, noe som gjør at jeg var bevisst både på fordelene og begrensningene det representerte (Halkier, 2010). Bruk av assisterende moderator med forskerkompetanse, bidro til at jeg i ettertid kunne få tilbakemelding på min rolle som intervjuer og samspillet i gruppen, og hvilke innvirkninger det kunne ha på resultatet. En svakhet kan være at gruppen var for homogen. Begge kjønn var representert, fire kvinnelige og en mannlig leder.

Omfang og konsekvenser av fallhendelser

Resultatene fra studien viser at 16,4 % av alle tjenestemottakere av hjemmetjenester og trygghetsalarm over 65 år hadde en fallhendelse i løpet av tre måneder. De er noe mindre enn funnene fra studien fra Sverige som hadde registrert 20 % fall. Fire mellomledere i studien mente alle fallhendelsene var registrert i deres sektor, mens en sa de hadde mye mer fall enn det som var registrert. Noe av forskjellen mellom min studie og studien fra Sverige kan forklares ved at personer med trygghetsalarm ikke var inkludert i den svenske studien. Antakelsen styrkes gjennom at økt antall fall har sammenheng med omfang av tildelte tjenester (Vikman et al., 2009). Personer med kun trygghetsalarm må antas å være mindre

skrøpelig enn de som har hjemmetjenester. Dersom en ser på studier fra institusjon viser antallet fall i sykehus var 2,5% og i institusjon 26% i en periode på 3 måneder (Van Gaal et al., 2013). I norske sykehjem har minst 50 % av pasientene ett fall pr. år (Pettersen, 2002). Både sykehus og sykehjem er høyere omsorgsnivå enn hjemmetjenester.

Flest tjenestemottakere (76%) hadde ett fall, mens 24% hadde mer enn ett fall- opp til 10. Sammenliknet med hjemmeboende som mottar frivillig hjelp i Australia, hadde 58% ett fall og 45% hadde flere fall (Meyer et al., 2010). I studien fra Sverige hadde 61 % ett fall og 39 % hadde flere fall. Min studie avviker fra de andre med at antallet eldre som har ett fall er høyere. Også her kan lengden på datasamlingsperioden og mengden av tildelte tjenester antas å innvirke på resultatet. Hos tjenestemottakere som har mer enn ett fall derimot, er andelen lavere i min studie. Mellomlederne er delt i synet på om dokumentasjonssystemet kan brukes til å si noe om kvaliteten på tjenesten. Noen ledere mente at personalet jobbet svært godt med forebygging og oppfølging av tjenestemottakerne etter fallhendelser, men det dokumenteres ikke og formidles heller ikke inn i fellesskapet i sektoren. Funnene samsvarer med en norsk studie som fant at personell i hjemmetjenesten er mer opptatt av å behandle fallskader enn å forebygge dem. De har svært lite fokus på fallhendelser før de har skjedd (Berland et al., 2012). Mens de andre lederne mente personalet registrerte fallet, men deretter tenkte de ikke på oppfølging, videre undersøkelser av tjenestemottakeren eller forebygging av nye fall. Min studie støtter den siste gruppen da oppfølging bare var beskrevet i 35 tilfeller av 101. Lederne etterspør faglig tenkning og har en forventning om at ansatte skal ta faglig ansvar når uheldige hendelser skjer. Oddvang (2013) beskriver dersom dataverktøy ikke implementeres i ansattes hverdag kan det medføre at de ikke dokumenterer fordi de ikke vet hva de skal skrive, hvordan de skal skrive og er usikre på om dokumentasjonen er relevant. Funnene kan likevel indikere at personalet gjør en god og målrettet fallforebygging og oppfølging, selv om det i 65% av tilfellene ikke er dokumentert.

[Rekrutteringens betydning for hvordan ledere fokuserer på uheldige hendelser](#)

Fire ledere i studien ble rekruttert inn i stillingen gjennom det Bondas (2006) beskriver som tilfeldighetens vei, (the path of chance), som er den vanligste av de fire veiene inn i ledelse med 54,4%. Den tilfeldige veien beskrives som en passiv vei der ledere forteller de ikke hadde tenkt på å bli ledere. De har oftest blitt oppfordret og/eller overtalt til å søke, eller det var den eneste ledige stillingen. Kjennetegnet er at de oftest mangler lederutdanning, har en «laissez faire- holdning» til arbeidet, mangler engasjement, er utydelige og ønsker å tilfredsstille de ansatte. Den femte lederen var konstituert midlertidig i stillingen (the

temporary path) og ansvaret var begrenset til kun fagansvar. Lederegenskapene for dem har mange likheter med tilfeldighetens vei. To uker før fokusgruppeintervjuet fikk lederne overlevert fallrapporten sammen med invitasjon til intervju. En leder hadde lest rapporten, en annen hadde «skummet den», mens tre møtte til intervjuet uten å ha sett resultatene. Det måtte derfor settes av tid til at de fikk lese rapporten i forkant av fokusgruppeintervjuet.

Fagansvaret prioriteres ikke, sier de. De har et klart uttrykt ønske om å delegere fagansvaret videre til sykepleierne, eller noen som de benevner som ressurspersoner, men som de ikke definerer nærmere. Det er særlig bekymringsfullt siden de samtidig opplever at sykepleierne har gitt fra seg fagansvaret til ansatte med mindre kompetanse, og derfor ikke leder faget ute i sektorene. Lederne beskriver sykepleierne med et allerede stort arbeidspress. Deres dilemma er ønske om å delegere fagansvaret, men redsel for at økt ansvar og arbeidsmengde skal medføre utbrenthet. I den grad lederne snakker om eget ansvar i forhold til uheldige hendelser er det å motivere ansatte til å ta fagansvar, minne dem på det med gjentatt repetisjon og være tydelig på forventninger. De sier at de pr. i dag ikke formidler tydelige visjoner i organisasjonen.

Mellomlederne sier at rapporten var «gull verd» ved at den hjalp til med å sette fokus på fall og gi kunnskap om omfang av fallhendelser i egen sektor og kommunen som helhet. Mistanken de hadde om klare forbedringspotensialer i sykepleiedokumentasjonen ble bekreftet. En leder (1) mener rapporten underbygger påstanden om ansattes manglende kliniske blikk og bruk av kunnskap i arbeidet med pasientene. Bare én leder har ønske om å bruke rapporten som utgangspunkt for videre fallregistrering for å se om iverksatte tiltak har en effekt på omfanget av fallhendelser. Ingen ledere trekker paralleller mellom denne måten å jobbe med fall på, og videre arbeid med registrering og forebygging av uheldige hendelser. Fire omtaler studien som et prosjekt og ikke som et samarbeid der de fikk hjelp til å utvikle et bedre verktøy som inngår i dokumentasjonssystemet. Jeg opplever derfor en begrenset forståelse for fagansvaret som påligger dem når det gjelder forebygging og håndtering av uønskede hendelser. I en sektor hadde samme tjenestemottaker 10 fall i løpet av registreringsperioden. Det er tilnærmet det samme som i undersøkelsen fra Sverige (Vikman et al., 2009), men er likevel urovekkende fordi datasamlingsperioden er henholdsvis 3 og 12 måneder. Ledelse er også å ta i bruk best tilgjengelig evidens, utvikle sykepleien og ha visjoner (Bondas, 2003).

Senter for økonomisk forskning har utarbeidet en rapport på bestilling fra kommunenes interesse og arbeidsgiverorganisasjon (KS) der de foreslår fall innført som en av flere

kvalitetsindikatorer i institusjonstjenesten. Hensikten er å bedre målingen av kvalitet i kommunene (Borge, Møller, Nyhus, & Vardheim, 2012). Hvorfor dette ikke er anbefalt for hjemmetjenestene også er usikkert.

Ingen av informantene har faglig videreutdanning eller videreutdanning i ledelsesfaget. Lederne sier at de ikke bruker evidens i sin ledelse av tjenesten. Det gis ulike grunner til det, hovedsakelig at de ikke vet hvordan de skal gjøre det rent praktisk. Lederen som er sykepleierstudent har gode kunnskaper om litteratursøk, men sier likevel hun ikke bruker det i forhold til ledelse. Dersom de skal bruke tid på litteratursøk og lesning beskriver de tidspresset så stort at det kun er mulig å gjøre på fritiden. Det er de ikke villige til. Hvordan lederne rekrutteres inn i lederstillinger og hvordan ledelse utøves, sammenfaller med funnene fra Bondas studie. Over tid kan ledere som er kom tilfeldig inn i lederstillinger utvikle lederidentitet, engasjement og ett genuint ønske om å være ledere (Bondas, 2006).

Caritativ ledelse og fagansvar

Ansvaret for mellomlederne i denne kommunen er delt mellom fag-, personal-, og økonomiansvar. Det er enighet om at personal og økonomiansvaret tar mesteparten av deres tid og er arbeidsoppgaver de prioriterer. Det går på bekostning av fagansvaret som ikke ivaretas. Sykepleieleidelsen påvirkes av NPM gjennom bruk av teorier og begreper utviklet i et NPM-paradigme. Det kan være utfordrende å holde fokus på ivaretagelse og utvikling av sykepleierfaget dersom administrative rutiner er det som prioriteres. Mellomledernes mulighet til å lede sykepleierfaget er minkende når NPM er det rådende paradigme. Det synes som om dette verdisettet er rådende i denne kommunen ved at lederne vurderer delegering av fagansvar som en god løsning. Sykepleieledere har godt rykte på seg for å overholde budsjettene. De tar utfordringer med stramme budsjetter og viser vilje til å gjøre endringer slik at de tildelte rammene holdes. En studie fra sykehus viser når sykepleiere blir ledere flyttes fokus fra sykepleie og utvikling av sykepleierfaget over til administrasjon og faget glemmes (Fjeldbraaten, 2011). Det er nærliggende å tenke at det samme skjer med sykepleieledere i kommunehelsetjenesten. Ledelse basert på verdier som menneskeverd, kjærligheten til mennesket og barmhjertighet blir tilsidesatt (Bondas, 2003). En leder (4) sier det så sterkt at det er en forutsetning for at hun skal kunne fortsette som leder.

Dersom det er slik at lederne ikke ønsker å lede faget og utvikle sykepleien i tjenesten, men heller fokuserer på økonomi og personaladministrasjon, hvorfor skal det da mellomlederne være sykepleiere? Hvis lederne fremmer ønsket om at ressurspersoner (en ass. avd. leder eller

sykepleierne- min forståelse) skal lede sykepleierfaget i organisasjonen, kan en tenke seg at organisasjonen ser seg bedre tjent med ledere med formell utdanning for å ivareta økonomi og personaladministrasjonen enn å ansette sykepleiere? Jeg mener at det vil ha stor betydning for pasientene om lederen er utdannet for eksempel økonom eller sykepleier.

I caritativ ledelse er fokus på den lidende pasienten det viktigste. Ledelsen skal fungere som organisasjonens samvittighet og minne personalet om å ivareta den lidende pasienten. Dette er en verdibase som åpner for dialog, forståelse og vekst. En lederstil med utgangspunkt i caritas vil lede på en måte som inneholder utvikling av sykepleie fundamentert i evidens, veiledning, planlegging og organisering, personalansvar, økonomi, rapportering og evaluering. Lederne prioriter å skape en kultur som motiveres av kjærlighet til mennesket og barmhjertighet i sykepleien. De finner en balanse mellom omsorg for pasienten og hans familie, være attraktiv for de ansatte, økonomisk effektiv og yte en sykepleie som bygger på den til enhver tid best tilgjengelige evidens. Relasjonen mellom personalet og lederen bygger på et felles interesse om ivaretagelse av pasienten gjennom en kultur preget av tilgjengelighet, åpenhet og gjestfrihet. Av lederen kreves det en balanse mellom styrke og mykhet med mot til å krysse grenser, rettferdighet og ærlighet, utvikling av kunnskap og tillit, kunnskap om kommunikasjons betydning, og overføring av en forståelse for omsorg i avdelingen. Kunnskap må settes sammen med kjærligheten til mennesket gjensidig respekt, toleranse, rom for refleksjon, ideer og ønsker som kan bidra til at en mer omsorgsfull kultur kan realiseres (Bondas, 2003).

Dersom ledernes holdning bygger på kjærligheten til mennesket vil det medføre en større omsorg og ansvar for både pasienter og ansatte. De er rollemodeller og gir retning for sykepleien. Ved å se det unike i hver enkelt ansatt, ivareta kompetansen og deres potensial i sykepleien til pasienten tror jeg også at de ansattes omsorg for pasientene vil bedres. Fokuset flyttes fra behandling av fallskader til å forebygge lidelse for pasienten gjennom fallforebygging. En tydeliggjøring av faglig kunnskap i sykepleie og evidensbasert sykepleie hos ledelsen, kan være nøkkelen til det kontinuerlige utviklingsarbeidet som må gjøres i tjenesten.

7.0 Avslutning

I min masterstudie har jeg undersøkt omfanget av og omstendighetene rundt fallhendelser hos mottakere av hjemmetjenester og trygghetsalarm over 65 år, i en mellomstor norsk kommune. Som beskrevet i fagartikkelen er omfanget av fallhendelser stort. 16,4 % har en fallhendelse i

løpet av undersøkelsesperioden på tre måneder. Funnene gir ny kunnskap om fallhendelser i denne delen av populasjonen i Norge. Fokus på fallforebygging bør styrkes hos både sykepleiere og ledere. Vi vet at antall eldre øker i årene som kommer og at risiko for fall øker med tidligere fall, økt alder, kroniske lidelser og medikamentbruk. Nasjonale føringer er at hjelp i størst mulig grad skal ytes i hjemmet, og en av konsekvensene er en hjemmetjeneste som vil øke i omfang. Fall kan medføre lidelser for den enkelte tjenestemottaker, med fysisk skade og med psykisk påkjenning (selv om det ikke har vært undersøkt i studien).

Fallhendelser medfører økt bekymring hos pårørende, pasienten kan få større pleiebehov etter ett fall, og fallskader gir en økonomisk utfordring for samfunnet.

Utvikling av sykepleiefaget synes å være marginalisert hos sykepleieledere. Mellomledernes mulighet for å ivareta sykepleiefaget og utvikle sykepleien det synes å være redusert. Studien viser en ledergruppe i hjemmetjenesten som sier de ikke vil ha det faglige ansvaret, men ønsker å delegere det videre i organisasjonen. Manglende ivaretagelse av fagansvar føles tyngende for lederne. De ønsker å ivareta personal-, og økonomiansvaret slik de gjør i dag. Økonomi og personalansvar prioriteres foran pasientsikkerhet, her representert ved fallhendelser. Det samsvarer med kunnskap om et helsevesen er influert av NPM og markedstanken. Funnene er drøftet opp mot litteratur som viser sammenheng mellom hvordan ledere rekrutteres inn i lederstillinger og hvilken betydning det kan ha for ledelsesutøvelsen og utvikling av sykepleiefaget. Som en motvekt til NPM og markedstanken har jeg presentert den caritative ledelsesteorien utviklet av Bondas med flere. Den representerer et lydørt lederskap der hovedfokuset er å tjene den lidende pasienten. Ved å kombinere ivaretagelse av pasienten, personalet, økonomien og utvikle en sykepleietjeneste basert på best tilgjengelig evidens vil kulturen utvikles mot å være mer omsorgsfull for pasienter, personalet og sykepleiefaget vil stå sterkere i ledelsen.

Implikasjoner

Sykepleiere har ansvar for risikovurdering ut fra kunnskap om årsaker til fall, og iverksette fallforebyggende tiltak. Tjenesten skal følge opp og lære av uheldige hendelser og avvik. Det kan ivaretas ved eksempelvis å innføre fall som kvalitetsindikator også i hjemmetjenestene. Lederne bør øke fokuset på fallforebyggende arbeid og lede ut fra en visjon om «null-toleranse» for fall.

For å sikre at pasienten er i sentrum for ledernes beslutninger og handlinger trenger vi sykepleiere for å ivareta sykepleiefaget. Evidensbasert kunnskap bør være utgangspunkt for

ledernes beslutninger. Sosial-, og helsedirektoratet anbefaler å styrke utøvernes kompetanse ved å lette tilgang på evidensbasert kunnskap.

Mellomledere må ha kompetanse, tid og verktøy for å lede og ivareta fagansvaret. En ledelsesfilosofi med utgangspunkt i den caritative ledermodellen kan synliggjøre og utvikle sykepleien. Lederne bør få avlastning for rent administrative oppgaver og i større grad lede sykepleierfaget i avdelingene.

Videre forskning anbefales for å se på andre organisasjons- og ledelsesformer for å undersøke hvilken betydning det vil ha for pasientomsorgen, ivaretagelse av personalet og kvalitet.

