

SAMMANFATTNING

Inledning

År 2013 beviljades forskningsmiljön ”Äldres Hälsa och Livsvillkor” vid Institutionen för Hälsovetenskap och Medicin, Örebro universitet, medel från Länsförsäkringar för att bedriva ett deltagarbaserat forskningsprojekt under titeln ”Ett tryggt boende på äldre dar”. Projektet har genomförts i samarbete med vård- och omsorg, Örebro kommun där äldre personer, anhöriga, hemvårdspersonal, sjuksköterskor, chefer och forskare har samarbetat. Datainsamlingen har bestått av intervjuer med äldre personer, anhöriga, personal och chefer. Deltagande observationer har genomförts under kvälls- och nattetid där forskare har följt hemvårdspersonalen i deras arbete när de besökt äldre personer som har hemvård i ordinärt boende. Resultatet har utvecklats över tid genom att forskare, efter en preliminär sammanställning av insamlad data, har återvänt till studiedeltagarna. En enkätstudie har genomförts där 290 äldre personer i eget boende och inskrivna i hemvården har besvarat frågor om upplevelse av trygghet. En pilotstudie har genomförts där de äldre har besvarat trygghetsfrågor i en mobil applikation. Avikelser relevanta till trygghetsaspekter har studerats och metodstöd och kvalitativa indikatorer har arbetats fram i en referensgrupp där alla parter medverkat tillsammans med en representant från Länsförsäkringar.

I denna rapport presenteras en sammanfattning av de resultat som erhållits och de tolkningar som gjorts. En utförligare projektredovisning presenteras som bilaga.

Syfte och mål

Huvudsyftet har varit att studera hur ett tryggt boende under kvälls- och nattetid kan utvecklas för äldre personer som har kommunal hemvård. Goda exempel och lösningar till hinder har studerats med fokus på hur trygghet i bostaden kan utvecklas.

Delsyften

- Att beskriva äldre personers och anhörigas erfarenheter av trygghet i bostaden (delstudie I).
- Att beskriva personals, sjuksköterskor och chefers erfarenhet av att förmedla trygghet till äldre personer i bostaden samt deras upplevelse av otrygga situationer i personalens arbete (delstudie II).
- Att studera vilka avvikelser som förekommer och varför (delstudie III).
- Att utifrån de olika delstudierna identifiera metodstöd och kvalitetsindikatorer för ett tryggt boende (delstudie IV).

Metod och genomförande

Metodologiskt och teoretiskt har detta forskningsprojekt utgått från Participatory and Appreciative Action and Reflection [PAAR]. Forskningsmetoden kännetecknas av att forskningssubjekten i samarbete med forskarna utvecklar och förbättrar praxis inom det studerade området tillsammans. Forskningen fokuserar på det som är positivt och fungerar i en verksamhet samtidigt som ett kritiskt perspektiv antas. Ett strategiskt urval genomfördes för att erhålla variation mellan stad och landsbygd. Äldre personer ≥ 65 år ($n=18$) mellan 72-97 år i ordinärt boende inom tre hemvårdsgupper har deltagit. Den vård- och omsorgspersonal ($n=40$), sjuksköterskor ($n=10$) och ledare ($n=7$), som arbetade inom dessa områden har inkluderats.

Upprepade intervjuer genomfördes med äldre. Fokusgrupper har genomförts med anhöriga och chefer. Enskilda intervjuer med sjuksköterskor. Totalt ingår 183 observationstimmar, 113 timmar under kvällspassen och 70 timmar under nattpassen. En enkätundersökning skickades ut under hösten 2014 till samtliga äldre personer (N=1100) i ordinärt boende. Svarsfrekvensen blev 32 %. En pilotstudie genomfördes inom ett annat projekt där två frågor relaterat till trygghet testades av 8 personer genom en applikation i en läsplatta för att i ett första steg se användbarheten av plattan i en grupp av äldre personer.

Två referensgrupper skapades, en större där samtliga grupper representerades som träffades totalt tre gånger á 3 timmar och en mindre där ansvariga inom kommunen samt en forskare medverkade, som träffades fyra gånger, á 3 timmar. Metodstöd och kvalitetsindikatorer för ett tryggt boende kvälls- och nattetid sammanställdes utifrån de resultat som framkommit i studie I-IV.

Resultat

Delstudie I. Äldre personers och anhörigas beskrivningar av trygghet och otrygghet

Utifrån intervjuerna presenteras nedan en sammanfattning av äldre personers och anhörigas erfarenhet av vad som skapade trygghet i boendet, med förtydligande citat som är kursiverade.

Viktigt ansågs vara att kunna lita till sig själv, få en överblick över vad som skulle hända och att ha kontroll över vardagen: *Otrygghet är händelseförlopp som inte kan förutses. Rörlighet har betydelse för känslan av trygghet och att se och höra. När kroppsfunktionerna sviktade skapades otrygghet i vardagen. Många kunde inte gå eller förflytta sig och var rädda för att ramla: Det som gör att jag känner mig otrygg det är att jag kan ramla igen. Det är oberoendet man strävar efter.* Anhöriga påpekade att det var betydelsefullt att familjemedlemmen fick hjälp av personal och veta av vem, samt att tex. sköta glasögon och hörapparat för att inte ramla.

Vanor och rutiner skulle utföras som vanligt och det var viktigt att få en förklaring till varför personalen var sen: *Ja alltså, jag har ju sagt till dem att komma senast klockan nio men, men, det går bara inte, de kommer inte. Väldigt jobbigt.* Dialogen med personalen var betydelsefull för att skapa trygghet. Det var det också viktigt att personalen kände till den äldres livshistoria för att kunna utföra sysslorna som den äldre ville: *Sist men inte minst så ligger tryggheten för oss anhöriga också i att veta att det finns personal som ser vad som behövs. Att våga ha synpunkter på vården och omsorgen innebar en trygghet: Sen kan man klaga, jag vet att jag kan klaga. Det är en trygghet att veta att det är ok.*

Anhöriga var sin familjemedlems trygghet samtidigt som familjemedlemmen kunde vara den anhöriges trygghet: *Jag är min mans trygghet. För oss är det en trygghet att man är två. Men man blir isolerad som anhörig.* Att inte få medicinsk behandling, att inte veta varför prover tas eller varför läkaren sätter ut läkemedel, skapade otrygghet: *Vården gör mig otrygg. Nu ska jag byta läkare och vårdcentral igen. Sjuksköterskan har ringt läkare flera gånger, men jag har inte fått tid. Jag har ingen att vända mig till. Läkaren tog bort tabletterna utan att se mig. Utan att prata med mig eller undersöka mig.*

Flera äldre personer upplevde att natten kunde kännas otrygg och kände sig ensamma: *Trygghet är att få besök. Det är roligt när de tittar in utan att man ber om det och vi sitter och pratar.* Det var viktigt att personalen inte glömde att låsa dörren. Boendemiljön i sig kunde innebära en trygghet: *Men jag kan sakna mina grejer, de var en trygghet.* Anhöriga beskrev att boendemiljön hade betydelse för trygghet både för egen del och för deras familjemedlem: *Hemma känner man igen sig, byta miljö kan vara svårt och att vänja sig.*

Hjälpmiddel var en trygghet och en förutsättning för att kunna klara sig i vardagen. Rullatorn beskrevs av alla som att den skulle de aldrig kunna klara sig utan. Trygghetslarmet

utgjorde en direktkontakt med personal. De fick svar direkt via larmcentralen och hjälpen var också snabbt på plats hos dem. Rullstolen var också ett hjälpmedel som flera var beroende av. Beroendet av hjälpmedlen innebar också att hjälpmedlen måste fungera och att de stod framme på rätt sätt så att de äldre kunde nå dem.

Delstudie II. Vård- och omsorgspersonals, chefers och sjuksköterskors perspektiv på att förmedla trygghet

Vid analysen framkom att vårdpersonalens, chefers och sjuksköterskors perspektiv på att förmedla trygghet i många delar samstämde, dock beskrevs det på olika sätt. Nedan följer en sammanfattning från intervjuer på vad som förmedlar trygghet men också av otrygga situationer i arbetet. Citaten presenteras kursiverade.

Det var viktigt att vara trygg i sig själv både som personal och sjuksköterska för att kunna förmedla trygghet och att ha kunskap för att våga lita till sig själv: *Det är inte alltid jag är trygg i min roll men jag visar det aldrig.* Trygghet var också att personalen kunde erkänna för sig själv att de inte kunde och vågade fråga. Att kunna anpassa sig och backa i vissa situationer var nödvändigt: *Det tar energi att möta de äldre som är jobbiga. Jag är inte rädd men möter man någon som är arg får man hoppa undan.* Förebygga oro och förmedla trygghet var också att planera och dela upp det som skulle göras. Vården behövde utföras på det sätt som den äldre personen önskade: *Att veta hur de vill ha det är viktigt. Om de vill ha tre glas på nattduksbordet så kan det verka simpelt men det är viktigt att anteckna att de vill ha det så.* Därför blir kontinuitet viktigt: *Samma personal är en vinst och en trygghet. Det skulle gå med mindre personalstab och mindre områden men det handlar om ekonomin, det blir ett ekorrhjul av det*

Att inte vara stressad eller rädd sågs viktigt eftersom detta kunde avspeglas i kroppsspråket: *Äldre läser av kroppsspråket, det är de duktiga på. Jag försöker vara lugn i rörelserna.* Att vara så flexibel som möjligt i mötet med varje person betonades: *Vi har olika samtal beroende på vem vi möter, man är som en skådespelare. Man får också bara vara där, här och nu, är man stressad, blir det förödande. Det är en konst. Du måste vara teatermänniska. Kunna "slänga käft" på det ena stället och vara taktfull på nästa.*

Läsa av, känna in och använda rösten samt kroppen ansågs skapa trygghet: *Om någon är orolig eller uttrycker oro är det bra och fråga om det är något mer innan man åker i väg, att lyssna på deras känslor och inte avfärda.* Undersköterskorna förmedlade trygghet via sin röst och sitt kroppsspråk: *Vi ändrar röst från person till person. Vi använder rösten för att lugna någon. Rösten är jätteviktig, hur du säger en sak spelar stor roll. Trygghet är också att vara som vanligt, inte vara märkvärdig eller lite von oben.*

Flera undersköterskor menade att själva kärnan i deras arbete var att skapa trygghet för de äldre personerna. Ett sätt var då att skapa sammanhang: *Trygghet kan vara att känna igen sig. När vi kommer så kan vi ge respons på deras tankar, återföra dem till nuet. Det är också viktigt att stärka människans självförtroende så han/hon blir trygg inifrån. Att ta på folk visar att jag är här och nu. Jag ser henne, att se är att vara där för dem.* Beröring användes också för att skapa trygghet vid förflyttning så att den äldre inte behövde vara rädd för att ramla, men det var mycket viktigt att känna in om den äldre personen verkligen ville bli tagen i. Att skapa delaktighet genom att informera om de förändringar som exempelvis gjorts i medicinlistan ansågs viktigt för sjuksköterskorna eller att anpassa besöken, då några ville ha hjälp ofta, andra mindre ofta. *Folk är olika, en blir trygg av täta besök och andra otrygga.*

Hjälpmedlen som den äldre personen hade i bostaden för att få vardagen att fungera var en trygghet både för den äldre personen och för personalen. Det var dock viktigt att hjälpmedlen fungerade och att personalen fått utbildning för att kunna använda dem.

På kvällarna kunde det vara en otrygghet att vara ensam som personal, mörkret i sig gjorde dem mer vaksamma: *Vi har fått överfallslarm men vi vet inte hur de fungerar, vi har ännu*

inte fått utbildning på dem. Uppfattades situationen mellan den äldre, anhöriga och personalen på olika sätt vid besöket skapades otrygghet: Jobbigt att stå ensam i mötet med människor, gränsen till kränkning är hårfin. Det var en trygghet att vara två. Att inte veta vilka de kunde möta skapade otrygghet: I det huset vi ska gå in nu så vet man aldrig vad man möter. Den avstämning som personalen gjorde med varandra var kontinuerlig och mycket viktig: Vi byter information och det är jätteviktigt. Viktigt både för personalens och pensionärernas trygghet, Att dokumentera skapar trygghet. Engagemang och delat ansvar inom gruppen var nödvändigt, särskilt nattetid samt att få arbeta med någon som de var trygga och samspelade med: Vi läser av varandra, känner varandra, då vet man att man fixar det. Man måste också vara utvilad för att kunna arbeta, man har ansvar för varandras liv och är en trygghet för varandra. Chefen och sjuksköterskan var viktiga, ansåg vårdarna: Det behövs också bra chefer, någon säger nu är det så här. Sjuksköterskan ser mer och det är en trygghet att kunna ringa och fråga.

Cheferna lyfte även att boendekulturen kunde påverka möjligheten att skapa trygghet. Män i vården kan skapa otrygghet för en utländsk kvinna, men mötet kan också skapa otrygghet för den manliga vårdaren. *Politiker vill ha kontinuitet. Det är svårt, som chef måste man lyssna och ha tålamod.* Det är områden med mångfald och ett annat språk. Det kan vara svårt att få kunden att förstå.

Kontinuerlig utbildning ansågs nödvändig: *Får man inte träna så tappar man kunskaper och blir otrygg. Det behövs uppföljning och kontinuerlig utbildning.* Att hinna med det som ska göras och ha funktionella bilar och cyklar var viktigt: *Vintertid kan det vara svårt. Det är glashalt och det går inte att köra för sakta då glider man av vägen.* Det fanns också de som gillade att köra bil trots snö och halka: *Man får anpassa hastigheten.* Cyklarna kunde vara ett problem: *Det blir mörkt och halt och det är bara dubbar på framhjulet.*

Delstudie III. Sammanställning och analys av avvikelser

Totalt har 9443 avvikelser registrerats 2014, och mest förekommande är avvikelseområdet **Fall**, följt av **Läkemedel**. Vård och omsorg, Örebro kommun, konstaterar att en ökning av avvikelser har skett inom alla organisationer. På Vård- och omsorgsboende har antalet avvikelser ökat med 547 stycken. Inom hemvården är det 57 stycken färre avvikelser registrerade än förra året, men då larmorganisationen läggs till så är den sammanlagda ökningen 894 stycken. Ökningen av antal registrerade avvikelser kan till största delen antas bero på det ökade antalet personer som får hjälpinsatser och sedan förra året har ytterligare ett boende med 80 äldre personer tillkommit. Ökningen kan även bero på en ökad medvetenhet och kunskap bland de olika medarbetarna om registrering av avvikelser.

En riskfaktor är att många avvikelser sker där flera enheter som hemvård dag och natt, externa utförare av omvårdnad, dagvård och larmgrupp är involverade. Detta leder till att flera enhetschefer och team behöver samverka vid analys av avvikelser. Att identifiera, analysera bakomliggande orsaker till risk och följa upp och utvärdera vidtagna åtgärder är ett utvecklingsområde och mest angeläget avseende fallhändelser. Dels behöver analys av bakomliggande orsaker utvecklas och vidtagna åtgärder utvärderas bättre, dels behöver fallhändelsen utredas bättre. Det visar sig i årets analys av avvikelser att 68 % av alla fallhändelser inte är bedömda vad gäller konsekvens för den enskilde.

