



Klinisk Patientnära Forskning 28

Fallriskbedömning

- med Downton Fallrisk Index
- en studie genomförd med hjälp från studenter på sjuksköterskeprogrammet

Albert Westergren, Professor i Omvårdnad
Gita Hedin, Forskningsassistent

ISSN: 1654-1421



Forskargruppen för Klinisk Patientnära Forskning med studentmedverkan i fokus bedriver sedan år 2004 forskning med inriktning mot patientsäkerhet och har sin bas på Högskolan Kristianstad, Sektionen för Hälsa och Samhälle.

Målsättning

Att med 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. Metodiken förenar högskolans tre primära uppgifter; forskning, utbildning och samverkan.



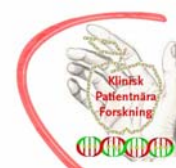
2010-08-11

Albert Westergren, Professor i Omvårdnad
Gita Hedin, Forskningsassistent

ISSN: 1654-1421

Högskolan Kristianstad, 291 88 Kristianstad

Kontakt forskargruppen:
gita.hedin@hkr.se
Högskolan Kristianstad
Sektionen för Hälsa och Samhälle
291 88 Kristianstad +46 (0) 44-20 85 54



Sammanfattning

Syftet med studien var att göra en bedömning av fallrisk hos patienter vid sjukhus, hemsjukvård och särskilt boende. Vidare var syftet att högskolestudenterna skulle få träning i kritiskt tänkande och reflektion i kliniskt beslutsfattande och att introducera evidensbaserade verktyg för att underlätta beslut rörande patientsäkerhet.

Metod: Datainsamlingen utfördes av sjuksköterskestudenter under verksamhetsförlagd utbildning på sjukhus, hemsjukvård och i särskilt boende åren 2008 och 2010. Även kliniska adjunkter/kliniska lärare, personal på sjukhus och i särskilda boenden medverkade till att genomföra datainsamlingen. Studenterna fick genom datainsamlingen träning i att ge information till personal och patienter/boende, sammanställa resultatet från enheten, samt att återrapportera och reflektera över resultaten. Bedömning av fall gjordes med hjälp av bedömningsinstrumentet Downton Fallrisk Index (fallrisk om ≥ 3 poäng). Båda åren tillfrågades alla inskrivna patienter om att medverka, där det fanns sjuksköterskestudenter.

Resultat: I hela urvalet var det 73% av vårdtagarna som hade fallrisk år 2008 och 69% år 2010. Medelpoängen i Downton Fallrisk Index år 2008 var 3,7 och år 2010 var den 3,5. År 2008 och 2010 var det 66% respektive 58% som hade fallrisk på sjukhus medan motsvarande förekomst i kommunalt boende var 86% respektive 85%. Andelen med tidigare kända falloolyckor i kommunalt boende (50% båda åren) var högre än på sjukhus (45% respektive 44%) de båda åren. Genomsnittlig tidsåtgång för att genomföra en fallriskbedömning enligt Downton var 10 minuter (median). Flertalet studenter instämde helt eller delvis i att frågorna i Downton var relevanta, lätta att förstå och att även svarsalternativen var lätta att förstå.

Huvuddelen av studenterna år 2008 och 2010 (år 2008, kurs 6: 76% respektive kurs 16: 65% och år 2010, kurs 6: 38% respektive kurs 16: 61%) uppgav att de fått bättre vetenskaplig förståelse genom sin medverkan. Det är viktigt att notera att kurs 6 studenterna år 2010 ej erhöll någon muntlig information inför studien vilket sannolikt kan ha påverkat upplevelsen av att medverka negativt.

Konklusion: Ett större antal patienter hade fallrisk och hade faktiskt fallit vid de kommunala boendena än vad det var vid sjukhusen. Downton Fallrisk Index tycks vara ett användbart och enkelt instrument att använda. För studenterna upplevdes det generellt som positivt att medverka i ett faktiskt forskningsprojekt, men en förutsättning för den positiva inställningen är sannolikt en bra/utförlig muntlig information innan studiens genomförande.

Nyckelord: Downton, fallrisk, kommuner, riskbedömning, sjukhus, studentmedverkan.

Summary

The aim of this study was to make an assessment of fall risk among persons in hospitals and among those living in special accommodation (long-term care).

Method: Nurse students collected the data during their clinical education at hospitals and in special accommodations in 2008 and 2010. Staff and clinical teachers participated also with the data collection. By participating in the study the students got training in how to provide information to the staff and patients/residents, collect data, and compile results and to give feed-back about the findings to the department. The assessment of fall risk was done using the Downton Fallrisk Index (risk of fall ≥ 3 points). Both years all patients/residents were there were nurse students were asked to participate, in the study.