Litteratur

- Berland, A, Gundersen, D, Bentsen, S.B. (2012). Patient safety and falls: A qualitative study of home care nurses in Norway. *Nursing & Health Sciences, Volume 14*(Issue 4), 452–457.
- Bondas, T. (2003). Caritative leadership. Ministering to the patients. *Nursing Administration Quarterly, 27*(3), 249-253.
- Bondas, T. (2006). Paths to nursing leadership. *Journal of Nursing Management, 14*(5), 332-339.
- Bondas, T. (2008). Det caritative lederskapet. *Vård i Fokus, 25*(3), 4-8.
- Bondas, T. (2010). Nursing leadership from the perspective of clinical group supervision: a paradoxical practice. *Journal of Nursing Management, 18*(4), 477-486.
- Fjeldbraaten, E.M. (2011). Mellom idealer og praksis : en casestudie av leger og sykepleiere i møte med reformer i spesialisthelsetjenesten. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift, 27*(04), 257-267.
- Graneheim, U. H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today, 24*(2), 105-112.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Harrison, M. B., Keeping-Burke, L., Godfrey, C.M., Ross-White, A., McVeety, J., Donaldson, V., Doran, D.M. (2013). Safety in home care: a mapping review of the international literature. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 11*(3), 148-160.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted -til rett tid.* . Hentet fra (1/2-14):
<http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>.
- Helse-og omsorgsministeren. (2011). *I trygge hender*. Hentet fra (1/2-14):
<http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/I+trygge+hender/L%C3%A6r+om+kampanjen/Sp%C3%B8rsm%C3%A5l+og+svar.266.cms>.
- Henderson, V.A. (1980). Preserving the essence of nursing in a technological age*. *Journal of Advanced Nursing, 5*(3), 245-260
- Hofoss, A., Bjørndal, D. (2010). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kirkevold, M. (2009). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H.. (2008). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kjølstad, M, Pettersen, S, Tvette, P. (2009). Kan fall og fallskader hos eldre forebygges? : Eldrerådet i Nord- Trøndelag fylkeskommune og Midtre Namdal region.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Borge, L.E ,Møller, G., Nyhus, O.H., Vardheim, I. (2012). Bedre måling av kvalitet i kommunene Senter for økonomisk forskning.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning-en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Masotti, P., McColl, M. A., Green, M. (2010). Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature. *Int J Qual Health Care*, 22(2), 115-125.
- Polit, D.F., Hungler, B. P., Beck, C. T. (2001). *Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott.
- Stenhagen, M., Ekström, H., Nordell, E., Elmståhl, S. (2014). Accidental falls, health-related quality of life and life satisfaction: A prospective study of the general elderly population. *Archives of gerontology and geriatrics*, 58(1), 95-100.
- Vaismoradi, M., Turunen, H., Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci*, 15(3), 398-405.
- Vikman, I., Nordlund, A., Naslund, A., Nyberg, L. (2009). Incidence and seasonality of falls amongst old people receiving home help services in a municipality in northern Sweden. *International journal of Cricumpolar health*, 195-204.
- WHO. (2012). Falls. Hentet fra (4/12-12):
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>
- WMA. (2013). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra (5/9-13):
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

FAGARTIKKEL.

Tittel:

«Fallhendelser hos eldre i hjemmetjenesten i en norsk kommune- omfang og omstendigheter.»

Forfattere:

1. Rita Solbakken

Høgskolelærer ved Universitetet i Nordland,
Profesjonshøgskolen, Campus Vesterålen- Leknes.
Masterstudent ved Universitetet i Nordland
Åsen 14, 8340 STAMSUND

Tlf: 99270699

Mail: rita.solbakken@uin.no

2. Terese Bondas

Professor ved Universitetet i Nordland
Profesjonshøgskolen, Campus Bodø
Pb. 1490
8049 Bodø

Nøkkelord: Kvantitativ; hjemmetjeneste; fall; uønskede hendelser; sykepleie
Quantitative; home care services; fall; adverse events; nursing.

“Fall events in elder recipients of home care services in a Norwegian municipality- incidence and circumstances”.

Summary:

Falls in institutional care is a well-documented adverse event. Falls among homebound elderly, receiving help from the home-care services, have not yet been studied in Norway. The aim of this study is to register the incidence and circumstances surrounding the falls. This study is conducted during three months in a medium-sized Norwegian municipality, and analyzed with descriptive statistics.

Totally 440 homebound elderly aged 65 years or more and receiving home care services or safety alarm were included in this study. In total 101 falls, represented by 72 persons were documented. Sixty six percent reported no injury related to the fall, but 34% had injuries, ranging from bruises to fractures and hospitalization. In 24 % the circumstances are unknown, for the rest there was none particular fall-cause. The incidence of fall is hugely without clearly defined cause.

These results will be used to investigate the development of care concerning falls, from the leaders' point of view.

Key Words: Quantitative; home care services; fall, adverse events; nursing.

Kvantitativ; hjemmetjeneste; fall; uønskede hendelser; sykepleie

Innledning

Denne studien er en del av ett forskningsprosjekt som har fokus på pasientsikkerhet og ledelse. Artikkelen beskriver resultatet av en kartlegging av fall, som en uheldig hendelse. Resultatet bygger på dokumentasjon av antall fallhendelser hos tjenestemottakere av hjemmetjenester og trygghetsalarm, i en middels stor norsk kommune. Den beskriver antall fall over en periode på tre måneder, omstendighetene rundt fallhendelsene konsekvenser for pasienten. Funnene kan bidra til ny kunnskap om fenomenet. Og i den følgende fasen- lederansvaret for utvikling av sykepleien til de eldre.

Case:

En kvinne på 87 år har hatt flere tidligere fall. Hun har kjent beinskjørhet, høyt blodtrykk, smerter i korsryggen etter kompresjonsfracturer, jernmangelanemi på grunn av kroniske tarmlødnings, diabetes og hjertesvikt etter ett infarkt. Hun bruker flere ulike smertestillende midler, deriblant opiat, antidiabetika og høypotente hjertemedisiner. I tillegg tar hun en innsøvningstablett om kvelden. Ernæringstilstanden er normal. Hun har egen leilighet i et boligkompleks for eldre. Siden hun er litt ustødig har hun rullator. Fra hjemmesykepleien har hun hjelp to ganger pr. dag, morgen og kveld samt trygghetsalarm. Hun får hjelp til støttestrømper og medisiner- morgen og kveld, og dusj en gang i uka.

Hun har ett nytt fall ca. kl. 13.00 hjemme i stua. Hjemmesykepleieren får vite om fallet ved ordinært kveldsbesøk. Tjenestemottakeren forteller at hun snublet i egne føtter når hun skulle hente noe på stuebordet. Gulvet var glatt og hun gikk uten tøfler. Hun kom seg opp fra gulvet ved egen hjelp og sier at hun ikke skadet seg. Hjemmesykepleieren undersøker dette ikke nærmere, med for eksempel blodtrykks-, eller blodsuktermåling selv om avdelingen har innført ett nytt dokumentasjonsskjema der slike observasjoner skal gjøres rutinemessig i forbindelse med fall. Det gjøres ingen fallforebyggende tiltak. Fallet dokumenteres, med avkryssing i det elektroniske dokumentasjonsskjemaet, og rapporteres muntlig til neste vakt....

Bakgrunn

Den kommunale hjemmetjenesten for eldre:

Fra 2010 vil antallet i Norge (over 67 år) øke med gjennomsnittlig 13.000 pr. år.

Utfordringene for omsorgstjenestene vil bli store fordi økningen av antallet eldre over 80 år vil være betydelig (Statistisk sentralbyrå, 1999). Med innføring av samhandlingsreformen er de nasjonale føringene at flest mulig skal bo lengst mulig i egen bolig, og at helsehjelp i større grad skal ytes i eget hjem. Hjemmetjenestene er derfor en sektor i vekst og som antas å fortsette å øke i omfang. Som følge av dette vil hjemmetjenesten i større grad gi tjenester til mottakere som vil være sykere og som tidligere ville vært innlagt i institusjon. I Norge er det kommunene som er ansvarlige for å tilby hjemmetjenester, og den defineres derfor under primærhelsetjenestene. Hjemmetjenester er organisert forskjellig fra sykehus og sykehjem. I andre land har en i større grad satset på en tradisjonell institusjonsomsorg og spesialisthelsetjeneste, mens en har en stor innsats fra humanitære organisasjoner, frivillige og familie til de hjemmeboende (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008).

Når en skal søke kunnskap fra forskning som er gjennomført i hjemmetjenesten, vil utenlandske-, og norske studier derfor ikke bli direkte sammenlignbare siden oppbygningen av hjemmetjenester er så forskjellig fra land til land. Det har derfor vært nødvendig å se til studier som både omfatter hjemmeboende eldre, samt til studier som er gjennomført i institusjon for å få mer bakgrunnskunnskap om fenomenet fallhendelser.

Fall som helseproblem for eldre:

Ved gjennomgang av internasjonale studier gjennomført på uønskede hendelser i hjemmetjenesten viser det seg at fall er det som er mest rapportert (Harrison et al., 2013). Fall og fallhendelser er ett veldokumentert fenomen. Det utgjør et stort helseproblem for eldre mennesker ved at én av tre personer over 65 år, og som bor i eget hjem, har ett eller flere fall i løpet av ett år (O'Loughlin, Robitaille, Boivin, & Suissa, 1993). I Norge er det gjennomført studier med fokus på fall hos hjemmeboende eldre generelt, men ingen publiserte studier på tjenestemottakere av hjemmetjenester spesielt. I Sverige derimot er dette gjort. De fant at 20% har minst ett fall i løpet av ett år. Studien viser også at antall fall øker med omfanget av tildelte tjenester (Vikman, Nordlund, Naslund, & Nyberg, 2009).

Norske undersøkelser viser at 30% av hjemmeboende personer over 65 år faller hvert år og at fallhyppigheten øker etter 75 års alder (Folkehelseinstituttet, 2012). Namdalsundersøkelsen registrerte fallhendelser i Midt-Norge og hadde i løpet 19 måneder registrert til sammen 1221 fall. I deres studie er hjemmeboende eldre (med og uten hjemmetjenester) og personer innlagt i institusjon inkludert (Kjølstad, Pettersen, & Tvete, 2009). Antakelsen fra tidligere studier og egen erfaring, er at eldre personer med tildelte hjemmetjenester er annerledes sammensatt enn den øvrige eldre, hjemmeboende befolkningen og derfor er i større fare for fallhendelser. Det behøves nærmere undersøkelse av denne spesifikke delen av populasjonen (Berland, Gundersen, & Bentsen, 2012; Meyer et al., 2010; O'Loughlin et al., 1993; Vikman et al., 2009).

I studien ble WHO`s definisjon av fall valgt:

“A fall is defined as an event which results in a person coming to rest inadvertently on the ground or floor or other lower level. Fall -related injuries may be fatal or non- fatal though most are non-fatal” (WHO, 2012)

Fallhendelser med og uten fysisk skade ble dokumentert, og inkludert i studien. Jeg antok at det ofte er tilfældigheter som avgjør om det blir skade som følge av et fall eller ikke. Psykiske skader er ikke inkludert i studien.

Canadiske forskere forsøkte å finne svar på hvorfor pasienter i sykehjem falt ved å se på overvåkningsvideoer fra offentlige områder i canadiske sykehjem. Det viste seg at det å skli på noe, som forskerne gjerne har konsentrert seg om, bare forårsaket omtrent tre prosent av fallene. Den vanligste årsaken til fall var ganske enkelt at personen flyttet kroppens tyngdepunkt før beina fulgte med, altså at de snudde seg rundt eller lente seg til siden for raskt. Sytti prosent av fallene viste seg å være i forbindelse med at pasientene forsøkte å gjøre helt dagligdagse aktiviteter slik som å gå, sette seg og å stå. Slik kunnskap kan gi gode tips om hvordan man kan forhindre ulykker (Robinovitch et al., 2012). Når det skal settes fokus på fallforebygging, beskriver forskningslitteraturen hvilke intervensjoner som har effekt på fallforebygging, spesielt i institusjoner der dette er et område som har vært grundig undersøkt. Aktiviteter som styrketrening, aerobic, fysioterapi hagearbeid og Tai- Chi har effekt, og kan trolig bedre funksjonsnivået målt som økning i ADL (activity of daily living), hos eldre mennesker innlagt i institusjon (Forster et al., 2009).

Oppsummert forskning fra Cochrane-biblioteket viser at det er forskjell på hvilke tiltak som synes å ha fallforebyggende effekt, ut fra om pasienten er innlagt på sykehus eller i sykehjem. I sykehus er det sannsynlig at sammensatte tiltak og øvelser med veiledning virker fallforebyggende. I sykehjem viser det seg derimot at disse tiltakene ikke har dokumentert effekt, men at tiltak iverksatt av tverrfaglige team kan redusere antall fall (Cameron et al., 2010).

Fallrisiko øker dersom personen har hatt tidligere fall, ved økt alder, kroniske lidelser og medikamentbruk (Pettersen, 2002). Et fall kan være en dramatisk hendelse i den eldres liv, og kan medføre fysisk skade. Lårhalsbrudd er den vanligste alvorlige, fysiske skaden hos de som faller (Pickett, Hartling, & Brison, 1997). Lårhalsbrudd vil ha økonomiske konsekvenser for samfunnet. Det har ikke vært mulig å finne nyere norske studier som viser kostnadene knyttet til lårhalsbrudd, men beregning gjort ved Høgskolen i Harstad viser at et lårhalsbrudd koster samfunnet 167.000 kroner i gjennomsnitt, inkludert sykehuskostnader og produksjonstap. Hvert år der det mellom 7000 og 9000 lårhalsbrudd i Norge og samlet utgjør dette en kostnad på 1,1-1,5 milliarder kroner (Bergland & Gressne, 2013). Mellom 10 og 20% av alle som pådrar seg lårhalsbrudd dør innen ett år og 25% må ha sykehjemsplass. Eldre, hjemmeboende har en høyere risiko for død dersom de har ett eller flere fall. Dødeligheten øker med 57 % for eldre som faller to eller flere ganger i løpet av ett år, viser en studie som har undersøkt 300 hjemmeboende kvinner i alderen 75-93 år. For de som hadde falt to ganger eller mer, var dødsrisikoen 1,6 ganger høyere enn hos de som ikke hadde falt. Dersom en hadde fanget opp disse kvinnene etter første fallet og iverksatt tiltak, kunne dødsrisikoen vært redusert kraftig (Kjølstad et al., 2009; Sylliaas, Idland, Sandvik, Forsen, & Bergland, 2009). Falltendensen viser seg å være likt fordelt mellom kjønnene, men det er flest kvinner som får bruddskader etter fall (Clyburn & Heydemann, 2011). Utrygghet, angst og depresjon kan være en følge av en fallhendelse. Angst for å bevege seg i hjemmet kan videre føre til at personen begrenser aktivitetsnivået og ved mindre fysisk aktivitet sees muskelsvakheter, redusert balanse og økt risiko for fall (Clyburn & Heydemann, 2011; Sylliaas et al., 2009). Disse omstendighetene kan bidra til at den eldre får en redusert livskvalitet. En studie som har undersøkt langtidseffekten av fall, viser signifikant lavere score på opplevd helse relatert livskvalitet (HRQoL) og livstilfredshet (LS) enn de som ikke har hatt fall, etter seks år (Stenhagen, Ekström, Nordell, & Elmståhl, 2014).

Fall hos mottakere av hjemmetjenester har også vist seg å øke pårørendes omsorgsbyrd, enten som ett resultat av at den eldre trenger mer fysisk hjelp etter et fall, eller gjennom at bekymring for den Eldres velferd øker. Pårørendes tillitt til den Eldres evne til å ivareta seg selv reduseres også. Dersom effektiv fallforebygging blir iverksatt for personer med risiko for fall, er det et potensiale for å bedre helse og livskvalitet for både den eldre og pårørende (Meyer et al., 2010).

Teoretisk perspektiv

Sykepleie er ifølge Henderson å bidra med støttende og erstattende tiltak dersom pasienten ikke er i stand til å ivareta dette selv. Sykepleie er også å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje og å gjøre dette på en slik måte at han gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Henderson, Mellbye, & Munkeby, 1998). Resultatene fra en norske studie der 20 sykepleiere deltok, viste at deres opplevelse var at helsearbeidere i hjemmetjenesten var mer opptatt av å behandle fallskader enn å forhindre dem. De mente at det heller ikke ble fokusert på fall *før* pasienten faktisk hadde hatt en fallhendelse. Pasientens autonomi gikk foran pasientens sikkerhet, og at det kunne gå ut over sikkerheten til pasienter som faktisk var for dårlige til å bo hjemme (Berland et al., 2012). Det viser seg at fallhendelser kan medføre skyldfølelse hos sykepleierne. (Østensvik 2007). Det er behov for kontinuerlig etisk refleksjon som har sitt fundament i sykepleie, og at ledelsen tilrettelegger for en god etisk sykepleiekultur i egen avdeling -til beste for pasientene.

Hensikt:

Hensikten med denne kvantitative studien, som er del av en større prosjekt om uheldige hendelser og ledelse, er å få økt kunnskap om omfanget av fall hos brukere av hjemmetjenester og omstendighetene rundt fallhendelsene.