Delstudie IV. Metodstöd och kvalitetsindikatorer för ett tryggt boende

Delstudie IV innefattar tre delar: **1)** enkätstudie, **2)** pilotstudie, där två trygghetsfrågor har testats i en mobil applikation och **3)** en sammanställning av samtliga resultat från delstudie **I-IV** för att finna metodstöd och mätbara kvalitetsindikatorer för ett tryggt boende.

1). Enkätstudie: Samtliga äldre personer (N=1100) i ordinärt boende, som hade kommunal vård- och omsorg under vecka 45, 2014, blev tillfrågade om att delta i en enkätundersökning, bestående av 9 frågor. Resultaten visar att 52 % av de äldre personerna känner att de kan lita på sig själva i sin vardag och 50 % känner att de kan påverka sin vardag. Dock känner bara 38 % att de kan få hjälp snabbt, 45 % ganska säkra på att få hjälp snabbt och 32 % känner att de stör personalen. Trots detta känner 70 % av de äldre att de är trygga, 64 % anser att nycklar förvaras säkert och 84 % rapporterar att deras trygghetslarm fungerar. Totalt kände även 70 % sig trygga med att ingen obehörig kunde komma in och 69 % träffade regelbundet sina anhöriga.

2). Pilotstudie: En pilotstudie genomfördes inom ett annat projekt i samarbete med Health Navigator där två frågor relaterat till trygghet ingick. Applikationen i surfplattan innehöll en skattningsskala, ett interaktivt program och egenvårdsråd. Var resultatet av skattningen av allvarlig karaktär gick ett sms iväg till ansvarig sjuksköterska som kontaktade den äldre personen för vidare rådgivning och omhändertagande. Pilotstudiens syfte var att studera användarvänligheten, utvärdera användandet av läsplattan samt utformningen av frågorna.

Åtta personer skattade sin hälsa under en månad. Resultaten visade att de flesta kände sig bekväma med att använda plattan och tyckte att frågorna kändes relevanta. *"Jag har använt detta själv, känner mig riktigt stolt"*. Större text i applikationen efterfrågades, flera var överrens om att det var rimligt att skatta 1 - 3 ggr i veckan beroende på hur sjuk man var och att det skulle finnas möjlighet att själv skriva in hur man mådde. Dock förekom problem med uppkoppling till internet där personerna föll ur systemet och behövde logga in igen. Flera tyckte att det var svårt att komma ihåg inloggningsuppgifter eller kunde glömma att logga ur/ladda plattan och var då rädd för att rapporten inte gått iväg till ansvarig sjuksköterska. Vetskapen om att det gick ett larm till sjuksköterskan var mycket viktig för deras upplevelse av trygghet. *"Det är bra, det känns tryggt att ha möjlighet att kontakta en sjuksköterska"*.

3). Metodstöd och kvalitetsindikatorer för ett tryggt boende:

Metodstöd för ett tryggt boende:

- Arbeta för att äldre personer ska kunna lita till sig själv, fatta egna beslut och kunna påverka den vård som ges. För att göra detta möjligt krävs tydlig information på olika sätt så att den äldre personen vet hur han/hon går tillväga för att framföra sina klagomål.
- Arbeta relationsbaserat för att skapa en relation mellan den äldre och personalen så att rutiner kan utföras som den äldre önskar. Den äldre bör om möjligt få träffa samma personal.
- Arbeta identitetsbefrämjande så att den äldre personens vanor och rutiner följs.
- Få stöd och hjälp vid skötsel av syn- och hörselhjälpmedel, vilket ska framgå tydligt i genomförandeplanen och skrivas i TES.
- Kontinuerlig översyn av hjälpmedel och belysning för att undvika fallrisk.
- ADL-status behöver utföras på kvällar och nätter samt riktade insatser från arbetsterapeut göras som stöd till kvälls- och nattpersonal.
- Det behöver bli tydligt i verksamheten om vikten av att i varje möte bekräfta den äldre personen för ökad självkänsla och ökat självförtroende. Att arbeta förebyggande för detta innebär att personalen behöver arbeta både relations- och situationsbaserat.
- Läkemedel bör inte sättas ut utan att först ha diskuterats med den person det berör och sjuksköterskan ska alltid återrapportera till den äldre efter rond.
- Samverkan med anhöriga skall utvecklas.

Förslag på åtgärder: Kunskap om vad som ger äldre personer trygghet kan förmedlas på APT - möten och genomförandeplanen kan utvecklas. Ett tydligt informationsblad kan utformas över vilka förväntningar som kan ställas och vilka rättigheter som finns för att erhålla vård och omsorg. Skötsel av syn- och hörselhjälpmedel kan föras in i TES för att omsättas i praktisk handling. Den äldre vanor och rutiner kan förtydligas i genomförandeplanen och i dokumentationen. ADL bedömning på kvällar och nätter såväl som ökad/förbättrad belysning hemma hos den äldre personen är en fråga om fördelning av resurser och en fråga för organisationen. Samverkan med anhöriga kan vara en arbetsledningsfråga. Ledare/chefer är nyckelpersoner. Larmgruppen kan ha en utökat funktion och arbeta förebyggande, som att genom samtal ge stöd till personer som faller ofta. En analys behöver utvecklas av bakomliggande orsaker till fallrisk, vidtagna åtgärder utvärderas bättre och fallhändelser behöver utredas bättre. Att ha tillräcklig belysning i bostaden för att förebygga fall behöver utredas. Det kan behövas extra belysning på strategiskt viktiga platser som utanför toalettdörren med rörelsevakt. Mer belysning i hemmet är också viktigt för personalens trygghet och dagpersonalen kan ha ansvar att kontinuerligt se över denna. Det är också viktigt att i alla led betona samverkan, flexibilitet och kommunikation mellan yrkeskategorier.

Hur personalen anser att trygghet till äldre personer förmedlas:

- Personalen behöver kontinuitet i mötet med de äldre för att få ett utgångsvärde, en bild, att jämföra mot tidigare, och
- ligga steget före och planera vården,
- informera om det blir förseningar eller personalbyte,
- presentera sig i mötet och skapa tid för ett samtal,
- använda kropp, röst och humor i mötet för att förmedla trygghet.

Förslag på åtgärder: Personalen förmedlar ett stort mått av kunskap i sina yttranden, men är själva många gånger omedvetna om vad och hur de gör när de förmedlar trygghet. De behöver bli medvetna om vad de faktiskt gör och att de är sitt eget arbetsredskap. Cheferna behöver vara nära och ha kunskap om hur personalen förmedlar trygghet för att arbeta förebyggande. Kunskapen om hur trygghet förmedlas behöver användas och omsättas i praktisk handling samt reflekteras över så att den utvecklas, tex på APT -möten och personal kan reflektera tillsammans under arbetet. För att personalen ska kunna förmedla trygghet behöver de ha kunskap och kontinuerlig utbildning så att de kan lita till sig själva. En utbildning kommer att genomföras där sjuksköterskor ska utbilda undersköterskor och denna utarbetas centralt men genomförs lokalt på varje enhet.

För att personalen ska kunna känna sig trygg i sin arbetssituation vill de kunna köra fram till porten på nätterna, få information från polisen om det är oroligt i något område, mer belysning på bilarna och belysning så att husnumret på bostaden syns. Bättre team-samverkan, rapportering, tid att dokumentera och läsa dokumentationen ses som nödvändigt. Vidare anges att gruppen tar ansvar, alla arbetar efter en gemensam värdegrund och att kunna läsa och dokumentera i realtid i t.ex. en mobil. Transportmedel som bilar och cyklar ska underhållas regelbundet och bilar tankas på dagtid. Arbetsklädernas funktionalitet bör ses över samt förses med reflexer.

Kvalitetsindikatorer för ett tryggt boende:

- Vet du hur du kan gå tillväga för att framföra dina önskemål till ansvarig person i kommunen?

- Är din relation till personalen god?
- Upplever du att personalen lyssnar på dig?
- Träffar du samma personal?
- Känner du att du kan påverka vem som kommer för att hjälpa dig?
- Har du fått möjlighet att träna?
- Får du hjälp med dina syn- och/eller hörselhjälpmedel?
- Fungerar dina hjälpmedel, som t.ex. rullator på ett bra sätt?
- Fungerar ljuset i ditt hem och är det tillräckligt för att du skall kunna se på natten?
- Har du fått möjlighet gå igenom dina läkemedel tillsammans med din sjuksköterska?
- Har du fått återkoppling från din sjuksköterska efter ditt sista läkarbesök?
- Upplever du att personalen lyssnar på din anhörige?

Slutsats

Detta deltagarbaserade forskningsprojekt har genomförts tack vare finansiering från Länsförsäkringar. En gedigen datainsamling har genomförts för att studera hur ett tryggt boende under kvälls- och nattetid kan utvecklas för äldre personer inom vård- och omsorg. Goda exempel och lösningar till hinder har studerats i ett nära samarbete mellan alla aktörer för att finna metodstöd och kvalitetsindikatorer för trygghet. Viktigt för äldre personer är att veta hur de kan gå tillväga för att framföra sina synpunkter till ansvarig person i kommunen och att deras relation till personalen är god. Det är viktigt att uppleva att personalen lyssnar på dem men också på anhöriga samt att få träffa samma personal. Att själv få bestämma och kunna påverka vem som kommer skapar trygghet. Kontakten med sjuksköterskan är viktig och att få återkoppling efter de olika läkarbesöken. Regelbunden genomgång av läkemedel med sin sjuksköterska är viktigt både för personen själv men också för att undvika avvikelser vad gäller läkemedelshantering. Rädslan för att falla är stor och många faller i denna grupp. Att identifiera, analysera bakomliggande orsaker till risk för fall och följa upp och utvärdera vidtagna åtgärder är ett utvecklingsområde. Detta leder också till att äldre personer behöver få möjlighet att träna för att vidmakthålla sin muskulatur och hjälpmedel för detta är ett utvecklingsområde. Att se och höra är avgörande för att uppleva trygghet men också för att inte ramla varför hjälp med syn- och hörsel hjälpmedel är nödvändigt. Lika viktigt är att övriga hjälpmedel fungerar som är nödvändiga för att klara det vardagliga livet. Belysningen i hemmet är något som har varit framträdande i denna studie, att ljuset fungerar och nya innovativa lösningar för belysning i hemmet efterfrågas. Att använda en mobil applikation var en trygghet för äldre och något som bör utvecklas. Dock ser vi att införandet av en applikation behöver göras redan vid inskrivning i hemvård så att den kan bli en naturlig del i vardagen.

BILAGA

Introduktion

År 2013 beviljades forskningsmiljön ”Äldres Hälsa och Livsvillkor” vid Institutionen för Hälsovetenskap och Medicin, Örebro universitet, medel från Länsförsäkringar för att bedriva ett aktionsforskningsprojekt under titeln ”Ett tryggt boende på äldre dar”. Projektet har genomförts i samarbete med Örebro kommun där äldre personer, anhöriga, vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor, chefer och forskare har samarbetat. Datainsamlingen har bestått av intervjuer och deltagande observationer kvälls- och nattetid, genom att en forskare har följt personalen i deras arbete inom hemvården när de besökt äldre personer i deras hem. En enkätstudie har genomförts där 290 äldre personer i eget boende och inskrivna i hemvården har besvarat frågor om upplevelse av trygghet. Avikelser relevanta till trygghetsaspekter har studerats och preliminära riktlinjer har arbetats fram i en referensgrupp där alla parter medverkat tillsammans med en representant från Länsförsäkringar.

Bakgrund

Målet för svensk äldrepolitik är att äldre kvinnor och män skall kunna åldras i trygghet genom att ha ett bibehållet oberoende, bo i en trygg bostad och att omsorgen om äldre genomförs av trygghet. Brister har dock rapporterats när det gäller grundläggande värderingar och förhållningssätt hos vård och omsorgspersonalen (1, 2). Klagomål trivialiseras och rutiner i arbetet prioriteras framför de äldres behov (3). Bristerna har uppmärksammats och en nationell värdegrund har, 2011, införts i äldreomsorgen som tydliggör en syn på värdighet genom begreppen, värdigt liv och välbefinnande (4). Välbefinnande innebär bl.a. att uppleva trygghet i vardagen, samtidigt som ett värdigt liv är att ha privat och kroppslig integritet (4). För att kunna åldras i trygghet är förutsättningen ett gott bemötande, tillit till och förtroende för att vården och omsorgen är av god kvalitet där vårdpersonalen har rätt kunskaper (4).

Trygghet är ett komplext fenomen som ofta beskrivs som inre, mellanmänsklig och yttre trygghet. I tidigare forskning beskrivs inre trygghet för äldre personer som en inre känsla av tillit till sig själv (6) och att kunna lita på sin kropp trots sjukdom (7). Viktigt var att känna tillit till miljön och förstå vad som händer och sker (8). Tilliten till andra (6) och att vara säker på att få hjälp (6, 9) av någon man känner skapar en inre trygghet (10). Att känna igen sig i vanor och rutiner ger trygghet (6) och motverkar förvirring (11).

Anhöriga kan ge trygghet och gör stora insatser för den informella omsorgen i hemmen där många anhöriga bär en stor omsorgsbörda (10). För anhöriga kan trygghet innebära att kunna lita på personalen, att deras familjemedlem får god vård och den vård som de har rätt att få.

Det är också viktigt att personalen ser, bekräftar dem som närstående och att de får vara delaktiga (12). Närstående har betydelse för den äldre personen i form av en känslomässig trygghet (9).

Personalens kunskap och kompetens har stor betydelse för äldre personers trygghet. Tid och kontinuitet var viktiga faktorer för trygg och säker vård (11). Pettersson och Blomkvist (6) visar att för att kunna ge trygghet och sätta otrygga vårdtagare i centrum tänjde personalen på gränserna genom att bryta mot regler. Att arbeta med äldre personer som inte alltid själva kan föra sin talan ställer många gånger stora krav på att personalen är lyhörd och har förmåga att tolka signaler (13). Andra studier visar att personalen skapar trygghet genom att använda en känslomässig kunskap och skapa en trygg plats för patient och anhöriga (14).

Avvikelse i vården med vårdskada som följd beskrivs som omfattande och kan skapa otrygghet. Vårdskadorna är vanligast i åldersgruppen >65 år (15,16). Med vårdskada menas kroppslig, psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits (SFS 2010: 659). Vårdskador rapporteras i olika typer av fristående system dock anses det finnas en förmodad diskrepans mellan de olika registren (16). Vårdgivaren ska utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (17). De avvikelser som kan inträffa är att någon faller i bostaden pga. mattor, gånghjälpmedel eller mörker. Vidare att personalen inte följer rutiner för läkemedelshantering (16). Det är viktigt att förstå varför något har inträffat för att kunna åtgärda orsaken (15). Trots alla avvikelser som sker i vården menar Cook att det sker förhållandevis få olyckor. Det fungerar dock inte att enbart söka fel och skuldbelägga människor Att se till vad som fungerar, använda sig av det och att ta reda på varför sjukvården redan är säker, är mer fruktbart (15, 18).