Results: In the entire sample the prevalence of fall risk in year 2008 was 73% and in year 2010 was 69%. The mean score in the Downton Fallrisk Index in year 2008 was 3,7 and in year 2010 it was 3,5. At the hospitals in year 2008 and 2010 it was 66% and 58% respectively that had risk of fall while the corresponding prevalence in the special accommodations was 86% and 85%. The average time to carry out the assessment of fall risk was 10 minutes (median). The majority of the students agreed that the questions in Downton were relevant, easy to understand and that the answer alternatives also were easy to understand.

The majority of the students 2008 and 2010 (2008, course 6: 76% respectively course 16: 65% and in 2010, course 6: 38% respectively course 16: 61%) stated that they received better scientific-knowledge, through participating in the study. It is of importance too note that the course 6 students in 2010 did not receive any verbal information before the study, which probably negatively influenced the experience of contributing in the study.

Conclusion: In special accommodations the prevalence of fall was higher than in hospitals. The Downton Fallrisk Index seems to be a useful and simple instrument to use. In general the nursing students experience is positive to participate in a real research project. However, a pre-requisite for the positive experiences from participating is most likely that they get, verbal information before participating in the study.

Keywords: Community, Downton, fall, hospital, prevention, risk assessment, risk assessment tool, special accommodation, student participation.

Innehåll

Förord	6
Inledning.....	7
Bakgrund	8
Demografisk utveckling.....	8
Biologiska faktorer	8
Den onda cirkeln	9
Riskbedömning	9
Fallprevention.....	9
Syftet	11
Metod och genomförande.....	11
Urval.....	11
Instrument.....	11
Etik	11
Resultat.....	12
Diskussion	18
Referenser.....	19
Downton Fallrisk Index, bilaga 1	20
Instruktioner och vägledning Downton Fallrisk Index = Fallriskanalys, bilaga 2	21

Förord

Tack till

- Personal och studenter som medverkat vid sjukhusen i Kristianstad, Helsingborg, Hässleholm, Karlshamn, Simrishamn, Ängelholm och Ystad.
- Kommunerna (särskilda boenden) i Kristianstad, Helsingborg, Hässleholm, Bromölla, Östra Göinge, Perstorp och Osby.
- Kliniska adjunkter och kliniska lärare samt handledare.
- Chefer vid sjukhusen.

Inledning

Denna rapport är en del av en större satsning på patientsäkerhet i ett unikt samarbete mellan Forskargruppen för Klinisk Patientnära Forskning – med Studentmedverkan i Fokus, Högskolan Kristianstad, sjuksköterskeprogrammet samt sjukhus och kommuner. Tidigare har större prevalensstudier gjorts som fokuserat på trycksår, nutrition, hygien/sårsmikrobiologi samt smärta, av dessa har betydande förbättringar av vårdrutiner noterats (Ulander et al. 2006; Westergren et al. 2008; 2009a; 2009b; 2009c; Westergren & Hedin, 2010). Denna rapport är den andre i raden som fokuserar på fallriskbedömning med Downton Fallrisk Index. Den första rapporten som fokuserar på fallrisk är från 2008.

Bakgrund

Det är många olika faktorer som gör att äldre är mer utsatta för skador än andra. Inomhus kan det röra sig om hala golv, dålig belysning, lösa mattor och sladdar för att nämna några. Utomhus kan det vara dåligt underhållna gångbanor och trappor, avsaknad av ledstänger eller att trafikmiljön inte är anpassad efter de äldres behov. En orsak till att äldre skadar sig lättare i samband med fall än yngre, är att de generellt är bräckligare, och konsekvenserna av detta är att de lättare ådrar sig betydligt fler skador orsakade av fall (Gyllensvärd, 2009).

Demografisk utveckling

Äldre personer (65 +) utgör 17 procent (eller 1,5 miljoner) av befolkningen. De kommande tio åren kommer antalet äldre att öka med 27 procent, till nästan 1,9 miljoner av befolkningen. Detta kan jämföras med de tio gångna åren då antalet äldre ökade med endast en procent. För kommunerna är ökningen av antalet äldre i de äldsta åldersgrupperna mest betydelsefull, eftersom de i första hand påverkar behovet av vård och omsorg. De senaste tjugo åren har vi haft en kraftig ökning av antalet personer som är 80 år och äldre. De kommande tjugo åren är det främst antalet äldre 65 – 79 år som kommer att öka. Efter 2020 blir det däremot en betydande ökning av antalet 80 år och äldre igen. Männens medellivslängd förväntas öka mer än kvinnornas. Därmed kommer också andelen kvinnor i den allra äldsta befolkningen att minska successivt (Sveriges Kommuner och Landsting, 2009).