Metode og gjennomføring

Studien har ett retrospektiv, deskriptivt, kvantitativ design. I undersøkelseskommunen er avdelingsledernes ansvar fordelt mellom personal-, økonomi- og fag. Ved oppstart av denne studien kom det fram at avdelingslederne for tjenesten ikke var fornøyd med utformingen av det elektroniske dokumentasjonssystemet som kommunen allerede hadde. Det opplevdes som uhensiktsmessig når uheldige hendelser generelt, og fallhendelser spesielt skulle

dokumenteres. Dette medførte at omfanget av uheldige hendelser ikke kunne hentes direkte ut av det eksisterende dokumentasjonssystemet for å belyse problemstillingen i studien.

Avdelingslederne ba om hjelp til å utforme ett redskap som kunne inngå som en del av den ordinære sykepleiedokumentasjonen. I den forbindelse ble det utarbeidet ett dokumentasjonsskjema som ble lagt inn i det allerede eksisterende elektroniske dokumentasjonssystemet. Det ble tatt utgangspunkt i ett kartleggingsskjema som hadde vært brukt under «Namdalsundersøkelsen» (Kjølstad et al., 2009). Omarbeidelsen ble gjort med tillatelse fra forfatterne. I utformingen ble kjennskap til tidliger forskning på fallhendelser tatt med.

Kravene til dokumentasjonsskjemaet var at det skulle være oversiktlig, lett forståelig og enkelt å fylle ut for de ansatte i en travel arbeidshverdag. I tillegg skulle det oppleves som ett nyttig verktøy, gi en god dokumentasjon av omstendighetene rundt fallhendelsen og ha fokus på hvordan pasienten var ivaretatt og fulgt opp etter fallet. For at kravene til dokumentasjonsskjemaet skulle kunne innfris endte vi opp med ett tosidig skjema. Første side samler faktaopplysninger om fallet der helsepersonellet fyller ut skjemaet ved å sette kryss for ulike svaralternativer som er aktuelle for fallet. Skjemaet består av 11 hovedområder som har fra 2-9 kryssbokser med ulike alternativer. Under hvert område er det også ett felt der opplysninger kan spesifiseres, dersom alternativene ikke er presise nok til det som skal dokumenteres. På side 2 kan helsepersonellet beskrive omstendighetene rundt fallet- i fritekst. To felt er tilrettelagt for fritekst:

- ” Dersom det er mulig, kan du beskrive situasjonen rundt fallet nærmere?”
- ” Mulige tiltak for å unngå/følge opp hendelsen”.

Det ble satt av felt for blodtrykk, puls, temperatur, blodsukker og vekt. Det er kjent at lidelser som påvirker sirkulasjon, balanse og ernæring øker med økende alder (Clyburn & Heydemann, 2011).

I forkant av at de nye dokumentasjonsskjemaene skulle innføres, ble det gjennomført ett tre timers kurs for alle ansatte i hjemmetjenesten, uavhengig av kompetanse. Alt helsepersonell er underlagt lov om helsepersonell, og har derfor dokumentasjonsplikt ("Helsepersonelloven," 1999). Kursdeltakerne hadde derfor ulik faglig kompetansesom: ufaglærte assistenter, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, ergoterapeuter og sykepleiere. Kurset ble gjennomført over to dager for at flest mulig skulle få anledning til å delta. Avdelingslederne oppfordret og la til

rette for deltakelse. Utviklingssenter for hjemmetjenester sto som teknisk arrangør, mens jeg hadde ansvar for faglig innhold. Til sammen deltok i overkant av 100 personer. Tema som inngikk i kurset var presentasjon av kunnskapen som vi pr. i dag har om fallhendelser i hjemmene, årsaker til fall, helsepersonells dokumentasjonsplikt opp mot lovverket og viktigheten av fallforebygging for den enkelte tjenestemottaker. Det nye dokumentasjonsskjemaet ble presentert og nøye gjennomgått for at deltakerne kunne gjøre seg kjent med det og få mulighet til å stille spørsmål. Hensikten var å trygge personalet på hvordan det skulle brukes i praksis. Tidligere undersøkelser viser at utrygghet kan være til hinder for dokumentasjon (Oddvang, 2013). Formålet med kurset var altså kompetanseheving på temaet fall og å gjøre de ansatte kjent med det nye dokumentasjonsskjemaet.

På hvert sektorkontor ble det satt opp oppslag for å påminne om nytt skjema i dokumentasjonssystemet. Avdelingslederne opprettet en kontaktperson for hver sektor som skulle være ”superbruker” og ha spesielt ansvar for opplæring av vikarer, nytt personell og være pådriver for dokumentasjonsarbeidet generelt. De var ansvarlig for å skrive ut skjemaene til meg for å sikre at tjenestemottakernes anonymitet og dermed at dokumentasjonsskjemaene kunne benyttes som datamateriale i studien. Kontaktpersonene ble samlet til ett eget møte med meg for at de skulle bli tryggere i sin rolle, kunne utveksle spørsmål og få mer informasjon i forkant av oppstart. Jeg deltok også i ett personalmøte i hver sektor der personalet hadde mulighet for å stille spørsmål angående studien og dokumentasjonsskjemaene.

Utvalg:

Utvalget i datamaterialet er personer med tildelte tjenester i form av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand (n=373). Brukere med trygghetsalarm (n=67) ble også inkludert da det er ansatte i hjemmetjenesten som betjener utløste alarmer, for eksempel ved en fallhendelse. Alle fall hos tjenestemottakere skal dokumenteres, men alder <65 år ble satt som inklusjonskriterie for studien. Totalt ble 440 personer inkludert i studien. Alderen varierte mellom 65 år og 100 år. Kommunen som dataene er samlet inn i, er en middels stor norsk kommune som består av sentrumsnære og mer landlige områder. Datasamlingsperioden varte 3 måneder fra februar til utgangen av april, 2013.

Etiske overveielser:

Dokumentasjonsskjemaene ble utfylt av ansatte i hjemmetjenesten som en del av deres ordinære elektroniske dokumentasjonssystem. Dokumentasjonsskjemaene ble av kontaktpersonene anonymisert og lagt i en konvolutt og personlig hentet hver fredag. Data var ikke sporbare tilbake til tjenestemottaker og ble behandlet konfidensielt.

Før oppstart ble det gjort henvendelser til den gjeldende kommunens pasientvernombud og Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).

Resultat

440 personer ble inkludert i studien. 72 (n=72) tjenestemottakere hadde til sammen 101 registrerte fall (N=101). Tallene presenteres i antall og i prosent for lettere kunne sammenlikne med tidligere studier.

Resultatet viser at 16,4% av alle tjenestemottakere av hjemmetjenester og trygghetsalarm, i denne kommunen, hadde minst én fallhendelse i løpet av 3 måneder. Femtifem tjenestemottakere (76%) var registrert med ett fall, mens 17 (24%) hadde flere fall. Høyeste registrerte antall fall pr. tjenestemottaker var 10. Antallet fall fordelt på alder var tilnærmet likt, med en svak overvekt i aldersgruppen 81-90 år. Kjønnfordelingen var 49 kvinner og 51 menn. Funnene indikerer at omfanget av fallhendelser er stort, se tabell 1.

Tabell 1, Fordeling av fall pr. tjenestemottaker kan vises slik (n=72):

Antall fall:	Tjenestemottakere:
1 fall:	55
2 fall:	10
3 fall:	4
4 fall:	1
5 fall:	0
6 fall:	1
7 fall:	0
8 fall:	0
9 fall:	0
10 fall:	1

Studien viser at fall skjer hele døgnet. Det viser seg at det er en overvekt av fallhendelser mellom kl. 06.00 og kl. 18.00, som er den tiden tjenestemottakerne forventes å være i størst aktivitet. Kun hos en tjenestemottaker er falltidspunktet ikke er registrert, se tabell 2.

Tabell 2, Tidspunkt for fallet (N=101):

00.00-03.00	8
03.00-06.00	9
06.00-09.00	17
09.00-12.00	17
12.00-15.00	18
15.00-18.00	12
18.00-21.00	6
21.00-24.00	7
Vet ikke:	6
Ikke registrert:	1

Av 101 fall skjedde 86 (85%) av fallene inne hos tjenestemottakeren. 29 fall skjedde i stua, 19 på soverom, 15 på badet, 13 på kjøkkenet, 3 på wc og 5 på bad. For 7% ble det krysset av for «annet». I feltet for fritekst er dette beskrevet til å være fall når tjenestemottakeren skulle forflytte seg mellom to rom, oftest i en gang.

Femten fall (15%) skjedde utomhus: 5 på gårds plass, 4 på gangvei, 3 på trapp og 2 «annet». Annet var ikke beskrevet nærmere. For ett fall var det ikke registrert.

Tabell 3, Hva forårsaket fallet?

Vet ikke:	24
Annet:	22
Svimmel:	18
Glatt:	15
Snublet:	12
Sykdom (ikke medikamenter):	8
Alkohol:	6
Medikamenter:	2

Hos 24 av tjenestemottakere var utløsende årsak ukjent. Hos noen tjenestemottakere var det satt kryss for mer enn én årsak noe som viser at fallårsaken kan være sammensatt. Ett eksempel er at tjenestemottakeren var svimmel og hadde drukket alkohol.

Det var satt av ett felt der personalet kunne beskrive situasjonen rundt fallet nærmere, dersom det var mulig. I 82 % av fallhendelsene var dette gjort. Det kommer det fram informasjon som

ikke inngår i analysen, men som likevel kan bidra til å belyse omstendighetene rundt fallhendelsene. Jeg har valgt ut 10 ulike beskrivelser. De viser at årsaken til fall er sammensatt, og at det ikke er noe som tydelig trer fram som fallårsak.

Sitatene er hentet ordrett fra dokumentasjonsskjemaene:

1. Var alene på badet da hun falt på gulvet sier venstre for skled unna henne
2. Skjedde ved strømbrudd da hun skulle gå fra bad til soverom, da hun ikke såg noe
3. Fallet har vært i slutten av uke 11. Han har handlet og sto med handleposer i begge hender da vinden blåste ytterdøra rett på han, ramlet på siden. Forteller dette selv en uke senere.
4. Ektemannen skulle hjelpe henne ut av senga og på do-stolen. Men hun sklei av madrassen og havnet på gulvet. Blei veldig sliten, for måtte ligge i 1 time før vi kom oss dit.
5. Rakk ikke bak til stolen før han satte seg ned.
6. Pasienten husker ikke
7. Måtte snø, gikk ett skritt bakover og støtte mot snøklump og falt
8. Bare helt tilfeldig at jeg kom inn til henne da. Da satt hun på gulvet nedfor senga. Sier hun falt i stua nedfor sofaen
9. Bruker falt på kjøkkengulv. Traff skarp kant/trolig rullator. Hun lå på rygg da jeg kom til henne. Mye smertepåvirket i hofte og ribbeinsområde.
10. Er alkoholiker og har drukket mye over tid.

Tabell 4, Hvilke type fysiske skader får tjenestemottakerne som faller (N=101)?

Skadetype:	Antall:
Ingen skade:	66
Annet:	14
Skrubbsår:	10
Hodeskade:	3
Skade pga. fall mot møbel e.l.	3
Brudd:	3
Forstuing:	2
Kuttskade:	2
Ikke registrert:	5

I 65% av falltilfellene hadde ikke personalet dokumentert fysisk skade etter fallhendelsen. Det ble registrert skader hos 13 tjenestemottakere og hos noen ble det registrert flere skader pr. fall. 13 fallhendelser førte til 37 ulike skader hos tjenestemottakeren. I gjennomsnitt medfører det 2,85 skader pr. fall hos de av tjenestemottakerne som hadde fått skader i forbindelse med fallet. Hos 5% var feltet ikke fylt ut. Her kan en derfor ikke utelukke flere skader. Under «annet» hadde flere dokumentert i feltet for fritekst. Skadene varierer fra mindre alvorlige skader slik som lette, diffuse smerter til alvorlige skader som lårhalsbrudd. Noen av skadene oppdages av personalet i ettertid. 8 tjenestemottakere ble umiddelbart, eller i ettertid, innlagt på sykehus som følge av fallet.

For 15% var dette deres første fall. 85% hadde falt en eller flere ganger før eller under kartleggingsperioden. I 65 % tilfeller hadde ikke personalet beskrevet tiltak for å følge opp tjenestemottakeren i etterkant av fallet. Hos dem var det heller ikke dokumentert at fallforebyggende tiltak var iverksatt.

Diskusjon

Antall dokumenterte fall i perioden på tre måneder var 101 fall- fordelt på 72 tjenestemottakere. 16,4% av alle tjenestemottakerne av hjemmetjenester og trygghetsalarm har hatt minst ett fall i datasamlingsperioden og én bruker hadde så mange som 10 dokumenterte fall. Det var flest fall mellom kl. 06.00 og kl. 18.00. 86 fall skjedde innomhus, og det viste seg at flest falt i stua. Av de 15 fallene som skjedde ute, falt flest på gårdsplassen. Årsaken til fall er ukjent i 24% av tilfellene, for de andre er det ikke noe spesielt som utpeker som fallårsak. 35 % av fallene medførte fysisk skade hos tjenestemottakeren.

Flere faktorer kan påvirke resultatet av studien og funnene må sees i lys av dette. Studien har et retroperspektivt design med den styrken at jeg ikke har hatt innvirkning på innholdet i dokumentasjonen. Personalet fikk undervisning i bruk av dokumentasjonsskjemaene, det ble gjennomført kompetansehevende kurs, personalmøter og egne personer i avdelingen som var ansvarlig for opplæring og implementering Dette antas å bidra til å økt kunnskap om, og fokus på fallhendelser i sektorene. Personalet ble påminnet fallregistreringen ved at jeg ukentlig hentet skjemaene og snakket om fall med de som jeg møtte.

Det er også begrensninger ved studien ved at den er gjennomført i kun én kommune.

Undersøkellesperioden er begrenset til 3 måneder. Datamaterialet er avhengig av personalets registreringer. Det vil alltid være en usikkerhet om alle fallene er dokumentert, og om kontaktpersonen har skrevet ut alle dokumentasjonsskjemaene. Det kan ikke utelukkes

underrapportering ved at dokumentasjonsskjemaene opplevdes som ukjente eller at noen av personalet synes det, av ulike grunner, er utfordrende å dokumentere elektronisk og heller lar det være (Oddvang, 2013).

Resultatene fra undersøkelsen viser at 16,4 % av alle tjenestemottakere av hjemmetjenester og trygghetsalarm over 65 år, hadde en fallhendelse i løpet av tre måneder (tabell 1). De er noe mindre enn funnene fra studien fra Sverige som hadde 20 % fall over en periode på ett år. Noe av forklaringen kan ligge i at personer med trygghetsalarm ikke var inkludert i studien fra Sverige og antakelsen styrkes ved at studien viste at omfanget av fall øker med antall tildelte tjenester. Personer som kun har trygghetsalarm må antas å være mindre skrøpelig enn de som har hjemmetjenester. En studie fra Nederland viser at antallet fall i sykehus var 2,5% og i institusjon 26% i en periode på 3 måneder (Van Gaal et al., 2013). Pettersen (2002) sier at i norske sykehjem har minst 50 % av pasientene ett fall pr. år. Både sykehus og sykehjem er høyere omsorgsnivå enn hjemmetjenester, og pasientene må antas å være skrøpeligere.

Flest tjenestemottakere (76%) hadde ett fall, mens 24% hadde mer enn ett fall (tabell 1). Dersom en sammenlikner med hjemmeboende som mottar frivillig hjelp i Australia hadde 58% ett fall og 45% hadde flere fall (Meyer et al., 2010). I studien fra Sverige hadde 61 % ett fall og 39 % hadde flere fall. Min studie avviker fra de andre med at antallet eldre som har ett fall er høyere. Også her kan lengden på datasamlingsperioden og mengden av tildelte tjenester antas å innvirke på resultatet. Hos tjenestemottakere som har mer enn ett fall derimot, er andelen lavere i min undersøkelse. Det kan være at personalet gjør en god og målrettet fallforebygging og oppfølging, selv om det i 65% av tilfellene ikke er dokumentert.

Begge de nordiske undersøkelsene viser tilnærmet samme resultat for høyest registrerte antall fall pr. bruker som er 10 og 11. Funnet fra min undersøkelse er urovekkende fordi datasamlingsperioden kun er 3 måneder.

Det var liten forskjell på antall fall mellom kvinner (49) og menn (52). Resultatene både støttes og avviker fra tidligere forskning som varierer fra en fordeling med flest fall hos kvinner til dobbelt så stor falltendens hos menn som hos kvinner (Clyburn & Heydemann, 2011; Kjølstad et al., 2009; Meyer et al., 2010; Van Gaal et al., 2013; Vikman et al., 2009),

Av de 101 registrerte fallene resulterte 35% i fysisk skade (tabell 4). Omfanget av fallrelaterte skader var 33 % i Sverige, og er dermed noe lavere enn det jeg fant. Det er ingen i

øyenfallende årsak til denne forskjellen ut fra inklusjonskriteriene. Studier gjort i sykehus viser at 68,8% har skader etter fall som rangeres fra liten skade til alvorlig skade (Østensvik, 2007).