Många äldre balanserar mellan otrygghet och trygghet och vill bo kvar i hemmet, det ordinära boendet, så länge som det överhuvudtaget är möjligt (10). Många balanserar i en trygg vardag där vardagliga rutiner och vanor sviktar som svårigen kan upprätthållas eller sköts med hjälp av anhöriga (11). Att vara orolig för att inte få hjälp medförde att otrygghet ökade för de äldre (19). Vårdarnas bemötande och deras förmåga att respektera den äldres behov och önskemål har betydelse (11). Situationen att bli gammal och beroende av andra kan innebära att värdigheten utmanas (20). Hemmet kan uppfattas som den enda trygga plats de har. Äldre kan dock uppleva att de inte kunde vara ensamma på grund av stark ångest och känslor av panik (21).

Den yttre tryggheten kan beskrivas som att få tillgång till och kunna hantera olika hjälpmedel som rullatorn, den bärbara telefonen, griptången och trygghetslarmet (6). Vidare beskrivs trygghet vara relaterat till livskvalitet där hemmet, grannskapet och servicen samt vilka

hjälpmedel som finns i hemmet har betydelse. Det finns också olika tekniska hjälpmedel som kan ge trygghet i äldre personers vardag och kan bidra till att man kan bo kvar längre hemma med ökad trygghet (22). Vidare beskrivs att övervakningssystem via tele-kommunikation upplevs lika tryggt och säkert som att få hjälp av personal i hemmet (9). Med ett säkerhetslarm i en mobil kan äldre personer bo kvar hemma längre och bli mer aktiva och rörliga. Den äldre personens integritet kan stärkas med hjälp av teknik (23, 24). Det är viktigt med en tidig riskbedömning av fysisk och psykisk funktionsnedsättning för att ge ”rätt” vård och omsorg i rätt tid (23).

Upplevelse av trygghet inom hemvård på kvällar och nätter är sparsamt studerat. Den forskning som finns visar att arbetsgruppen och mentorskap har betydelse för att hantera utmaningen att arbeta på natten (25). I studien av Mullen (26) framkom betydelsen av egenvård för att kunna sova. Det finns svenska projekt som beskriver hemvården på natten. I Nattfrid (27) fick äldre personer med hemvård tillsyn med webbkamera. De äldre personerna kände sig nöjda och trygga, dock kunde inte webbkameran ersätta mänsklig kontakt. I rapporten Trygg om natten (13) hade tryckkänsliga sensorer placerats ut i bostaden, men tekniken sågs inte som integritetskränkande. Studier har påvisat att kunskap behövs om teoretiska och organisatoriska system för att skapa en vårdstruktur som inkluderar patientens egen rapportering av besvär med hjälp av modern teknik (28). Användning av applikationer inom vården har använts i olika kontexter för rapportering av symptom och besvär (29). Forskningen om tryggt boende under den mest utsatta tiden av dygnet, som kväll och natt utgör, är därmed ytterst angelägen för att äldre personer ska kunna uppleva trygghet i boendet.

Syfte och mål

Huvudsyftet har varit att studera hur ett tryggt boende under kvälls- och nattetid kan utvecklas för äldre personer inom hemvården. Goda exempel och lösningar till hinder har studerats med fokus på hur trygghet i bostaden kan utvecklas.

Delsyften i projektet har varit:

- Att beskriva äldre personers och deras anhörigas erfarenheter av trygghet i bostaden (delstudie I).
- Att beskriva personals, sjuksköterskors och chefers erfarenhet av att förmedla trygghet till äldre personer i bostaden samt deras upplevelse av otrygga situationer i personalen arbete (delstudie II).
- Att studera vilka avvikelser som förekommer och varför (delstudie III).
- Att utifrån de olika delstudierna identifiera arbetsmetoder och kvalitetsindikatorer för ett tryggt boende (IV).

Metod och genomförande

Metodologiskt och teoretiskt har detta projekt utgått från Participatory and Appreciative Action and Reflection [PAAR]. Forskningsmetoden kännetecknas av att forskningssubjekten i samarbete med forskarna utvecklar och förbättrar praxis inom det studerade området tillsammans (30). Forskningen fokuserar på det som är positivt och fungerar i en verksamhet. Detta innebär dock inte att problem och brister i praxis har negligerats utan ett kreativt kritisk perspektiv antogs och lösningar söktes tillsammans med deltagarna. Upprepade intervjuer, informella samtal och deltagande observationer har genomförts i hemmet hos äldre personer i ordinärt boende med vård- och omsorgsinsatser. Resultatet har utvecklats över tid genom att forskare efter en preliminär sammanställning av insamlad data, har återvänt till studiedeltagarna samt att resultatet har bearbetats i två referensgrupper.

Urval

Ett strategiskt urval genomfördes för att erhålla variation mellan stad och landsbygd. Kontakt togs genom det etablerade samarbete som fanns med vård- och omsorg i Örebro kommun. Äldre personer ≥ 65 år i ordinärt boende med vård- och omsorgsinsatser inom tre hemvårdsgrupper tillfrågades om deltagande; en hemvårdsgrupp som erhållit goda omdömen, en som erhållit medelgoda omdömen och en som erhållit sämst omdömen i en genomförd brukarundersökning inom kommunen (31). Deltagarna skulle kunna tala och förstå svenska.

- Totalt kom 18 äldre personer att delta, 14 kvinnor och 4 män mellan 72-97 år och av dessa äldre personer ingick 4 personer i referensgruppen.
- Anhöriga rekryterades via anhörigföreningen i Örebro och 5 anhöriga samtyckte till deltagande, alla kvinnor mellan 67-82 år, varav 1 kom att ingå i referensgruppen.
- Ansvariga chefer för den personal som arbetade kväll och natt på de inkluderade enheterna tillfrågades om deltagande. Tre enhetschefer samt 4 nattchefer har ingått i studien, 6 kvinnor och 1 man.
- Totalt medverkade 39 undersköterskor/vikarier, 37 kvinnor och 2 män, som arbetade kväll och natt och var mellan 21-68 år samt hade arbetat mellan 6 månader-40 år.
- Tio sjuksköterskor har medverkat, 9 kvinnor och 1 man, de var mellan 36 – 70 år samt hade arbetat mellan 8 - 48 år.

Datainsamling och analys

Öppna upprepade kvalitativa intervjuer alternativt fokusgrupper genomfördes med de äldre, anhöriga, vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor och chefer med fokus på vad som medförde ett tryggt boende, hur och varför. Datamaterialet samlades kronologiskt, sammanställdes fortlöpande och återfördes till deltagarna i verksamheten där reflektion fördes över vad som framkommit och hur det kan användas i verksamheten.

- De äldre intervjuades en till tre gånger och totalt gjordes 25 intervjuer som varade mellan 30 minuter och 2,5 timma.
- Anhöriga medverkade i en fokusgrupp.
- Upprepade deltagande observationer med informella samtal genomfördes där forskaren deltog i kvälls- och nattarbetet, genom att följa undersköterskor och fyra sjuksköterska i deras arbete. Totalt ingår 183 observationstimmar i datainsamlingen (113 timmar under kvällspassen och 70 timmar under nattpassen). Informella samtal har förts kontinuerligt och fältanteckningar skrivits alternativt spelats in på band under dessa timmar.
- En större referensgrupp skapades bestående av 20 deltagare som har haft möten tre gånger a' 3 timmar. Fyra äldre personer ingick varav 1 av dessa personer var med på mötena. Övriga 3 personer har forskarna besökt för att inhämta deras synpunkter då de haft svårt med förflyttningar. Vidare har 4 undersköterskor deltagit som representanter för kvälls- och nattpersonal, 1 nattsjuksköterska, 3 nattchefer, 1 anhörigrepresentant, 2 forskare och 1 representant från Länsförsäkringar. Fyra strategiskt viktiga personer från kommunen, Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig arbetsterapeut (MAR) samt samordnare för MAS/MAR, enhetschef och projektledare för kommunens trygghetsprojekt ingick.
- En mindre referensgrupp bildades bestående av MAS, MAR, samordnare för MAS/MAR, enhetschef och projektledare för kommunens trygghetsprojekt samt en forskare ingick. Gruppens syfte var att fokusera på att finna metodstöd och kvalitetsindikatorer för trygghet. Efter den första sammanställningen och det första mötet i referensgruppen skickades materialet ut till den personal som deltagit i forskningen för att de skulle få möjlighet att reflektera över materialet. Elva personer svarade.
- Ansvarig person inom kommunen presenterade den kartläggning som gjorts över avikelser inom kommunen för referensgruppen och resultatet av detta lades till övrig datainsamling samt analyserades av referensgruppen.

- En enkätundersökning, bestående av 9 frågor som hade identifierats ha betydelse för trygghet efter den första sammanställningen av resultatet, delades ut under hösten 2014 till samtliga äldre personer (n=1125) i eget hem. Svarsfrekvensen blev 35 %, då 290 äldre besvarade enkäten.
- En pilotstudie genomfördes inom ett annat projekt där två frågor relaterade till trygghet testades av 8 äldre personer genom en applikation i en läsplatta för att i ett första steg se användbarheten av plattan hos äldre.
- Metodstöd och kvalitetsindikatorer för ett tryggt boende kvälls- och nattetid sammanställdes av de olika grupperna i samarbete med forskarna.

Resultat

Delstudie I. Äldre personers och anhörigas beskrivningar av trygghet och otrygghet

Vid analysen av äldre personers och anhörigas erfarenhet av vad som skapade trygghet i boendet framkom tre huvudområden som berörde inre, mellanmänsklig och yttre trygghet, och som var av betydelse för hur ett tryggt boende under kvälls- och nattetid kan utvecklas för äldre personer i ordinärt boende. Förtydligande citat är *kursiverade*.

INRE OCH MELLANMÄNSKLIG TRYGGHET

Att lita till sig själv och veta vad som skall hända. Trygghet innebar för många äldre att de kunde lita till sig själva: *Jag har mycket reda på mig själv - det är en trygghet.* De visste hur de ville ha vård- och omsorgshandlingarna utförda där de kunde ta beslut och säga ifrån om de inte var nöjda: *Trygghet är att jag är trygg i mig själv. Jag vet vad jag vill och hur jag vill ha det.* Att kunna välja vilken av personalen som skulle komma och hjälpa dem var en trygghet: *Personalen är olika som personer, jag kan välja vem som kommer. Det är viktigt att lära känna personalen för att kunna lita på dem.*

Det var också viktigt att ha kontroll på vardagen och veckodagar, ha en överblick över vad som skulle hända. Det var när det hände något utöver det vanliga som det skapade krav och otrygghet: *Otrygghet är ett händelseförlopp som inte kan förutses.* De äldre personerna ville veta när personalen skulle komma och ge dem hjälp och vem som skulle komma.

Rörlighet har betydelse för känslan av trygghet. När kroppsfunctionerna sviktade skapades otrygghet i vardagen. Det fanns äldre personer som inte kunde gå eller förflytta sig och/eller klä på sig, laga mat eller gå på toaletten för att kroppen inte lydde dem eller var orörlig.

Smärta kunde också vara ett hinder för rörlighet: *Jag kan inte ta på skor det gör mig väldigt irriterad. På vintern måste någon hjälpa mig på med kläderna. Jag kan inte klara mig själv. Man sitter här och så orkar man inte. Då får man liksom ta och rycka till.* Anhöriga menade att det var viktigt för känslan av trygghet att kunna vara rörlig och ta sig ut och känna sig oberoende: *Rörlighet har betydelse för trygghet. Om man inte har rörligheten så kommer man inte ut i naturen.* Allra viktigast kunde bilen vara för det ökade oberoendet och friheten där de inte behövde belasta någon. Detta kunde ge en inre tillfredsställelse: *Bilen är viktig den gör mig oberoende. Det är oberoendet man strävar efter. Att inte ligga någon till last. Du kan göra saker som du vill. Känslan av trygghet är att må bra enligt sig själv. En inre tillfredsställelse. När kroppen inte mår bra blir man deppig.*

Att inte se och höra innebar både en sorg och en otrygghet: *Ja det går bra så här men om det är många i rummet så är det svårt att höra, då kan det bli otryggt.* Några av de äldre personerna berättade att de både såg, hörde och kom ihåg skapligt, vilket medförde att de hade kontroll på vardagen som gav dem en trygghet: *Jag har väl reda på allt också och har jag inte det så skriver jag lappar. Man får ju också skriva upp för att komma ihåg.* Anhöriga menade att det var betydelsefullt att familjemedlemmen fick hjälp av personal att sköta glasögon och hörapparat: *Det måste finnas hjälp att få med att putsa glasögonen och hörapparater – veta vem som kan hjälpa till att exempelvis byta batterier. Svårt för stela och kanske värkande händer.*

Att vara rädd för att ramla. Flera av de äldre personerna hade fallit inomhus i lägenheten och någon hade ramlat utomhus. Risken och rädslan för att ramla igen gjorde vardagen otrygg: *Detta blir otryggt att hela tiden hålla på och ramla....man får ju passa sig överallt när man går.* Det fanns personer som inte visste varför de hade ramlat, andra hade blivit yra eller fått blodtrycksfall. Det kunde finnas en rädsla att börja gå igen efter ett fall där de hade brutit sig.

Vanor och rutiner ska utföras som vanligt och skapar trygghet. De var beroende av att personalen kom och ville att de kom i tid annars skapades otrygghet. Det var också viktigt att få en förklaring till varför personalen var sena: *Ja alltså, jag har ju sagt till dem att komma senast klockan nio men, men, det går bara inte, de kommer inte. Väldigt jobbigt, men jag får inte på mig byxor och kalsonger för jag har lite svårt fortfarande efter min operation.* Händet mycket utöver det vanliga och den vardagliga "lunken" rubbades och bröts, upplevde den äldre personen stress, oro och blev otrygg: *Oro kan skapa otrygghet om inte rutiner fungerar, allt man ska göra tar tid, man får gå upp extra tidigt innan man ska till dagvården.*

Att våga ha synpunkter på vård och omsorgen. Att kunna lita till sig själv innebar också att de äldre vågade säga ifrån och ha synpunkter på vården och omsorgen vilket innebar en

trygghet för dem: *Sen kan man klaga, jag vet att jag kan klaga om det är något. Det är en trygghet att veta att det är ok.* Om de sa ifrån eller inte, kunde bero på hur stor betydelse det hade för den äldre personen personligen. Det kunde vara ett aktivt val som gjordes eftersom detta kunde riskera att de stötte sig med personalen. Flera av de äldre personerna berättade att de ringde direkt till chefen och framförde sina synpunkter och om problemet åtgärdades upplevdes en trygghet. För anhöriga var samarbetet med personalen viktigt både för sig själv och för deras familjemedlem. Anhöriga hade erfarenhet och kunskap som de kunde delge personalen och som kunde underlätta förhållningssätt och kommunikation i vård och omsorg om den äldre personen: *Anhöriga har vardagsnära uppgifter om familjemedlemmen som kan vara till nytta och underlätta bemötande och kommunikation mellan den äldre och personalen.*

Anhöriga menade att det behövdes arbetsledare ”nära” i vården och omsorgen om äldre, arbetsledare som kunde arbetet och visste hur arbetet skulle utföras. De skulle uppmuntra personalen för att de skulle få styrka och utvecklas i att utföra sina uppgifter: *Det behövs positiv ”feed back” till personalen så att de fortsätter att utvecklas och känner glädje i arbetet.* Arbetsledarna skulle också vara närvarande för att kunna leda gruppen när samarbetet ”trasslade” och inte fungerade optimalt. Att personalen behövde utbildning sågs nödvändigt för utveckling och förmedling av trygghet till de äldre.