I Sverige dör i snitt fler än tre personer över 65 år varje dag till följd av fallolyckor. Det är mer än dubbelt så många dödsfall än de som sker i trafiken varje år. Fem gånger fler hamnar på sjukhus efter fallolyckor än efter trafikolyckor. Det är också ett växande problem eftersom antalet äldre och sköra människor blir fler och fler, vilket ökar antalet olyckor. Fallolyckor är ett folkhälsoproblem som orsakar stora kostnader och lidanden. Den totala vårdkostnaden för höftopererade till följd av fallolyckor uppgår i okomplicerade fall till cirka en kvarts miljon kronor per person (www.fhi.se, 2010-09-05).

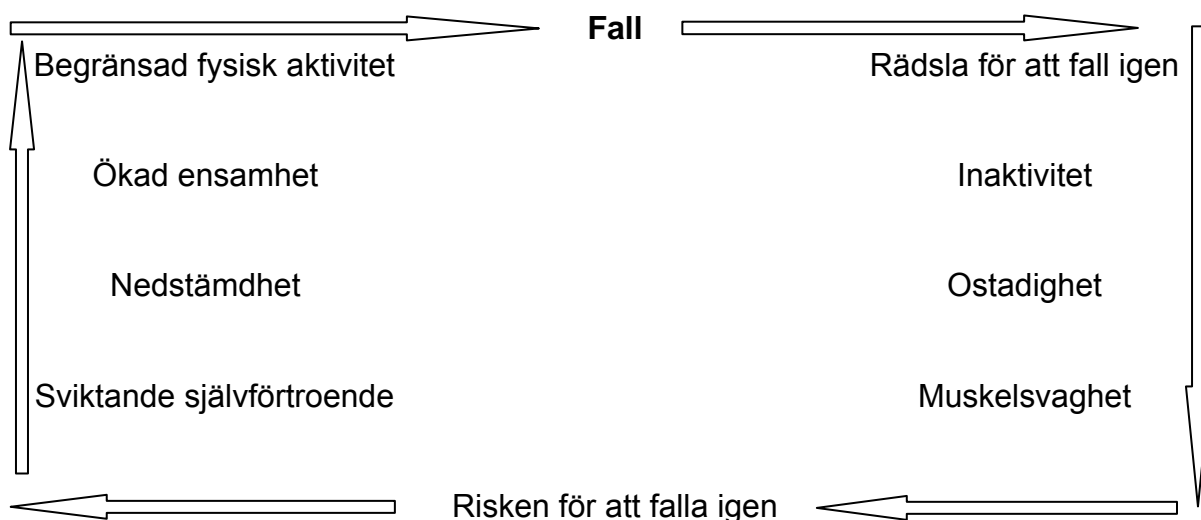
Biologiska faktorer

Biologiskt åldrande yttrar sig generellt i en rad förändringar av organismens sammansättning och mekaniska egenskaper, som till exempel minskad vattenhalt i vävnaderna, urkalkning av skelettet samt minskad elasticitet i hud, brosk och bindväv. Det naturliga åldrandet medför vissa förändringar av såväl fysiska som psykiska funktioner. Detta tillsammans med en försämring av hörsel och syn samt andra sjukdomstillstånd medför en nedsättning av den fysiska prestationsförmågan och ökar risken för skador. Förändringar i skelettet (benskörhet eller osteoporos) bidrar i stor utsträckning till att skadorna blir allvarigare med ökad ålder. Sämre energiupptagande förmåga i muskel- och fettvävnad, mindre rörlighet i muskler och leder, lägre muskelstyrka samt sämre reaktionsförmågan för att kunna parera en situation ökar risken för en olyckshändelse. Många olyckor skulle kunna undvikas genom att äldre, med nedsatt kapacitet, inte utsätts eller utsätter sig för situationer eller behöver utföra aktiviteter som är svåra att bemästra. Det kan här röra sig om att klättra upp på stolar, stegar etc. Det kan också handla om att behöva förflytta sig för att svara i telefon och andra snabba rörelser (www.msb.se 2010-09-15).

En studie utförd i Italien (Saverino et al., 2006) visar på att fallrisk är ett stort hälsoproblem. Att bedöma risken för att falla kan vara en betydande insats för att säkra eller stärka patientens autonomi. Studien utfördes vid ett rehabiliteringscenter inom neurologi och ortopedi. Antalet medverkande i studien var 320 patienter som vistades vid rehabiliteringscentret under sju månader. Studien visar att de patienter med störst fallrisk är de patienter som har neurologiska skador (post-stroke). Fallrisk verkar även vara kopplat till den kliniska miljön samt till olika nivåer av handikapp.

Den onda cirkeln

Fall på sjukhus som leder till en skada, ger ett ökat lidande för patienten, ökade kostnader samt förlängd vårdtid. Konsekvenserna av en fallolycka kan leda till en ond cirkel (Figur 1):



Figur 1. "Den onda cirkeln" (Sveriges kommuner och landsting, 2009).

