



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap

Vårdvetenskap

Uppfattningar om fall och fallprevention hos vårdpersonal inom geriatrisk slutenvård

Författare

Kristina Ahlbin

Sandra Jansson

Handledare

Päivi Adolfsson

Uppsats i vårdvetenskap, 15 hp

Grundläggande nivå

VT 2018

Examinator

Helena Lindstedt

Cecilia Arving

SAMMANFATTNING

Fall och fallskador är ett stort folkhälsoproblem för den äldre befolkningen i Sverige. Antalet olyckor i samhället orsakade av fall ökar. Det är de äldre som oftast behöver sjukhusvård efter fallolyckor. Patienter med stroke, kognitiva störningar eller höftfrakturer har en särskilt hög risk att råka ut för fall och fallskador. En vanligt förekommande konsekvens av fall är höftfrakturer. För att förebygga och minska att fall sker krävs en individuell vårdplan för patienten och individuella och genomförbara omvårdnadsåtgärder. Det krävs att vårdpersonal använder sina kunskaper och patientens och sjukhusets resurser för att genomföra vårdplanen. Sedan 2008 driver SKL en nationell satsning för att minska antalet vårdskador och öka patientsäkerheten. Ett område som omfattas av denna nationella satsning är fall och skador till följd av fall.

Syfte: Syftet med den här studien är att undersöka och beskriva vårdpersonalens attityder till fall och fallprevention och om vårdpersonal anser sig ha goda kunskaper om fall och fallprevention.

Metod: Studien har använt sig av en kvantitativ metod i form av en enkätundersökning. Beskrivande statistik och Mann Whitney U test användes för att bearbeta enkätsvaren.

Resultat: Resultatet visar att vårdpersonal till övervägande del har en positiv uppfattning till fallprevention och ser allvarligt på fallskador. Enkäten visar att vårdpersonalen upplever och känner att de är välutbildade i fallprevention och har kunskaper för att ge och skapa en god fallprevention i sitt arbete.

Slutsats: Slutsatsen i denna studie är att vårdpersonal tar fall och fallskador på allvar och har en positiv uppfattning till fallprevention. De anser sig också ha goda kunskaper inom fall och fallprevention.

Nyckelord: Enkätstudie, fallrisk, fallskador, riktlinjer, riskfaktorer, vårdpersonal, äldre.

ABSTRACT

Falls and fall related injuries are a major health issue to the elderly population of Sweden. The number of accidents in the community caused by falls is increasing. It is mainly the elderly who need to be hospitalized after a fall. Patients with stroke, cognitive disorders, or hip fracture, have a particularly high risk of falling. A common consequence of falls is femur fractures. To prevent and reduce the occurrences of falls in hospitals, an individual care plan aimed at the patient, is required, as well as an individual and feasible nursing intervention. It also require that health professionals use their knowledge and the patient's and the hospital's resources, to implement the care plan. Since 2008 SKL runs a national effort to reduce preventable harm and improve patient safety, where fall related injuries are an area of focus.

Aim: The aim with this study is to examine and describe health professionals' attitudes towards falls and fall prevention, and whether the nursing staff considers themselves to be proficient in falls and fall prevention.

Method: This was a quantitative study and Mann Whitney U test were conducted in order to analyse and summarize the answers from the questionnaires.

Results: The respondents have a positive attitude towards fall prevention. The perception among the nursing staff is that they feel well trained in fall prevention, and have sufficient knowledge in fall prevention.

Conclusion: The conclusion of this study is that nurses and nursing staff take falls among patients very seriously and have a positive attitude towards fall prevention. They also consider themselves to have a good knowledge about falls and fall prevention.

Keywords: Fall risk, fall injuries, guidelines, health professionals, risk factor, elderly, questionnaire study.