Natten och mörker kunde skapa otrygghet. Flera äldre personer upplevde att natten kunde upplevas som otrygg. Någon upplevde att det kunde komma in någon i hallen och röra sig över golvet. Andra kände att mörker och åska var otryggt: *Det är inte så roligt med åska det kan skapa otrygghet kanske för att man varit med om åsknedslag.* Någon annan menade att mörkret var mysigt och tryggt. För de flesta gav ensamhet en känsla av otrygghet och avsaknad av någon att prata med. De önskade att personalen skulle ha tid och sitta ned och prata en stund och att denna önskan också skulle finnas hos personalen så att samtalet blev ömsesidigt: *Trygghet är att få besök så här, sitta och prata lite och att inte vara ensam. Det är roligt när de tittar in utan att man ber om det och vi sitter och pratar så här. Det är trevligt och det är väl lika från båda kanske.* Det kunde ge en tillhörighet och trygghet att minnas det som varit: *Att minnas ger trygghet. Jag har haft en otrolig trygg barndom på samma gårdsplan, jag minns detaljer.*

Att vara varandras trygghet. Anhöriga var sin familjemedlems trygghet samtidigt som familjemedlemmen kunde vara den anhöriges trygghet: *Jag är min mans trygghet. För oss är det en trygghet att man är två.* Det var också betydelsefullt att ha andra närstående som vuxna barn eller att kunna träffa bekanta och göra något annat. För att kunna orka som anhörig och för att inte bli isolerad var det viktigt att få egen tid, kanske komma hemifrån och inte alltid vara i det sjuka: *Min man hade först växelvård och sen kom han till ett boende. Det var först svårt att vänja sig. Jag hade kontrollbehov, jag ville veta om han var trygg. Sedan fick jag tid över att göra något själv... Man blir isolerad som anhörig.*

Dialogen var betydelsefull, att anhöriga och personal kunde mötas, få lära känna varandra, lösa eventuella problem och ta reda på hur de och personalen kunde nå varandra. Det kunde öppna upp för en dialog med målet att ge trygghet till den äldre personen: *När man lär känna varandra på ett bra plan så är det lättare att först berömma och sedan på ett trevligt sätt framföra vad man inte är nöjd med från båda hållen. Målet är ju att den äldre personen har det bra och är trygg i den situation han/hon befinner sig i.* Dialogen mellan anhöriga och personal sågs viktig men också mellan den äldre personen och personalen: *Genom dialog med anhöriga och den äldre kan man säkerligen få fram något som skapar mening åt tillvaro, få personen att känna trygghet och känna sig behövd. Inte helt lätt.*

Att inte få medicinsk behandling, att inte veta varför prover tas eller varför läkaren sätter ut läkemedel, skapade otrygghet. Det var viktigt att själv få prata med läkaren få information och förklaring: *Vården gör mig otrygg. Nu ska jag byta läkare igen, Det ger otrygghet. De har utländska namn. Jag har också fått byta vårdcentral, det gör mig otrygg. En sjuksköterska har ringt läkare flera gånger men jag har inte fått tid. Men så kom det en sjuksköterska som var pensionerad. Hon jobba extra och hon sa att man får inte ge sig. Jag har ingen att vända mig till. Läkaren tog bort tabletterna utan att se mig. Utan att prata med mig eller undersöka mig.*

Livshistoria och minnen. Den äldre personens livshistoria och minnen hade betydelse för upplevelse av trygghet. Här kunde anhöriga ha en stor uppgift att fylla och dela med sig av minnen på olika sätt om den äldre personen inte mindes eller hade svårt att uttrycka sig: *Minnen av musik och resor, ungdomstiden och arbete, mat och kläder – det finns mycket att tala om en stund.* Om personalen tog del av den äldre personens minnen och livshistoria kunde en person växa fram som människa. Förståelsen och kunskapen kunde öka om att förmedla trygghet hos den äldre. Anhöriga menade att det som gav de äldre personerna en trygghet var bemötandet och möjlighet till samtal med personalen så att de äldre vågade be om hjälp. Det var nödvändigt att personalen såg vad den äldre personen behövde, från hur hushållet skulle skötas, hur sår skulle läggas om till hur bemötandet skulle genomföras för att behov av trygghet skulle tillgodoses: *Sist men inte minst så ligger tryggheten för anhöriga också i att veta att det finns personal som ser vad den boende behöver. Ett gott bemötandet är viktigt, att ge tröst när så behövs, att ge en kram, att se en medmänniska.*

YTTRE TRYGGHET

Att ha en låst dörr. De äldre personerna berättade att samhället var otryggt, de var rädda och vågade inte öppna dörren om någon okänd ringde på. Det fanns äldre som ville att besökare först skulle ringa via telefonen och tala om att de skulle komma, först då vågade de öppna dörren. De lokala nyheterna räckte för att de skulle bli rädda och många gick inte ut på

kvällarna när det hade blivit mörkt, rädslan för att bli överfallna eller rånade fanns. Detta trots att några av dem skulle kunna gå ut och hade haft som tradition att gå ut och äta på kvällen: *Samhället är otryggt och jag vet inte vad som händer utanför detta område. Jag går inte ut på kvällarna för man vet inte med detta samhälle.* Om det var så att de äldre kunde öppna dörren, så vågade de ändå inte göra det utan att först noga kontrollera vem det var som ringde på: *Det är bättre att ha dörren stängd. Jag har ett sådant där titthål. Om jag inte känner igen dem som står utanför så öppnar jag inte, Vem som än står utanför.* Det var viktigt att personalen inte glömde att låsa dörren: *När ni har varit här så vill jag ni slår igen dörren och låser den.* Andra äldre var inte alls rädda. Visst kunde folk ringa på dörren men de kunde ha tagit fel på dörr och var det låst så kunde ingen komma in.

Boendemiljön i sig innebar en trygghet. Det fanns äldre personer som flyttat från ett område där det var oroligt till ett annat område där det var lugnare för att känna sig trygga. Vissa hade flyttat från ett större hus till en mindre lägenhet då hälsan sviktade och beroendet av hjälp ökat: *Men jag kan sakna mina grejer, de var en trygghet. Jaa, det är ju hela livet.* Flera av de äldre personerna hade TV:n på i sitt hem, både som ett sällskap och en trygghet: *Det behövs stimulans. ...Jag gillar fakta, att se på TV, nu mer än förr, jag tittar på Agenda och är intresserad av historia .Nu har jag mer tid och kan omsätta fakta. Jag kan spåra bakåt och få en helhetsbild.* Det var påtagligt under observationerna under kväll och natt att det fanns områden som var lugna och andra som var oroliga. Några av de äldre personerna bodde i nybyggda ljusa lägenheter nära naturen. Andra bodde i lägenheter som de hade bott i under årtionden där både lägenheten och området var välbekant. Det kunde vara en lugn boendemiljö där alla kände varandra. Anhöriga beskrev att boendemiljön hade betydelse för trygghet både för egen del och för deras familjemedlem: *Det är viktigt att bo så att det är vackert för ögat. Det estetiska har betydelse för hur man mår. Det ska vara snyggt utanför, finns trädgård ska den vara trevlig för ögat.*

Miljöbyte till ett boende kunde skapa problem: *I det egna hemmet känner man ju igen sig och vet hur man vill ha det. Om man måste byta miljö kan det vara svårt att vänja sig först. Det här är ett problem som måste diskuteras med anhöriga och få tid att komma till en lösning som är bäst för alla.*

Hjälpmedel är en trygghet och en förutsättning för att kunna klara sig i vardagen. Rullatorn beskrevs av alla som oumbärlig. Det var tack vare den som de kunde resa sig upp och gå. Trygghetslarmet utgjorde en direktkontakt med personal. De fick svar direkt via larmcentralen och hjälpen var också snabbt på plats hos dem. Inkontinensmaterial innebar en stor trygghet: *Det som också är en trygghet är att inte behöva gå upp på natten. Jag har en blöja, en trygghet, jag kan både nysa och skratta.* Rullstolen var också ett hjälpmedel som flera var beroende av. Fungerande hjälpmedel var nödvändigt och att de stod framme på rätt sätt så att de äldre kunde nå dem.

Delstudie II. Vård- och omsorgspersonals, sjuksköterskors och chefers perspektiv på att förmedla trygghet

Studien fokuserade på att beskriva personalens, sjuksköterskors och chefers egen erfarenhet och kunskap om att förmedla trygghet till äldre personer i bostaden samt upplevelse av otrygga situationer i personalens arbete. Analysen visade att de i många delar var eniga i vad som förmedlade trygghet, dock beskrevs det på olika sätt.

VÅRD- OCH OMSORGSPERSONALS ERFARENHETER AV ATT SKAPA TRYGGHET I OMVÅRDNADEN TILL ÄLDRE PERSONER

Att vara trygg i sig själv: *Man måste vara lugn och trygg i sig själv, det går inte att förmedla trygghet om man inte är lugn själv. Personal upplevde periodvis otrygghet i sig själva: Det är inte alltid jag är trygg i min roll men jag visar det aldrig, då kan de äldre bli otrygga. Man måste också vara trygg för att kunna skapa relationer. Trygghet var också att personalen kunde erkänna för sig själv att de inte kunde eller inte visste allt och att de vågade fråga: Trygghet är att kunna säga nu är jag osäker, det är olika hos varje person och man kan inte göra lika hos alla. Det kunde finnas situationer i mötet med äldre personer som blev jobbiga och svåra att hantera. Det var viktigt att det fanns förtroende och att ”kemin” stämde mellan den äldre och personalen. I annat fall så kunde den äldre personen ligga vaken och oroa sig: De måste få ha en förtroendefull relation. De kanske inte vill att Kalle ska komma utan Agda. Att kunna anpassa sig och att kunna backa i vissa situationer var viktigt. De kunde inte vägra om de inte ville gå hem till en person som hade katt, hund eller rökte, utan anpassa sig och lösa vare situation: Det tar energi att möta de äldre som är jobbiga. Jag är inte rädd men möter man någon som är arg får man hoppa undan. Men alla klarar inte det ...man brukar försöka lösa alla situationer annars ska man inte jobba i hemvården.*

Att ha kunskap och kunna fråga. För att kunna förmedla trygghet till de äldre var det viktigt att som undersköterska ha kunskap så att de kunde lita till sig själva. I annat fall ökade otryggheten för den äldre: *Det är viktigt att det är utbildad personal och att de förstår språket så de kan förstå varandra. Kännedom om personens sjukhistoria var nödvändigt för de äldres trygghet men också för personalens egen trygghet. Det var också viktigt att de kunde utföra medicinska åtgärder korrekt: Man måste kunna och veta för att ge trygghet och vara trygg i sig själv så som att kunna spola en kateter, då måste man veta vilka moment som ska göras. Det är tur att de äldre inte vet hur lite många av oss kan.*

Trygghet för både den äldre personen och personalen var också att de kände till de äldres vanor och rutiner, hur de skulle utföras och att hitta i personens hem så att de ställde tillbaka sakerna så den äldre personen nådde och hittade dem *Det är jätteviktigt att det är ordning hos NN och att allt är på sin rätta plats så att NN når detta. Det ger trygghet för NN.*

Observatören slogs av att undersköterskornas bemötande gentemot de äldre var självklart naturligt och avspänt även i intima situationer som att hjälpa de äldre personerna i sängen, upp ur sängen, till och från toaletten eller när de bytte inkontinensskydd. Om den äldre fick möjlighet att berätta hur saker skulle utföras i hemmet kunde detta också skapa trygghet för undersköterskan. *Jag blir inte orolig i första taget. Jag tänker att det går alltid att fråga, alla kan svara även de som är dementa. Jag frågar om jag inte kan.*

Att utgå från den äldre personens önskemål. Undersköterskorna ansåg att vård behöver utföras på det sätt som den äldre önskar för att skapa trygghet. Därför blev det viktigt att all personal gjorde på samma sätt: *Att veta hur de vill ha det är viktigt. Om de vill ha tre glas på nattduksbordet så kan det verka simpelt men det är viktigt att anteckna i besöksplanen att de vill ha det så.* Mötet kunde vara avgörande, hur man gick in till den äldre personen och presenterade sig: *Det är viktigt vara trygg i och säker på hur vi skall göra men också att presentera sig, Hej det är NN från hemvården.....* Arbetsuppgifterna skulle utföras utifrån den äldres önskemål och inte på det sätt som personalen tyckte eller gjorde själva i sitt hem. *Själva utförandet är en överenskommelse mellan utföraren och kunden. Jag gör det på det sätt som kunden vill. Det är viktigt för tryggheten.*

Man måste hela tiden fråga den det gäller, den äldre, hur de vill ha det. Det ger trygghet och att man kan lita till sig själv. En undersköterska berättade att det handlar inte bara om att hålla rent och vara noggrann utan det var viktigt att det var ordentligt omkring personen: *Om personalen inte städar ordentligt, tar ut sopor etc. så förlorar den äldre personen sin värdighet, det blir otryggt.*

Läsa av och känna in. Undersköterskorna berättade att de äldre kunde uttrycka att de var oroliga, då var det viktigt att som personal stanna upp och fråga om det var något mer som de önskade sig innan de gick. Om de inte förmedlade själva att de var oroliga, var det viktigt att personalen läste av och kände in hur personen mådde och också frågade. Det kunde vara ett problem att inte alla gjorde detta och flera av personalen uttryckte att det fanns de som inte borde arbeta i vården: *Om någon är orolig eller uttrycker oro är det bra och fråga om det är något mer innan man åker i väg. Tittar på armar, ben, axlar, om kudden ligger bra, ja lite så, tittar på kudden mellan knäna eller under en arm.* Observatören noterade att personalen omedvetet scannade av den äldres situation när de kom och när de gick. De scannade av den bild de såg för att se hur någon mådde och hur det såg ut i rummet, om det hade varit något speciellt. De scannade också av att rullatorn fanns nära, mattan låg som den skulle, grinden uppdragen etc. för att säkra upp för fall.