Riskbedömning

Enligt SKL (Sveriges Kommuner och Landsting, 2009) ska samtliga patienter 65 år och äldre riskbedömas med Downton Fall risk Index i samband med inskrivning, senast inom 24 timmar (bilaga1). Även patienter med nedsatt gångförmåga eller annan funktionsnedsättning som påverkar fallrisken, ska riskbedömas i samband med inskrivning. Riskbedömningsinstrumentet ska ligga som obligatoriskt i sjuksköterskans inskrivningsanteckningar. Får patienten tre eller fler poäng föreligger en ökad risk för fall. Vid konstaterad ökad fallrisk eller om en fallolycka redan inträffat, ska en fördjupad strukturerad riskfallsbedömning göras för att identifiera fallriskfaktorer och risksituationer samt bedöma vilka åtgärder som kan minska risken för fallolyckor på avdelningen (Sveriges Kommuner och Landsting, 2009).

Fallprevention

Det största problemet med fall bland äldre är konsekvenserna som i värsta fall kan resultera i död eller fraktur. För att undvika fallolyckor kan man tänka sig två generella lösningar på problemet:

1. Minska risken för fall – färre fall bör leda till att antalet fallolyckor reduceras.

2. Minska risken för skada vid fall – om skaderisken minskar reduceras fallolyckorna.

Många av riskfaktorerna går att påverka, exempelvis kan faror i miljön minimeras genom att ta bort trösklar, kablar och mattor från hemmet för att de äldre inte ska snubbla över dessa. Om de förebyggande åtgärderna är kostnadseffektiva kan stora hälsovinster göras samtidigt som pengar sparas. Detta är något som blir allt mer viktigt i framtiden eftersom andelen äldre i relation till den arbetande andelen i befolkningen ökar (Gyllensvärd, 2009).

Det är vanligt att fall inträffar under vårdtiden, särskilt bland äldre patienter och hos dem med diagnosen stroke, demens och höftfraktur. Aktiviteter som har samband med fall på sjukhus är främst förflyttningar till eller från säng och stol, gång och toalettbesök. Fall som sker på sjukhus kan både leda till skador och till förlängd vårdtid. Sju procent av alla höftfrakturer drabbar patienter som redan är inskrivna på sjukhus. Hälften av patienterna som drabbas av höftfraktur på sjukhus har tidigare fallit under vårdtiden. Även fall som inte leder till någon fysisk skada kan få allvarliga konsekvenser för patientens fysiska funktionsförmåga och livskvalitet. Rädsla för att falla igen är en vanlig följd, som ofta leder till inaktivitet, ökat hjälpbehov i vardagen och en ökad risk för nya fall (Sveriges Kommuner och Landsting, 2009).

När det gäller äldre som vistas på sjukhus/kommunalt boende och patientsäkerheten så finns det stora möjligheter att förebygga fallrisk:

- Placera patienten med hög fallrisk närmast toaletten
- Erbjud er att följa patienten till och från toaletten
- Kontrollera att ring- och larmsignaler fungerar
- Prioritera signaler från patienter med hög fallrisk
- Lås sängen och sängbordet, se till att stolar har rätt höjd och armstöd
- Erbjud dagliga promenader om patientens hälsa tillåter
- Gå regelbundna "snubbelronder"
- Torka upp spill från golv
- Ta bort sladdar och utstickande stolsben och stativ
- Gör läkemedelsavstämningar med fokus på fallrisk

För att lyckas förebygga fallolyckor och fallskador, krävs teamarbetet där samtliga yrkeskategorier är lika viktiga. Även patienten och närstående ska involveras i preventionsarbetet.

Syftet

Syftet med studien var att göra en bedömning av fallrisk hos patienter vid sjukhus och kommunalt boende. Vidare var syftet att studenterna inom sjuksköterskeprogrammet vid högskolan Kristianstad skulle få träning i kritiskt tänkande och reflektion i kliniskt beslutsfattande, att introducera evidensbaserade verktyg för att underlätta beslut rörande patientsäkerhet.

Metod och genomförande

Urval

År 2008 och 2010 hade samtliga patienter på sjukhusens avdelningar, de kommunala boendena och de särskilda boendena där sjuksköterskestudenter hade sin verksamhetsförlagda utbildning, som inte avböjde att medverka, och som var inskrivna vid avdelningen då studien skulle utföras hade möjlighet att inkluderas. Totalt ingick 1610 patienter (åren 2008 och 2010). År 2008 deltog 772 patienter och år 2010 deltog 838 patienter.

