

Klinisk Patientnära Forskning 22

Fallriskbedömning med Downton Fallrisk Index -

Studenter på sjuksköterskeprogrammet använder och
utvärderar instrumentet i oktober 2008

Carolina Axelsson, Adjunkt Biomedicinsk Laboratorievetenskap
Kerstin Ulander, Lektor Klinisk Omvårdnad †
Albert Westergren, Docent Vårdvetenskap

ISSN: 1654-1421



Forskargruppen för Klinisk Patientnära Forskning bedriver forskning med fokus på Patientsäkerhet och har sin bas på Kristianstads Högskola, Institutionen för Hälsovetenskaper.

Målsättning

Att med en Klinisk Patientnära Forskning, verka för och underlätta arbetet med patientsäkerhet, och samtidigt bereda väg för en bättre vetenskaplig förståelse och vetenskaplig förankring i den verksamhetsförlagda utbildningen för sjuksköterskestudenter.



Fallriskbedömning med Downton Fallrisk Index - Studenter på sjuksköterskeprogrammet använder och utvärderar instrumentet i oktober 2008

2009-04-28

Carolina Axelsson, Adjunkt Biomedicinsk Laborietvetenskap *
Kerstin Ulander, Lektor Klinisk Omvårdnad †
Albert Westergren, Docent Vårdvetenskap

ISSN: 1654-1421

*Högskolan Kristianstad, 291 88 Kristianstad
carolina.axelsson@hkr.se
044 – 20 85 70

† Kerstin Ulander, avliden.

carolina.axelsson@hkr.se , Högskolan Kristianstad, 291 88 Kristianstad +46 (0) 44 - 20 85 70

Sammanfattning

Studentmedverkan i forskningsstudien syftade till att sjuksköterskestudenter skulle träna sitt kritiska tänkande och reflektion i kliniskt beslutsfattande, att introducera evidensbaserade verktyg för att underlätta beslut rörande patientsäkerheten i detta fallet med fokus på bedömning av fallrisk, samt att lära och praktisera forskningsmetodik genom att inhämta informerat samtycke, datainsamling, sammanställning och återföring av resultat.

Metod: Datainsamling utfördes av sjuksköterskestudenter under verksamhetsförlagd utbildning på sjukhus och i kommuner, samt kliniska adjunkter/kliniska lärare. Studenterna undersökte fallrisken med Downtons fallriskindex för patienter/boende på de avdelningar/enheter där sjuksköterskestudenterna hade sin verksamhetsförlagda utbildning hösten 2008. Samtidigt tränade studenten att ge information till personal och patienter/boende, sammanställa resultat från enheten samt åiterrapportera och reflektera över resultaten. Då Downtons index är tre eller mer, indikerar det ökad risk för fall.

Resultat: Totalt tillfrågades 800 patienter/boende varav 711 medverkade (bortfall 11%). Antal med Fallrisk enligt Downton (n=711), 516 st (73%), Medelpoäng Downton 3,7 poäng, Medelpoäng Downton med Fallrisk (n=516) 4,6 poäng. Medelpoäng Downton utan Fallrisk (n=192) 1,3 poäng.

Totalt utvärderade 86 studenter sin medverkan i studien. En bättre vetenskaplig förståelse upplevdes av 69%, ett ökat intresse för fallrisk upplevdes av 48% och en ökad kunskap om fallrisk upplevdes av 77%.

Över 60% upplevde instrumentets frågor som relevanta och lätta att förstå. Studenterna gav flera förslag till hur instrumentet skulle behöva utvecklas/anpassas specifikt i verksamheter.

I genomsnitt tog varje bedömning 13 minuter att utföra för studenterna.

Studenterna upplevde det som mycket värdefullt att själva få sammanställa och återföra resultaten till enheterna.

Nyckelord: Downton, fallrisk, kommuner, prevalens, prevention, riskbedömning, sjukhus, studentmedverkan, särskilda boenden

Summary

Background: Student participation in scientific studies has been introduced in order to help students to get a better understanding for risk assessment tools and to reflect on science and patient safety.

- Objectives: to ask for informed consent, investigate risk of fall in elderly, and to reflect and report on the results of the study.

Method: nurse students used the Downton fall risk index to assess patients risk of falling in hospitals and in special accommodations.

Results: a total of 800 patients were asked to participate in the study. Seven hundred and eleven agreed to take part in the study (89%). The total amount of patients identified at risk according to Downtons fall risk index was 516 (73%), the mean score was 3,7 (three or over is identified at risk). The patients with identified fall risk had a mean of 4,6 (n=516) and those without identified risk (n=192) 1,3.

The evaluation form was answered by 86 students. A better scientific awareness was noted by 69%, and an increased interest in the subject was noted in 48%, where as the knowledge in the field was increased by 77% of the students.

Over 60% experienced the questions in the instrument as relevant and easy to understand. The students gave several suggestions about how to further improve the scale.

In average it took 13 minutes to assess the patients' fall of risk with the Downton fall risk index.

The students experienced it as very valuable to reflect and report the results to the unit themselves.

Key words: Community, Downton, fall, hospital, prevalence, prevention, risk assessment, risk assessment tool, special accommodation, student participation

Innehåll

| | |
|--|----|
| Sammanfattning..... | 3 |
| Summary..... | 4 |
| Innehåll..... | 5 |
| Tabellförteckning..... | 6 |
| Bilageförteckning..... | 6 |
| Förord..... | 7 |
| Bakgrund..... | 8 |
| Forskningsanknytning av Verksamhetsförlagd Utbildning..... | 8 |
| Teoretisk bakgrund..... | 8 |
| Att vara verksam som sjuksköterska..... | 8 |
| Forskning och sjuksköterskeyrket..... | 9 |
| Forskning och studenten..... | 10 |
| Fallolyckor..... | 11 |
| Vetenskapliga frågeställningar..... | 12 |
| Metod och material..... | 12 |
| Metod..... | 12 |
| Genomförande..... | 13 |
| Etik..... | 13 |
| Medverkande enheter/patienter/boende..... | 13 |
| Resultat..... | 14 |
| Diskussion..... | 20 |
| Metoddiskussion..... | 20 |
| Resultatdiskussion..... | 20 |
| Referenser..... | 22 |

Tabellförteckning

| | |
|--|----|
| <i>Tabell 1.</i> Poängutfall, Downtons fallriskindex | 14 |
| <i>Tabell 2.</i> Fallrisk och medelpoäng (≥ 3 indikerar ökad fallrisk) | 14 |
| <i>Tabell 3.</i> Beskrivning över frekvenser för poängsättning (n=711) | 15 |
| <i>Tabell 4.</i> Patienter/boende bedömda med Downton Fall Risk Index, uppdelat på verksamhet..... | 16 |
| <i>Tabell 5.</i> Patienter/boende med poäng enligt Downton uppdelat på verksamhet (forts) | 16 |
| <i>Tabell 6.</i> Patienternas/boendes medelpoäng enligt Downton uppdelat på verksamhet | 17 |
| <i>Tabell 7.</i> Genomsnittlig tidsåtgång per bedömning uppdelat per kurs | 17 |
| <i>Tabell 8.</i> Genomsnittlig tidsåtgång per bedömning uppdelat per verksamhetsområde | 17 |
| <i>Tabell 9.</i> Studenternas (n=86) utvärdering av instrumentet Downton Fall Risk Index | 17 |
| <i>Tabell 10.</i> Studenternas (n=86) utvärdering av medverkan ur ett vetenskapligt perspektiv | 18 |
| <i>Tabell 11.</i> Studenternas (n=86) utvärdering av intresse och kunskap om det studerade ämnet..... | 18 |
| <i>Tabell 12.</i> Antal positiva kommentarer efter studien, grupperat | 18 |
| <i>Tabell 13.</i> Antal negativa kommentarer efter studien, grupperat | 19 |
| <i>Tabell 14.</i> Antal positiva kommentarer angående återföring av resultaten efter studien, grupperat..... | 19 |
| <i>Tabell 15.</i> Antal negativa kommentarer angående återföring av resultaten efter studien, grupperat | 20 |

Bilageförteckning

| | |
|------------------------|----|
| <i>Bilaga 1.</i> | 26 |
| <i>Bilaga 2.</i> | 27 |
| <i>Bilaga 3.</i> | 28 |
| <i>Bilaga 4.</i> | 29 |

Förord

Tack till

- Personal och studenter som medverkat vid Sjukhusen i Kristianstad, Helsingborg, Hässleholm, Karlshamn, Simrishamn Ystad och Ängelholm.
- Kommunernas särskilda boenden och hemsjukvård.
- Kliniska adjunkter och kliniska lärare samt handledare som deltagit i studien.
- Chefer vid sjukhusen samt Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor i kommunerna.