Att använda rösten och kroppen för att skapa trygghet. Tydligt i observationerna var att undersköterskorna förmedlade trygghet via sin röst och sitt kroppsspråk. De kunde använda en mjuk tyst röst för att lugna, en klarare och tydligare för att instruera. De kunde ställa om sin röst beroende på vem de träffade och i vilken sinnesstämning personen befann sig i. Var någon ledsen var det inte lämpligt att ha en ”hurtfrisk” röst. De använde rösten som ett arbetsredskap för att skapa trygghet och berättade i intervjuerna om hur de använde sin röst: *Vi ändrar röst från person till person. Rösten har jättestor betydelse. Vi använder rösten för att lugna någon, det är också att ge trygghet. Rösten är jätteviktig och hur du säger en sak spelar stor roll.*

Undersköterskornas försökte vara lugna i rörelser och kroppsspråk då de visste att de äldre kunde läsa av deras stress och rädsla: *Äldre läser av kroppsspråket, det är de duktiga på. Jag försöker vara lugn i rörelserna. Det syns i kroppsspråket om jag inte är lugn, då kan inte trygghet förmedlas.* Personalen kunde också upprört berätta hur man inte skulle vara: *Det var en ny vikarie, nonchalant och tuff, så får man inte vara. Man kan inte stressa svårt sjuka och gamla. De klarar inte det. Då undrar man vad de har lärt sig på utbildningen.* I observationerna och i samtal med undersköterskorna berättade de att det handlade om att vara så flexibel som möjligt i mötet med varje äldre person för att kunna skapa trygghet: *Som undersköterska har man olika samtal beroende på vem man går in till, man är som en skådespelare. Man får vara här och nu och inte visa på något sätt att man är stressad, det blir förödande. Ta det lugnt och inte tänka på nästa besök. Det är en konst. Det kan vara bra att sitta hos någon i 5 minuter och prata för att lugna någon. Som undersköterska måste du vara teatermänniska. Du ska kunna ”slänga käft” på det ena stället och vara taktfull på det andra stället. Man får ställa om sig hela tiden.*

Att samtala och ta del i den äldre personens vardag. Att skapa trygghet är att lyssna på deras känslor, att inte avfärda utan vara mänsklig och prata några ord, att prata är ett behov. *Om man lugnar någon skapar man trygghet. Många är ensamma och att vara lugn och bemöta det lilla, kostar inte mycket i tid.* Undersköterskorna menade att det var viktigt för de äldre att få berätta sin livshistoria, men även se att alla inte ville berätta. Genom att samtala så kunde också deras oro och ensamhet skingras. Oron och ångesten kunde vara som svårast på nätterna. Att inte ha någon att prata med kunde medföra att personen blev förvirrad och istället tolkades som en begynnande demenssjukdom: *På natten är det mörkt och stilla, de blir mer otrygga, tankar kommer mer. Alla sover inte på nätterna de halvsover på dagarna. Många är väldigt ensamma och inte så dementa som vi tror. De går mellan sina 4 väggar, det vet man ju själv om man är sjuk, det är klart man blir förvirrad och deprimerad.* Undersköterskorna var en del av de äldre personernas vardag de strävade efter att vara naturliga och som vanligt: *Trygghet är också för oss att vara som vanligt så de känner igen sig. Att man inte är märkvärdig eller lite von oben.*

Att skapa sammanhang. Flera undersköterskor menade att skapa trygghet var själva kärnan i deras arbete. Ett sätt var då att skapa sammanhang, samtala om vardagliga saker, om det som båda hade gjort sen sist och kände till sedan tidigare. På så sätt återförde de personen till nuet: *Det som kan ge en trygghet till äldre är att de känner sammanhang, det kan vara svårt när det kommer unga för de vet inte vad de ska prata om. De unga känner inte till det som hände förr. Raskens har inte alla unga sett och då kan de inte prata med äldre om detta.* Genom att vara glad, engagerad och intresserad samt att använda humor i samtalet så kunde undersköterskorna förmedla trygghet och skapa sammanhang. En undersköterska berättade: *Som vi gör när vi kommer hem till dem många gånger är att vi återför dem till nuet. Du vet, sitter de själva och tänker, tappar de verklighetskontakten. De kan vara oklara när de är ensamma och blir klara när vi kommer.*

Det är den äldre personen som ska bestämma. Personalen poängterade att de aldrig fick ta över och bestämma: *Det är alltid viktigt att fråga de äldre vad han/hon vill. Att uppleva att få bestämma själv det ger en trygghet.* Några ur personalen menade att det fanns personal som hade för mycket åsikter och värderingar, både om de äldre och deras anhöriga, som funderingar över var alla anhöriga fanns: *Överlag har personal för mycket åsikter och värderingar om andra. Vi ska vara försiktiga med att tycka för mycket. Många kan säga att inte sonen hälsar på mer, men det kan vi inte ha åsikter om. För vi har ingen aning om hur det har varit eller hur de har haft det.*

Undersköterskorna berättade att ett sätt att lugna, förebygga oro och förmedla trygghet var att planera och dela upp det som skulle göras under kvällen om den äldre hade flera besök. De kunde på så sätt bestämma tillsammans med den äldre vad som skulle utföras under de olika besöken. Observatören noterade att personalen redan under det första besöket hos några började bygga upp trygghet hos de olika personerna. Det kunde handla om att personalen inte tog det som var jobbigast för den äldre först utan planerade för att ta det nästa gång för att hinna förbereda personen.

Att tidigt stärka självförtroendet hos den äldre personen. Några av undersköterskorna poängterade vikten av att förmedla trygghet genom att stärka den äldres självförtroende ”för att bli trygg ”inifrån”. Observationerna visade tydligt hur de ofta rörde vid och kramade den äldre på olika sätt, när de hälsade eller för att visa sin uppskattning. De kunde exempelvis också lägga sin hand på den äldre personens axel eller rygg. På frågan om varför svarade en undersköterska: *Det är ett sätt att ge trygghet. Att ta på folk visar att jag är här och nu. Jag ser henne, att se är att vara där för dem. De ska känna sig betydelsefulla. Det ger trygghet och de känner sig säkra.* Beröring hörde också samman med att vara en god lyssnare, att lyssna och visa att man lyssnar. Beröring användes även för att skapa säkerhet och trygghet

vid förflyttning, ha en hand på ryggen eller på rullatorns handtag och minska rädslan för att ramla. Undersköterskorna betonade emellertid att det var mycket viktigt att läsa av och känna in om den äldre personen verkligen ville bli tagen i.

Att ramla medför otrygghet. Många av de äldre personerna ramlade ofta och personalen menade att detta kunde innebära en stor otrygghet. När personalen på kvällarna och nätterna planerade hembesöken så tog de också med sig extra nycklar till de personer som de visste kunde ramla och larma ofta. Äldre ramlade ofta för att de inte sov eller tog sömntabletter och gick upp. Personalen ansåg att de äldre borde få möjlighet att gångträna men också att få näring och dryck eftersom de inte själva kunde hämta det. Mattor, möbler och dålig belysning orsakade fall. Konsekvenserna kunde vara ödesdigra: *Många äldre faller mycket och slår sig mycket. De får många höftfrakturer och är de nedsatta och 98 år så de kommer aldrig tillbaka. Den äldre kan vara ganska bra på att klara ADL på dagen men det blir svårare på natten, det är mörkt och man kan vara yr av sömntabletterna.*

Hjälpmedlen som den äldre personen hade i bostaden för att få vardagen att fungera var en trygghet både för den äldre personen och för personalen. Det var dock viktigt att hjälpmedlen fungerade och att personalen fått utbildning för att kunna använda dem. Personalen kontrollerade innan de lämnade lägenheten/huset att personens hjälpmedel fanns nära till hands och stod eller låg exakt såsom den äldre personen önskade och kunna nå dem: *I natt nådde hon inte det och kunde inte dra av täcket.*

SJUKSKÖTERSKORS ERFARENHETER OCH KUNSKAP OM ATT SKAPA TRYGGHET I OMVÅRDNADE TILL ÄLDRE PERSONER

Att den äldre kan påverka sin situation. Sjuksköterskorna framhöll att trygghet för den äldre personen var känslan av att kunna klara sig själv i vardagen och kunna påverka sin situation: *Att de kan klara sin situation medför en frihetskänsla, hjälpmedel som de känner att de kan få tillgång till, att de vet att de finns och att de fungerar.* Många ramlar, står på någon blodtrycksmedicin och har sömntabletter: *De vet inte varför de bara ramlar de ramlar flera gånger de bor själva och kan vara förvirrade.*

Att skapa förtroende. Det var viktigt att skapa förtroende för att den äldre personen skulle känna trygghet, t.ex. att den hjälp som var utlovad skulle genomföras och med god kvalitet samt att komma när tid var avtalad. Var detta inte möjligt skulle personen meddelas. *Att de kan lita på oss, det vi hjälper dem med.* Det som också kunde bidra till trygghet var att den äldre personen visste att han/hon hade en sjuksköterska som hade ansvaret för honom/henne. *Vi måste informera, att de får vara med, t.ex. att ringa upp efter rondan om någon förändring gjorts, berätta vad vi gjort. Absolut inte göra något över huvudet, det skapar otrygghet.*

Att anpassa sig efter den äldre personen i vårdsituationer och i mötet: *Är det något man skall hjälpa en gammal människa med för att skapa trygghet, då är det att han eller hon skall få vara den människa denne har varit.* Att skapa delaktighet genom att informera om de förändringar som exempelvis gjorts i medicinlistan ansågs viktigt. Det kunde också handla om att anpassa besöken, då några ville ha hjälp ofta andra mindre ofta. *Folk är olika, en blir trygg av täta besök och andra otrygga.* Sjuksköterskorna ansåg att det blev viktigt att lyssna på anhöriga som då kunde vara till stor hjälp. Detta var också ett sätt att skapa delaktighet för anhöriga.

Att skapa lugn och inte vara stressad. Trygghet kunde uppnås om sjuksköterskan i mötet visade ett lugn mot den äldre personen så att han/hon i sin tur kunde känna ett lugn. Att inte vara stressad utan att ta sig tid, vara i situationen och framförallt lyssna till vad den äldre personen hade att säga: *Att vi tar oss tid, att vi inte jäktar utan lyssnar, det är jätteviktigt.* Om den äldre blev lugn kunde sjuksköterskan se att han/hon var redo att ta emot hjälp. Var sjuksköterskan stressad och hade tidsbrist så medförde detta ett sämre vårdresultat. Det kunde påverka den äldre personen så han/hon inte vågade berätta allt för sjuksköterskan, vilket i sin tur kunde medföra att de bedömningar som sjuksköterskan utförde inte blev korrekta.

Att ha kunskap och kompetens och bli trygg i sig själv. För att kunna skapa lugnet var det nödvändigt att sjuksköterskan kände sig trygg i sitt yrke, att de hade kunskap och kompetens och kunde lita till sig själva för att kunna utföra nödvändiga vårdhandlingar: *Att vi som sjuksköterskor känner oss trygga i vårt yrke, i yrkesval och, yrkesroll. Trygghet i sig själv är också att ha en medvetenhet att man inte kan allt och att i dessa situationer våga söka kunskap eller ta hjälp av kollegor.* Annars äventyrades relationen, tilliten och tryggheten som den äldre personen kände för sjuksköterskan. Den äldre var utlämnad och överlämnade sig och sin trygghet till sjuksköterskan. Innan sjuksköterskan mötte patienten var det därför också viktigt att vara påläst, att de hade tagit del av journalen och annan information. Det var också nödvändigt att sjuksköterskan själv var så trygg att han/hon uppfattades som en auktoritet av vårdpersonalen annars kunde de känna av detta och litade inte till sjuksköterskan vilket kunde få konsekvenser: *Man måste kunna vara en auktoritet, vara trygg i sig själv, vara lugn och erfaren annars är det kört.*

Att se och inte se patienten och göra bedömningar. För att kunna göra rätt bedömning som sjuksköterska var det viktigt att se personen och att få en bild av denne som patient. Bilden kunde då bli annorlunda jämfört med den bild som erhållits via telefon. Att åka hem till patienten, först gå in i lägenheten/huset, titta och prata med patienten medförde att den första bilden kunde förkastas. Det kunde vara så att sjuksköterskan via telefonen gjort bedömningen att patienten var orolig och utgå enbart från det patienten sagt. Väl på plats kunde

sjuksköterskan läsa av patienten, använda den kliniska blicken och förstå att patienten hade ont. Det var en trygghet i bedömningen att kunna se, få en bild av patienten på plats. Å andra sidan fanns det situationer när de inte kunde komma och personalen som var på plats inte kände patienten. Det innebär att sjuksköterskan måste söka sig fram till vad det kunde vara för problem som orsakade oron: *Vad kan det vara som gör att den här personen är orolig, då? Så får man försöka: har de vart på toa, och lite sådana grejer, mer...allmänna grejer först och främst då.*

Svåra bedömningar. Sjuksköterskorna kunde anse att de i bland stod inför mycket svåra bedömningar. I kommunens äldreomsorg fanns många utmaningar. De visste aldrig vad de skulle möta och bedömningarna kunde handla om allt möjligt. Språkförbistringarna skapar också otrygghet. Det är ett stort orosmoment. *Olika kulturer, svåra ordval, vi uppfattar orden olika. Trygghet för mig i denna fråga blir alltid att gå tillbaka till patienten för att se hur patienten har uppfattat informationen.* Det innebär att felbedömningar kunde göras, vilket medförde en otrygghet. Det fanns bedömningsmallar utarbetade som stöd till sjuksköterskorna och som skulle användas som metodstöd. Ibland ansågs de bra och ibland onödiga: *Vi använder ju bedömningarna på bedömningsmallen - eller vi måste det - allt är ju inte alltid nödvändigt men vi måste ha den.* Det var viktigt att ha tillgång till och läsa journalen om den äldre patientens tidigare sjukdomar innan de gjorde bedömningen. Tyvärr fanns det inte alltid tillgång till journalen. Tidsbrist i överrapportering mellan landsting och kommun orsakade onödigt lidande. Patienten kunde skrivas ut till hemmet och blivit informerad om att kontakt med kommun hade tagits och att hembesök kommer att ske. Det förekom då och då att berörda i kommunen inte hade blivit informerade om hemgång och patienten fått vänta på hjälp.