Tabell 2 viser at 64 fall skjer mellom kl. 06.00 og kl. 18.00. De fleste fallhendelser i hjemmetjenesten skjer på dagtid. Slik kunnskap kan ha betydning for avdelingslederne som forvalter personalressursene og hjelpe dem i arbeidet med bemanningsfordeling ut over døgnet. Som en kuriositet kan nevnes at undersøkelsen ble gjennomført i et tidsrom der det er mørketid i denne kommunen. Det kan se ut som om påvirkning av lysforhold ikke innvirker i stor grad på falltendensen. Dette støttes av undersøkelsen gjennomført i Sverige som også har sett på sammenheng mellom årstid/lysforhold og falltendens, uten å ha funnet en signifikant forskjell. En undersøkelse fra sykehus hadde delt døgnet inn i tre. Mellom klokka 23.00 og 06.59 skjer 47,1% av fallene. På dagtid faller 26,3 % og på ettermiddag 26,6 % (Østensvik, 2007). Det skiller seg tydelig fra hjemmetjenesten og viser at de ulike deler av helsetjenestene har ulike særegenheter og at forskning på ett område i helsetjeneste ikke automatisk har overføringsverdi til ett annet. Kunnskapen kan tenkes å ha betydning vil for avdelingsledere, for eksempel ved at bemanningsfordelingen på døgnet bør bli ulik fra sykehus til hjemmetjenestene, ut fra et fallforebyggende perspektiv.

I 82 tilfeller har personalet beskrevet omstendighetene rundt fallhendelsene. I 19 tilfeller er det ikke beskrevet. Bare i 35 av tilfellene hadde personalet beskrevet mulige tiltak for å unngå/følge opp hendelsen, men i så mange som 65 tilfeller var dette ikke gjort. Det kan synes som om at helsepersonell i hjemmetjenestene aksepterer fall som en del av utfordringene som er i tjenesten (Berland et al., 2012). Oppfølgingen som helsepersonellet gjør av pasienten etter ett fall er i liten grad dokumentert og det kan synes som om at personalet ikke har fokus på å dokumentere fallforebyggende tiltak for å hindre at tjenestemottakeren faller igjen.

Fallhendelser har stor innvirkning på livskvalitet for den enkelte pasient. En kan undre seg over hvorfor det tilsynelatende aksepteres at pasienten utsettes for faren som de uheldige hendelsene medfører for den enkelte, når en enkelt tjenestemottaker har så mange som 11 fall i løpet av en periode på tre måneder. I henhold til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, skal sykepleieren ivareta en helhetlig omsorg for pasienten, erkjenne ett personlig ansvar for

at egen praksis er faglig (holde seg oppdatert om forskning og utvikling), etisk og juridisk forsvarlig samt ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helsearbeidere (Norsk sykepleierforbund, 2011). Sykepleierne skal ifølge Henderson (Henderson, 2006; Knollmueller, 1996) ha en støttende rolle overfor tjenestemottakerne. Forebygging av fallhendelser må få økt fokus fremfor å fokusere på behandling av tjenestemottakeren etter en fallskade. Fallskader medfører økte fysiske og/eller psykiske lidelser for pasienten. Denne studien viser at omfanget av fallhendelser er stort og at konsekvensen for en del av tjenestemottakerne er alvorlige. Når en i tillegg har kunnskap om at dødeligheten øker med 57 % for eldre som faller to eller flere ganger i løpet av ett år (Sylliaas et al., 2009) viser det viktigheten av at ledere har et økt fokus på fall og fallforebygging for å forebygge dødsfall som følge av fallhendelser i egen avdeling. Gode verktøy synes å være viktig i arbeidet med å måle, dokumentere og forebygge uheldige hendelser fordi det gir kunnskap om omfanget, og omstendighetene, rundt hendelsen. Dokumentasjon kan fungere som ett (av flere) styringsverktøy for avdelingslederen og gi informasjon om utviklingen, hvilken retning omfanget tar og hvilken effekt iverksatte tiltak har. Hensikten med rapportering av uønskede hendelser er å lære av disse og at det dermed kan være et utgangspunkt for forebygging. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten «- og bedre skal det bli...» (2007) har til formål å skape tjenester av god kvalitet og som er trygge og sikre. Hovedansvaret for tjenestene ligger hos lederne som har ansvaret for å omsette forskningsbasert kunnskap til bedre tjenester. I det caritative lederskapet utvikles pleien gjennom administrative prosesser som består av: planlegging, budsjettering, koordinering, organisering beslutninger, kommunikasjon, informasjon og vurderinger. At sykepleiere og ledere skal ta i bruk evidens står også sterkt. (Bondas 2003). På denne måten utvikles pleiekulturen og lederen, i samarbeid med personalet, forebygger krenkelser av pasienten. Helsedirektoratet (2007) sier at det forventes at lederne ser arbeidet med forbedring av tjenestene som en nødvendig del av sitt arbeid -og ikke noe som gjøres i tillegg. Mange ledere synes kvalitetsarbeid er utfordrende innenfor stramme økonomiske rammer. En anbefaling er at lederne skal rapportere på kvalitet i forhold til nasjonalt vedtatte indikatorer. Det bør finnes oversikter over feil og avvik som skal analyseres på en systematisk måte, og som skal danne grunnlag for læring og utvikling (Sosial- og Helsedirektoratet, 2007). Fall er foreslått innført som én av flere kvalitetsindikator i sykehjem (SØF, 2012). Hvorfor det ikke er gjort på samme måte i hjemmetjenesten er uvisst. Kanskje vil det innføres også her, på ett senere tidspunkt.

Resultatene fra denne studien gir avdelingsledere ny kunnskap om omfanget av fall; når, hvor og hvorfor tjenestemottakerne faller, hvilke skader de får og hvor mange som innlegges i sykehus. Barmhjertighet og kjærligheten til mennesket er sentral i det caritative lederskapet. Hovedtanken er å tjene pasienten. Avdelingsledere bør ha en klar visjon om hva pasientomsorgen skal være. Begrepet verdighet er viktig, samt å ha en visjon om hva omsorgen skal innebære (Terese Bondas, 2009; Terese Bondas, 2003). Ut fra dette perspektivet bør ikke avdelingsledere akseptere det store omfanget av fallhendelser. Kanskje skulle ledelses-visjonene være en «null-visjon», og at alle fall er ett fall for mye? Ved å ha en visjon og mål om «null-toleranse» for fall i hjemmet, kan lederne bidra med kunnskaper slik at tjenestemottakerne er normalt aktive og selvstendige i forhold til daglige gjøremål, og at selvstendighet gjenvinnes etter en skade. Til hjelp i dette arbeidet har lederne flere hjelpemidler for retning og mål. «Handlingsplan for forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid» og «Pasientsikkerhetskampanjen» er to nasjonale planer som har hatt til hensikt å sette fokus på, inspirere til forebyggende arbeid og redusere antall skader (Helse- og omsorgsdepartementet, 1991; Pasientsikkerhetskampanjen, 2011).

Konklusjon

Funnene fra denne undersøkelsen viser at omfanget av fallhendelser hos tjenestemottakere av hjemmetjenester og trygghetsalarm er stort. Fall er i mange tilfeller ikke bare et uhell, men er noe som kan forebygges gjennom målrettede tiltak og gjennom ny kunnskap om omstendighetene rundt fallhendelser i hjemmetjenesten. Fokus på fallforebygging bør styrkes hos både sykepleiere og ledere. Vi vet at antall eldre vil øke i årene som kommer og at risiko for fall øker med tidligere fall, økt alder, kroniske lidelser og medikamentbruk. Nasjonale føringer er at hjelp i størst mulig grad skal ytes i hjemmet, og en av konsekvensene er at hjemmetjenesten vil øke i omfang.

Fall kan føre til store lidelser for den enkelte tjenestemottaker, med fysisk skade og med psykisk påkjenning (selv om det ikke har vært undersøkt i denne studien). Fallhendelser medfører økt bekymring hos de pårørende, pasienten kan få et større pleiebehov etter ett fall, og det er en stor økonomisk belastning for samfunnet.

Anbefalinger:

- Det anbefales å styrke utøverens kompetanse ved å lette på tilgangen til evidensbasert og oppsummert kunnskap. I tillegg skal tjenestene følges med ved å lære av avvik, uheldige hendelser og bekymringsmeldinger (Sosial- og Helsedirektoratet, 2007).
- Sykepleierne har ansvar for å gjøre en risikovurdering ut fra kunnskap om årsaker til fall, og iverksette fallforebyggende tiltak.
- Avdelingslederne bør styrke fokuset på fallforebyggende arbeid og lede ut fra en visjon om «null-toleranse» for fall.
- Fall bør innføres som en kvalitetsindikator i hjemmetjenesten på samme måte som i sykehjem.
- Det bør videre undersøkes hvordan avdelingslederne i hjemmetjenesten fokuserer på uheldige hendelser slik som fallhendelser, i egen sektor.

I lys av Hendersons teori der omsorgen for pasienten, bruk av evidens i sykepleien og sykepleierens støttende funksjon er sentralt, burde kvinnen på 86 år vært fulgt tettere opp etter fallet. Samtale med pasienten for å oppdage skader og smerter følges opp med å nærmere undersøkelse. Blodtrykk, puls og blodsukker måles ut fra kunnskapen om at hun har lidelser som i seg selv gir økt risiko for fall. Og at hun i tillegg tar medisiner som kan påvirke disse parameterne på en slik måte at hun er i større fare for fall. Kunnskapen om omstendighetene rundt hennes fall kan gjøre at forebygging kan bli mer målrettet.

Litteratur:

Bergland, Harald , & Gressne, Tomas (2013).

<http://www.hih.no/nor/hih-2/?&displayitem=475&module=news>. Nedlastet 7/1-14

Berland, A, Gundersen, Doris, & Bentsen, Signe Berit. (2012). Patient safety and falls: A qualitative study of home care nurses in Norway. *Nursing & Health Sciences, Volume 14*(Issue 4), 452–457.

Bondas, Terese. (2009). Preparing the air for nursing care: A grounded theory study of first line nurse managers. *Journal of Research in Nursing, 14*(4), 351-362.

Bondas, Terese (2003). Caritative leadership. Ministering to the patients. *Nursing Administration Quarterly, 27*(3), 249-253.

Clyburn, Terry A., & Heydemann, John A. (2011). Fall prevention in the elderly: analysis and comprehensive review of methods used in the hospital and in the home. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 10*, 402-409.

Folkehelseinstituttet. (2012). Beinskjørhet og brudd - fakta om osteoporose og brudd.

http://mfr.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:70816::1:5647:12:::0:0 Nedlastet 4/12-12

Forster, Ruth, Lambley, Hardy, Jo, Young, John, Smith, Jane, Green, John, & Burns, Eileen. (2009). Rehabilitation for older people in long-term care. *Australias Journal of Ageing, 2010 Jun*.

Harrison, Margaret B., Keeping-Burke, Lisa, Godfrey, Christina M., Ross-White, Amanda, McVeety, Janice, Donaldson, Victoria, . . . Doran, Diane Marie. (2013). Safety in home care: a mapping review of the international literature. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 11*(3).

Helse- og omsorgsdepartementet. (1991). *Handlingsplan 1997-2001. Forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid*.

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/veiledninger_og_brosjyret/1991/i-0874-b.html?id=87384#kap3.2.1. Nedlastet 1/2-14

Henderson, Virginia. (2006). The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing, 53*(1), 21-31.

- Henderson, Virginia, Mellbye, Sidsel, & Munkeby, An-Magritt. (1998). *Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning : refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kirkevold, Marit, Brodtkorb, Kari, & Ranhoff, Anette Hysten. (2008). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kjølstad, M, Pettersen, S, & Tvette, P. (2009). Kan fall og fallskader hos eldre forebygges? : Eldrerådet i Nord- Trøndelag fylkeskommune og Midtre Namdal region.
- Knollmueller, Ruth N. (1996). Virginia Henderson: her definition of nursing applies more than ever to home care practice. *Home Healthcare Nurse*, 14(8), 625-629.
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) (1999 LOV-1999-07-02-64).
- Meyer, Claudia, Dow, Briony, Bilney, Belinda, Moore, Kirsten, AmandaBingham, & Hill, Keith. (2010). Falls in older people receiving in-home informal care across Victoria: influence on care recipients and caregivers. *Australian Journal of Ageing*, 31 No1, 6-12.
- Yrkesetiske retningslinjer (2011).
https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf.
Nedlastet 1/2-14
- O'Loughlin, J. L., Robitaille, Y., Boivin, J. F., & Suissa, S. (1993). Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly. *American Journal of Epidemiology*, 137(3), 342-354.
- Oddvang, Tone Knudsen. (2013). Fra kardex til projektor (nr. 101, s. 78-79). Sykepleien.no: Sykepleien.
- Pasientsikkerhetskampanjen. (2011). *I trygge hender*.
<http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Forebygging+av+fall+i+helseinstitusjoner.453.cms>. Nedlastet 1/2-14
- Pettersen, R. (2002). Recurrent falls in the elderly. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 122(6), 631-634.
- Pickett, W., Hartling, L., & Brison, R. J. (1997). A population-based study of hospitalized injuries in Kingston, Ontario, identified via the Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program. *Chronic Dis Can*, 18(2), 61-69.
- Robinovitch, S, Feldman, Fabio, Fau, Yijian Yang Y, Schonnop, Rebecca, Lueng, Pet Ming, Sarraf, Thiago, . . . Loughin, Marie. (2012). Video capture of the circumstances of falls in elderly people residing in long-term care: an observational study. *The Lancet*.
- Sosial- og Helsedirektoratet. (2007). *Hvordan kommer vi fra visjon til handling?....og bedre skal det bli!* . Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-strategi-for->

[kvalitetsforbedring-i-sosial--og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015/Publikasjoner/nasjonalt-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial--og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015.pdf](#). Nedlastet 1/2-14

Statistisk sentralbyrå. (1999). Eldre i Norge.

Stenhagen, Magnus, Ekström, Henrik, Nordell, Eva, & Elmståhl, Sölve. (2014). Accidental falls, health-related quality of life and life satisfaction: A prospective study of the general elderly population. *Archives of gerontology and geriatrics*, 58(1), 95-100.

Sylliaas, H, Idland, Gro, Sandvik, Leiv, Forsen, Lisa, & Bergland, Astrid. (2009). Does mortality of the aged increase with the number of falls? Results from a nine-year follow-up study. *European Journal of Epidemiology*, 14(7), 351–355.

SØF. (2012). Bedre måling av kvalitet i kommunene.

Van Gaal, B. G. I., Schoonhoven, L., Mintjes-de Groot, J. A., Defloor, T., Habets, H., Voss, A., . . . Koopmans, R. T. (2013). Concurrent Incidence of Adverse Events in Hospitals and Nursing Homes. *Journal of Nursing Scholarship*.

Vikman, I, Nordlund, Anders, Naslund, Annika, & Nyberg, Lars. (2009). Incidence and seasonality of falls amongst old people receiving home help services in a municipality in northern Sweden. *International journal of Circumpolar health*, 195-204.

WHO. (2012). Falls.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/> Nedlastet 4/12-12

Østensvik, Elisabeth. (2007). Karakteristika ved pasientfall på sykehus. *Vard i Norden*, 27(3), 13-18.

Artikkel til Vård i Norden

Tittel: Uheldige hendelser i hjemmetjenesten
- mellomlederens forståelse av fagansvar ved fall.

Engelsk tittel: Adverse events in home care services
- First line managers' comprehension of professional responsibility
in fall events.

Forfattere: Rita Solbakken, RN, intensivsykepleier, MSc-student
Profesjonshøgskolen, sykepleie og helsefag,
Universitetet i Nordland
Lofoten Næringshage, Storgata 105,
No-8370 Leknes

Mail: rita.solbakken@uin.no

Telefon: +4799270699/+4791326783

Terese Bondas, PhD, LicHSc, MHSc, RN, PHN

Profesjonshøgskolen, sykepleie og helsefag,
Universitetet i Nordland
Pb. 1490
NO-8049 Bodø

Mail: terese.bondas@uin.no

Title: Adverse events in home care services
- First line managers' comprehension of professional responsibility in fall events.

Abstract:

Background and purpose:

Fall is the most frequently occurring adverse event among recipients of municipal home care services. First line nurse managers have a key role in developing the patient care and work systematically to prevent adverse events. The aim of this study was to obtain in-depth knowledge of how nurse managers focus on adverse events, represented by fall events in their own unit.

Method: *Data on fall events, amount and circumstances, were studied in a Norwegian municipality. The results were used to investigate the development of care concerning falls, from the managers' point of view. A focus group interview was conducted with managers from the same municipality.*

Results: *Three themes were created with qualitative content analysis: 1. How to make the staff bloom- leaders' understanding of employees' competence, 2. We are burning on them- balance between demands and taking care of the staff, 3. The report is invaluable- adverse events in own ward. The main theme is "The marginalizing nursing development in management"*

Conclusion: *The development of nursing care seems to have become marginalized in nursing leadership. Economic and staff responsibility took the precedence over patient safety such as falls in this study. The first line nurse managers' opportunities to lead nursing care and the development of nursing care seem to be diminishing.*

Key words: adverse events; first- line managers; home care services; qualitative

Innledning

Fokus i denne studien er å forstå ledelse i relasjon til oppfølging av uheldige hendelser, representert ved fallhendelser hos eldre, i ledernes kommune.