Instrument

Bedömning av fall gjordes med hjälp av bedömningsinstrumentet Downton Fallrisk bedömning. Bedömningsinstrumentet fokuserar på fem områden; tidigare kända fallolyckor, medicinering, sensoriska funktionsnedsättningar, kognitiv funktionsnedsättning och gångförmåga. Riskfaktorerna adderas till en indexpoäng (0-11) där den summerade poängen blir tre eller mer föreligger hög fallrisk (bilaga 1).

Etik

Medgivande till att delta i studien inhämtades genom ett informerat samtycke. Information gavs både muntligt och skriftligt. Inga uppgifter om namn och personnummer samlades in för att säkerställa patienternas anonymitet. Studien bedrevs som ett utvecklingsprojekt vilket innebär att inget godkännande från någon etisk kommitté krävdes, enligt förordningen om etikprövning av forskning som avser människor (www.riksdagen.se)

Resultat

Totalt var det 1548 patienter/boende som fick ett poängutfall genom Downton fallriskindex. Andelen patienter/boende som deltog var fler 2010 än 2008. År 2008 var det 47% av vårdtagarna som hade tidigare kända fall och 2010 var det 46%. Andelen som hade fallrisk var år 2008 totalt 73% och år 2010 totalt 69%. Vid jämförelse av poängutfallet mellan åren finns inga signifikanta skillnader mellan grupperna (Tabell 1).

Tabell 1. Poängutfall, Downton fallriskindex, %.

	År 2008 n = 711, %	År 2010 n = 837, %
Tidigare kända fall	47	46
Lugnande/Sömnmedel/ Neuroleptika	45	46
Diuretika	45	40
Antihypertensiva (annat än Diuretika)	39	38
Antiparkinson läkemedel	4	4
Antidepressiva läkemedel	22	24
Synnedläggning (blind eller kraftigt till måttligt nedsatt syn)	48	47
Hörselnedläggning (döv eller kraftigt till måttligt nedsatt hörsel)	29	33
Motorik (tecken till förlamning)	21	16
Ej orienterad (kognitiv funktionsnedläggning)	27	25
Osäker gångförmåga	44	32
Fallrisk och medelpoäng		
Andel med fallrisk	73	69
Medelpoäng Downton	3,7	3,5

Andelen patienter/boende som hade fallrisk vid sjukhusen, hemsjukvården och i de kommunala boendena var något fler 2008 jämfört med 2010 (Tabell 2).

Tabell 2. Patienter/boende bedömda med Downton Fall Risk Index, uppdelat på verksamheter.

	År 2008	År 2010
Sjukhus	n= 473, %	n= 485, %
Andel med tidigare kända fallolyckor	45	44
Fallrisk enligt Downton	66	58
Kommunalt boende	n= 310, %	n= 187, %
Andel med tidigare kända fallolyckor	50	50
Fallrisk enligt Downton	86	85
HSV	n= 36, %	n= 39, %
Andel med tidigare kända fallolyckor	59	33
Fallrisk enligt Downton	94	72
KVH	n=10, n	n=6, n
Antal med tidigare kända fallolyckor	Antal 4 (40%)	Antal 6 (75%)
Fallrisk enligt Downton	Antal 6 (60%)	Antal 6 (100%)

HSV= Hemsjukvård

KVH= Kvalificerad Vård i Hemmet

År 2008 var det totalt 86 studenter som angav den genomsnittliga tidsåtgången för att utföra bedömning med hjälp av Downton Fallrisk Index. Mediantiden för att utföra bedömningen i kurs 6 och kurs i 16 var 10 minuter (Tabell 3).

Tabell 3. Genomsnittlig tidsåtgång per bedömning uppdelat på kurs (kurs 6 och kurs 16).

År 2008	Antal	Minuter	
		Medel	Median
Kurs 6	29	11	10
Kurs 16	57	13	10
Totalt	86	13	10

Totalt var det 168 studenter som utvärderade sin medverkan i punktprevalensstudien och användandet av instrumentet Downton Fallrisk Index. Majoriteten av studenterna instämde helt eller delvis i att frågornas uppbyggnad och att frågorna kändes relevanta, samt att frågorna var lätta att förstå liksom att svarsalternativen var lätta att förstå (Tabell 4).

Tabell 4. Studenternas (2008, n = 86), (2010, n = 82), utvärdering av instrumentet Downton Fall Risk Index.

År 2008	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
År 2010			
Instämmer helt	20	54	44
Instämmer delvis	69	43	48
Tar delvis avstånd	4	3	7
Varken instämmer eller tar avstånd	7	0	0

Majoriteten av studenterna i kurs 6 och 16, år 2008 var positiva till att studien bidragit till ett vidgat vetenskapligt perspektiv. Likaså tyckte studenterna i kurs 16, år 2010. Kurs 6, år 2010 var mindre nöjda, när det gällde det vetenskapliga perspektivet och om studien hade ökat intresset och om man fått mer kunskap om ämnet (Tabell 5).