Att vara två sjuksköterskor vid bedömningar ger trygghet. Nattetid arbetade två sjuksköterskor. Detta var en trygghet när de skulle göra bedömningar både för dem själva och för den äldre patienten: *Vi vinner och patienten vinner på det.* Genom att stämma av med varandra så kunde de göra bättre bedömningar och fick på så sätt olika perspektiv på patientens hälsotillstånd. Sjuksköterskorna hade dessutom olika yrkeserfarenhet. Detta sågs som en tillgång då den samlade kunskapen ökade genom att alla kunde mycket om allt: *Vi hjälper varandra hela tiden. Det är bra att stämma av med varandra, det kan vi inte göra med en undersköterska. De har inte den kunskapen.* Det fanns dock en sjuksköterska som uppfattade situationen annorlunda. *Att vara två sjuksköterskor kan ge signaler om osäkerhet och bero på en bristande trygghet i yrkesrollen.*

Att ge stöd till undersköterskan. För att skapa trygghet i omvårdnaden till den äldre personen kunde undersköterskan behöva ha stöd av sjuksköterskan. Då var det viktigt att bekräfta, lita till och lyssna till dem. Om undersköterskan bad sjuksköterskan komma för att han/hon behövde hjälp i en vårdssituation, med exempelvis en bedömning, så åkte

sjuusköterskan dit: *I detta fall är inte "vaket" tryggt. Vi måste stötta upp personalen annars fyller inte hon sin funktion. I bland får man fråga undersköterskorna vill ni vi ska komma, då är det inget snack, vi åker fast det kanske egentligen inte är en sjuusköterskeinsats, ha en tillåtande atmosfär, säga ring gärna en gång för mycket än för lite.* En annan form av stöd kunde vara att delegera de uppgifter som undersköterskan faktiskt var utbildad till att genomföra. Det gjorde undersköterskan mer delaktig i den äldre vård och trygg i sin yrkesutövning. Värdefullt var att ge återkoppling på de vårdhandlingar som skapades. Det behövdes tid för reflektion och att man pratade om det som hade varit svårt i en vårdssituation.

Det behövs utbildade engagerade undersköterskor med rätt förhållningssätt för att skapa trygghet. Det var viktigt att personalen, hade kunskap och kompetens och var utbildade till undersköterskor. De skulle också känna patienten, tycka om sitt arbete och ha ett empatiskt förhållningssätt gentemot den äldre personen. *Att vi har en bra, utbildad och kompetent personal att samarbeta med skapar en trygghet för oss sjuusköterskor.* Ett dilemma för sjuusköterskorna var dock att kompetens varierade hos personalen, det hade de sett då uppgifter skulle delegeras. Några sjuusköterskor ansåg att undersköterskor behövde mer utbildning i akuta vårdssituationer: *Ett exempel var när en personal sa "vi tog glucos och det var 15 så vi gav lite att äta och dricka". Vi måste bestämma vilka baskunskaper som ska gälla.* Under sommaren blev detta ett mycket stort problem då få av vikarierna var utbildade. Om personal/undersköterskorna fick möjlighet till utbildning så skulle sjuusköterskan kunna använda deras kunskap på bättre sätt. Denna utbildning skulle sjuusköterskor själva kunna ge då de var kvalificerade för detta: *Regelbunden utbildning! Vid varje delegering ska basala uppgifter för en undersköterska, puls, blodtryck, temp, kompressionslindning m.m. ingå. Föreläsningar inom nutrition och elimination osv. bör göras i grupp även här regelbundet.*

Att skapa kontroll via teamet och organisationen. De stora områdena med många patienter skapade en distans och medförde en otrygghet. Som sjuusköterska inom äldreomsorgen i kommunen var det omöjligt att ha kontroll och överblick över alla patienter. Det var stora områden och många patienter som sjuusköterskan hade ansvar för. Sjuusköterskan var ibland tvungen att släppa efter på kontrollen. Viktigt för att känna trygghet var då att ha ett gott samarbete inom teamet, en tydlig organisation och metodstöd: *Med tydliga riktlinjer, bra organisation och bra samarbete med övrig personal som läkare, omvårdnadspersonal, arbetsterapeut, sjukgymnast, så går det att ha kontroll på mycket.* Att arbetsgruppen kände varandra och hade samma sätt att tänka, samma värderingar drev arbetet framåt: *Och att man har det här tänket: vi är intresserade! Det här ska vi ta reda på, vi går till doktorn, vi rotar i det. Vi lämnar det inte åt slumpen!* Ett nära samarbete med läkaren skapade trygghet, att ha någon de alltid kunde ringa och fråga om råd. På så sätt kunde den äldre patienten få hjälp snabbt och det medförde trygghet både för den äldre och sjuusköterskan. Om patienten var svårt sjuk så kunde det vara en trygghet för sjuusköterskan att det fanns ett palliativt beslut så han/hon visste hur de skulle handla om patienten blev sämre. *Ja, och när någon är palliativ och man kommer in där. 90-100 år kanske, det är ett helt liv som ligger där. För politiker*

eller de som bestämmer är det bara en siffra på ett papper. Patienters hälsotillstånd kunde snabbt förändras och samtidigt kunde fler äldre bli sämre samtidigt. Med en flexibel organisation som kunde ställa om snabbt i bemanningen så skulle detta kunna hanteras: Därför var det viktigt att organisationen tillhandahöll en bra inskolning till nya sjuksköterskor som saknade erfarenhet: I och med att vi får fler multisjuka i hemmet så ställer det ökade tekniska kunskaper hos kommunsjuksköterskor. Vem bär ansvaret för utbildning i dessa områden?

En äldre akut kan öka tryggheten: *Det borde ordnas en äldre akut. Absolut! De gamla är sköra och behöver ett snabbt omhändertagande. Borde vara lika självklart som en barnakut! Måste kännas som en trygghet för den äldre också - att mötas upp av personal som kan geriatrik! Många ser det som ett nederlag att skicka in patienter. Någon kan få irreversibel skada så de får behov av ökade insatser. Men många äldre tackar nej för de vill inte åka till sjukhuset, men det är inte så vanligt. ...Man har ju skyldighet och ansvar som sjuksköterska det är mitt beslut som gäller, tillsammans med läkaren då förstås.*

LEDARES ERFARENHETER OCH KUNSKAP OM ATT SKAPA TRYGGHET I OMVÅRDNADEN TILL ÄLDRE PERSONER

Att veta vem som kommer, kontinuitet. Brister i kontinuiteten ses som ett hinder för att äldre ska känna sig trygga: *Samma personal är en vinst och en trygghet. Det skulle gå med mindre personalstab och mindre områden men det handlar om ekonomin, det blir ett ekorrhjul av det. Kontinuitet är kopplat till att känna varandra. Personalen kan bedöma status och se hur någon mår. De kan titta efter om någon har en febertopp och bedöma hur personen mår. De får en utgångspunkt, det är en vinst. Sjuksköterskan är beroende av att undersköterskan känner den äldre och kan fråga hur var det igår? Allt kan man inte skriva ned på TES. Ja det är det här lilla fina.*

Bemötandet ses viktigt, hur man gör, hur man lyfter och berör är viktigt för tryggheten: *De är ju så med de man säger är besvärliga men det finns inga besvärliga kunder bara de som har det besvärligt. Är det samma personal så lär man sig hur kunden vill ha det. Det blir enklare att gå till samma. Trygghet är att någon kommer, många sover och vet inte vem som kommer, men att någon kommer kan vara anledningen till att de sover. Här blir inte kontinuiteten så viktig. Andra vill inte bli störda utan kan säga: "Jag kan ha en kamera att titta på mig. Jag kanske blir mindre störd av den än att någon kommer in på nätterna".*

Att få sova och att inte bli störd. Att äldre sover bäst på småtimmarna kan vara ett dilemma om de ska väckas för att ta tabletterna. Det har också diskuterats om all personal behöver börja klockan sju, 40- talister kan vilja sova på morgonen. Arbetstiderna kan behöva förändras

om kunden ska lägga sig när han/hon vill. En stor grupp av de äldre som är oroliga larmar. De blir lugna när någon kommer. Det är sällskap som de vill ha.

Fallrisk. För att undvika fall på nätterna kan toalett, med en snygg design på toastol, finnas bredvid sängen. Äldre vaknar klockan 5 och 6 och går på toan då händer fallen. Varje gång någon fallit skrivs en avvikelserapport där det undersöks varför någon ramlat. Det kan vara viktigt med arbetsterapeut och sjukgymnast, och att arbetsterapeuten gör ADL-bedömning på kvällar och nätter.

Livshistoria och att fråga hur någon har sovit. Vid inskrivningssamtal är det viktigt att ta reda på livshistorien, hur den har varit, kan man sova på natten eller är det så att man sovit korta snuttar hela livet: *Vad kan saknas hos äldre för att personen skall känna sig trygg, Det beror på hur de är som person.* Den äldres rutiner, vanor, livsstil på natten ses viktiga: *Vi utgår från dagen, men viktigt ta reda på hur natten är, vad händer på natten. Dagpersonalen tänker inte på det.*

Annan boendekultur i områdena. Kulturen kan påverka möjligheten att skapa trygghet. Män i vården kan skapa otrygghet för en utländsk kvinna, men mötet kan också skapa otrygghet för den manliga vårdaren, får jag, kan jag ta i den äldre kvinnan: *Det är olika kulturer. Det är svårt att ändra. Det tar sin tid att förstå det. Politiker vill ha kontinuitet men västra stadsdelen ligger över. Det är svårt, som chef måste man lyssna och ha tålamod. Det är viktigt att det är samma som kommer, men alla orkar inte gå i 3 nätter på rad. De tycker det är tungt. Man kan behöva dela områden på annat sätt för att få kontinuitet. Det är områden med mångfald och ett annat språk.*

Områden kan upplevas hotfulla. Otrygghet bland personalen skapar otrygghet hos den gamle. Arbetsmiljön för personalen påverkar den äldres möjlighet att känna trygghet. *I områden som O och V får vi kämpa för att bilarna ska kunna åka ända fram så att hyresvärden inte ger p-böter. Ska chefen då prata med alla HSB och alla privata. Kommunens bilar bötfälls och politikerna gör inget.*

Allt blir värre på natten. Personalen måste vara trygg i sig självt det ligger djupt i en som människa. Allt förstärks på natten, när någon av de äldre slår sig på natten blir det större än på dagen: *Nattarbete passar inte alla.*

Att via omvårdnad förmedla trygghet. Personalen kan arbeta aktivt för att få kunden att sova via omvårdnaden. Att veta hur vill kunden ha det om det ska vara så eller så att fysiska saker funkar. För låg utbildning, okunskap om nya saker motverkar. *Personalen måste ha kunskap om den som vårdas och de måste veta var pärmarna finns. Att kunna skaka av sig stressen är viktigt innan man går in, då skapas trygghet. Arbetslivserfarenhet viktigt men det finns många som är skapta till vårddyrket och då blir inte utbildning så viktigt.*

Att stanna upp och fråga. Innan personalen går kan de stanna upp och fråga behöver du något mer. *Vi är olika och alla klarar inte att förmedla det. Alla klarar inte att stanna upp.* Personalen kan arbeta aktivt för att skapa trygghet. Stolen står där den står, Lampan tänd. Den sista blicken och frågan skapar trygghet. *Många beskriver sig som världens bästa skådespelare. Men alla klarar inte detta och det är svårt om det kommer 2 larm samtidigt.*

Förmedla trygghet via yrkesstolthet: *Om personalen hade mer yrkesstolthet så kunde de förmedla mer trygghet. Men egentligen skulle vi börja med våra politiker, om inte de förstår det, vem ska då göra det?*

UPPLEVELSER AV OTRYGGA SITUATIONER I VÅRD- OCH OMSORGSPERSONALENS ARBETSSITUATION

Bristande dokumentation leder till otrygghet. Var det svårt att hinna dokumentera skapades otrygghet. De valde ofta pga. tidsbrist att bara dokumentera det absolut viktigaste under sitt arbetspass, det mindre viktiga fick vänta. Personalen nådde inte alla journaler vilket innebar en otrygghet. De kunde stå inför situationer då de hade behövt veta sjukdomshistorien: *Borde kunna plocka fram data på den äldre i mobilen.* Det som fanns beskrivet och dokumenterat på arbetsverktyget TES var en trygghet för undersköterskorna. Där fanns nedskrivet när och vad som skulle utföras hos varje person och att lägga till tid på TES vad som skulle göras var möjligt när tiden inte räckte till. Det var därför viktigt att komma ihåg att TES inte var helt aktuell då det kan ha tillkommit saker under en dag.

Otrygghet att vara ensam – trygghet att vara två. På kvällarna kunde det vara otryggt att ensam gå hem till de äldre personerna. Personalen och den äldre eller dennes anhörige kunde ibland uppfatta situationer och samtal på olika sätt: *Jobbigt att stå ensam i mötet med människor, gränsen till kränkning är hårfin. Någon kan få för sig att det är kränkning och kan ses väldigt olika.* Att vara ensam på natten var otänkbart.

Avstämningen och rapporteringen kontinuerlig. Den avstämning som personalen gjorde med varandra var kontinuerlig och mycket viktig. Rapport togs emot dels från TES, dels muntligt på eftermiddagen och när nattsiftet började. När personalen kom in till enheten för rast och fika på kväll och natt så stämde de också av med varandra. Detta var viktigt och hade betydelse för både äldres och personals trygghet: *Vi byter information. Det kan ha gått ett par veckor och tillkommit ett par pensionärer. Det är jätteviktigt. Viktigt både för personalens och pensionärernas trygghet.* Undersköterskorna gjorde också bedömningar av den äldre personens hälsa hur han eller hon mårde. Nattetid kunde det vara svårt att se pga. mörker eller så kände de inte den äldre personen tillräckligt väl. Då stämde de av med varandra inom gruppen. Alla äldre hade dock olika sovmonster. En del sov så tyst så det var svårt att avgöra om personen levde. Då fick de gå fram och titta: *Sover de är det ju bra, men det bästa är om de snarkar, det är det bästa.*

Samverkan inom gruppen och delat ansvar för trygghet. Det var viktigt att arbetsgruppen var liten, där alla kände varandra. Då skapades engagemang och en samverkan: *Denna grupp är för stor och jag känner mig inte trygg. Man är beroende av delat ansvar och av arbetskamraterna.* Samma värderingar och samma mål sågs värdefullt. Även att alla inom gruppen delade ansvar och arbetsuppgifter.