Uheldige hendelser skjer i alle ledd i helsevesenet. Forskning på uheldige hendelser har hovedsakelig vært gjennomført i institusjoner. Det er rimelig å anta at uheldige hendelser også skjer i hjemmetjenesten (1-4). Fallhendelser er den hyppigst forekommende uheldige hendelsen hos mottakere av hjemmetjenester, viser internasjonale studier (2, 4, 5).

Litteratursøk viser at omfang og omstendigheter av fall hos eldre i norsk hjemmetjeneste ikke er undersøkt, og av den grunn trenger sykepleieledere kunnskap om dette. Bondas (6, 7) sier at ledelse utføres i komplekse helseorganisasjoner. Lederne utsettes for organisatoriske, økonomiske, faglige og politiske krav. Det er utfordrende å finne balansen mellom hensynet til pasient, pårørende, personal og økonomi. Det finnes begrenset kunnskap om ledelse i sammenheng med omfang av uheldige hendelser i hjemmetjenestene, nasjonalt og internasjonalt. Videre forskning anbefales (1, 5, 8, 9).

Den norske/nordiske hjemmetjenesten bygger på en modell der tjenesten er rettighetsbasert gjennom lovverket, og finansiert over statsbudsjettet. I andre land har en i større grad satset på en tradisjonell institusjonsomsorg og spesialisthelsetjeneste, mens en har en stor innsats fra humanitære organisasjoner, frivillige og familie til de hjemmeboende (10). Internasjonale studier gjort i hjemmetjenesten vil derfor ikke være direkte overførbare til norske forhold. Ved innføring av Stortingsmelding 47 «samhandlingsreformen» i 2012 legges det føringer for at helsehjelp i størst mulig grad skal gis i pasientens hjem. Antallet eldre er økende.

Tilsammen vil dette medføre en betydelig økning i hjemmetjenestenes omfang ved at en i større grad gir tjenester til mennesker som antas å være sykere, og som tidligere ville vært innlagt i institusjon (11, 12).

Uheldige hendelser og pasientsikkerhet i hjemmetjenesten

Sykepleie ytes i en mindre strukturert form i hjemmetjenesten enn i institusjon. Det kan medføre risiko for at uheldige hendelser kan være vanskelig å fange opp (4). Fall er hyppigst forekommende, og har stor betydning for helse og livskvalitet for tjenestemottakeren ved at han er mindre aktiv og uavhengig som følge av frykt for nye fall (2, 4, 5).

Den samfunnsøkonomiske konsekvensen er betydelig. Lårhalsbrudd er den mest rapporterte, alvorlige skaden. 10-15% dør i løpet av ett år. 25% vil ha behov for institusjonsplass. Årlig rapporteres mellom 7000 og 9000 lårhalsbrudd i Norge. Samlet utgjør det en kostnad på 1,1-

1,5 milliarder kroner (13). Dødsrisikoen økes 1,6 ganger etter ett fall (14). Pårørendes omsorgsbyrd og pasientens behov for hjemmetjenester øker også etter fall. Utrygghet, angst og depresjon kan være følge av en fallhendelse. Angst for å bevege seg i hjemmet kan videre medføre at personen begrenser aktivitetsnivået. Mindre fysisk aktivitet medfører muskelsvakhet, redusert balanse og økt risiko for fall (15, 16). Disse omstendighetene kan bidra til redusert livskvalitet. Fall hos mottakere av hjemmetjenester har også vist seg å øke pårørendes omsorgsbyrd. Enten som ett resultat av økt behov for fysisk hjelp, eller at pårørendes bekymring for den eldre velferd øker. Pårørendes tillitt til den eldre evne til å ivareta seg selv reduseres. Dersom effektiv fallforebygging blir iverksatt for personer med risiko for fall, er det potensiale for å bedre helse og livskvalitet for både den eldre og pårørende (8). Fokus på pasientsikkerhet og uheldige hendelser er økende i samfunnet med formål å gi bedre helsetjenester. Likevel viser en studie at sykepleiere i hjemmetjenestene mener helsepersonellet er mer opptatt av å behandle fall enn å forebygge dem. De fokuserer sjelden på fall før de hadde skjedd. Pasientens autonomi går foran sikkerhet (1).

Sykepleiere som ledere

Når jeg skriver om lederne i denne artikkelen menes mellomlederne som står pasienten og personalet nærmest. Sykepleiere har lang tradisjon for å lede- og være ledere i helsetjenesten. De har i flere tiår hatt en naturlig plass og vært betydelige autoriteter innenfor helseledelse. Det er en klar oppfatning om at lederne har ett betydelig ansvar for kvalitet og god praksis for at tjenesten skal nå sine mål og drive forsvarlig (17). Ledelse har helt siden Florence Nightingale tilhørt sykepleierens yrke (7). Sykepleieledere utsettes for organisatoriske-, økonomiske-, faglige- og politiske krav. Sykepleie gis i et miljø som tar i bruk ny teknologi, og har blitt mer komplisert ved at tjenesten også skal implementere nye reformer. En nylig reform som vil medføre store endringer for hjemmetjenestene er Stortingsmelding 47 («samhandlingsreformen») som trådte i kraft 2012. I dag styres store deler av helsetjenesten etter New Public Management (NPM) tankegangen. Modellen bidro til ett paradimeskifte og ble innført på 1980-tallet. Ledelse dreies i større grad mot fokus på resultatledelse, konkurranse og kostnadseffektivitet. NPM er en modell som passer dårlig sammen med tanken om caritativ ledelse. En står i fare for å oppfatte pasienten som et anonymt nummer i rekken, og har derfor ikke tilstrekkelig fokus på den lidende pasienten (17, 18).

Teoretisk perspektiv

Sykepleie er ifølge Henderson å hjelpe pasienten (19). Pasienten er hovedpersonen og skal være i sentrum for sykepleierens beslutninger og handlinger. Å tjene pasienten er derfor fokus også i sykepleieledelse (18). Det caritative lederskapet er en teori utviklet i sykepleievitenskapelig perspektiv av Bondas. Teorien har fått sitt navn etter motivet: kjærlighet til mennesket og barmhjertighet. Fem hovedoppgaver beskrives i pasientpleien: det caritative motivet, verdighet, måling og mening i helsevesenet og relasjoner i omsorgskulturen. Kjernen er kjærlighet til mennesket og det å ville den andre vel. Fellesnevneren mellom omsorg og ledelse er den lidende pasienten noe som innebærer konsekvenser for ledelse. Ledernes oppgave er å utvikle sykepleie og tilrettelegge for at sykepleien til enhver tid er basert på den best tilgjengelige evidens (18, 20, 21). Uten lederne med en klar visjon om hva omsorgen som gis til pasientene skal innebære, vil det være en risiko for at fokuset på- å tjene pasienten- blir borte i en hektisk hverdag. Det er behov for kontinuerlig etisk refleksjon som har sitt fundament i sykepleie. Lederen er tilrettelegger for god etisk sykepleiekultur i egen avdeling -til beste for pasientene (6, 21).

Tidligere forskning

«Paths to nursing leadership» (7) beskriver fire ulike måter sykepleiere rekrutteres inn i lederstillinger på, hva som karakteriserer dem og hvilken betydning rekrutteringsmåten kan ha for hvordan ledelsen utføres. En av hovedforskjellene mellom de ulike ledertypene synes å være engasjementet. Noen velger å bli ledere på feil grunnlag. Idealisten er mest opptatt av hva hun kan tilføye organisasjonen, mens de som har valgt ledelse som en karrierevei er mest opptatt av hva organisasjonen kan gi dem. De som tilfeldigvis ble ledere fordi de fikk muligheten hadde en likegyldig holdning. Midlertidige vikarer i lederstilling hadde gjerne ikke tanker om eget bidrag i det hele tatt. I Bondas` studie var tilfeldighetens vei den klart vanligste vei inn i ledelse (54,4%), mens idealisme-, og karriereveien er å foretrekke. Ledernes rolle er å fremme en kultur som støtter en evidensbasert praksis for å redusere pasientenes risiko for uheldige hendelser. Nylig forskning tyder på at egenskaper i organisasjonskulturen, herunder struktur, ledelse og tilgjengeligheten av menneskelige ressurser er viktige faktorer som bestemmer helsepersonellens kapasitet til å integrere ny forskning i sin kliniske praksis. Det er behov for at tjenestemottakerne møtes av personell som har en praksis fundamentert på evidens, som kan støtte tjenestemottakerne og legge til rette

for atferdsendring i den hensikt at risiko for uønskede hendelser reduseres og sykepleien utvikles (22, 23)

Hensikt og forskningsspørsmål

Artikkelen bygger på resultater av en større case-studie fra en middels stor norsk kommune. Jeg har studert fallhendelser- omstendigheter og omfang over en periode på tre måneder i 2013. Studien viser at omfanget av fallhendelser i denne kommunen er stort. Resultatene presenteres i en egen artikkel. Fallstudiet danner bakteppe for videre å søke dybdekunnskap om hvordan ledere fokuserer på uheldige hendelser i egen kommune og leder til forskningsspørsmålet: «På hvilken måte fokuserer ledere på uheldige hendelser, representert ved fallhendelser i egen kommune?» Målet er å fremskaffe forståelse og innsikt gjennom ledernes egne beskrivelser.

Metode

Studien er en del av ett forskningsprosjekt som har fokus på pasientsikkerhet og ledelse. For å svare på forskningsspørsmålet ble explorativt, kvalitativt design valgt. Kvalitativ tilnærming brukes for å få en forståelse av fenomenet fra perspektivet til de som erfarer det (24). For å få fram de empiriske dataene ble fokusgruppeintervju benyttet. Fokusgrupper er særlig egnet til å produsere empiriske data som sier noe om betydningsdannelse i grupper (25).

Utvalg

Fokusgruppen besto av et totalutvalg av fem mellomledere fra denne kommunen med hensikt å søke dybdekunnskap om hvordan de fokuserer på uheldige hendelser, representert ved fallhendelser i egen sektor der de har fag-, personal- og økonomiansvar. Fire lederne var sykepleiere. Den femte var nesten ferdig med sykepleierutdannelsen da intervjuet ble gjennomført. Se tabell:

	Minimum	Maximum	Gjennomsnitt
Alder	34 år	54 år	43,4 år
Sykepleieerfaring	0 år	25 år	9,8 år
Lederfaring	0,5 år	22 år	7,9 år

Begge kjønn var representert, med en klar overvekt av kvinner- fire kvinnelige ledere og én mannlig. Ledernes formelle kompetanse var relativt lik. Ingen hadde faglig videreutdanning eller videreutdanning innenfor ledelse. To informanter hadde deltatt på ulike

kompetansehevende kurs i ledelseemnet gjennom arbeidsgiver. Kursene hadde varighet fra dager til å være interne opplæringsprogram som hadde gått over lengre tid. Antall ansatte og tjenestemottakere i sektorene de leder er relativt likt. To sektorer er bynære, mens tre er mer landlige med stor avstand mellom tjenestemottakerne.

Datasamling

To uker før fokusgruppeintervjuet fikk hver mellomleder rapporten som beskrev resultatene fra fallregistreringen. De kunne se resultater fra egen sektor, de andre sektorene og kommunen som helhet. Sammen med rapporten fikk de skriftlig informasjon om at rapporten skulle danne bakteppe for fokusgruppeintervjuet, samt tid og sted for intervjuet. Intervjuet ble gjennomført i juni 2013 på kommunens rådhus. Det varte i 90 minutter. Det ble tatt opp på bånd og transkribert. Sitatene i resultatpresentasjonen er anonymisert. Lederne benevnes leder 1-5. Intervjuet ble gjennomført av forfatter og en kollega med forskerkompetanse. Forfatter hadde rolle som moderator og ledet intervjuet ut fra en semistrukturert intervjuguide, hovedsakelig med åpne spørsmål. Moderators rolle var også sikre at alle deltakere kom med synspunkter og at diskusjonen ble holdt til det som var relevant for forskningsspørsmålet/temaet som skulle diskuteres (25). Assisterende moderator hadde ansvar for å observere samspillet i gruppa, ta notater, passe på tiden og ha kontroll på opptakerutstyret.

Validitetsdiskusjon

Ingen kunnskap er allmenngyldig på den måten at den gjelder under alle omstendigheter eller for et hvert formål. Feltet og konteksten der data er samlet vil være med på å bestemme kunnskapens rekkevidde (26). Studien ble gjennomført i en middels stor norsk kommune med et totalutvalg av ledere med fagansvaret for de kartlagte fallhendelsene. Ingen har trukket seg underveis eller i etterkant. Det har betydning for validiteten og gir dybdekunnskap om hvordan de fokuserer på uheldige hendelser i egen sektor. Hadde fokusgruppen blitt gjennomført med ett tilfeldig utvalg av ledere, eller at de uttalte seg om uheldige hendelser generelt, kunne resultatet blitt annerledes. Lederne er kollegaer og kjenner hverandre, noe som kan ha betydning for hvor fritt de snakker i intervjuet. Det at jeg selv har ledererfaring kan innvirke på intervjuet. Ved å bruke assisterende moderator fanget jeg bedre opp kroppsspråket og dynamikken mellom informantene. Vi gjennomgikk intervjuet sammen i etterkant. For å styrke studiens troverdighet har jeg brukt sitater fra lederne i resultatpresentasjonen (27).

Analyse

Kvalitativ innholdsanalyse ble valgt. Den er egnet hvis en ønsker en større grad av beskrivelse av teksten og mindre grad av tolkning (24). Intervjuet ble transkribert av forfatteren.

Lydopptaket og transkriberingen ble lyttet og deretter lest gjennom i sin helhet flere ganger, for å få et helhetlig inntrykk. Jeg valgte å holde meg tett opp til teksten. Neste skritt var å finne fram til de meningsbærende enhetene, kondensere og kode disse. Det er en kontinuerlig prosess med å gå frem og tilbake mellom deler og helhet i teksten for å forstå dens mening, ofte beskrevet som den hermeneutiske sirkel (28). Kodene ble først sortert i fem ulike kategorier, deretter slått sammen til tre tema.

Etiske hensyn

Tillatelse til studien er gitt av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD prosjektnr: 32207). Datamaterialet er anonymisert i henhold til Helsinki- deklarasjonens regler (29). Det ble sendt ut brev til enhetsleder for hjemmetjenesten med forespørsel om deltakelse i studien. Deltakerne fikk skriftlig og muntlig informasjon i forkant av fokusgruppeintervjuet, og samtykket ved å skrive under samtykkeskjemaet. Ingen avdelingsledere ønsket å reservere seg fra deltakelse eller har trukket seg i ettertid.

Resultat

Tre tema framtrådte:

- «Hvordan få de ansatte til å blomstre» - ledernes forståelse av ansattes kunnskap,
- «Vi brenner på dem» - balanse mellom krav og ivaretagelse av personalet og
- «Rapporten er gull verd» - uheldige hendelser i egen avdeling

Hovedtemaet er: «Den marginaliserende sykepleieutviklingen hos ledelsen»

Hvordan få de ansatte til å blomstre- ledernes forståelse av ansattes kunnskap

Lederne beskriver en tett sammenheng mellom eget fagansvar og deres forståelse av ansattes kunnskap. Alle informantene opplever lederansvaret tyngende. Deres formelle ansvar består av personal-, økonomi-, og fagansvar. Personaladministrasjon og økonomiansvar oppleves tidskrevende, men likevel overkommelig. Når de snakker om at ansvaret oppleves tyngende, er det fagansvaret som trekkes fram. Hjemmetjenesten beskrives som en spesiell kontekst å utøve sykepleierledelse i, på den måten at personalet jobber alene opp mot

tjenestemottakerne. Det oppleves som en utfordring for lederne at personalet jobber så selvstendig, noe de selv også gjør som ledere. De opplever manglende oversikt over om tjenestemottakeren får den sykepleien han er i behov av. Lederne har ingen mulighet til å kontrollere den faglige kvaliteten i tjenesteutøvelsen hjemme hos den enkelte tjenestemottaker, og det bekymrer dem. Det kan se ut til at dette oppleves særlig utfordrende for ledere dersom de tidligere har utøvd ledelse i institusjonstjenesten. En leder (1) sammenlikner ledelse i institusjon og hjemmetjeneste slik:

«...faget er faget, men det å lede i hjemmetjenesten kan ikke sammenliknes med institusjonsledelse der man har pasienter og ansatte rundt seg hele tida og du føler veldig godt at du har kontroll både på drifta og personal, mens her har du ikke sjans, i hvert fall har ikke jeg det og det ... til å være ute og ivareta brukerne eller kontrollere at de har det de skal ha, og at de får det de skal få. Jeg er prisgitt personalet og det er jeg veldig UKOMFORTABEL med».