Tabell 5. Studenternas (2008, n = 86), (2010, n = 82), utvärdering av sina kunskaper och vetenskapliga förståelse.

År 2008	Kurs 6, %	Kurs 16, %
Hur upplevde du datainsamlingen ur ett vetenskapligt perspektiv?		
Jag har fått en bättre vetenskaplig förståelse	76	65
Jag anser mig redan ha en fullgod vetenskaplig förståelse och ser inte att min medverkan har medfört någon ny kunskap/kunskaper	21	25
<hr/>		
År 2010		
Jag har fått en bättre vetenskaplig förståelse	38	61
Jag anser mig redan ha en fullgod vetenskaplig förståelse och ser inte att min medverkan har medfört någon ny kunskap/kunskaper	25	75
Undersökningen ökade mitt intresse för Fallrisk	34	66
Mina kunskaper om Fallrisk ökade	31	69

Studenterna fick möjlighet att lämna skriftliga kommentaren på några frågor (tabell 6 och 7). Majoriteten av studenterna lämnade positiva kommentarer och främst förekommande var kommentarer kring att bedömningen var lätt, enkel och snabb att genomföra. Kommentarer som var mindre positiva handlade främst om att bedömningsmaterialet var generellt och ej situationsanpassat (tabell 6).

Tabell 6. Studenternas (kurs 6 och 16) reflektioner kring instrumentet och att göra bedömningen.

	Kategori	Citat
Positiva kommentarer	Bra	"Det gick bra att genomföra, lagom med frågor och de flesta tyckte att det var en positiv grej"
	Lätt Smidigt	"Det var intressant och välbehövligt"
	Intressant Positivt	"Det var enkelt att utföra och det gick snabbt"
	Enkelt	
Negativa kommentarer	Mer situationsanpassat	"Saknade frågor kring smärtlindring", " Saknade frågor om hur hemmet såg ut, omgivningen: möbler, mattor, hjälpmedel"
	Generell bedömning	"Blev förvånad över att morfinliknande smärtstillande medel ej fanns med då detta kan påverka"
	Hur patienten bor	"Patienten kan få 3 poäng utan att vi + patienten ansåg att patienten var i riskgrupp. Måste se till helheten"

Majoriteten av studenterna lämnade positiva kommentarer angående att återföra resultaten till avdelningen/enheterna: bra, lätt, smidigt och ökat intresse. Kommentarer som var mindre positiva: gällde snedfördelning och exkludering av patienter samt att det var svårt (tabell 7).

Tabell 7. Studenternas (kurs 6 och 16) erfarenheter av att återföra resultaten.

	Kategori	Citat
Positiva kommentarer	Bra	"Det var bra att resultaten skulle återföras. Man fick då tänka efter och diskutera tillsammans"
	Smidigt Ökat intresse	"Satte igång diskussioner mellan personalen"
	Lätt Uppskattat	"Roligt att se resultatet av studien och delge arbetslaget. En bra erfarenhet att få tänka"
	Enkel	
Negativa kommentarer	Snedfördelning	"De patienter som exkluderas ur studien då de ej kan ge sitt samtycke till medverkan, är de med störst fallrisk = snedfördelat. De hade också varit intressantast att studera"
	Exkludering av patienter Svårt	"Hade lite svårt för det men klarade detta bra, svårt att begripa hur man skulle räkna ihop allt"

Diskussion

Andelen med fallrisk i denna studie (2010) visar att 69% av patienterna har fallrisk. 2008 visade det sig att 73% av patienterna hade fallrisk. I en artikel av (Saverino et al., 2006) lyfts behovet av att bedöma risken för att falla och därmed planera fallförebyggande åtgärder vilket i sin tur kan bidra till ökad funktionell autonomi. När det gäller tidigare kända fall 2010 var det 46% av patienterna och 2008 var det 47% av patienterna som hade det. Socialstyrelsen (2010) anser att varje verksamhet som vårdar patienter med risk för fall ska ha rutiner för fallprevention. Rutinerna ska innefatta både medicinska och omvårdnadsåtgärder. Det finns mycket som kan förebyggas när det gäller fallrisk, men först behövs en bedömning av patient/boende med Downton Fallrisk Index. Genom att använda sig av detta bedömningsinstrument kan preventivt arbete genomföras, vilket i sin tur kan leda till upptäckten av fallrisk och därmed minska skador för patienten/boende.