Gruppen. Det var viktigt, särskilt kvälls- och nattetid, att arbeta med någon som de var trygga och samspelade med och båda visste vad som skulle göras. Ifall något oförutsett inträffade så skulle de ändå fixa detta. Under sommaren när det var många vikarier fick den som var ordinarie ta allt ansvar vilket kunde ge en känsla av otrygghet: *Vi läser av varandra inne hos folk, jag läser av NN, då gör hon det och då gör jag något annat. Jobbar man med någon man känner sig trygg med så vet man att man fixar det, man reder ut det. Det är svårare på sommaren med vikarier när de inte kan eller tål se blod eller klarar saker. Då läggs allt ansvar på mig om det är något.* Det kan vara många situationer som måste lösas på natten. Undersköterskorna körde långa sträckor på natten, ibland 20 mil. De turades om att köra och kunde ha många planerade besök under en natt, därtill de larm som de fick: *Man måste vara utvilad för att kunna arbeta. Man har ansvar för varandras liv. Det innebär att man är en trygghet för varandra.*

Chefen och sjuksköterskan kan vara en trygghet. För personalens trygghet var chefen viktig. Att chefen hade kompetens, var lyhörd och empatisk. Det var dock viktigt att chefen var chef och inte var konflikträdd utan såg till att all personal gjorde sitt arbete. Chefen skulle också arbeta nära personalen med kontor i den lokal som personalen utgick från så att de kunde se varandra på morgonen och eftermiddagen. Det var också viktigt att få ”feed back” om man hade gjort något bra eller mindre bra. Det var viktigt att chefen hyste tilltro till personalen, deras kompetens och deras arbete: *Det behövs också bra chefer med kompetens. Att någon säger nu är det så här och så kan man ju resonera.*

För undersköterskorna kunde det vara en trygghet att sjuksköterskan, med mer utbildning och mer kunskap, kom och bedömde hur någon mådde: *Sjuksköterskan ser mer och det är en trygghet att kunna ringa sjuksköterskan och fråga om vad som ska göras, om den äldre personen kanske behöver uppsöka läkare.*

Utbildningen ska vara kontinuerlig för att skapa trygghet. För att kunna vara trygg i sitt arbete och förmedla trygghet till den äldre personen så efterlyste personalen kontinuerlig utbildning, teoretisk och praktisk, men också påfyllnad med nya rön och forskning. Det var viktigt att de kunde känna att de var uppdaterade på det som var nytt. Dessutom behövde de få träna på praktiska moment: *Får man inte träna så tappar man kunskaper och blir otrygg. Det är utbildning som ger trygghet. Men det räcker inte med en utbildning utan det behövs uppföljning och kontinuerlig utbildning, men det görs inte.* De framhöll också behov av praktiskt träning och metodstöd om hur vårdhandlingar skulle utföras så att alla gjorde på samma sätt. Om alla gjorde olika eller exempelvis blev instruerade av sjuksköterskan att göra på olika sätt (exempelvis spola KAD) skapade också detta otrygghet. Det kändes viktigt att alla i arbetsgruppen hade utbildning och var kompetenta:

Tidsbrist skapar otrygghet. Det ansågs att tiden för att utföra de olika momenten i omsorgshandlingarna var för knapp: *Är man stressad så kan det leda till att den äldre känner sig otrygg. Vi ska ju inte stressa och inte visa det men de äldre känner oss så väl så de ser direkt om vi är stressade. Dessutom är det så att om vi är försenade så sätter vi ju oss inte ned och pratar och då förstår de ju att andra väntar på oss om vi går i stället för att prata. Många gånger så hann inte personalen med det de skulle göra. Det kunde vara så att något extra inträffade som rubbade de tider som redan var snålt inplanerade. Det kastade omkull schemat och andra äldre fick vänta. Att improvisera blev nödvändigt för att försöka lösa situationen. De kunde ibland be någon annan i gruppen ta något besök som det var särskilt bråttom med eller komma senare till några andra som de visste att det inte gjorde så mycket om de kom senare. Det blir kaos nu och vi får heller ingen rast. Vi får ta av rasten för att komma i kapp.*

Att inte kunna påverka sin arbetssituation eller omstrukturera. Personalen kunde uppleva otrygghet när planeringen enligt TES inte fungerade och det blev många omstruktureringar. Det kom många nya metodstöd och propåer där de inte fick vara med och bestämma. Det kunde också vara svårt när arbetet fungerat bra och någon person med nyckelfunktion slutade. Arbetet löpte inte på som det brukade. Svårigheten att leverera trygghet till de äldre personerna ökade. *Man blir otrygg när det är mycket nytt. Och när man inte får vara med och bestämma.* Det fanns personal som ville ha samma och även mindre områden både på kvällen och natten. Andra ville byta område. Anledningen var att det blev samma rutiner natt efter natt. Samma personer som larmade och samma vårdhandlingar som skulle utföras. Detta blev tröttande och sövande. Att byta områden ansågs utvecklande. De

blev mer flexibla och så lärde de känna de äldre och områdena och kunde då också hjälpa varandra. Vidare medförde ett byte att ansvaret ökade, alla blev aktiva och stagnerade inte i sin yrkesroll: *Om vi sitter fast och väntar på ambulans då kommer någon annan i gruppen och tar nycklarna och går in och gör det vi skulle ha gjort. Två grupper, då kan vi inte hjälpa varandra som vi gör.*

Mörker, hot och våld. Mörkret gjorde att personalen blev mer på sin vakt och tidigare händelser i olika områden gjorde dem ibland otrygga: *Det kan vara jobbigt när de skjuter i NN och i NN. Vi har fått överfallslarm men vi vet inte hur det fungerar.* Det kunde också vara en anhörig i lägenheten som var otrevliga och hotade personal. Det hade hänt att personalen hade haft besök med poliseskort. Det fanns också situationer där de känt sig hotade och beskyllda för att ha slagit sönder saker eller att ha tagit något: *Då blir det otryggt speciellt då om man har varit där själv.* Otrygghet för personalen uppstod när äldre och/eller deras anhöriga inte var nöjda med deras arbete. Det kunde också vara så att de äldre var nöjda men inte deras anhöriga: *När anhöriga inte är nöjda, det är jobbigt.*

Det som kunde göra personalen otrygg var att de aldrig visste vilka de kunde möta i en hiss, på en innergård, på cykelbanan, i skogen, eller i ett parkeringshus. Staden kunde vara otrygg men också landet. *I det huset vi ska gå in nu så vet man aldrig vad man möter.* I otrygga situationer hemma hos någon äldre person eller i områden där bilar eldades så ordnades det extrabemannning. Personalen var beroende av sin trygghet, att den yttre miljön var säker, att det var upplyst hos den äldre personen, att det fanns trappräcken som inte var trasiga då det kunde vara svårt att se när de kom ut ifrån den äldres hem och skulle gå ned för yttertrappan. Det kunde också vara svårt att hitta, viket skapade otrygghet: *Det kan vara svårt om man inte hittar dit och inte vet var de bor och det är bråttom. Nu har vi ju GPS, men vi ska få nya telefoner.*

Att ha funktionella bilar och cyklar. Det var mycket diskussioner om att bilar kan vara otrygga: att däck är slitna, dåligt fungerande ljus på natten, eller andra fel på bilen. Många bilar är också för låga och detta kan ge ryggproblem. På vintern vore det bra om bilen hade fyrhjulsdrift. Personalen saknade att någon hade ansvar för översynen av bilarna och specifikt vintertid med stora problem att köra bilarna: *Vintertid kan det vara svårt. Det är glashalt och det går inte att köra för sakta då glider man av vägen. Man får hitta småvägar att köra inne i skogen. På vintertid får man alltid ha med sig skovel. Det finns de som krockat och legat i diket. Vi har tjtat om fyrhjulsdrivna länge.* Det fanns också de som gillade att köra bil trots snö och halka: *Man får anpassa hastigheten. Jag tycker det är roligt att köra bil. Dessutom får vi öva halkkörning på vintern på halkbanan. Det är kul men alla vill inte och de som inte vill är väl de som skulle behöva öva.* Personalens cyklar var inte alltid säkra och kunde upplevas som otrygga. Särskilt vintertid då de saknade dubbdäck på bakhjulen. Det kunde också vara så att de inte alltid tog sig fram med cyklarna. Om det blev mycket snö så fick de gå.

Delstudie III. Sammanställning och analys av avvikelser, klagomål, synpunkter och utredning av vårdskador

Övergripande avvikelsestatistik 2014, hämtat från patientsäkerhetsberättelse 2014, Vård och omsorg, Örebro kommun. Totalt har 9443 avvikelser registrerats och mest förekommande är avvikelseområdet **Fall**, följt av **Läkemedel**.

Registrerade avvikelser fördelade på organisation.

	Vår o	Hemvår d	Larmorg .	Nattorg .	Dagverk s.	Ext.utf .	totalt
Fall	2673	1113	878	704	30	5	5403
Felaktigt utförd vård och omsorg	204	155	17	18	2	8	404
Fördröjd vård och omsorg	87	184	7	33	1	1	313
Infektion/smittspridning	23	18	2	5	0	0	48
Kommunikation, information	62	94	3	62	3	3	227
Klagomål	68	64	7	1	1	0	141
Läkemedel	1300	1089	6	40	9	19	2463
Medicintekniska produkter	85	38	7	6	1	1	138
Transport, resor	4	12	1	1	25	1	44
Självmod, självmordsförsök	0	1	0	1	0	0	2
Trycksår	9	2	1	0	0	0	12
Undernäring	5	13	0	0	0	0	18
Våld, övergrepp	183	34	2	5	1	5	230
totalt	4703	2817	931	876	73	43	9443

Risk för fall

Risk för fall är mest förekommande, där 65 % på Vård- och omsorgsboende och 54 % i hemvården av de som är riskbedömda ha risk för fall. Åtgärder som har effekt på att

förebygga fall även hos sköra äldre är bland annat muskel- och balansträning och läkemedelsgenomgångar. Läkemedelsgenomgångar är registrerat som den vanligaste åtgärden vid risk för fall (779 av 967 åtgärder) och balansträning och muskelfunktions- och styrketräning är ca 100 av 967 åtgärder.

Fallavvikelser

Fall är det mest förekommande avvikelseområdet och står för 57 % av alla avvikelser med 5242 st. rätt registrerade fallhändelser varav 1115 är med skada.

Fallavvikelser fördelade i organisationen.

Händelse	Vobo	Hemvård	Larmorg.	Nattorg.	Dagverks.	Ext.utf.	totalt
Fall med skada	576	221	158	147	11	2	1115
Fall utan skada	2089	743	718	557	19	1	4127
totalt	2665	964	876	704	30	3	5242

Fall på natten

Många fall sker på natten mellan 22:00-07:00. Sammantaget 33 % (1767 st.) av alla fallavvikelser.

Organisation	Fall med skada	Fall utan skada	totalt	genomsnitt/dygn
Vård och omsorgsboende	200	716	916	2,5
Nattorganisationen	156	695	851	2,3
totalt	356	1411	1767	4,8

Personer som fallit

1677 personer har fallit, varav 1108 är kvinnor och 569 är män.

Den som fallit mest har fallit 47 gånger. 112 personer har fallit 10 gånger eller fler. Av dessa bor drygt hälften (64 personer) på Vård- och omsorgsboende. Vid en fördjupad granskning av dokumentationen för de 19 personer som fallit 20 gånger eller fler framkommer att 16 av dessa har en registrerad riskbedömning i Senior alert och vårdplan med åtgärder i Treserva.

En person har avböjt registrering, men vårdplan med åtgärder finns. De två återstående, där varken riskbedömning eller vårdplan "risk för fall" finns dokumenterad, bor i ordinärt boende.

Slutsatser: Vård och omsorg, Örebro kommun, konstaterar att en ökning av avvikelser har skett inom alla organisationer. På Vård- och omsorgsboende har antalet avvikelser ökat med 547 stycken. Inom hemvården är det 57 stycken färre avvikelser registrerade än förra året, men då larmorganisationen läggs till så är den sammanlagda ökningen 894 stycken.

Ökningen av antal registrerade avvikelser kan till största delen antas bero på det ökade antalet brukare inom Vård och omsorg. Sedan förra året har ytterligare ett boende med 80 äldre personer tillkommit. Ökningen kan även bero på ökad medvetenhet och kunskap bland medarbetarna om registrering av avvikelser. En riskfaktor är att många avvikelser sker där flera enheter som hemvård dag och natt, externa utförare av omvårdnad, dagvård och larmgrupp är involverade. Detta leder till att flera enhetschefer och team behöver samverka vid analys av avvikelserna.

Att identifiera, analysera bakomliggande orsaker till risk för, följa upp och utvärdera vidtagna åtgärder är ett utvecklingsområde och mest angeläget avseende fallhändelser. Dels behöver analys av bakomliggande orsaker utvecklas och vidtagna åtgärder utvärderas bättre, dels behöver fallhändelsen utredas bättre. Det visar sig i årets analys av avvikelser att 68 % av alla fallhändelser inte är bedömda vad gäller konsekvens för den enskilde.

Förbättringsområden:

- Att utveckla processen för att identifiera behov, resurs och risk tillsammans med den person som flyttar till boende och som får hemsjukvård. Utgångspunkten ska vara personens önskemål, förutsättningar och livssituation.
- Skapa verktyg för att kvalitetssäkra analys av fallhändelser.
- Öka kunskap om utredning vid risk för undernäring när ofrivillig icke önskvärd viktförlust har konstaterats.
- Utveckla dokumentation med utredande vårdplaner.
- Stödja enheterna att bli självständiga i rapportanalys och rapportuttag ur registret.

Delstudie IV. Arbetsmetoder och kvalitetsindikatorer för ett tryggt boende

Delstudie IV innefattar tre delar: 1) enkätstudie, 2) pilotstudie, där två trygghetsfrågor har testats i en mobil applikation och 3) en sammanställning av samtliga resultat från delstudie I-IV för att finna metodstöd och mätbara kvalitetsindikatorer för ett tryggt boende.

1). Enkätstudie: Samtliga äldre personer i ordinärt boende, som hade kommunal vård- och omsorg under vecka 45, 2014, blev tillfrågade om att delta i en enkätundersökning, bestående av 9 frågor. Resultaten visar att 52 % av de äldre personerna känner att de kan lita på sig själv i sin vardag och 50 % känner att de kan påverka sin vardag. Dock känner bara 38 % att de kan få hjälp snabbt, 45 % ganska säkra på att få hjälp snabbt och 32 % känner att de stör personalen. Trots detta känner sig 70 % av de äldre att de är trygga, 64 % anser att nycklar förvaras säkert och 84 % rapporterar att deras trygghetslarm fungerar. Totalt kände även 70 % sig trygga med att ingen obehörig kunde komma in och 69 % träffade regelbundet sina anhöriga.

2). Pilotstudie: En pilotstudie genomfördes inom ett annat projekt i samarbete med Health Navigator där två frågor relaterat till trygghet ingick och presenteras här. Applikationen i surfplattan innehöll en skattningsskala, ett interaktivt program och egenvårdsråd. Var resultatet av skattningen av allvarlig karaktär gick ett sms iväg till ansvarig sjuksköterska som kontaktade den äldre personen för vidare rådgivning och omhändertagande. Pilotstudiens syfte var att studera användarvänligheten, utvärdera användandet av läsplattan samt utformningen av frågorna. Åtta personer skattade sin hälsa under en månad. Resultaten visade att de flesta kände sig bekväma med att använda plattan och tyckte att frågorna kändes relevanta. *"Jag har använt detta själv, känner mig riktigt stolt"*. Större text i applikationen efterfrågades, flera var överrens om att det var rimligt att skatta 1 till 3 ggr i veckan beroende hur sjuk man var och att det skulle finnas möjlighet att själv skriva in hur man mådde. Dock förekom problem med uppkoppling till internet där personerna föll ur systemet och behövde logga in igen. Flera tyckte att det var svårt att komma ihåg inloggningsuppgifter eller kunde glömma att logga ur/ladda plattan och var då rädd för att rapporten inte gått iväg till ansvarig sjuksköterska. Vetskapen om att det gick ett larm till sjuksköterskan var mycket viktig för deras upplevelse av trygghet. *"Det är bra, det känns tryggt att ha möjlighet att kontakta en sjuksköterska"*.