Metodik

Denna rapport är delar av en större satsning på patientsäkerhet i ett unikt samarbete mellan Forskargruppen för Klinisk Patientnära Forskning, Högskolan Kristianstad och sjuksköterskeprogrammet, samt sjukhus och kommuner. I en serie omfattande åtta större prevalensstudier som fokuserat trycksår, ätande/näringsproblematik samt hygien/sår-mikrobiologi, har betydande förbättringar av vårdrutinerna noterats (Lindholm, Westergren, Axelsson, & Ulander, 2007a, 2007b; Lindholm, Westergren, Holmström, Axelsson, & Ulander, 2008; Westergren, Lindholm, Axelsson, & Ulander, 2007).

I de utvärderingar som gjorts har också majoriteten av personal och studenter angivit att de fått ökad vetenskaplig förståelse samt att de fått större kunskap om/intresse för trycksår, ätande/näringsproblematik samt hygienrutiner och sår.

Fallriskbedömning med Downton Fallrisk Index

Bakgrund

Skador på grund av fall på plan yta, är så vanliga att de utgör nästan en fjärdedel av samtliga vårdtillfällen på grund av yttre orsak till skada (Socialstyrelsen 2008).

Forskningsanknytning av Verksamhetsförlagd Utbildning

Studenter från sjuksköterskeprogrammet i Kristianstad, har sedan år 2005 deltagit i punktprevalensstudier (Polit & Beck, 2006) tillsammans med forskargruppen för Klinisk Patientnära Forskning, under sina verksamhetsförlagda studier som en del i sin utbildning. Punktprevalensstudierna mäter förekomst av olika tillstånd hos alla patienter under en specifik dag eller tidsperiod, och därefter räknas förekomsten ut i procent av antalet undersökta patienter (a.a.). Dessa studier har för studenternas del inneburit att de har fått informera patienter och personal om studien, inhämta informerat samtycke, använda strukturerade bedömningsinstrument, fylla i enkäter, samt utföra viss databearbetning och återrapportering av data för den enheten där de utfört undersökningen (Lindholm, Axelsson, Westergren, & Ulander, 2008; Lindholm, Westergren et al., 2007a, 2007b; Lindholm, Westergren et al., 2008; Westergren et al., 2007). De ifyllda enkäterna har sedan insamlats och skickats till forskargruppen för sammanställning och ytterligare bearbetning. Samtidigt har även sjuksköterskestudenterna haft möjlighet att utvärdera sin medverkan i studien. Studenterna som medverkade i studierna år 2005 har medverkat till att skapa frågor för utvärderingarna, som därefter använts av studenterna vid efterföljande studier.

Studentmedverkan i forskningsstudien syftade till att sjuksköterskestudenter skulle träna sitt kritiska tänkande och reflektion i kliniskt beslutsfattande, att introducera evidensbaserade verktyg för att underlätta beslut rörande patientsäkerheten i detta fallet med fokus på bedömning av fallrisk, samt att lära och praktisera forskningsmetodik genom att inhämta informerat samtycke, datainsamling, sammanställning och återföring av resultat.

Teoretisk bakgrund

Att vara verksam som sjuksköterska

Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor ger ett övergripande perspektiv på sjuksköterskeyrket (Socialstyrelsen, 2005). Beskrivningen utgår från att en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt ska genomsyra samtliga områden inom omvårdnadens teori och praktik; forskning, utveckling och utbildning samt ledarskap. Ett avgörande kompetensområde för sjuksköterskan kommer att vara förmågan att söka och använda evidensbaserad kunskap.

Högskolelagen (SFS, 1993:100) anger övergripande akademiska mål. Den grundläggande högskoleutbildningen ska utöver kunskaper och färdigheter, ge studenten förmåga till självständig och kritisk bedömning, självständigt kunna lösa problem och följa kunskapsutvecklingen inom det område som utbildningen avser. Utbildningen ska också utveckla studentens förmåga till informationsutbyte på vetenskaplig nivå. Det ska finnas ett samband mellan forskning och utbildning. Innehållet i denna lagtext översätts ofta till termen "högskolemässighet" och är det begrepp som ofta används då högskoleverket granskar olika utbildningar.

Sjuksköterskeutbildningarna i Sverige har fått kritik för bristande högskolemässighet vid tidigare granskningar (Högskoleverket, 2007a, 2007b). Detta har varit i huvudsak på grund av bristande forskningsanknytning, låg grad av studerandeflytande och låg vetenskaplig kompetens hos lärarna. Utbildningarna har tidigare till stor del saknat relevanta kopplingar mellan de teoretiska och de verksamhetsförlagda delarna i utbildningarna.

Denna kritik har högskolan i Kristianstad arbetat för att eliminera och en av åtgärderna var att tillsätta en grupp (Forskargruppen för Kliniska Patientnära Forskning) som arbetar med den verksamhetsförlagda utbildningen och forskningsanknytningen av denna. Det inrättades en professur i klinisk omvårdnad, ett lektorat i klinisk omvårdnad samt en koordinator för att tillsammans arbeta med forskningsanknytning för den verksamhetsförlagda delen i utbildningen. Till gruppen knöts också tidigt en disputerad medarbetare från Centralsjukhuset i Kristianstad.

Forskning och sjuksköterskeyrket

Evidence-Based Nursing Practice (EBP), förklaras starta med att söka efter forskning och information om hur man bäst löser ett specifikt problem och hur detta integreras med klinisk verksamhet och praxis och patienternas behov utifrån existerande resurser (Polit & Beck, 2004). Omvårdnadsforskningens värde anses vara litet om det inte används för att förbättra patientens direkta omvårdnad och kliniker tycks ignorera de fynd som görs om de inte har ett direkt samband med deras nuvarande kontext (Edwards, Chapman, & Davis, 2002). Edwards et al (2002), föreslår att vidga förståelsen för termen forskning och att undvika stereotypa konstruktioner som isolerar forskningsaktiviteterna. De konstaterar att genom ett aktivt deltagande i forskningsprocessen för både studenter och personal, torde forskningen bli mer handfast. I samband med ovan nämnda studie inkom synpunkter från personalen ute i verksamheterna av vilka det framkom att forskningen inte var så komplicerad som man väntat sig, samt att det var värdefullt att se hur forskning kan kopplas till vårdarbetet och patienterna.

Det har ibland varit svårt att uppmuntra kliniker och forskare att interagera och samarbeta i forskningen eftersom det generellt är skillnad i struktur och professionella omdömen och klinisk relevans mellan dessa grupper. Det är av central betydelse för patienten att den omvårdnad han får, bygger på kunskap som är forskningsbaserad och baserad på uppdaterad kunskap i det specifika fackområdet (Almås, 2002). Flera projekt kallade CURN-projekt (Conduct and Utilization of Research in Nursing), har utförts med syftet att öka användandet av forskningsfynd i

den dagliga kliniska verksamheten för sjuksköterskor (Crane, Pelz, & Horsley, 1977). I en studie (Glacken & Chaney, 2004), tyckte verksamma sjuksköterskor själva att de behövde mer utbildning om forskningsprocessen och om presentationen av forskningsrön för att kunna använda och bedöma forskningsresultat. Liknande fynd framkom i en annan studie (Parahoo, Barr, & McCaughan, 2000) där statistiska analyser i forskningsrapporter ansågs svårtolkade och även bedömningen av kvaliteten i forskningsrön upplevdes som svår. Efter att sjuksköterskor aktivt hade deltagit i forskningen genom datainsamling, ökade den vetenskapliga förståelsen i denna studie. Andra studier har visat att sjuksköterskor som har varit involverade i datainsamling i forskningsstudier är mer benägna att bli involverade i framtida forskningsaktiviteter och har en mer positiv attityd till forskning (Estabrooks, 2003; Laschinger, Foran, Jones, Perkin, & Bovan, 1993; Nilsson Kajermo, 2000; Rizzuto, Bostrom, Suter, & Chenitz, 1994).