Den eneste måten lederne sier de har mulighet til å få innsyn i det som gjøres ute hos tjenestemottakerne er gjennom sykepleiedokumentasjonen. Alle er bekymret for kvaliteten på det som dokumenteres. Til daglig er de ikke inne og leser personalets dokumentasjon, men sier de har blitt det bevisst i forbindelse med fall-rapporten. Personalet beskrives å ha stor tradisjon for muntlig rapportering når de møtes inne på sektorkontorene i vaktskiftene. Det diskuteres hva manglende dokumentasjon kan være et uttrykk for. En informant (4) er sikker på at det gjøres gode tiltak ute hos tjenestemottakerne, men at det som faktisk gjøres ikke dokumenteres. De andre er mer usikre. Personalet arbeider lite på fag, oppfølging av fall mangler og viktig informasjon bringes ikke videre, mener de. Alle er sikre på at dette er gjennomgående for all dokumentasjon.

Informantene beskriver ansatte med mye formell kompetanse, særlig hos hjelpepleierne der mange har tatt ulike kurs og videreutdanninger. Sykepleierdekningen er god, men i praksis er det mange som ikke er i stillingene grunnet sykdom og permisjoner. Også blant sykepleierne er det flere som har faglige videreutdanninger. Flere ledere sier de synes å se liten effekt av den satsningen som har vært på kompetanseheving i kommunen. Det tilskrives kulturen i sektorene, som preges av at ansatte ikke tør stå fram og dele kunnskapen med kollegaer. Lederne er delt i synet på i hvilken grad de opplever at personalet bruker kunnskap og er opptatt av faget. En leder (1) sier: *«de bruker ikke den videreutdanninga si i hverdagen i det hele tatt ... ikke en gang inn i diskusjoner der de har en spisskompetanse».*

De er tydelige på at lederansvaret er å motivere og inspirere de ansatte til å i større grad ta i bruk den kunnskapen de har. Å bygge gode kulturer i sektorene og veilede personalet faglig

vil være en stor del av lederoppgaven. «*Vi må jobbe med den ansatte- få han til å blomstre (4)*».

Skal de lykkes med dette arbeidet mener lederne de må få frigjort tid. De er tydelige på at det er fagansvaret som må delegeres bort. De ønsker at sykepleierne skal fungere som ressurspersoner og overta fagansvaret ute i hjemmetjenesten. Sykepleiernes ansvar vil bli å holde faglig fokus i hverdagen, og gi faglig veiledning til det øvrige personalet. En del av denne oppgaven bør også være å fungere som faglig stedfortreder når leder er borte i møter eller av andre grunner ikke er tilstede, men også hjelpe lederne med å holde det faglige «trykket» ellers også. De uttrykker ett håp om at på denne organiseringen vil medføre en varig kulturendring i sektorene der faget er i fokus.

Fire sa at det var egentlig helt tilfeldig at de hadde blitt ledere: «*Det var egentlig bare noe jeg gjorde egentlig ... jeg har jo gjort noen av oppgavene tidligere ... og har vært konstituert innimellom (2). Rekruttering ja, den skjedde på Rema foran melka. Der møtte jeg enhetsleder som spurte hvorfor jeg ikke hadde søkt på stillingen ... ja, og sånn ble det (1)*». Den femte lederen var midlertidig plassert i stillingen, og hadde kun fagansvar ved avdelingen. På spørsmål om hvordan ledere bruker evidens i sin arbeidshverdag svarer samtlige at de ikke gjør det.

Vi brenner på dem- balanse mellom krav og ivaretagelse av personalet

Hjemmetjenesten oppleves som uforutsigbar også når det kommer til arbeidsmengde. Lederne kommer ofte tilbake til at de opplever stort arbeidspress både for ansatte og ledere. Etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012 beskriver de en endring mot enda større uforutsigbarhet, og kortere tid til å planlegge mottak av ressurskrevende tjenestemottakere. Tjenestemottakerne kommer tidligere ut fra sykehuset, det medfører kortere forberedelsestid. De er sykere, har mer komplekse sykdomsbilder. Det er større krav til at igangsatt behandling og oppfølging skal videreføres i hjemmet. En informant sier (4): «*det er ikke slik at vi kan la være å ta imot pasienter med komplekse problemstillinger og som krever mer personell selv om de kanskje ikke alltid har fagkompetansen på plass. Da må vi heller skolere dem*».

Lederne beskriver at personalet har stort arbeidspress, lange pasientlister, mange arbeidsoppgaver som skal ivaretas og som ikke gir rom for uforutsette ting. De er bekymret for at det skal gå utover kvaliteten på tjenestene som leveres. En informant (4) sier at dersom hun klager på at noe ikke er tilfredsstillende gjort får hun automatisk dårlig samvittighet. Hun vet at personalet har mye å gjøre, noe som medfører at det blir vanskelig å stille krav. Det

beskrives som utfordrende å finne balanse mellom krav og ivaretagelse (3): *«Jeg må nok følge opp og skjerpe litt mer. Som leder må du velge hva du skal ha fokus på og vite at du prioriterer rett».*

Det er enighet blant informantene om at de ikke de formidler klare visjoner eller klare forventninger til sine ansatte: *«Vi er ikke tydelige nok på, på hva vi forventer. Det er ikke avklart og det er ikke tydelig nok det som vi forventer av dem (4)».*

Rapporten er gull verd- uheldige hendelser i egen avdeling

Mens fallregistreringen pågikk opplevde lederne et personale som hadde økt fokus på fall og fallhendelser i avdelingen. Det bidro til en bevisstgjøring hos både ledere og ansatte: *«... før dette kom i gang, da ... ja, det var jo en og annen som datt i ny og ne altså, det var jo egentlig den oppfatninga vi hadde i forkant. Mens at når at vi begynte å registrere så vi jo at her er en del fall (2)».*

Det snakkes mer om fall i avdelingen og hvordan det kan forebygges. Lederne sier de har fått hjelp til å kartlegge omfanget og belyse uheldige hendelser, noe de selv har manglet tid og redskaper til å iverksette. Ved økt fokus på uheldige hendelser, har personalet blitt mer nysgjerrig på sammenhengen mellom hvordan de jobber og uheldige hendelser. Lederne oppfatter at ansatte reflekterer mer faglig sammen når de møtes inne på sektorkontorene. Det har vært til stor hjelp i deres arbeid med å klare å drifte faget (4): *«... det er en stor bevisstgjøring og at de faktisk har noen fakta og noen uttalelser om noe- det er kjempebra. Det er det ... det er gull verd og det er klart at vi må bruke det».*

Lederne kjenner ikke til om kommunen tidligere har gjort registreringer av uheldige hendelser. De beskriver kartlegging av fallhendelsene som svært positivt. Det hjelper både ledere og personalet med å få faktakunnskap av omfanget. De har fått hjelp til å utvikle ett verktøy som gjør at de kan hente denne typen faktakunnskap direkte fra dokumentasjonssystemet, noe som muliggjør oppfølging på en mer målrettet måte enn tidligere. En leder sier hennes oppgave blir å følge opp resultatene fra kartleggingen fordi registreringer kan brukes som ett måleverktøy (4): *«Det blir en fellesoppgave ikke sant? Har vi noe forbedringspotensialer? Har vi endret noe her? Hva viser rapportene våre, de mine ansatte leverer ifra seg? ... for jeg var litt opptatt av hvor har vi forbedring? Har vi endret oss? Har vi noe mindre fall i vår sektor?».*

Lederne beskriver tidsfaktoren som en utfordring for å klare å ha fokus på uheldige hendelser, og derfor har det ikke hatt prioritet. I den grad de beskriver sitt lederansvar er det i stikkordsform: å motivere personalet og holde fokuset oppe gjennom å repetere. De tror det er

mye å hente på organisering av personalet ved at lederen tilrettelegger (4): «Men, jeg er avhengig av å ha sykepleiere rundt meg som styrer hverdagen og tar de her funksjonene inn i arbeidsdagen sin. Og jeg tenker at vi vil ikke, det er ikke noen sektorer som vi kan fungere i hvis vi ikke har noen som tar denne funksjonen i hverdagen og styrer det opp mot brukerne».

Diskusjon

Hensikten med studien var å utforske hvordan ledere i hjemmetjenesten fokuserer på uheldige hendelser basert på en kartlegging av omfang og omstendigheter av fallhendelser i egen kommune. Studien viser en marginaliserende sykepleierutvikling hos lederne. Personalet har god kompetanse, likevel beskriver lederne en kultur der den ikke tas i bruk i den grad de ønsker. Sykepleiedokumentasjonen oppleves som deres eneste mulighet for å etterprøve hva som er gjort, og gjennom fallrapporten får de bekreftet at dokumentasjonen ofte er svært mangelfull. Lederne beskriver ett stort arbeidspress der de administrative oppgavene beskrives som tidskrevende, men overkommelige. Fagansvaret derimot oppleves svært tyngende. De ønsker å delegere fagansvaret til sykepleierne, men beskriver dilemma mellom ivaretagelse og delegering. Administrativt arbeid prioriteres foran arbeid med forebygging av uheldige hendelser.

Fagansvaret ligger til sykepleielederens arbeidsoppgave (17, 18). Lederne opplever manglende samsvar mellom arbeidsmengde og tidsressursen de har tilgjengelig. Når ledelse gjennom NPM dreies mot større fokus på resultatledelse og kostnadseffektivitet, står en i fare for å miste fokuset på fagledelsen- som innebærer å ha pasienten i fokus for sin ledelse av tjenesten (18). Nettopp fordi lederne *er* sykepleiere medfører det at de evner å se faglige problemstillinger, i motsetning til hva for eksempel en leder med økonomiutdannelse ville ha gjort. Det tynger dem når de opplever manglende tid for å prioritere fagansvaret. Dersom ledere ikke har fokus på hovedoppgaven -å tjene pasienten, sier Bondas (7) at de risikerer å flytte fokus til økonomi og personalledelse. Det sammenfaller med funnene i denne studien. Den caritative lederen må derfor ha kunnskap om, og evne til å prioritere både sykepleie og administrasjon for å kunne ivareta den lidende pasienten. Det er bekymringsfullt når lederne uttrykker ett så tydelig ønske om å delegere bort fagansvaret til sykepleierne, slik at de selv kan ha fokus på administrative oppgavene istedenfor omvendt, særlig siden studien viser manglende sykepleierdekning. En leder (1) sier at sykepleierne heller ikke oppleves å ta fagansvar, men delegerer det videre ned personale med mindre kompetanse. Hvis lederne ikke skal ta fagansvar, hva er da hensikten med å ha ledere som er sykepleiere?

Uheldige hendelser er ofte en følge av uklare ansvars-forhold, sviktende kommunikasjon eller manglende oppmerksomhet om systemenes sårbarhet (30). Nye lederroller har utviklet seg i hjemmetjenesten. Denne kommunen har «flat struktur» og stillingen «assisterende avdelingsleder» er tatt bort. Assisterende avdelingsleder hadde ansvaret fagledelse av avdelingene og ivaretagelse av faglige problemstillinger, mens avdelingslederne hadde ansvar for personal og økonomi. Flere av lederne har jobbet i den forrige modellen. Kanskje er det et ønske om å få tilbake tidligere organisering. Ledernes dilemma er at de ser at sykepleierne har ett svært stort arbeidspress. Ved å delegerer flere oppgaver og ett større ansvar risikerer de å bidra til utbrenthet hos dem. De ser for seg en organisering der en eller flere sykepleiere utpekes til å ha fagansvar og å være ressursperson for lederen. En leder (4) sier det så sterkt at det å ha en eller flere ressurspersoner er en forutsetning for at hun skal kunne ivareta sine lederoppgaver. Lederens oppgave er å forsikre seg om at kvaliteten på tjenesten er god (11). Fall er anbefalt innført som av flere kvalitetsindikatorer i institusjonstjenesten (31), hvorfor det ikke gjøres på samme måte i hjemmetjenesten er usikkert.

Bondas` forskning viser at måten lederne rekrutteres inn i lederstillinger på, har betydning for hvordan ledelsen utøves. Informantene i studien beskriver at de ble ledere ved en tilfeldighet. Bondas (7) beskriver denne rekrutteringsmåten som vanligst, likevel bidrar denne ledertypen oftest ikke til utvikling av tjenesten ved visjonært lederskap og bruk av moderne evidensbasert sykepleie. Ingen informanter hadde videreutdanning innen ledelse, og ingen av dem brukte evidens i sin ledelse. Rekruttering på denne måten kan gjøre det vanskelig å finne en egen lederidentitet. Modenhet og engasjement kan utvikles gradvis, og etter år med ledererfaring kan det vokse fram ett genuint ønske om å være leder.

Det var vanskelig å få lederne til å fortelle hvordan de «fokuserer på uønskede hendelser». Lederne så seg nødt til å prioritere den daglige driften av avdelingen foran fagansvaret og forebygging av uheldige hendelser. Kommunen mangler gode rapporteringssystemer for uheldige hendelser. Det lot seg ikke gjøre å bruke det eksisterende dokumentasjonssystemet for å få oversikt over fallhendelser og støtter opp om det lederne sier. Lederne fikk hjelp til å utarbeide ett redskap for fallkartlegging. Det opplevdes som en forutsetning for få oversikt over uheldige hendelser i egen sektor, og for å sette det på dagsorden. Lederne omtaler fallregistreringen beskrives som ett prosjekt, og ikke som en del av daglig sykepleiedokumentasjon. Det nevnes heller ikke at det kan ha overføringsverdi til andre typer uheldige hendelser. Funnet støttes av tidligere studier som viser at fokus er større på å behandle fallskader enn å forebygge dem (1). Ledernes måte å utøve ledelse kan ha

sammenheng med rekrutteringsmåten til ledelse (7). Dette bør studeres nærmere fordi denne studien også antyder en sammenheng, også opp imot utdanning.

Konklusjon

Utvikling av sykepleiefaget synes å være marginalisert hos sykepleieledere. Studien viser at økonomi og personalansvar prioriteres foran pasientsikkerhet, representert ved fallhendelser. Mellomledernes mulighet for å ivareta sykepleiefaget og utvikle sykepleien synes å være redusert. For å sikre at pasienten er i sentrum for ledernes beslutninger og handlinger trenger vi sykepleiere for å ivareta sykepleiefaget. De må ha kompetanse, tid og verktøy for å lede ivareta fagansvaret. Lederne bør få avlastning for rene administrative oppgaver og i større grad lede faget i avdelingene. Forskningsbasert kunnskap bør være utgangspunkt for ledernes beslutninger.

Videre forskning anbefales for å få kunnskap om sykepleielederes forståelse av fagansvar og rolle i utvikling av sykepleie i det daglige arbeidet.

Referanser

1. Berland A, Gundersen D, Bentsen S.B. Patient safety and falls: A qualitative study of home care nurses in Norway. *Nursing & Health Sciences*. 2012;Volume 14(Issue 4):452–7.
2. Harrison MB, Keeping-Burke L, Godfrey CM, Ross-White A, McVeety J, Donaldson V, et al. Safety in home care: a mapping review of the international literature. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2013;11(3):148-60.
3. Stenhagen M, Ekström H, Nordell E, Elmståhl S. Accidental falls, health-related quality of life and life satisfaction: A prospective study of the general elderly population. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2014;58(1):95-100.
4. Masotti P, McColl MA, Green M. Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*. 2010;22(2):115-25.
5. Vikman I, Nordlund A, Naslund A, Nyberg L. Incidence and seasonality of falls amongst old people receiving home help services in a municipality in northern Sweden. *International journal of Circumpolar health*. 2009:195-204.
6. Bondas T, Preparing the air for nursing care: A grounded theory study of first line nurse managers. *Journal of Research in Nursing*. 2009;14(4):351-62.
7. Bondas T, Paths to nursing leadership. *Journal of Nursing Management*. 2006;14(5):332-
8. Meyer C, Dow B, Bilney B, Moore K, AmandaBingham, Hill K. Falls in older people receiving in-home informal care across Victoria: influence on care recipients and caregivers. *Australian Journal of Ageing*. 2010;31 No1:6-12.
9. O'Loughlin JL, Robitaille Y, Boivin JF, Suissa S. Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly. *American Journal of Epidemiology*. 1993;137(3):342-54.
10. Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH. *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008. 519 s. : ill. p.
11. Haycock-Stuart E, Kean S. Does nursing leadership affect the quality of care in the community setting? *Journal of nursing management*. 2012;20(3):372-81.

12. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted -til rett tid. . In: omsorgsdepartementet H-o, editor. 2008-2009.
13. Bergland H, Gressne T. 2013.
14. Hektoen L, Aas E, Luras H. Cost-effectiveness in fall prevention for older women. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2009;37:584-9.
15. Clyburn TA, Heydemann JA. Fall prevention in the elderly: analysis and comprehensive review of methods used in the hospital and in the home. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2011;10:402-9.
16. Sylliaas H, Idland G, Sandvik L, Forsen L, Bergland A. Does mortality of the aged increase with the number of falls? Results from a nine-year follow-up study. *European Journal of Epidemiology*. 2009;14(7):351–5.
17. NSF. Sykepleier med lederansvar- god på fag og ledelse. Oslo: Norsk sykepleierforbund; 2005. 19 s. : ill. p.
18. Bondas T, Caritative leadership. Ministering to the patients. *Nursing Administration Quarterly*. 2003;27(3):249-53.
19. Henderson V, Mellbye S, Munkeby A-M. Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning : refleksjoner etter 25 år. Oslo: Universitetsforl.; 1998. 128 s. : ill. p.
20. Bondas T, Det caritative lederskapet. *Vård i Fokus*. 2008;25(3):4-8.
21. Bondas T, Nursing leadership from the perspective of clinical group supervision: a paradoxical practice. *Journal of Nursing Management*. 2010;18(4):477-86.
22. Doran DM, Hirdes J, Blais R, Ross Baker G, Pickard J, Jantzi M. The nature of safety problems among Canadian homecare clients: evidence from the RAI-HC reporting system. *Journal of nursing management*. 2009;17(2):165-74.
23. Rappolt S, Pearce K, McEwen S, Polatajko HJ. Exploring organizational characteristics associated with practice changes following a mentored online educational module. *The Journal of continuing education in the health professions*. 2005;25(2):116-24.
24. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci*. 2013;15(3):398-405.
25. Halkier B. Fokusgrupper. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010.
26. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning-en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.

27. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105-12.
28. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010.
29. Førde R. *Helsinkideklarasjonen 2010*.
30. Helsetilsynet. Når svikten ligger i struktur og ledelse. In: *helsetilsyn S*, editor. 2008.
31. Borge L, Møller G, Nyhus O, Vardheim I. *Bedre måling av kvalitet i kommunene*. Senter for økonomisk forskning, 2012.

Vedlegg:

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 2: Lesematrise

Vedlegg 3: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Vedlegg 4: Tillatelse til bruk av fallregistreringsskjema fra "Namdalsstudien".

Vedlegg 5: Fallregistreringsskjema

Vedlegg 6: Kommunens personvernombud

Vedlegg 7: Intervjuguide

Vedlegg 8: Skriftlig informert samtykke om deltagelse i fokusgruppe

Vedlegg 9: Bekreftelse på mottatt fagartikkel

Vedlegg 10: Bekreftelse på mottatt vitenskapelig artikkel

Vedlegg 11: Diplom/bekreftelse på muntlig presentasjon.

17. th International Nursing Research Conference i Lleida, Spania

Vedlegg 1:

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Terese Bondas
Profesjonshøgskolen
Universitetet i Nordland
Postboks 1490
8049 BODØ

Vår dato: 27.11.2012

Vår ref:32207 / 3 / MAS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.11.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

32207

På hvilken måte fokuserer lederne i hjemmetjenesten på uønskede hendelser; her belyst ved fallbendelser, i en større nordnorsk kommune

Behandlingsansvarlig

Universitetet i Nordland, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig

Terese Bondas

Student

Rita Solbakken

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

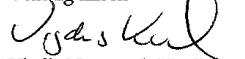
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Mads Solberg

Mads Solberg tlf: 55 58 89 28

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Rita Solbakken, Åsen 14, 8340 STAMSUND

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrresvarva@svt.ntnu.no

TRONHØJ: NSD, SVE, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 35. nsdmaa@svt.uit.no

Vedlegg 2:

Forfatter, år, tittel:	Land:	Hensikt	Metode: Deltakere:	Resultat:
Berland, A., Gundersen, D., Bentsen, S. 2012 <i>Patient safety and falls: A qualitative study of home care nurses in Norway.</i>	Norge	Utforsket opplevelse av pasientsikkerhet, i forhold til fall, av hjemmesykepleieres omsorg for eldre mennesker som bodde alene hjemme og som var helt avhengig av hjemmesykepleien	Kvalitativ metode Fokusgruppe Innholdsanalyse Fire fokusgrupper. 20 sykepleiere i hjemmetjenesten	Studien viste at hjemme sykepleiere følte at helsepersonellet var mer opptatt med behandling av fall enn forebygging. I tillegg fokuserte de sjelden på fall før de inntraff. Pasientens autonomi ble prioritert foran pasientsikkerhet. Denne studien illustrerer at hjemmesykepleiere ha større oppmerksomhet på fallforebygging.
Bondas, T. 2003 <i>Caritative leadership. Ministering to the patients</i>	Finland	Å utvikle en eksplisitt ontologisk utgangspunkt og generere kumulative begreper og teorier.	Kvalitativ metode Teoretisk deduksjon	Den nye teorien kalles caritativ lederskap på bakgrunn av sitt utspring i motivet som er kjærlighet til mennesket, og barmhjertighet i sykepleien.
Bondas, T. 2006	Sverige	Hensikten er å utforske hvordan lederne ble rekruttert inn i	Kvalitativ Semistrukturert spørreskjema	Uten en klar visjon om hva omsorg av pasientene kan være, er det en risiko

<i>Paths to nursing leadership</i>		lederstillinger i helsevesenet og hvilke erfaringer de har- ut fra ledernes eget perspektiv.	68 finske sykepleieledere Grounded theory	for at tjenende til pasienten er tapt i kravene fra ulike aktører. Sammenhengen mellom omsorg og administrasjon er den lidende pasient med implikasjoner for omsorg administrasjon.
Bondas, T. 2008 <i>Det caritative lederskapet</i>	Sverige	Beskrive utviklingen av den caritative ledelsesteorien	Antall: 60	Teori med pasienten i focus og viser "vårdens" betydning. Er samfunnsnyttig og økonomisk. Skapr en «vårdande kultur», fremmer helse og redusere lidelse basert på evidens.
Clyburn, T., Heydemann, J. 2011 <i>Fall prevention in the elderly: analysis and comprehensive review of methods used in the hospital and in the home</i>	USA	Undersøke om en reduserer de økonomiske utgiftene relatert til fallhendelser ved å følge kunnskapsbaserte retningslinjer	Oppsummert forskning	Gjennomgang av litteraturen viser at risikoen for fall er bare litt større i sykehusmiljø enn i hjemmet, og at det er ingen medisinske bevis på at kunnskapsbaserte retningslinjer er effektive i fallforebygging.
Harrison, M.B. Keeping-Burke, L., Godfrey, C.M.,	Canada	Sammenlikne litteratur på uheldige hendelser i hjemmetjenesten for å	Oppsummert forskning på kvalitative studier 92 studier fra 14 land	Uheldige hendelser ble definert som pasientskade/skade relatert

<p>Ross-White, A., McVeety, J., Donaldson, V., Blais, R., Doran, D.,</p> <p>2013</p> <p><i>Safety in home care: a mapping review of the international literature</i></p>		<p>finne ny evidens, hva som er dokumentert om uheldige hendelser i hjemmetjenesten og se på definisjonene som er publisert.</p>		<p>til en uheldig hendelse, skader påført av helsepersonell eller organisasjon.</p>
<p>Henderson, V.</p> <p>2006</p> <p><i>The concept of nursing</i></p>	<p>USA</p>	<p>Konkretisere teorien og presisere dens betydning i dag</p>		<p>Forfatteren hevder at den mest vellykket utøvelse av sykepleie alltid vil inkludere hva som gir dem en størst mulig forståelse av menneskeheten og den verden de lever i. Det vil også gi en mulighet til å se kyndig sykepleie, ha gleden av å se den omsorg de selv gir, fremskynde en persons tilfriskning, hjelpe en person takle et handikap, eller dø i fred når døden er uunngåelig.</p>
<p>Kjølstad, M., Pettersen, S., Tvete, P.,</p>	<p>Norge</p>	<p>Nord-Trøndelag fylkes eldreråd har gjennom ett prosjekt i samarbeid med kommunene i Midtre</p>	<p>Kvantitativ metode Beskrivende statistikk Antall: 3229</p>	<p>De aller fleste fall og skader skjer innendørs. Sjansene for å skade seg er lik for begge kjønn (ca.</p>

<p>2009</p> <p><i>Kan fall og fallskader hos eldre forebygges?</i></p>		<p>Namdal Region sett på om forebygging av fall og skader som følge av fall hos den eldre befolkningen har effekt.</p>		<p>30 %), men med en tydelig overhyppighet hos kvinner for osteoporoserelaterte skader (1:3). Det er selve fallet som utgjør skaderisiko, ikke tid eller sted for fallet. Det observeres signifikant reduksjon i antall fall i gruppen som mottok forebyggende hjemmebesøk.</p>
<p>Masotti, P., McColl, M.A., Green, M.</p> <p>2010</p> <p>Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature</p>	<p>Canada</p>	<p>Oppsummere resultat av litteraturen som fokuserer på omfang av uheldige hendelser hos pasienter i hjemmetjenesten</p>	<p>Oppsummert forskning Antall: 168 artikler</p>	<p>Det er et behov for en standardisert definisjon av uheldig hendelse.</p>
<p>Meyer, C., Dow, B., Bilney, B., Kirsten Moore Bingham, A., Hill, K.</p>	<p>Australia</p>	<p>Studien undersøker omfang, omstendigheter og faktorer forbundet med risiko fall for eldre tjenestemottakere, og belastning hos deres</p>	<p>Kvantitativ Kohortstudie Antall: 96</p>	<p>Tjenestemottakere hadde stor risiko for fall. Vanlige fall risikofaktorer var polyfarmasi og sammensatte medisinske tilstander med behov for</p>

<p>2010</p> <p><i>Falls in older people receiving in-home informal care across Victoria: influence on care recipients and caregivers</i></p>		<p>uformelle omsorgspersoner.</p>		<p>bistand. Omsorgspersonene opplevde helseproblemer, moderat belastning og redusert livskvalitet. Ved stor fallrisiko hos tjenestemottaker hadde omsorgsperson signifikant høyere belastning og depresjon.</p>
<p>O'Loughlin, J. L. Robitaille, Y. Boivin, J. F. Suissa, S.</p> <p>1993</p> <p><i>Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly</i></p>	<p>USA</p>	<p>Undersøke frekvensen av og risikofaktorer for fall og fallskader hos hjemmeboende eldre</p>	<p>Kvantitativ Telefonintervju med multivariat analyse Antall: 409</p>	<p>Økt forekomst av fall ved: svimmelhet, hyppige fysisk aktivitet etter å ha dager der aktiviteter var begrenset på grunn av et helseproblem, har problemer med å gå 400 m, har problemer med å bøye seg ned.</p>
<p>Pettersen, R.</p> <p>2002</p> <p><i>Recurrent falls in the elderly</i></p>	<p>Norge</p>	<p>Få en oversikt over nåværende kunnskap på feltet</p>	<p>Litteraturstudie Telefonundersøkelse Antall: alle geriatriske enheter i Norge</p>	<p>Stadig tilbakevendende fall er et sammensatt problem som krever sammensatte tiltak ulike omsorg nivå og mellom nivåene. Trening / balansetrening og hoftebeskyttere ser ut til å</p>

				være de mest effektive tiltakene for å forebygge fall og fallskader
<p>Pickett, W. Hartling, L. Brison, R. J.</p> <p>1997</p> <p><i>A population-based study of hospitalized injuries in Kingston, Ontario, identified via the Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program</i></p>	Canada	Å beskrive forekomst og identifisere mønstre ved pasientskader i sykehus	Kvantitativ Data fra registrerte skader Antall: 998	Skader relatert til fall var hyppigst forekommende hos pasienter innlagt i sykehus.
<p>Stenhagen, M. Ekström, H., Nordell, E., Elmståhl, S.</p> <p>2014</p> <p><i>Accidental falls, health-related quality of life and life satisfaction: A prospective study of the general elderly population</i></p>	Sverige	Å undersøke langsiktige sammenhenger mellom fall, livskvalitet og livstilfredshet i den eldre befolkningen.	Kvantitativt Prospektivt studie Antall: 1321	Personer som har hatt fall scorerer betydelig lavere på livskvalitet og livstilfredshet ved baseline og etter 6 år enn personer som ikke har hatt fall.

<p>Sylliaas, H., Idland, G., Sandvik, L., Forsen, L., Bergland, A.</p> <p>2009</p> <p><i>Does mortality of the aged increase with the number of falls? Results from a nine-year follow-up study</i></p>	<p>Norge</p>	<p>Å undersøke dødeligheten hos eldre kvinner øker etter fall.</p>	<p>Kvantitativ Kohort Cox-regresjonsanalyse Antall: 300</p>	<p>Fallhyppighet, høy alder og en opplevd forverring av helse var signifikant assosiert med dødelighet i løpet av oppfølgingsperioden.</p>
<p>Vikman, I., Nordlund, A., Naslund, A., Nyberg, L.</p> <p>2009</p> <p><i>Incidence and seasonality of falls amongst old people receiving home help services in a municipality in northern Sweden</i></p>	<p>Sverige</p>	<p>Å undersøke omfang og omstendigheter rundt fall hos eldre hjemmeboende mottakere av hjemmetjenester for å se om det er sammenheng mellom fall og mengde og type hjelp de får fra hjemmetjenestene.</p>	<p>Kvantitativ Kohort Antall:614</p>	<p>De fant 614 fall fordelt på 122 personer. 33% av fallene resulterte i skader. Fall har sammenheng med mengden på tildelte tjenester.</p>

Vedlegg 3:

Til enhetsleder av hjemmetjenester i [REDAKTERT] kommune.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

“ På hvilken måte fokuserer avdelingslederne på uønskede hendelser, her belyst ved fallhendelser i en større nord- norsk kommune”.

Bakgrunn og hensikt:

Jeg er sykepleier med videreutdanning i intensivsykepleie og ledelse og holder for tiden på med en studie i forbindelse med min mastergrad i klinisk sykepleie.

Jeg ønsker å se nærmere på uønskede hendelser, representert ved fall hos brukere av hjemmetjenester og deretter undersøke hvordan lederne ser på dette og om de kan bruke tallene i sin daglige ledelse av sykepleietjenesten i avdelingene.

Hva innebærer studien:

Prosjektet består av to deler.

- **Del 1** er en kartlegging av antall fall hos tjenestemottakere av hjemmetjenester. Kartleggingen er tenkt gjennomført over en periode på 3 måneder, på fastlagt skjema. (Dette er en del av den daglige kvalitetsforbedringen i avdelingen). Denne kartleggingen vil ende ut i en deskriptiv statistikk som skal danne bakteppe for del 2 av studien.
- **Del 2** består først av fokusgruppeintervju med avdelingsledere. Tema for intervjuet vil være uønskede hendelser, og bakteppet dannes av statistikken over fall i sektorene. Tema som vil berøres er hvordan forskning kan brukes i ledelsesarbeidet, hva en tenker om tallene fra del 1, om de kan brukes til noe i forbindelse med ledelse av sykepleiertjenesten, hva er lederansvaret og hvordan kan det formidles til personalet.

Fokusgruppeintervju er spesielt godt egnet for å lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler. Når man intervjuer en samlet gruppe, vil deltakerne forholde seg til hverandres erfaringer og meninger, noe som kan gi rik informasjon.

Individuelle intervju er egnet til å finne ut av hvordan personen opplever situasjonen, som er temaet og hvordan vedkommende handler.

Jeg ønsker at enhetsleder velger ut 5 avdelingsledere fra avdelinger der del 1 av studien er gjennomført. Fokusgruppeintervjuet ledes av undertegnede, og professor Terese Bondas vil bidra som sekretær. Hun er veileder på dette prosjektet. Vi planlegger at fokusgruppeintervjuet skal vare ca 1 1/2 time.

Intervjuene vil deretter bli gjort enkeltvis og ledes av undertegnede med varighet på ca. 1 time.

Det vil bli gjort opptak på bånd, som vil bli skrevet ut og analysert. De funn som måtte fremkomme er planlagt brukt i en vitenskapelig artikkel.

Mulige fordeler og ulemper:

Tjenesten vil få ett redskap/kartleggingsskjema til å kartlegge fall som dere fritt kan benytte etter at prosjektet er avsluttet. Økt kunnskap kan bidra til økt fokus og kunnskap om situasjonen rundt tjenestemottakere i forbindelse med fall. Dette medfører at personalet

tidligere kan komme til med forebyggende tiltak. Det er viktig da vi vet at risikoen for flere fall er større etter at eldre først har hatt en fallhendelse. Avdelingslederne vil motta en deskriptiv statistikk over antallet fall etter endt periode. Denne kjennskapen vil kunne bidra til økt fokus på kvalitetsforbedring og ivaretagelse av brukergruppen. Hjemmetjenesten er en del av utviklingssenter for hjemmetjenester i Nordland, som også har fokus på kvalitetsforbedring og forskning. Vi kan ikke se at det medfører noen ulempe å delta dette prosjektet.

Hva skjer med innhentet informasjon fra dette intervjuet?

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og lagt frem slik at de *ikke* kan spores tilbake. Lydopptakene vil bli slettet når prosjektet avsluttes, senest juni 2014. De anonyme utskriftene vil bli oppbevart forsvarlig, som forskningsinformasjon.

Frivillig deltakelse

Deltakelse i fokusgruppen og intervjuet er selvfølgelig helt frivillig. Alle som deltar må underskrive en samtykkeerklæring. Likevel kan deltakerne når som helst, trekke seg fra å delta i studien. Prosjektet har vært vurdert av Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD), og personvernombudet i kommunen er orientert. Det gis ingen økonomisk kompensasjon.

Prosjektet har også fått tildelt forskningsmidler fra Utviklingssenter for hjemmetjenester i Nordland.

Hvis du ønsker ytterligere informasjon og/eller vil delta i studien kan du gi tilbakemelding til undertegnede på telefon eller e-post.