3). Metodstöd och kvalitets indikatorer för ett tryggt boende

Metodstöd för ett tryggt boende:

- Arbeta för att äldre personer ska kunna lita till sig själv, fatta egna beslut och kunna påverka den vård som ges. För att göra detta möjligt krävs klara riktlinjer så att den äldre personen vet hur han/hon går tillväga för att framföra sina klagomål.

- Arbeta relationsbaserat för att skapa en relation mellan den äldre och personalen så att rutiner utförs som den äldre önskar. Den äldre bör om möjligt få träffa samma personal.
- Arbeta identitetsbefrämjande så att den äldre personens vanor och rutiner följs.
- Få stöd och hjälp vid skötsel med syn- och hörselhjälpmedel, vilket ska vara tydligt i genomförandeplanen och skrivas i TES.
- Kontinuerlig översyn av hjälpmedel och belysning för att undvika fallrisk.
- ADL-status behöver utföras på kvällar och nätter samt riktade insatser från arbetsterapeut göras som stöd till kvälls- och nattpersonal.
- Det behöver bli tydligt i verksamheten om vikten av att i varje möte bekräfta den äldre personen för ökad självkänsla och ökat självförtroende. Att arbeta förebyggande för detta innebär att personalen behöver arbeta både relations- och situationsbaserat.
- Läkemedel bör inte sättas ut utan att först ha diskuterats med den person det berör och sjuksköterskan ska alltid återrapportera till den äldre efter rond.
- Samverkan med anhöriga skall utvecklas.

Den bedömning som gjordes var: Kunskap om vad som ger äldre personer trygghet kan förmedlas på APT möten och genomförandeplanen kan utvecklas. Ett tydligt informationsblad kan utformas över vilka förväntningar som kan ställas och vilka rättigheter som finns för att erhålla vård och omsorg. Skötsel av syn- och hörselhjälpmedel kan föras in i TES för att omsättas i praktisk handling. Den äldres vanor och rutiner kan förtydligas i genomförandeplanen och i dokumentationen. Larmgruppen kan ha en utökat funktion och arbeta förebyggande, som att genom samtal ge stöd till personer som faller ofta, innan de förflyttar sig. ADL bedömning på kvällar och nätter såväl som ökad/förbättrad belysning hemma hos den äldre personen är en fråga om fördelning av resurser och en fråga för organisationen. Dagpersonal kan behöva kontrollera belysningen så att den fungerar på natten. Samverkan med anhöriga kan vara en arbetsledningsfråga. Ledare/chefer är nyckelpersoner. Kunskap om vad som ger äldre personer trygghet behöver förmedlas till dessa. En analys behöver utvecklas av bakomliggande orsaker till fallrisk, vidtagna åtgärder utvärderas bättre och fallhändelsen behöver utredas bättre. Att ha tillräckligt med belysning i bostaden för att förebygga fall behöver utredas. Det kan behövas extra belysning på strategiskt viktiga platser som utanför toalettdörren med rörelsevakt. Mer belysning i hemmet är också viktigt för personalens trygghet och behöver en kontinuerlig översyn. Det är också viktigt att i alla led betona samverkan, flexibilitet och kommunikation mellan yrkeskategorier.

Hur personalen anser att trygghet till äldre personer förmedlas:

- Personalen behöver kontinuitet i mötet med de äldre för att få ett utgångsvärde, en bild, att jämföra mot tidigare, och
- ligga steget före och planera vården,
- informera om det blir förseningar eller personalbyte,
- presentera sig i mötet och skapa tid för ett samtal,
- använda kropp, röst och humor i mötet för att förmedla trygghet.

En bedömning som gjordes av forskargruppen var: Personalen förmedlar ett stort mått av kunskap i sina yttranden, men är själva många gånger omedvetna om vad och hur de gör när de förmedlar trygghet. De behöver bli medvetna om vad de faktiskt gör och att de är sitt eget

arbetsredskap. Information och utbildning behövs. Cheferna behöver vara nära och ha kunskap om hur personalen förmedlar trygghet för att arbeta förebyggande. Kunskapen om hur trygghet förmedlas behöver användas och omsättas i praktisk handling samt reflekteras över så att den utvecklas. Reflektion om detta kan genomföras på APT -möten och personal kan reflektera tillsammans exempelvis i bilen nattetid då de åker långa sträckor. För att personalen ska kunna förmedla trygghet behöver de ha kunskap så de kan lita till sig själva, en kontinuerlig utbildning med teori, ny forskning och praktisk kunskap, exempelvis spolning av kateter, insulingivning etc. Vidare behövs utbildning i den ”kroppsliga kunskapen”, dels hur personalen förmedlar trygghet via kroppen, dels kunskap i förflyttningsteknik och fysiologisk träning. Den praktiska kunskapen som de en gång lärt sig behöver uppdateras. Kunskap om medicinska bedömningar efterfrågas och att andra tar tillvara deras kunskap och erfarenheter. En utbildning kommer att genomföras där sjuksköterskor ska utbilda undersköterskor. Utbildningspaketet utarbetas centralt men genomförs lokalt på varje enhet.

För att personalen ska kunna känna sig trygg i sin arbetssituation vill de kunna köra fram till porten i alla områden på nätterna, få information från polisen om det är oroligt i något område, mer belysning på bilarna och belysning så att husnumret på bostaden syns. Bättre team-samverkan, rapportering, tid att dokumentera och läsa dokumentationen ses nödvändigt. Vidare att gruppen tar ansvar, alla arbetar efter en gemensam värdegrund och kunna läsa och dokumentera i realtid i t.ex. en mobil. Transportmedel som bilar och cyklar ska underhållas regelbundet och bilar tankas på dagtid. Arbetsklädernas funktionalitet bör ses över samt förses med reflexer. Personalens otrygghet är en fråga för verksamheten och organisationen för att skapa trygghet. En utvecklande arbetsmiljö behöver skapas där chefen är nära medarbetarna.

Kvalitetsindikatorer för ett tryggt boende:

- Vet du hur du kan gå tillväga för att framföra dina önskemål till ansvarig person i kommunen?
- Är din relation till personalen god?
- Upplever du att personalen lyssnar på dig?
- Träffar du samma personal?
- Känner du att du kan påverka vem som kommer för att hjälpa dig?
- Har du fått möjlighet att träna?
- Får du hjälp med dina syn- och/eller hörselhjälpmedel?
- Fungerar dina hjälpmedel, som t.ex. rullator på ett bra sätt?
- Fungerar ljuset i ditt hem och är det tillräckligt för att du skall kunna se på natten?
- Har du fått möjlighet gå igenom dina läkemedel tillsammans med din sjuksköterska?
- Har du fått återkoppling från din sjuksköterska efter ditt sista läkarbesök?
- Upplever du att personalen lyssnar på din anhörige?

Slutsats

Detta deltagarbaserade forskningsprojekt har genomförts tack vare finansiering från Länsförsäkringar. En gedigen datainsamling har genomförts för att studera hur ett tryggt boende under kvälls- och nattetid kan utvecklas för äldre personer inom vård och omsorg. Goda exempel och lösningar till hinder har studerats i ett nära samarbete mellan alla aktörer för att finna preliminära riktlinjer och kvalitetsindikatorer för trygghet. Viktigt för äldre personer är att veta hur de kan gå tillväga för att framföra sina önskemål till ansvarig person i kommunen och att deras relation till personalen är god. Det är viktigt att uppleva att personalen lyssnar på dem men också på anhöriga samt att få träffa samma personal. Att själv få bestämma och kunna påverka vem som kommer skapar trygghet. Kontakten med sjuksköterskan är viktig och att få återkoppling efter de olika läkarbesöken. Regelbunden genomgång av läkemedel med sin sjuksköterska är viktigt både för personen själv men också för att undvika avvikelser vad gäller läkemedelshantering. Rädslan för att falla är stor och många faller i denna grupp. Att identifiera, analysera bakomliggande orsaker till risk för fall och följa upp och utvärdera vidtagna åtgärder är ett utvecklingsområde. Detta leder också till att äldre behöver få möjlighet att träna för att vidmakthålla sin muskulatur och hjälpmedel för detta är ett utvecklingsområde. Att se och höra är avgörande för att uppleva trygghet men också för att inte ramla varför hjälp med syn- och hörsel hjälpmedel är nödvändigt. Lika viktigt är att övriga hjälpmedel fungerar som är nödvändiga för att klara det vardagliga livet. Belysningen i hemmet är något som har varit framträdande i denna studie, att ljuset fungerar och nya innovativa lösningar för belysning hemmet i efterfrågas. Att använda en mobil applikation var en trygghet för äldre och något som bör utvecklas. Dock ser vi att införandet av en applikation behöver göras redan vid inskrivning i hemvård så att den kan bli en naturlig del i vardagen.

Referenser

1. Nationell värdegrund för äldreomsorgen. [webbdokument]. Socialstyrelsen [läst 2012-08-25]. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/aldre/nationellvardegrund>
2. Anderberg P, Berglund AL. Elderly persons' experiences of striving to receive care on their own terms in nursing homes. *International Journal of Nursing Practice* February 2010; Vol. 16, (1) pages 64–68.
3. Harnett T. *The Trivial Matters : Everyday power in Swedish elder care.* [doktorsavhandling]. Jönköping: School of Health Sciences, Jönköping university; 2010.
4. Regeringens proposition. Värdigt liv i äldreomsorgen [webbdokument]. 2008 [läst 2012-02-20]; [352 sidor]. Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/>
5. Kane A. Long-term care and a good quality of Life: Bringing them closer together. *The Gerontologist* 2001; Vol. 41, No. 3, 293–304.
6. Pettersson, P. & Blomqvist, K. (2011). Sense of Security – Searching for its meaning by using stories: A participatory action research study in health and social care in Sweden. *International Journal of Older People Nursing*, 6, 25-32.
7. Burström, M., Brännström, M., Boman, K. & Strandberg, G. (2012). Life experiences of security and insecurity among women with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 816-25.
8. Kane R. A. (2001). Long-term care and a good quality of Life: Bringing them closer together. *The Gerontologist* 41, 293–304.
9. Brewer, J. L., Taber-Doughty, T. & Kubik, S. (2010). Safety assessment of a home-based telecare system for adults with developmental disabilities in Indiana: a multi-stakeholder perspective. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 16, 265-269.
10. Socialdepartementet. (2010). Lagrådsremiss: Värdigt liv i äldreomsorgen

Available at: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/13/82/85/361b7b6b.pdf> (hämtad 2013 0107).

11. From, I. (2007). *Experiences of health and care when being old and dependent on community care*. Licentiate dissertation, Karlstad university. Faculty of Social and Life Sciences, Department of Nursing.

12. Vinsnes, A. G., Nakrem, S., Harkless, G. E. & Seim, A. (2011). Quality of care in Norwegian nursing homes: Typology of family perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 243–254.

13. Eriksson, H. & Isaksson, A. (2011). *Trygg om natten? En studie av kunders, anhörigas och personals perspektiv på införandet av ny teknik inom nattpatrullens arbete*. Hamstad: Högskolan Halmstad.

14. James, I., Andershed, B., Gustavsson, B. & Ternestedt, B-M. (2010). Emotional knowing in nursing practice. In the encounter between life and death. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5,(2), 1-15.

15. Socialstyrelsen, (2009). *Risikanalys & händelseanalys andra reviderade upplagan*. Stockholm: Socialstyrelsen. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-120/documents/risikanalysochhandelseanalys_original.pdf (hämtad 201301 15)

16. Öhrn, A. (2011). *Measures of Patient Safety : Studies of Swedish Reporting Systems and Evaluation of an Intervention Aimed at Improved Patient Safety Culture*. Doctoral dissertation, Linköping university. Department of Medical and Health Sciences, Sweden.

17. SFS 2010 659.(2010), *Patientsäkerhetslag*. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/ (Hämtad 2013 01 31)

18. Woods, D., D. & Cook, R. I. (2002). Nine steps move forward from error. *Technology & Work*, 4, 137-144.

19. Fagerström, L., Gustafson, Y., Jakobsson, G., Johansson, S & Vartiainen, P. (2011) Sense of security among people aged 65 and 75: external and inner sources of security. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 1305-16.

20. Pleschberger, S. (2007). Dignity and the challenge of dying in nursing homes: The residents' view. *Age & Ageing*, 36(2), 197-202.
21. Andersson I., Pettersson, E. & Sidenvall, B. (2007). Daily life after moving into a care home: Experiences from older people relatives and contact persons. *Journal of Clinical Nursing* 16, 1712-1718.
22. Harrefors, C. (2009). *Elderly people's perceptions about care and the use of assistive technology services (ATS)*. Licentiate dissertation, Luleå University of Technology. Department of Health Science, Sweden.
23. Melander Wikman, A. (2008). *Ageing well: Mobile ICT as a tool for empowerment of elderly people in home health care and rehabilitation*. Doctoral dissertation, Luleå University of Technology. Department of Health Science. Sweden.
24. Palm, E. (2010). När vården flyttar hem till dig. Etik i praxis. *Nordic Journal of Applied Ethics*, 4(2), 71-92.
25. Tennant, J. & Narayan, M. C. (1997). An innovative night service program in home care. *Home Health Care Nurse*, 15,(5), 318-324.
26. Mullen, K. (2011). An older adult man who is unable to sleep: advocating self- care in home healthcare. *Home Health Care Nurse*, 29,(1),22-25.
27. Abrahamsson Löfstöm, C. & Larsson, N. (2012). Nattfrid?:Om tillsyn på natten för äldre personer med hemtjänst. Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet www.hi.se. (Hämtad 2012 12 21).
28. Snyder, C. & Aaronson, N. (2009). Use of patient-reported outcomes in clinical practice (comment).*Lancet*, 374, 369-370.
29. McCann, L., Maguire, R., Miller, M. & Kearney, N. (2009). Patients' perceptions and experiences of using a mobile phone-based advanced symptom management system (ASyMS[©]) to monitor and manage chemotherapy related toxicity. *European Journal of Cancer Care*, 18,156-164.

30. Ghaye, T., Melander-Wikman, A., Kisare, M., Chambers, P., Bergmark, U., Kostenius, C., & Lillyman, S. (2008). Participatory and appreciative action and reflection (PAAR) democratizing reflective practices. *Reflective Practice*, 9(4), 361-397.

31. Örebro kommun: *Inflytande och delaktighet inom hemvården och särskilda boenden. Brukarundersökning särskilda boenden och hemvården 2010*; 2010
[<http://www.orebro.se/download/18.47c6f44f12dd9e9713780002115/S%C3%A4rskilda+boenden+f%C3%B6r+%C3%A4ldre%2C+deras+anh%C3%B6riga+och+hemv%C3%A5rden+hel+a+unders%C3%B6kningen+-+brukarunders%C3%B6kning+2010.pdf>].’

32. Kvale, S. and Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. 2nd Ed. Los Angeles: Sage Publications 2009.