Forskning och studenten

De kunskaper som studenter skaffar sig i vardagen kan vara felaktiga eller ofullständiga utifrån en vetenskaplig utgångspunkt, men de är reella och i någon mening sanna för dem som har dem (Svingby, 1985). För att utveckla de mer *vetenskapliga kunskaperna* krävs att de *vardagliga kunskaperna* tas i anspråk, utnyttjas och utmanas. De två formerna för kunskap bör således uppfattas och behandlas som komplementära i stället för konkurrerande. Autenticiteten i lärandet handlar om att vara eller att bli genuint intresserad. Det handlar även om att innehållet i studierna är i kontakt med hur vi i vardagen tolkar det som studierna handlar om (Gustavsson, Larsson, & Ellström, 1996). Om varaktiga omtolkningar uppstår leder detta till att vi kan utnyttja vardagen att bygga vidare på, vi möter vardagen på en annan nivå. När man inte inser i vilket sammanhang kunskapen får en mening, blir det svårt att förstå (Bowden & Marton, 2004).

De studerande i grundutbildningen kan ses som presumtiva forskarstudenter och praktiskt lärande genom medverkan i forskningsprocesser har visat sig vara ett sätt att påverka studentens attityd till omvårdnadsforskningen (Laschinger et al., 1993; Thompson, McNeill, Sherwood, & Starck, 2001). Olika strategier för att få studenter att delta i forskningsprojekt har rapporterats, dels genom medverkan i identifieringen och formuleringen av problemet, dels i planerandet inför studien och i kvalitetsförbättringsarbeten och som datainsamlare (Bayne et al., 1994; Cole & Nesbitt, 2004; Duggleby, 1998; Hitchcock & Murphy, 1999; Larson, Hill, & Haller, 1993; Martin & Staus, 1995).

Vygotskijs teorier om lärandet, ligger till grund för modellen med studentmedverkan i punktprevalensstudierna, där det sociala samspelet med andra studenter och mer erfarna kolleger, kan framstå som faktorer för ett framgångsrikt lärande (ZDP – Zon of Proximal Development) (Bråten, 1998a, 1998b; Bråten & Hollsten, 1998; Bråten & Thurmann-Moe, 1998; Thurmann-Moe, 1998; Vygotskij & Öberg Lindsten, 1995). Studentmedverkan i forskningsstudierna syftade till att för sjuksköterskestudenter klargöra vikten av kritiskt tänkande och reflektion i kliniskt beslutsfattande, att introducera evidensbaserade verktyg för att underlätta beslut rörande

patientsäkerheten och att med handledning, lära och praktisera forskningsmetodik genom datainsamling, i patientsäkerhet och riskbedömning i omvårdnad.

Fallolyckor

Räddningsverkets analyser visar att antalet fallolyckor kommer att öka, eftersom andelen äldre i befolkningen beräknas öka med 27 procent de kommande tio åren. Detta kan jämföras med att ökningen av andelen äldre de senaste tio åren bara har varit en procent. Ett ökat antal fallolyckor leder till en ökad kostnad för samhället (Statens räddningsverk & Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, 2007). Skador på grund av fall på plan yta är så vanliga att de utgör nästan en fjärdedel av samtliga vårdtillfällen på grund av yttre orsak till skada (Socialstyrelsen, 2006a). Risken att falla ökar med antalet riskfaktorer. Då inga riskfaktorer identifieras har det uppmätts åtta procents risk att falla, medan då man identifierat fyra eller fler riskfaktorer har risken ökat till 78% (Tinetti, Speechley, & Ginter, 1988).

Fallskador är ett stort internationellt folkhälsoproblem och risken att drabbas av och att avlida till följd av en fallskada ökar med stigande ålder (Socialstyrelsen, 2006a). Fallskador innebär ett stort lidande för den drabbade individen, belastning för anhöriga och kostar samhället åtskilliga miljarder för efterföljande vård och rehabilitering (Statens räddningsverk & Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, 2007). Nästan alla fallskador som drabbar de äldsta i befolkningen inträffar i boendemiljön (Mattsson, 2000). År 2025 kommer ungefär en tredjedel av Europas befolkning att vara 60 år eller äldre. Framför allt kommer andelen som är över 80 år att stiga vilket innebär att antalet fallskador förväntas öka (Folkhälsoinstitutet, 2006). Fallolyckor är ett komplext problem med många riskfaktorer, men detta folkhälsoproblem går att förebygga. Med fall menas: En händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet oavsett om fallet leder till skada eller inte och oavsett orsak (Lamb, Jorstad-Stein, Hauer, & Becker, 2005).

Det finns olika bedömningsinstrument och index för att skatta fallrisk. De olika protokollen utgår ifrån identifierade riskfaktorer. Tinnettis Fallrisk Index samt Downtons Fallrisk Index förekommer frekvent i olika studier (Lundin-Olsson, Nyberg, & Gustafson, 2000; Nyberg & Gustafson, 1996). Tinnettis index används oftast för bedömning vid särskilda boenden och Downtons används mer frekvent för bedömning av äldre generellt, dock har studier med Downtons fallriskindex även visat sig förutspå fall hos äldre personer boende på särskilda boenden (Rosendahl et al., 2003). Downtons index har kategorier kring tidigare fall, medicinering, sensoriska funktioner, gångförmåga och kognitiv nedsättning (Downton, 1993). Downton Fall Risk Index har visat en relativt god förmåga att identifiera och förutspå fallrisk hos strokepatienter som vårdas på sjukhus. Downton Fall Risk Index visar en ökad risk att falla om poängen blir tre eller mer (Bilaga 1).

Sveriges kommuner och landsting har tagit initiativ till en nationell satsning för ökad patientsäkerhet som fokuserar på att förebygga vårdrelaterade infektioner, läkemedelsfel, nutrition, fall och trycksår i samband med vård (SKL, 2007). Sedan 2005 är patientsäkerhet ett högt prioriterat område inom sjuksköterskeutbildningen vid Högskolan i Kristianstad. Tidigare har undersökningar

gällande trycksår, hygien och infektioner, sårsmärta och nutrition utförts tillsammans med sjuksköterskestudenterna i deras verksamhetsförlagda utbildning (Lindholm, Axelsson et al., 2008; Lindholm, Torfadottir, Axelsson, & Ulander, 2007, 2008a, 2008b; Lindholm, Westergren et al., 2007a, 2007b; Lindholm, Westergren et al., 2008; Ulander, Axelsson, Westergren, Torfadottir, & Lindholm, 2008; Ulander, Westergren, Torfadottir, Axelsson, & Lindholm, 2007; Westergren et al., 2007; Westergren, Lindholm, Axelsson, & Ulander, 2008).

Mätning av prevalens ger en ögonblicksbild över den totala situationen utan att svara på frågor om när tillståndet har uppkommit (Polit & Beck, 2006). Prevalensstudier kan användas för att planera hur hälso- och sjukvårdens resurser skall nyttjas samt för att mäta effekten av insatser och kan genomföras med en relativt blygsam ekonomisk insats.

Enheterna/avdelningarna där studenterna har sin verksamhetsförlagda utbildning, får med en förhållandevis ringa insats en genomgående kvalitetsanalys, vilket ger underlag för kvalitetsdiskussioner och – utveckling. Oftast är regelbundna mätningar med återföring av resultat en intervention i sig (Jfr Socialstyrelsens kvalitetsregister (Socialstyrelsen, 2006b)).

Syften var att undersöka fallrisken med Downtons fallriskindex för patienter/boende på de avdelningar/enheter sjuksköterskestudenterna hade sin verksamhetsförlagda utbildning hösten 2008. Samtidigt tränade studenten att ge information till personal och patienter/boende, inhämta informerat samtycke, sammanställa resultat från enheten samt åiterrapportera och reflektera över resultaten.

Vetenskapliga frågeställningar

Hur vanligt är det med fallrisk?