Jeg vil ta kontakt for å avtale tid hvis du vil bidra. Intervjuene planlegges våren 2013.

Vennlig hilsen

Rita Solbakken

Mob: 99 27 06 99

Mail: rita.solbakken@uin.no

Vedlegg 4:

Tillatelse til bruk av fallregistreringsskjema fra "Namdalsstudien".

Fra: Sissel Pettersen [sissel.pettersen@midtre-namdal.no]

Sendt: 5. november 2012 08:21

Til: Rita Solbakken

Emne: RE: Ang. "Kan fall og fallskader hos eldre forebygges?"

Takk for henvendelsen. Du må gjerne bruke registreringsskjemaet med de endringer som passer for deg. Lykke til med studiet.

Mvh

Sissel Pettersen

Folkehelsekoordinator Midtre Namdal samkommune og Osen

Kommuneoverlegen i MNS

Serviceboks 333, Sentrum

7801 Namsos

Fra: Rita Solbakken [mailto:Rita.Solbakken@uin.no]

Sendt: 1. november 2012 14:56

Til: Sissel Pettersen; Per Tvette

Emne: Ang. "Kan fall og fallskader hos eldre forebygges?"

Hei!

Jeg er student ved universitetet i Nordland på masterstudiet i klinisk sykepleie.

I min masteroppgave skal jeg se nærmere på fall hos eldre brukere av hjemmetjenester i [redacted] kommune [redacted]

[redacted] og i den forbindelse har jeg lest Deres rapport.

Jeg ønsker å be om tillatelse til å bruke fallregistreringsskjemaet som ligger vedlagt rapporten, med *mindre* endringer tilpasset mitt fokus i studiet. Min veileder på oppgaven er prof. Terese Bondas ved UiN.

Dersom dere ønsker nærmere informasjon må dere gjerne ta kontakt.

Håper på positivt svar fra Dere.

Vennlig hilsen

Rita Solbakken

Sykepleie og helsefag, Profesjonshøgskolen

Universitetet i Nordland

Postboks 504, Lofoten Næringshage8376 Leknes

Vedlegg 5:

Godkjenning fra Personvernombudet i [REDACTED] kommune

Jeg har fått tilbakemelding pr. telefon (desember 2012) om at siden mine data er hentet fra det ordinære dokumentasjonssystemet til kommunen og alle data anonymiseres slik at de for forskeren, eller andre, ikke er sporbare tilbake til brukeren er ikke dette godkjenningspliktig hos personvernombudet.

Vedlegg 6:

Fallregistreringsskjema:

Dato/..... -.....		Kjønn M/K.....		Kopi av diagnoseliste <input type="checkbox"/>	
		Født (årstall)		Kopi av medikamentliste <input type="checkbox"/>	
Tidligere fall: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		Ernæringstilstand: Normal <input type="checkbox"/> Risiko for underernæring <input type="checkbox"/> underernært <input type="checkbox"/>			
Hjelpemidler (i falløyeblikket):			Hjelpetiltak fra kommunen:		
Ingen <input type="checkbox"/>	Stav <input type="checkbox"/>	Ekstra natt tilsyn <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
Krykke <input type="checkbox"/>	Brodder <input type="checkbox"/>	Trygghetsalarm <input type="checkbox"/>			
Rullestol <input type="checkbox"/>	Rullator <input type="checkbox"/>	Annet <input type="checkbox"/>	Spesifiser.....		
Annet:.....					
Hvor skjedde fallet?					
<u>Inne:</u>			<u>Ute:</u>		
Kjøkken <input type="checkbox"/>	Trapp <input type="checkbox"/>	På trappa <input type="checkbox"/>	Gårdsplass <input type="checkbox"/>		
Stue <input type="checkbox"/>	Soverom <input type="checkbox"/>	Gangvei <input type="checkbox"/>			
Bad <input type="checkbox"/>	WC <input type="checkbox"/>	Annet <input type="checkbox"/>	Spesifiser.....		
Annet <input type="checkbox"/>	Spesifiser.....				
Tidspunkt for fallet:			Oppsto det noen skade?		
06.00 – 09.00 <input type="checkbox"/>			Brudd <input type="checkbox"/>		
09.00 – 12.00 <input type="checkbox"/>			Skrubbsår <input type="checkbox"/>		
12.00 – 15.00 <input type="checkbox"/>			Forstuing <input type="checkbox"/>		
15.00 – 18.00 <input type="checkbox"/>			Kuttskade <input type="checkbox"/>		
18.00 – 21.00 <input type="checkbox"/>			Hodeskade <input type="checkbox"/>		
21.00 – 24.00 <input type="checkbox"/>			Skade pga fall mot møbel eller lignende <input type="checkbox"/>		
00.00 – 03.00 <input type="checkbox"/>			Annet <input type="checkbox"/>	Spesifiser.....	
03.00 – 06.00 <input type="checkbox"/>			Inge skade <input type="checkbox"/>		
Klokkeslett:.....	Vet ikke <input type="checkbox"/>		Skade oppdaget senere <input type="checkbox"/>	Evt når:.....	
Hvem ble tilkalt/var til stede?			Hva forårsaket fallet? (flere alternativer mulig)		
Hjemmehjelp <input type="checkbox"/>	Ble kollega tilkalt <input type="checkbox"/>		Snublet <input type="checkbox"/>		
Hjemmesykepleie <input type="checkbox"/>			Glatt <input type="checkbox"/>		
Lege <input type="checkbox"/>			Sykdom (ikke medikamenter) <input type="checkbox"/>		
Pårørende <input type="checkbox"/>			Svimmel <input type="checkbox"/>		
Nabo <input type="checkbox"/>			Alkohol <input type="checkbox"/>		
Ingen <input type="checkbox"/>			Medikamenter <input type="checkbox"/>		
Innlagt på sykehus <input type="checkbox"/>			Vet ikke <input type="checkbox"/>		
Annet <input type="checkbox"/>	Spesifiser.....		Annet <input type="checkbox"/>	Spesifiser.....	

Dersom det er mulig, kan du beskrive situasjonen rundt fallet nærmere:

Mulige tiltak for å unngå/følge opp hendelsen?

Observasjoner:

Blodtrykk:

Puls:

Blodsukker:

Vekt:

Sign.....

Etter hjemmel i helsepersonellovens § 26 Opplysninger til virksomhetens ledelse og til administrative systemer.

Vedlegg 7:

Skriftlig informert samtykke om deltagelse i fokusgruppe i forbindelse med masterstudien:

"På hvilken måte fokuserer avdelingslederne i hjemmetjenesten på uheldige hendelser, her belyst ved fallhendelser, i en større nord- norsk kommune"

Hensikten med studien er å gjøre en kartlegging av antallet uønskede hendelser gjennom å registrere antall fall hos tjenestemottakere av hjemmetjenester i en middelsstor nord- norsk kommune, her representert av [REDACTED] kommune.

Deretter vil jeg undersøke hva disse tallene betyr for avdelingslederne i hjemmetjenesten og om det vil bety noe for deres ledelse av sykepleierfaget i sektorene.

Første del av studien er allerede gjennomført gjennom en kartlegging av antallet fall hos brukere av hjemmetjenester i [REDACTED] over en tidsperiode på 3 måneder.

Dette gjelder del to av studien som vil ha fokus på hvordan lederne fokuserer på å forebygge fall som en uønsket hendelse og hvordan de kan bruke tallmaterialet i sin ledelse av sykepleierfaget.

Innhenting av datamaterialet planlegges som en kvalitativ studie med fokusgruppe- intervju med aktuelle avdelingsledere i hjemmetjenesten. Det vil være ca.5 deltakere i gruppen. Fokusgruppeintervjuet planlegges deretter oppfulgt av enkeltintervju med avdelingslederne. Intervjuene planlegges tatt opp på lydopptaker, og vil bli avskrevet. Dette vil bli slettet når studien er ferdig våren 2014. Materialet vil bli konfidensielt behandlet og alle personer blir anonymisert og omtalt som gruppe og ikke enkeltpersoner. Resultatene skal benyttes i en vitenskapelig og en populærvitenskapelig artikkel i forbindelse med undertegnede masteroppgave i klinisk sykepleie. Disse kan derfor bli publisert i aktuelle tidsskrifter, samt presentert på konferanser. Det gis ingen økonomisk kompensasjon for deltagelse i studien.

Samtykke- erklæring:

Jeg har lest informasjonsskrivet om forskningsprosjektet, og forstår at deltagelse i denne studien er frivillig. Jeg er informert om at jeg kan si nei til å delta, og at jeg på hvilket som helst tidspunkt kan velge å trekke meg fra studien.

.....
Dato/underskrift informant

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:

.....
Dato/ underskrift
Masterstudent

Vedlegg 8:

Intervjuguide fokusgrupper:

- **Innledning**

- Uformell innledning
(til en kaffekopp)

- **Presentasjonsrunde rundt bordet:**

- De enkelte deltakerne presenterer seg.
- Har dere deltatt i diskusjonsgrupper tidligere?
- Hvor var dette?
- Hva var tema?
- Opplevdes dette som artig/nyttig?
- Har dere deltatt i spørreskjema- undersøkelser tidligere?
- Eventuelt hva slags undersøkelse?

- **Formell innledning**

(5 min.)

- **Fokusgruppe:** Forklare metodikken. Det er deltakerne som skal diskutere og gi innspill. Vi skal lytte!
- **Tema for denne fokusgruppen:** Moderator (jeg) innleder om hensikten med studien og presenterer tallene fra fallregistreringen.
- **Presentasjon av moderator og assisterende moderator:** Rita og Terese
 - Beskriver rolle til moderator og assisterende moderator.
- Det informeres også om at det blir gjort lydopptak av intervjuet, og at materialet vil bli transkribert og oppbevart i henhold til regelverk, før det makuleres. Vi minner også om at det er frivillig å delta og at det er mulig å trekke seg ut når som helst. Informantene får og signerer samtykke der det framgår at de er informert.
- Minne om at det som blir sagt i gruppen holdes innad i gruppen, og uttalelser vil være anonymisert før publisering.
- Tidsrammen for intervjuet er beregnet til cirka halvannen time

- **Intervju**

(start lydopptaker)

- **Åpningsspørsmål**

(En runde der alle får snakke etter tur)

- De enkelte lederne oppfordres til å si noe om sier noe om:
 - (Hvilken utdanning har du?)
 - Hvor lenge har du vært sykepleier?
 - Har du noen tilleggsutdanning?
 - Hvordan ble du rekruttert inn i lederjobben?
 - Hvor lenge har du vært i ledere i hjemmetjenesten?

- **Introduksjonsspørsmål**

Kan du si noe om temaet fall?

- **Overgangsspørsmål**

?

- **Nøkkelsspørsmål**

(Her vil jeg bruke omtrent halvparten av intervjutiden og være forberedt på spontane spørsmål ut fra det informantene sier eller oppfølgingsspørsmål)

- Hvordan brukere dere forskning i ledelsesarbeidet?
- Hva tenker dere når dere ser disse tallene fra egen kommune?
- Kan bruke de tallene dere nå har fått til noe?
- Hva tenker dere er lederansvar?
- Hvordan skal dette formidles til personalet?
- Hvordan ønsker dere at det skal være i avdelingen?
- Har tallene dere nå har fått endret deres tanker omkring fall i egen enhet?

- **Avslutning**

- **Avslutningsspørsmål**

Av alt det vi har diskutert, hva mener dere er det viktigste ifht. deres lederoppgave og fall i egen sektor?

Moderator gjør en muntlig oppsummering på det jeg oppfatter informantene har sagt. Moderator spør deretter om oppsummeringen stemmer med det de ønsket å formidle.

Moderator gir igjen en kort oppsummering med hensikten med studiet og spør om det er noe i denne forbindelse som vi burde ha snakket om, som vi ikke har gjort?

Takk for at de stilte opp og en liten oppmerksomhet til deltakerne.

Vedlegg 9:

SV: Fagartikkel til: Tidsskrift for nordisk helseforskning

Inger Lise Wang <Inger.Lise.Wang@uin.no>

on 16.04.2014 13:13

Til: Rita Solbakken <Rita.Solbakken@uin.no>;

Hei

Takk for din artikkel. Vi skal se på den så raskt som mulig etter påske.

Vennlig hilsen

NORDISK TIDSSKRIFT for
helseforskning

Inger Lise Røsok Wang
redaktør

E-post: Inger.Lise.Wang@uin.no

<http://www.ub.uit.no/baser/septentrio/index.php/helseforsk/index>

Fra: Rita Solbakken

Sendt: 11. april 2014 09:18

Til: Inger Lise Wang

Kopi: Rita Solbakken; Terese Bondas

Emne: Fagartikkel til: Tidsskrift for nordisk helseforskning

Til hovedredaktør av Nordisk Tidsskrift For Helseforskning.

Jeg tillater meg å sende inn et manuskript til fagartikkel i nordisk tidsskrift for helseforskning.

Denne studien er en del av ett forskningsprosjekt som har fokus på pasientsikkerhet og ledelse.

Om fagartikklen:

Fallhendelser innenfor institusjonsomsorgen er en uheldig hendelse og er vel- dokumentert. Fall hos mottakere av hjemmetjenester derimot har ikke blitt studert i Norge, og vi vet derfor lite om omfanget og omstendighetene rundt fallhendelser hos denne delen av populasjonen.

Hensikten med denne studien var å søke kunnskap om omfanget av fallhendelser og omstendighetene rundt fallhendelsene- i Norge.

Artikkelen beskriver resultatet av en kartlegging av fall, som en uheldig hendelse. Det er en fagartikkel (**ikke** vitenskapelig artikkel).

Resultatet bygger på data fra sykepleiedokumentasjonen av antall fallhendelser hos tjenestemottakere av hjemmetjenester og trygghetsalarm, i en middels stor norsk kommune. Den beskriver antall fall over en periode på tre måneder, omstendighetene rundt fallhendelsene konsekvenser for pasienten. Resultatet viser at 16,4% av alle tjenestemottakere av hjemmetjenester og trygghetsalarm, i denne kommunen, hadde minst én fallhendelse i løpet av 3 måneder(!).

Medforfatter på denne artikkelen er Prof. Terese Bondas.

Jeg håper artikkelen kan være av interesse for Deres tidsskrift.

Jeg ber om bekreftelse på at artikkelen er innsendt til Deres tidsskrift.

Vennlig hilsen

Rita Solbakken

Profesjonshøgskolen, sykepleie og helsefag,
Universitetet i Nordland

Lofoten Næringshage,
Storgata 105, 8370 Leknes

Tlf: 91326783 (kontor) / 99270699 (privat)

Vedlegg 10:

13.14 Bekreftelse på mottatt artikkel til Vård i Norden

Marit Helgerud <Marit.Helgerud@sykepleierforbundet.no>

on 23.04.2014 14:51

Til: Rita Solbakken <Rita.Solbakken@uin.no>;

Kjære Rita Solbakken,

Vi bekrefter mottakelse av din artikkel

13.14 "Uheldige hendelser i hjemmetjenesten - mellomlederes forståelse av fagansvar ved fall"

som ønskes publisert i Vård i Norden som en vitenskapelig artikkel.

Artikkelen er oversendt redaktøren som foretar en første vurdering:

- om artikkelen egner seg for publisering i Vård i Norden
- om den skal utsendes til referebedømming som en vitenskapelig artikkel
- om den er å anse som short paper.

Dersom redaktøren ikke kan avsi en klar og avgjørende vurdering sendes artikkelen til ett eller to medlemmer av Vård i Nordens redaksjonskomité som har representanter fra Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige.

Dersom artikkelen blir sendt til referebedømmelse som en vitenskapelig artikkel gir vi våre refereepersoner en måneds frist, men refereeprosessen tar erfaringsmessig en del lenger tid.

Det foreligger mye stoff til de kommende nummer av Vård i Norden og det er derfor ikke mulig å si når publisering eventuelt kan skje, men dette kommer vi tilbake til.

Vitenskapelige artikler bør ikke overskride 5.000 ord inklusive referanser, tabeller og figurer. Short papers bør ikke overskride 2.500 ord alt inklusive. Maksimum 10 – 15 referanser.

Vi ber om at du i henvendelser vedrørende artikkelen alltid oppgir det nummer vi har gitt din artikkel og at du fortrinnsvis kontakter oss på mail.

Med vennlig hilsen
VÅRD I NORDEN
Marit Helgerud
Redaksjonsansvarlig

Vård i Norden
Tollbugata 22, Postboks 456 Sentrum
NO- 0104 OSLO
Tlf. +47 22 04 33 04/
Mobil +47 90 09 48 31

XVII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados
17th International Nursing Research Conference

Certificado de comunicación oral breve
Certificate of oral brief presentation

otorgado a
this is to certify that

Solbakken R

por la comunicación oral breve
presented the oral brief presentation

**Homebound elderly, receiving help from the Home Care Services - a
descriptive study of fall events.**

Lleida, 12-15 de noviembre de 2013


investen
isciii
Instituto de Salud Carlos III
C/ Monforte de Leones, S. Pabellón 13
Facultad posterior - 28029 Madrid
www.isciii.es/investen

Teresa Moreno Casbas
Comité Organizador
Organising Committee

investen
isciii