Den genomsnittliga tidsåtgången för varje student/bedömning visade att medianen var 10 minuter. Majoriteten av studenterna som medverkade i utvärderingen ansåg att frågorna i bedömningsformuläret kändes relevanta, lätt att förstå samt att svarsalternativen var lätta att förstå. Bedömningsformuläret var genomgående väl ifyllda och datainsamlingen genomfördes utan några större problem vid samtliga sjukhus och kommuner. Samtliga datainsamlare hade fått en ingående muntlig och skriftlig information om bedömningsformuläret och metoden för studien, förutom de studenter i kurs 6, år 2010, som ej erhöll någon muntlig information. Studien kan ge viktig information och kan även påvisa utvecklingsinriktningar inför kommande och fortsatt arbete med implementering av bedömningsinstrument och andra preventiva åtgärder.

Totalt medverkade 82 studenter i utvärderingen av att ha medverkat till genomförandet av punktprevalensstudien 2010. 2010 var det fler i kurs 16 (61%) än i kurs 6 (38%) som ansåg sig ha fått bättre vetenskaplig förståelse. 2008 var det tvärtom, kurs 6 studenterna var fler (76%) som ansåg sig fått bättre vetenskaplig förståelse än i kurs 16 (65%). En trolig anledning till att kurs 6 studenterna 2010 svarat att upplevelsen av att medverka var mindre positiv kan vara att de ej erhöll någon muntlig information före studien. I vilket fall som kan man säga att genom att ha medverkat till studien under sin verksamhetsförlagda utbildning (VFU) har det skett en akademisering och vetenskaplig förankring av VFU: n. Deltagande i reella forskningsprojekt har betydelse för sjuksköterskestudenternas vetenskapliga förståelse.

Konklusion

Det är ett större antal patienter som har fallrisk och faktiskt har fallit vid de kommunala boendena än vad det är vid sjukhusen. Downton Fallrisk Index tycks vara ett användbart och enkelt instrument att använda. För studenterna upplevs det generellt som positivt att medverka i ett faktiskt forskningsprojekt, men en förutsättning för den positiva inställningen är sannolikt att en bra/utförlig muntlig information ges innan studiens genomförande.

Referenser

Gyllensvärd, H. (2009). *Falloolyckor bland äldre; en samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Savarino, A., Benovolo, E., Ottonello, M., Zsirai, E. & Sessarego, P. (2006). *Fall in a rehabilitation setting: functional independence and fall risk*. *Eura Medicophys*, 42, 179-84.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2009). *Förebygg fall och fallskador i samband med vård – Nationell satsning för ökad patientsäkerhet*. Stockholm: Modin Tryckoffset.

Ulander K, Westergren A, Axelsson L, Lindholm C. (2006) Building practice knowledge by assessing eating and malnutrition in a point prevalence study. ESPENconference, Istanbul 19-22 Oct, 2006. Abstract book, page 141.

Westergren. A, et al. (2008). *Prevalence of eating difficulties and malnutrition among persons within hospital care and special accommodations*. *J Nutr Health Aging*;12(1):39-43.

Westergren. A. (2009a). *Vikten av mat för vikten, hälsan och välbefinnandet*. *Nordisk Geriatrik* nr 5.

Westergren. A, et al. (2009b). *Minimal Eating observation form: Reliability and Validity*. *The journal of Nutrition, Health & Aging*. Volume 13, Number 1.

Westergren. A. et al. (2009c). *Malnutrition prevalence and precision in nutritional care differed in relation to hospital volume – a cross-sectional survey*. *Nutritional Journal*:8:20,doi:10.1186/1475-2891-8-20.

Westergren. A, et al. (2009d). "Study circles improve the precision in nutritional care in special accommodations." *Food Nutr Res* **53**.

Westergren, A. & Hedin, G. (2010). *Nutrition– förekomsten av ätsvårigheter och undernäring*.

Elektroniska källor

<http://www.fhi.se/en/Publications/All-publications-in-english/Falloolyckor-bland-aldre---en-samhallsekonomisk-analys-och-effektiva-preventionsatgarder/>. 2010-09-15.

<http://www.msb.se/sv/Forebyggande/Sakerhet-hem--fritid/Aldres-sakerhet/Sa-skadar-sig-aldre/Varfor-skadar-sig-aldre/>. 2010-09-15.

<http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/forhindrafallskador>. 2010-09-25.

<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2003:460>. 2010-10-06.

Sjuksköterskeutbildningen våren 2010

Downton Fallrisk Index (enkät för enskild vårdtagare)

Namn på patient/boende Personnummer

.....

✂ (Klipp av för avidentifiering innan återsändning till högskolan)..... ✂

Avdelning/Enhet

Sjukhus/Kommunalt boende/annat

Ort

Datum

Utfört av

.....

Poäng (Ringa in aktuell siffra)

Tidigare kända fallolyckor	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

TotalpoängRiskfaktorerna adderas till en indexpoäng (0-11) ≥ 3 föreslås indikera hög fallrisk*Fritt översatt från Rosendahl et al, Aging Clin Exp Res, 2003.*

Instruktioner och vägledning Downton Fallrisk Index = Fallriskanalys

Tidigare kända fallolyckor (T)

1 poäng = Känner till att personen fallit det senaste året.