Vilken är Downtons medelpoäng i undersökningen?

Vilken är Downtons medelpoäng för de med fallrisk?

Vilken är Downtons medelpoäng för de utan fallrisk?

Vilka kategorier i Downton ger vanligast högst poäng i undersökningen?

Genomsnittliga tidsåtgången per bedömning?

Vilka är studenternas åsikter om sin medverkan i studien?

Metod och material

Metod

Samtliga patienter/boende på de enheter/avdelningar där sjuksköterskestudenter hade sin verksamhetsförlagda utbildning, som inte avböjde medverkan och som var inskrivna vid enheten/avdelningen studiedagen, den 22 oktober 2008, inkluderades.

Downtons Fallriskindex (Bilaga 1), mall för återrapportering (Bilaga 2), utvärdering efter studien (Bilaga 3), Instruktioner för studien (Bilaga 4).

Genomförande

Studenterna ansvarade för att informera avdelnings-/enhetens personal och patienter/boende inför den aktuella studiedagen. De patienter/boende som gav informerat samtycke fallriskbedömdes med Downtons Fall Risk Index (Bilaga 1). I förekommande fall genomförde studenterna en genomgång av journalen efter aktuella läkemedel. Undersökningdagen fanns klinisk lektor, koordinator samt kliniska adjunkter/lärare tillgängliga för hjälp, telefonnummer till dessa personer var tydligt angivna. Formulären aidentifierades och distribuerades till Carolina Axelsson (forskargruppen) för vidare databearbetning. Studenterna sammanställde och återrapporterade resultaten för deras enhet/avdelning.

Etik

Studien genomfördes enligt Helsingforsdeklarationen (Vetenskapsrådet, 2002). Patienter/boende informerades dagen innan eller på studiedagen skriftligt och muntligt av studenterna som genomförde undersökningen (Bilaga 4).

Medverkande enheter/patienter/boende

Sjukhusen i Kristianstad, Helsingborg, Hässleholm, Karlshamn, Simrishamn, Ystad och Ängelholm samt kommuner och boende där studenter var på verksamhetsförlagd utbildning höstterminen 2008.

Resultat

Totalt tillfrågades 800 patienter/boende om att medverka i studien, varav 711 tackade ja till att delta (bortfall 11%). Nedan redovisas svaren från de 711 som medverkade i studien.

Tabell 1. Poängutfall, Downtons fallriskindex

| | Poäng utfall | Antal undersökta | 711 |
|---|--------------|------------------|--------------------|
| Tidigare kända fallolyckor | | | |
| | | Antal | Proc fördelning |
| Ja (det senaste året) | 1 | 335 | 47% |
| Medicinering | | | |
| Lugnande / Sömnmedel / Neuroleptika | 1 | 321 | 45% |
| Diuretika | 1 | 320 | 45% |
| Antihypertensiva (annat än diuretika) | 1 | 280 | 39% |
| Antiparkinson läkemedel | 1 | 30 | 4% |
| Antidepressiva läkemedel | 1 | 155 | 22% |
| Sensoriska funktionsnedsättningar | | | |
| Synnedsättning (blind eller kraftigt till måttligt nedsatt syn) | 1 | 342 | 48% |
| Hörselnedsättning (döv eller kraftigt till måttligt nedsatt hörsel) | 1 | 209 | 29% |
| Motorik (tecken till förlamning) | 1 | 152 | 21% |
| Kognitiv funktionsnedsättning | | | |
| Ej orienterad (kognitiv funktionsnedsättning) | 1 | 192 | 27% |
| Gångförmåga | | | |
| Osäker | 1 | 313 | 44% |

Tabell 2. Fallrisk och medelpoäng (≥ 3 indikerar ökad fallrisk)

| | | |
|---|-----|-------|
| Antal med Fallrisk enligt Downton (n=711) | 516 | 73% |
| Medelpoäng Downton | 3,7 | n=711 |
| Medelpoäng Downton med Fallrisk | 4,6 | n=516 |
| Medelpoäng Downton utan Fallrisk | 1,3 | n=192 |

Tabell 3. Beskrivning över frekvenser för poängsättning (n=711)

| | |
|---|-----|
| Någon medicinering som kan påverka | |
| 576 | 81% |
| Undersökta med En medicin | |
| 198 | 28% |
| Undersökta med Två mediciner | |
| 249 | 35% |
| Undersökta med Tre mediciner | |
| 106 | 15% |
| Undersökta med Fyra mediciner | |
| 23 | 3% |
| Undersökta med Någon sensorisk nedsättning | |
| 474 | 67% |
| Undersökta med En sensorisk nedsättning | |
| 272 | 38% |
| Undersökta med Två sensoriska nedsättningar | |
| 175 | 25% |
| Undersökta med Tre sensoriska nedsättningar | |
| 27 | 4% |

Tabell 4. Patienter/boende bedömda med Downton Fall Risk Index, uppdelat på verksamhet

| Vårdform | Ort | Antal undersökta | % Tidigare kända fallolyckor | % Kognitiv funktionsnedsättning - ej orienterad | % Gångförmåga osäker | % Fallrisk enligt Downton |
|------------------|--------------|------------------|------------------------------|---|----------------------|---------------------------|
| Sjukhus | Helsingborg | 61 | 21% | 11% | 46% | 41% |
| | Hässleholm | 63 | 46% | 14% | 67% | 59% |
| | Karlshamn | 7 | 71% | 29% | 43% | 86% |
| | Kristianstad | 183 | 42% | 13% | 38% | 65% |
| | Simrishamn | 17 | 47% | 65% | 35% | 71% |
| | Ystad | 56 | 57% | 23% | 48% | 77% |
| | Ängelholm | 86 | 56% | 5% | 45% | 79% |
| Sjukhus Totalt | | 473 | 45% | 15% | 45% | 66% |
| Kommunalt boende | | 169 | 50% | 49% | 38% | 86% |
| HSV | | 34 | 59% | 59% | 53% | 94% |
| KVH | | 5 | 40% | 20% | 60% | 60% |
| Annat | | 30 | 57% | 63% | 43% | 83% |
| Totalt | | 711 | 47% | 27% | 44% | 73% |

HSV = Hemsjukvård

KVH = Kvalificerad Vård i Hemmet

Tabell 5. Patienter/boende med poäng enligt Downton uppdelat på verksamhet (forts)

| Vårdform | Ort | Antal undersökta | Medicin påverkan | Sensorisk nedsättning |
|------------------|--------------|------------------|------------------|-----------------------|
| Sjukhus | Helsingborg | 61 | 72% | 16% |
| | Hässleholm | 63 | 67% | 75% |
| | Karlshamn | 7 | 71% | 100% |
| | Kristianstad | 183 | 72% | 76% |
| | Simrishamn | 17 | 94% | 53% |
| | Ystad | 56 | 82% | 52% |
| | Ängelholm | 86 | 86% | 69% |
| Sjukhus Totalt | | 473 | 76% | 63% |
| Kommunalt boende | | 169 | 90% | 75% |
| HSV | | 34 | 100% | 74% |
| KVH | | 5 | 100% | 40% |
| Annat | | 30 | 87% | 67% |
| Totalt | | 711 | 81% | 67% |

HSV = Hemsjukvård

KVH = Kvalificerad Vård i Hemmet

Tabell 6. Patienternas/boendes medelpoäng enligt Downton uppdelat på verksamhet

| Vårdform | Ort | Antal undersökta | Medel poäng | Med fallrisk medel | Utan fallrisk medel |
|------------------|--------------|------------------|-------------|--------------------|---------------------|
| Sjukhus | Helsingborg | 61 | 2,2 | 3,9 | 1,0 |
| | Hässleholm | 63 | 3,7 | 5,2 | 1,6 |
| | Karlshamn | 7 | 4,4 | 4,8 | 2,0 |
| | Kristianstad | 183 | 3,4 | 4,5 | 1,2 |
| | Simrishamn | 17 | 4,1 | 5,2 | 1,4 |
| | Ystad | 56 | 3,7 | 4,4 | 1,2 |
| | Ängelholm | 86 | 3,8 | 4,4 | 1,4 |
| Sjukhus Totalt | | 473 | 3,4 | 4,5 | 1,3 |
| Kommunalt boende | | 169 | 4,2 | 4,6 | 1,8 |
| HSV | | 34 | 5,1 | 5,3 | 2,0 |
| KVH | | 5 | 3,8 | 5,3 | 1,5 |
| Annat | | 30 | 4,3 | 4,8 | 1,8 |
| Totalt | | 711 | 3,7 | 4,6 | 1,3 |

HSV = Hemsjukvård

KVH = Kvalificerad Vård i Hemmet

Studenternas återkoppling av användningen av Downtons Fallriskindex

Tabell 7. Genomsnittlig tidsåtgång per bedömning uppdelat per kurs

| | Antal | Medel | Maximum | Minimum | Median | Totalt | Giltiga svar |
|---------|-------|-------|---------|---------|--------|--------|--------------|
| Kurs 6 | 29 | 11 | 20 | 2 | 10 | 29 | 29 |
| Kurs 16 | 57 | 13 | 60 | 2 | 10 | 57 | 54 |
| Total | 86 | 13 | 60 | 2 | 10 | 86 | 83 |

Tabell 8. Genomsnittlig tidsåtgång per bedömning uppdelat per verksamhetsområde

| | Antal | Medel | Maximum | Minimum | Median | Totalt | Giltiga svar |
|-------------|-------|-------|---------|---------|--------|--------|--------------|
| Sjukhus | 59 | 10 | 20 | 2 | 10 | 59 | 57 |
| Kommun | 21 | 17 | 40 | 3 | 18 | 21 | 20 |
| Annan | 5 | 22 | 60 | 3 | 10 | 5 | 5 |
| Ej besvarad | 1 | 15 | 15 | 15 | 15 | 1 | 1 |
| Total | 86 | 13 | 60 | 2 | 10 | 86 | 83 |

Tabell 9. Studenternas (n=86) utvärdering av instrumentet Downton Fall Risk Index

| | Frågorna känns relevanta för syftet | Frågorna är lätta att förstå | Svarsalternativen är lätta att förstå |
|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| Instämmer helt | 60% | 71% | 60% |
| Instämmer delvis | 35% | 23% | 31% |
| Tar delvis avstånd | 1% | 2% | 3% |
| Varken instämmer eller tar avstånd | 3% | 3% | 5% |

Tabell 10. Studenternas (n=86) utvärdering av medverkan ur ett vetenskapligt perspektiv

| Hur upplevde du datainsamlingen ur ett vetenskapligt perspektiv? | Kurs 6 (n=29) | Kurs 16 (n=57) | Samtliga (n=86) |
|--|------------------|-------------------|--------------------|
| Jag har fått en bättre vetenskaplig förståelse | 76% | 65% | 69% |
| Jag anser mig redan ha en fullgod vetenskaplig förståelse och ser inte att min medverkan har medfört någon ny kunskap/er | 21% | 25% | 23% |
| Jag förstår inte samband mellan vetenskap och undersökningen | 0% | 2% | 1% |
| Ej besvarad | 3% | 9% | 7% |

Tabell 11. Studenternas (n=86) utvärdering av intresse och kunskap om det studerade ämnet

| | Studien ökade mitt intresse för studie-ämnet? (n=86) | Mina kunskaper om studie-ämnet ökade? (n=86) |
|-----------------------------------|--|--|
| Ja | 48% | 77% |
| Nej | 27% | 23% |
| Nej, mitt intresse är redan stort | 21% | |
| Ej intresserad | 5% | |

Sjuttionio av 86 studenter lämnade skriftliga kommentarer efter studien:

Tabell 12. Antal positiva kommentarer efter studien, grupperat

| | |
|------------------------------------|-----------|
| Enkelt | 27 |
| Bra | 14 |
| Erhöll insikt i problem | 10 |
| Snabb | 6 |
| Intressant | 5 |
| Lärorikt | 4 |
| Vill införa rutin | 3 |
| Användbart | 2 |
| Positiv kontakt med patienter | 2 |
| Roligt | 2 |
| Smidigt | 2 |
| Gott syfte | 1 |
| Positiva patienter | 1 |
| Relevant | 1 |
| Tydligt | 1 |
| Viktigt | 1 |
| Totalt positiva kommentarer | 82 |

Tabell 13. Antal negativa kommentarer efter studien, grupperat

| | |
|-----------------------------------|----|
| Formulering | 32 |
| Journalgenomgång | 6 |
| Tidskrävande | 4 |
| Svårt | 3 |
| Information | 2 |
| Metod utan klinisk bedömning | 1 |
| Passar ej VFU | 1 |
| Pat ej kommunikativa | 1 |
| Rörig | 1 |
| Splittrad | 1 |
| Svårförståelig | 1 |
| Tidpunkt i VFU | 1 |
| VFU ej intresserade | 1 |
| Totalt antal negativa kommentarer | 55 |

Femtioåtta av 86 studenter lämnade skriftliga kommentarer angående återföring av resultaten efter studien

Tabell 14. Antal positiva kommentarer angående återföring av resultaten efter studien, grupperat

| | |
|-----------------------------------|----|
| Bra | 19 |
| Respons | 8 |
| Intressant | 7 |
| Enkel | 6 |
| Redan uppmärksammat | 5 |
| Insikt | 4 |
| Dialog | 2 |
| Intresserad avd | 2 |
| OK | 2 |
| Roligt | 2 |
| Förslag åtgärder | 1 |
| Förändringsbenägen | 1 |
| Givande | 1 |
| Goda | 1 |
| Kunskap | 1 |
| Kvalitetsutvecklande | 1 |
| Känner patienterna väl | 1 |
| Lagom stor undersökning | 1 |
| Lärorikt | 1 |
| Omvårdnad | 1 |
| Patientsäkerhet | 1 |
| Säker vård | 1 |
| Tankeväckande | 1 |
| Tydligt | 1 |
| Uppskattat | 1 |
| Utmärkt | 1 |
| Viktigt | 1 |
| Totalt antal positiva kommentarer | 74 |

Tabell 15. Antal negativa kommentarer angående återföring av resultaten efter studien, grupperat

| | |
|--|----------|
| Personalen inte intresserade | 2 |
| Formulering på instrumentet | 3 |
| Otydligt | 1 |
| Patientens individuella svar kom inte fram | 1 |
| Instrumentet redan rutin på avd | 1 |
| Totalt antal negativa kommentarer | 9 |

Diskussion

Metoddiskussion

Studier där så många patienter/boende samt datainsamlare deltagar, ger av naturliga skäl vissa osäkerheter i tolkningen av materialet. Studien var dessutom inte heltäckande för sjukhusen/kommunerna eftersom det endast var studenter på den verksamhetsförlagda utbildningen som genomförde datainsamlingen. Det innebär att flera avdelningar/enheter inte var med i studien då de inte hade studenter den aktuella perioden.

Formulären var genomgående väl ifyllda. Samtliga datainsamlare hade fått en ingående information om formuläret och metoden före studien. Dock kan studien ge viktig information och kan påvisa trender inför fortsatt arbete med implementering av bedömningsinstrument och prevention.

Resultatdiskussion

Många av de patienter/boende som undersöktes var äldre och hade en grundsjukdom, därav det stora antalet som identifierades ha fallrisk. Några av frågorna reagerade studenterna på, då de fann att patienter som vårdas på sjukhus har specifika svårigheter med bland annat droppställningar, syrgasmasker och liknande, vilket saknades på Downtons enkät.

Den genomsnittliga tidsåtgången varierade med vilken vårdform patienten/boende befann sig i, troligtvis eftersom journalerna var tillgängliga på olika sätt. Studenterna uppgav att de fann läkemedelsgenomgången enklare efter att ha tränat ett tag. Det var mest tidsödande i början (muntlig rapportering). I genomsnitt var tidsåtgången i denna undersökning 13 minuter per patient.

Studenterna fann det väldigt värdefullt att själv bearbeta och rapportera resultatet av fynden i stor utsträckning.