Medicinering (M)

Läs medicinlistan eller låt om möjligt personen själv redogöra för vilka mediciner som intas. Fördela eventuella läkemedel efter medicingrupp och sätt poäng.

Sensoriska funktionsnedsättningar (S)

1 poäng = Synnedsättning – har måttligt till kraftigt nedsatt syn eller är blind. Har behov av glasögon dagligen.

1 poäng = Hörselnedsättning – har kraftigt till måttligt nedsatt hörsel eller är döv. Har behov av hörapparat.

1 poäng = Nedsatt motorik – har kraft- eller funktionsnedsättning i någon extremitet.

Kognitiv funktionsnedsättning (K)

1 poäng = Är inte orienterad till namn, plats och tid. Vid behov görs utredning enligt lokal rutin.

Gångförmågan (G)

0 poäng = Personen går säkert med eller utan gånghjälpmedel och kommer ihåg att använda hjälpmedel.

1 poäng = Personen går osäkert med eller utan hjälpmedel och/eller glömmer att använda hjälpmedel ibland.

Risikfaktorerna adderas till en indexpoäng (0-11) där en poäng ≥ 3 föreslås indikera hög fallrisk.

Från Landstinget i Jönköpings län

Vid hög fallrisk, gå igenom bedömningsunderlaget och reflektera över och föreslå lämpliga åtgärder.

Underlag för diskussion efter genomförda bedömningar

Område	Exempel på risker att uppmärksamma	Exempel på åtgärder för att minska risken att falla	Risk Uppmärksammas (RU) och Åtgärder Föreslagna (ÅF) alternativt Inte Aktuellt (IA), datum
Gång och förflyttning	Går osäkert? Impulsiva förflyttningar? Svårt att sätta sig i eller resa sig från stol eller säng? Glömmer använda hjälpmedel?	Utred orsak. Träning. Gånghjälpmedel. Anpassad tillsyn. Ommöblering.	
Syn	Svårt att se? Progressiva glasögon? Svårt att förhålla sig till saker i omgivningen (stöter i möbler etc., fel avståndsbedömning)?	Syn- och ögonundersökning. Anpassad belysning. Öka kontraster i omgivningen. Efterfråga om glasögon används och/eller justera dessa.	
Personlig vård	Riskfyllt rörelsebeteende vid personlig hygien, toalettbesök eller på- respektive avklädning? Osäkert användande av hjälpmedel?	Utred orsak. Träning. Anpassa kläder och skor. Hjälpmedel. Ökad tillsyn eller assistans.	
Beteende	Observerad eller rapporterad förvirring (delirium), desorientering, oro eller upprördhet (agitation)? Hittar inte i lokalen exempelvis till toalett eller säng? Svårt att förstå eller struntar i instruktioner/förmaningar?	Utred och behandla orsakerna till beteendet. Ökad tillsyn. Skapa en lugn omgivning.	
Kontinens	Inkontinens? Behöver gå på toaletten ofta? Förstoppad?	Utred orsak och behandla. Sängplats nära toalett. Upprätta schema för och/eller tillsyn vid toalettbesök.	
Sjukdomar och läkemedel	Yrsel? Blodtrycksfall? Infektioner till exempel urinvägsinfektion? Osteoporos eller tidigare frakturer? Biverkan av läkemedel (obs! sedativa, antidepressiva, diuretika, eller flera läkemedel)?	Utred orsak och behandla sjukdomar. Ompröva läkemedelsbehandling och revidera eventuellt.	
Nutrition	Underviktig, känd viktnedgång eller dålig aptit? Dehydrerad?	Utred och behandla bakomliggande orsaker. Anpassa, berika eller utöka kost- och vätskeintag. Anpassa måltidsmiljön.	
Yttre omständigheter	Optimal belysning för att patienten tex ska kunna gå på toaletten? Ostadiga skor? Risk/nytta med sänggrindar? Är sängens höjd optimal? Är patienten placerad i rätt sängläge med tanke på omgivning och tillsyn? Används ringklocka/larm?	Förbättra belysningen, tex ha lampan tänd hela dygnet på toaletten. Efterfråga bättre skor. Anpassa sängen. Överväg om patienter med högst fallrisk kan placera nära där personal ofta vistas. Förklara hur ringklocka/larm fungerar och se till att det är lättåtkomligt.	
Övrigt	Manligt kön? Kroniska diagnoser med känd ökad risk för fall?	Risikfaktorer som inte går att påverka. Kompenserande strategier för att minska fallrisken.	

Rosendahl E, Åberg AC, Lundin-Olsson L, 2007. Sveriges Kommuner och Landsting "Förebygg fall och fallskador i samband med vård", 2008.