Att intresset och kunskaperna om det studerade ämnet ökade kan förklaras med att själva studien fungerade som en kompetenshöjande och intresseväckande insats i sig, studenterna fick information om hur studien skulle genomföras och vad som

skulle registreras före studierna. De hade då möjlighet att själva studera och informera sig innan själva studiens genomförande. Dessa fynd bekräftas även i andra studier då studenter använts i forskningsarbetet. Aktiv medverkan i forskningsprocessen har visat sig ha en positiv inverkan på det kliniska arbetet (Thompson, McNeill m.fl., 2001). I Thompsons studie var studentmedverkan frivillig. Av 31 studenter ville 28 medverka som datainsamlare. Studenterna fick information under kursernas lektioner och fick även två timmars schemalagd träning. Forskningsgrupperna bestod av en personal som var tillgängliga för frågor och problemlösning från studenterna samt 6-7 studenter. Veckan efter datainsamlingen diskuterade studenterna deras erfarenheter med forskningsgruppen. Då medverkan utvärderades framkom att studenterna fick en större förståelse för arbetet som utförs av forskare. De tyckte det var en nyttig erfarenhet, och att det var viktigt att deras insamlade data skulle användas för att förbättra smärta som var studiens syfte. Majoriteten tyckte att erfarenheten var berikande och värt insatsen i Thompsons studie (2001). Resultaten från Thompsons studie bekräftas även i denna studie.

Tidigare försök att mäta sjuksköterskans användning av forskningsresultat – hinder och möjligheter, har inkluderat studier av sjuksköterskestudenter och deras uppfattning om desamma (n=166) (Kajermo, Nordstrom m.fl., 2000). Detta har dock inte fokuserat på att lära ut forskning utan på de hinder som sjuksköterskan ser i sin yrkesverksamhet att använda sig av sina kunskaper samt i viss mån sin brist på kunskaper för att kunna använda forskningsresultat i verksamheten. I den studien föreslår Kajermo och kolleger att utbildning i forskningsmetodik för yrkesverksamma kan utvecklas. Nilsson-Kajermo (2004) föreslår även i sin avhandling en fortsatt utveckling och utvärdering av modeller som främjar sjuksköterskans forskningsanvändning, att fortsätta utveckla modeller för samverkan mellan forskare och sjuksköterskor. Att ha möjlighet att påbörja denna utveckling redan som student borde borga för en snabbare och en kontinuerlig utveckling inom forskningsområdet.

Där studenter fanns i verksamhetsförlagd utbildning deltog de i studien tillsammans med de kliniska adjunkterna och lärarna. Majoriteten av studenterna upplevde att de fått bättre vetenskaplig förståelse samt att de lärt sig mer om fallrisk och att samarbetet med personalen var utmärkt. Resultaten från studien bekräftar en del av de resultat som framkom i såväl Thompsons studie (2001) som i studien av Kajermo med kolleger (2000) samt Nilsson-Kajermo (2004).

Referenser

- Almås, H. (2002). *Klinisk omvårdnad* (1. uppl. ed.). Stockholm: Liber.
- Bayne, T., Barker, J. B., Higgs, Z., Jenkin, S. A., Murphy, D., & Synoground, G. (1994). Student experiential learning: a collaborative community practice project. *Public Health Nursing, 11*(6), 426-430.
- Bowden, J. A., & Marton, F. (2004). *The university of learning : beyond quality and competence*. London: Routledge.
- Bråten, I. (1998a). Om Vygotskijs liv och lära. In I. Bråten (Ed.), *Vygotskij och pedagogiken* (pp. 163 s.). Lund: Studentlitteratur.
- Bråten, I. (1998b). Vygotskij som föregångare inom metakognitiv teori. In I. Bråten (Ed.), *Vygotskij och pedagogiken* (pp. 163 s.). Lund: Studentlitteratur.
- Bråten, I., & Hollsten, G. (1998). *Vygotskij och pedagogiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Bråten, I., & Thurmann-Moe, A. C. (1998). Den närmaste utvecklingszonen som utgångspunkt för pedagogisk praxis. In I. Bråten (Ed.), *Vygotskij och pedagogiken* (pp. 163 s.). Lund: Studentlitteratur.
- Cole, L., & Nesbitt, C. (2004). A three year multiphase pressure ulcer prevalence/incidence study in a regional referral hospital. *Ostomy/wound Management, 50*(11), 32-40.
- Crane, Pelz, & Horsley. (1977). CURN-project research utilization questionnaire. University of Michigan: School of nursing.
- Downton, J. H. (1993). *Falls in the elderly*. London: Edward Arnold.
- Duggleby, W. (1998). Improving undergraduate nursing research education: the effectiveness of collecting and analyzing oral histories. *Journal of Nursing Education, 37*(6), 247-252.
- Edwards, H., Chapman, H., & Davis, L. M. (2002). Utilization of research evidence by nurses. *Nursing & Health Sciences, 4*(3), 89-95.
- Estabrooks, C. A. (2003). Translating research into practice: implications for organizations and administrators. *The Canadian Journal of Nursing Research, 35*(3), 53-68.
- Folkhälsainstitutet. (2006).
- Glacken, M., & Chaney, D. (2004). Perceived barriers and facilitators to implementing research findings in the Irish practice setting. *Journal of Clinical Nursing, 13*(6), 731-740.
- Gustavsson, B., Larsson, S., & Ellström, P.-E. (1996). *Livslångt lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- Hitchcock, B. W., & Murphy, E. (1999). A triad of research roles: experiential learning in an undergraduate research course. *Journal of Nursing Education, 38*(3), 120-127.

- Högskoleverket. (2007a). Utvärdering av grundutbildningar i medicin och vård vid svenska universitet och högskolor. D. 1, Den nationella bilden: kvalitetsgranskning (pp. 136). Stockholm: Högskoleverket.
- Högskoleverket. (2007b). Utvärdering av grundutbildningar i medicin och vård vid svenska universitet och högskolor. D. 2, Utbildningsbeskrivningar och bedömningar: kvalitetsgranskning (pp. 635). Stockholm: Högskoleverket.
- Lamb, S. E., Jorstad-Stein, E. C., Hauer, K., & Becker, C. (2005). Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the Prevention of Falls Network Europe consensus. *J Am Geriatr Soc*, 53(9), 1618-1622.
- Larson, E., Hill, M., & Haller, K. (1993). Clinical application of undergraduate research skills: the Student Teams Utilizing Research (STUR) Project. *Nurse Educator*, 18(6), 31-34.
- Laschinger, H. K., Foran, S., Jones, B., Perkin, K., & Bovan, P. (1993). Research utilization in nursing administration. A graduate learning experience. *The Journal of Nursing Administration*, 23(2), 32-35.
- Lindholm, C., Axelsson, C., Westergren, A., & Ulander, K. (2008). *Trycksår i Nordöstra Skåne. Blev det någon skillnad? Jämförelse mellan 2005 och 2006* (1654-1421:18). Kristianstad: Institutionen för Hälsovetenskaper.
- Lindholm, C., Torfadottir, O., Axelsson, C., & Ulander, K. (2007). *Pressure Ulcers 2005 - "We have none at our ward" - A prevalence study at the hospital in Fjordungssjukrahusid, Iceland in cooperation with Kristianstad University* (Report 1654-1421:3). Kristianstad: Institutionen för Hälsovetenskaper.
- Lindholm, C., Torfadottir, O., Axelsson, C., & Ulander, K. (2008a). *Hygiene standards and wound microbiology at Fjordungssjukrahusid, Iceland, in cooperation with Kristianstad University, October 2006* (Report 1654-1421:13). Kristianstad: Institutionen för Hälsovetenskaper.
- Lindholm, C., Torfadottir, O., Axelsson, C., & Ulander, K. (2008b). *Pressure Ulcers - Prevalence and prevention at Akureyri hospital, Iceland, 2005 and 2007* (Report 1654-1421:11). Kristianstad: Institutionen för Hälsovetenskaper.
- Lindholm, C., Westergren, A., Axelsson, C., & Ulander, K. (2007a). *Trycksår i Skåne – Rapport från punktprevalensstudien 2006 omfattande sex sjukhus och sex kommuner* (1654-1421:6). Kristianstad: Institutionen för Hälsovetenskaper.
- Lindholm, C., Westergren, A., Axelsson, C., & Ulander, K. (2007b). *Trycksår VT 2005 - "det har vi inga på vår avdelning"* (Report 1654-1421:1). Kristianstad: Institutionen för Hälsovetenskaper.
- Lindholm, C., Westergren, A., Holmström, B., Axelsson, C., & Ulander, K. (2008). *Hygienrutiner, sårbehandling och sårmikrobiologi - Kartlägningsstudie omfattande fem sjukhus, nio vårdcentraler och äldreboenden i sex kommuner, Skåne november 2006* (Report 1654-1421:12). Kristianstad: Institutionen för Hälsovetenskaper.
- Lundin-Olsson, L., Nyberg, L., & Gustafson, Y. (2000). The Mobility Interaction Fall chart. *Physiother Res Int*, 5(3), 190-201.

- Martin, L., & Staus, R. (1995). Making the most of nursing student projects: a collaborative pain management project. *Journal of Nursing Staff Development, 11*(1), 55-57.
- Mattsson, S. (2000). *Fallolyckor bland äldre - en rapport om produkters inverkan på äldres fallolyckor*.
- Nilsson Kajermo, K. (2000). *Att använda forskningsresultat i vården: hinder och möjligheter för sjuksköterskor*. Stockholms Universitet, Stockholm,.
- Nyberg, L., & Gustafson, Y. (1996). Using the Downton Index to Predict Those Prone to Falls in Stroke Rehabilitation. *Stroke, 27*, 1821-1824.
- Parahoo, K., Barr, O., & McCaughan, E. (2000). Research utilization and attitudes towards research among learning disability nurses in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing, 31*(3), 607-613.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and methods* (7. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *Essentials of nursing research : methods, appraisal, and utilization. Study guide* (6. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rizzuto, C., Bostrom, J., Suter, W. N., & Chenitz, W. C. (1994). Predictors of nurses' involvement in research activities. *Western Journal of Nursing Research, 16*(2), 193-204.
- Rosendahl, E., Lundin-olsson, L., Kallin, K., Jensen, J., Gustafson, Y., & Nyberg, L. (2003). Prediction of falls among older people in residential care facilities by the Downton index. *Aging Clin Exp Res, 2*, 142-147.
- SFS. (1993:100). Nya högskolelagen: Nya högskoleförordningen, *UFB-nytt, 1993:26* (pp. 87 s.). Stockholm: Fritze.
- SKL, S. K. L. (2007). Nationell satsning för Ökad patientsäkerhet.
- Socialstyrelsen. (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2006a).
- Socialstyrelsen. (2006b). *Nationella kvalitetsregister*. Available: <http://www.socialstyrelsen.se> [2006, 2006-09-15].
- Statens räddningsverk, & Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete. (2007). *Systematiskt arbete för äldres säkerhet [Elektronisk resurs]: om fall, trafikolyckor och bränder*. Stockholm
- Karlstad: Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS)
- Räddningsverket.
- Svingby, G. (1985). *Sätt kunskapen i centrum!* Stockholm: LiberUtbildningsförlag.
- Thompson, C. J., McNeill, J. A., Sherwood, G. D., & Starck, P. L. (2001). Using collaborative research to facilitate student learning. *Western Journal of Nursing Research, 23*(5), 504-516.

- Thurmann-Moe, A. C. (1998). Den historiska dimensionen i Vygotskijs teori. In I. Bråten (Ed.), *Vygotskij och pedagogiken* (pp. 163 s.). Lund: Studentlitteratur.
- Tinetti, M. E., Speechley, M., & Ginter, S. F. (1988). Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med*, *319*(26), 1701-1707.
- Ulander, K., Axelsson, C., Westergren, A., Torfadottir, O., & Lindholm, C. (2008). *Eating and Nutrition at Fjordungssjúkrahúsíð, Iceland, in cooperation with Kristianstad University, 2006 and 2007* (Report 1654-1421:19). Kristianstad: Institutionen för Hälsovetenskaper.
- Ulander, K., Westergren, A., Torfadottir, O., Axelsson, C., & Lindholm, C. (2007). *Point prevalence study of Eating and Nutrition March 2006, at Fjordungssjúkrahúsíð, Iceland in cooperation with Kristianstad University* (Report 1654-1421:7). Kristianstad: Institutionen för Hälsovetenskaper.
- Westergren, A., Lindholm, C., Axelsson, C., & Ulander, K. (2007). *Både Undernäring och Övervikt inom Vård och Omsorg November 2005 - En punktprevalensstudie kring Ätande och Näring* (Report 1654-1421:4). Kristianstad: Institutionen för Hälsovetenskaper.
- Westergren, A., Lindholm, C., Axelsson, C., & Ulander, K. (2008). Prevalence of Eating Difficulties and Malnutrition among Persons within Hospital Care and Special Accommodations. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, *12*(1), 39-43.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning: forskningsetisk policy och organisation i Sverige* (2., rev. versionen ed.). Stockholm: Medicinska forskningsrådet (MFR).
- Vygotskij, L. S., & Öberg Lindsten, K. (1995). *Fantasi och kreativitet i barndomen*. Göteborg: Daidalos.

Bilaga 1, Downtons Fallriskindex



Sjuksköterskeutbildningen hösten 2008

Downton Fallrisk Index (enkät för enskild vårdtagare)

Namn på patient/boende Personnummer

.....

✂ (Klipp av för aidentifiering innan återständning till högskolan) ✂
 Avdelning/Enhet Sjukhus/Kommunalt boende/annat Ort

.....

Datum Utfört av

.....

| | | Poäng (Ringa in aktuell siffra) |
|---|----------|---------------------------------|
| Tidigare kända falloolyckor | T | |
| Nej | | 0 |
| Ja (det senaste året) | | 1 |
| Medicinering | M | |
| Ingen | | 0 |
| Lugnande / Sömnmedel / Neuroleptika | | 1 |
| Diuretika | | 1 |
| Antihypertensiva (annat än diuretika) | | 1 |
| Antiparkinson läkemedel | | 1 |
| Antidepressiva läkemedel | | 1 |
| Andra läkemedel | | 0 |
| Sensoriska funktionsnedsättningar | S | |
| Ingen | | 0 |
| Synnedsättning (blind eller kraftigt till måttligt nedsatt syn) | | 1 |
| Hörselnedsättning (döv eller kraftigt till måttligt nedsatt hörsel) | | 1 |
| Motorik (tecken till förlamning) | | 1 |
| Kognitiv funktionsnedsättning | K | |
| Orienterad | | 0 |
| Ej orienterad (kognitiv funktionsnedsättning) | | 1 |
| Gångförmåga | G | |
| Säker (med eller utan hjälpmedel) | | 0 |
| Osäker | | 1 |
| Saknas | | 0 |

Totalpoäng

Risikfaktorerna adderas till en indexpoäng(0-11) >=3 föreslås indikera hög fallrisk

Fritt översatt från Rosendahl et al, Aging Clin Exp Res, 2003.



Bedömning av fallrisk med instrumentet Downton Fallrisk Index
– Rapport för återföring av resultat till aktuell enhet/avdelning
(Fomuläret kan öppnas, fyllas i och sparas på nytt i Word.)

1. Avdelning/enhet:
2. Ev. specialitet på avdelning/enhet:
3. Sjukhus/kommunalt boende:
4. Datum: 22 oktober 2008
5. Antal patienter/vårdtagare inskrivna:
6. Antal patienter/vårdtagare som tackade nej till att bli bedömda med Downton:
7. Antal patienter/vårdtagare som bedömts med Downton:
8. Namn (på bedömaren/bedömarna):

Resultat Downton Fallrisk Index

(minimum 0 och maximum 11 poäng, hög poäng = sämre status)

9. Medelpoängen var:
 10. Antalet personer med 3 eller fler poäng (hög fallrisk) enligt Downton:
 11. Procent med hög fallrisk:
 12. Antal personer för vilka adekvata åtgärder (utgå från åtgärdslistan) vidtagits för att förebygga fall:
- Antal personer med fallrisk enligt enskilda variabler:
13. Tidigare fall:
 14. Medicinering som ger fallrisk:
 15. Sensorisk funktionsnedsättning:
 16. Kognitiv funktionsnedsättning:
 17. Problem med gångförmåga:

Om du varit på både ordinärt och särskilt boende, vänligen rapportera uppdelat på varje enhet.



Min erfarenhet av att använda Downton Fallrisk Index

Lina Axelsson, Kerstin Ulander, Albert Westergren 2008-09-16

1. Jag är sjuksköterskestudent i Kurs: 6 16
2. Min medverkar var i/på: Sjukhus Kommunalt boende Hsv Annat

3. Hur var informationen före studien?
 Utmärkt Tillräcklig Otillräcklig

3. Var de skriftliga instruktionerna tillräckliga?
 Ja Nej

4. Hur fungerade samarbetet med vårdpersonalen under studien?
 Utmärkt Bra Inte alls

5. Hur fungerade samarbetet med patienten/-erna under studien?
 Utmärkt Bra Inte alls

6. Fick Du tillräckligt stöd av högskolans personal (kliniska adjunkter/lärare eller andra) för att kunna genomföra datainsamlingen?
 Ja Delvis Nej Ingen uppfattning

7. Hur upplevde Du datainsamlingen ur ett vetenskapligt perspektiv?
 Jag har fått bättre vetenskaplig förståelse
 Jag förstår inte sambandet mellan vetenskap och undersökningen
 Jag anser mig redan ha en fullgod vetenskaplig förståelse och ser inte att min medverkan har medfört någon ny kunskap/erfarenhet

8. Undersökningen ökade mitt intresse för fallrisk?
 Ja Nej Nej, mitt intresse är/var redan stort Ej intresserad

9. Mina kunskaper om Fallrisk ökade Ja Nej

10. Genomsnittlig tidsåtgång per bedömning för dig (i minuter): _____

11. Markera med kryss i vilken utsträckning du instämmer/tar avstånd från påståendena nedan.

Denna sektion handlar om att använda bedömningsinstrumentet Downton Fallrisk Index

| | Varken instämmer eller tar avstånd | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Instämmer helt | Instämmer delvis | Tar delvis avstånd | Tar helt avstånd | |
| a. Frågorna känns relevanta för syftet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Frågorna är lätta att förstå | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Svarsalternativen är lätta att förstå | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Mina reflektioner kring instrumentet och att göra bedömningen: _____

13. Mina erfarenheter av att återföra resultaten: _____

Inlämnas till Lina Axelsson, Forskningsassistent, Högskolan Kristianstad, Sjuksköterskeprogrammet



Instruktion till sjuksköterskestudenter i kurs 6 och 16 inför undersökningen av Downton Fallrisk Index, Höstterminen 2008.

Du/ni ska i dialog med patienten, personal och/eller anhörig samt genom journalgenomgång genomföra bedömningar av fallrisk med hjälp av instrumentet "Downton Fallrisk Index". Bedömningar görs på de vårdtagare som finns på avdelningen/det kommunala boendet den 22 oktober och som är inskrivna klockan 08.00 på morgonen. Bedöm patienten/den boende även om denna är bedömd tidigare.

Du/ni har som uppgift att sammanställa, fundera över adekvata åtgärder för att minska risk för fall samt återföra resultaten från de egna bedömningarna till aktuell enhet/avdelning. Till hjälp har du/ni "Bedömning av fallrisk med instrumentet Downton Fallrisk Index – Rapport för återföring av resultat till aktuell enhet/avdelning" (finns i kursikonerna på First Class). Lampligen genomförs återföringen i samband med ett avdelningsmöte. Går ej detta kan resultaten återföras till handledaren samt dennes närmsta chef.

Kom ihåg att procentsatserna endast beräknas på de som faktiskt bedömts, inte på alla som var inskrivna på enheten. Ett exempel, enheten har 14 patienter inlagda men endast 10 av dessa vill delta i undersökningen. Av dessa är det 2 patienter som bedöms vara i riskzonen för att kunna falla (dvs. har Downton poäng som är 3 eller däröver). Förekomsten av fallrisk på avdelningen är då 20% (2 delat med 10 x 100).

Vidare så beräknas medelvärdet av poängen genom att alla totalpoäng summeras, därefter divideras denna summa med antalet personer som bedömts. Ett exempel, du har fått fram följande 10 värden från bedömningarna: 0, 2, 1, 7, 5, 6, 3, 3, 4, 2. Uträkningen blir då $0+2+1+7+5+6+3+3+4+2 = 33$ dividerat med antalet bedömningar som gjorts. Det vill säga medelvärdet är $33/10=3,3$.

Du/ni ska så snart som möjligt, dock senast den 15 november, till Högskolan Lina Axelsson inlämna följande i en bunt/sammanhållet:

1. De oidentifierade individuella ifyllda enkäterna i original för varje patient/boende (Avskilj den övre delen av enkäten innan återskicket).
2. Din/er sammanställning av resultaten som du/ni redovisat avdelningen alternativt handledaren.
3. Utvärdering av genomförda bedömningar för varje student som medverkade på den aktuella enheten/avdelningen.

Alla frågor besvaras av klinisk lärare eller av: Albert Westergren, Docent 044 – 20 85 50, Kerstin Ulander, Universitetslektor 044 – 20 40 24 eller Lina Axelsson, Forskningsassistent 044 – 20 85 70 på Högskolan i Kristianstad.

Lina Axelsson, Sjuksköterskeprogrammet, Högskolan Kristianstad
lina.axelsson@hkr.se, 044 – 20 85 70.

Sjuksköterskeprogrammet 2008-09-16

Information till Handledare och Huvudhandledare/studentansvariga, Aktuella enhetschefer och Avdelningschefer/motsvarande, Kliniska lärare/adjunkter samt Studenter i kurs 6 och kurs 16 höstterminen 2008

Hösten 2008 genomför sjuksköterskestudenterna vid Högskolan Kristianstad en ny modell för punktprevalensstudie. Studenterna i sin verksamhetsförlagda utbildning i kurs 16 och/eller tillsammans med studenterna i kurs 6 genomför fallriskbedömningar enligt Downton Fallrisk Index för de vårdtagare som finns vid deras aktuella utbildningsplatser. *Bedömningarna görs den 22 oktober, för alla vårdtagare som är inskrivna vid enheten klockan 08.00 eller som studenten träffar inom kommunal vård (kan gälla både särskilt och ordinärt boende).* Bedömningarna genomförs även om vårdtagaren tidigare bedömts för fallrisk.

Bedömningarna kommer endast att ske vid arbetsplatser där det finns studenter från de aktuella kurserna.

Studenterna sammanställer resultaten och återrapporterar dem snarast (senast veckan efter bedömningarna) till aktuell personal, på det sätt som fungerar bäst på arbetsplatsen. Återrapporteringen kan ske till handledare, till enhetens chef eller på ett avdelningsmöte. Till sin hjälp har studenterna en rapportmall (finns i kursikonerna på First Class) för återrapportering samt ett underlag med exempel på risker och förslag till åtgärder att reflektera över. Vid frågor kontaktas aktuell klinisk lärare eller någon av undertecknad.

Målet är att studenterna ska träna sig i att med hjälp av ett bedömningsinstrument identifiera risker för fall hos vårdtagare och fundera över möjliga åtgärder för att minska fallrisken, samt delge aktuell personal sina resultat och förslag.

Den eller de i personalen som får ta del av studenternas resultat och förslag beslutar vad de vill göra med studenternas iakttagelser. Ingen ytterligare återrapportering kommer att ske denna gång.

Studenterna lämnar de underlag som oidentifieras, tillsammans med ifylld rapportmall och utvärderingar till Lina Axelsson, Forskningsassistent. Med hjälp av studenternas uppfattningar om upplägget hösten 2008 planerar vi att kunna förfina metoden för att genomföra bedömningarna i större skala under våren 2009.

Frågor om fallriskbedömningen besvaras av undertecknade. Vi hoppas att ni ska se möjligheterna i studenternas arbete och ta tillvara deras bedömningar och förslag för era pågående förbättringsarbeten.

Vänliga hälsningar

Albert Westergren, Docent 044 – 20 85 50,
Kerstin Ulander, Universitetslektor 044 – 20 40 24 eller
Lina Axelsson, Forskningsassistent 044 – 20 85 70, Högskolan i Kristianstad.