Innehåll

INTRODUKTION	6
Definition och förekomst	6
Fallriskfaktorer	6
Konsekvenser av fall.....	7
Fallprevention	8
Följsamhet och implementering av kliniska riktlinjer	9
Uppfattningar om kliniska riktlinjer	11
Teoretiskt ramverk.....	11
Problemformulering.....	13
Syfte	13
Frågeställningar	13
METOD	14
Design	14
Urval	14
Datainsamlingsmetod	14
Tillvägagångssätt	15
Bearbetning och genomförande av analys	15
Etiska överväganden.....	16
RESULTAT	16
Deltagarinformation.....	16
Svarsskillnader mellan professionerna	16
Svar från studiedeltagarna	17
DISKUSSION	19
Resultatdiskussion	19

Diskussion utifrån det teoretiska perspektivet.....	22
Metoddiskussion.....	23
SLUTSATS	24
REFERENSLISTA.....	25
BILAGOR.....	28

INTRODUKTION

Definition och förekomst

Fall och fallskador är ett stort folkhälsoproblem för den äldre befolkningen i Sverige. Sveriges kommuner och Landsting (SKL) definierar fall som ”En händelse då någon oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om en skada inträffar eller inte.” (Sveriges Kommuner och Landsting, 2011, s. 2). Antalet olyckor i samhället orsakade av fall ökar. Under 2010 behövde ca 300 000 personer akut sjukhusvård till följd av skador som ådragits i samband med fall. Det är främst äldre och personer med svagare fysik som faller. Det är också de äldre som behöver sjukhusvård efter fallolyckor. Enligt Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap (MSB) är 9 av 10 skador som drabbar personer äldre än 80 år, orsakade av fall. Antalet fall där äldre är i behov av vård till följd av en fallsituation ökar och bara i Uppsala län var ökningen för män 30,5 procent och för kvinnor 9 procent mellan åren 1998 och 2010 (Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap, 2010). För personer över 85 år är höftledsfrakturer eller komplikationer till följd av höftledsfrakturer den dominerande dödsorsaken (Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap, 2014).

Risken för fall är flera gånger högre för personer som vistas på sjukhus eller bor på särskilt boende. Det har visat sig i tidigare undersökningar att framförallt äldre, vid vistelse på särskilt boende, har större risk att råka ut för en fallsituation, jämfört med äldre i annan boendeform, exempelvis hemmaboende (Chen, Liu, Chan, Shen, & Van Nguyen, 2010; Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap, 2014). På rehabiliteringsavdelningar visar studier att mellan 10 och 50 procent av alla patienter som har sin vistelse där, riskerar att råka ut för en fallsituation under sin sjukhusvistelse (Åberg, Lundin-Olsson, & Rosendahl, 2009). Det har också visat sig att antalet fall och fallbenägenheten varierar under vårdtiden och att detta är beroende av vilken åkomma patienten i fråga har (Tanaka et al., 2012). MSB uppmärksammar detta i sin rapport *Fallolyckor – Statistik och analys* (2014). Där har Myndigheten för samhällsskydd och beredskap sammanställt statistik i ämnet som tydligt visar att fallskador hos äldre på sjukhus och särskilda boenden ökar (Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap, 2014).

Fallriskfaktorer

Ett flertal faktorer och sjukdomar är kopplade till förhöjd risk att råka ut för en fallsituation och efterföljande fallskador. Sjukdomar som exempelvis hypertoni, depression och demens riskerar att öka

fallbenägenheten (Tanaka et al., 2012). Även kognitiva störningar som orsakats av exempelvis en stroke kan öka risken för fallolyckor och fallskador (Åberg et al., 2009). Också sådana patienter som tidigare har råkat ut för fall, har en särskilt hög risk att bli föremål för fall och fallskador (Åberg et al., 2009). Ytterligare faktorer som funnits vara orsaker till förhöjd benägenhet att råka ut för fall och fallskador är lågt Body Mass Index (BMI), urininkontinens, användande av bensodiazipiner och muskelavslappnande läkemedel (Coutinho, Fletcher, Bloch, & Rodrigues, 2008). Även användandet av ångstdämpande, lugnande och anti-Parkinson läkemedel ger en ökad risk för fall och fallskador (Tanaka, Suemaru, Ikegawa, Tabuchi & Araki, 2012). Patienter som är ordinerade fem eller fler olika läkemedel, beskrivs ha en ökad risk att råka ut för fallsituationer (Chen et al., 2010), samt nedsatt balans (Tanaka et al., 2012). Nedsatt balans utmärker sig som en faktor som är viktig att observera vid fallriskbedömningar, då den förstärker andra riskfaktorer (Delbaere et al., 2010).

Konsekvenser av fall

En vanligt förekommande konsekvens av fall är frakturer. En studie visar att 70 procent av alla fall resulterar i allvarlig fraktur, främst brott i lårbenshalsen, så kallade femurfrakturer (Coutinho et al., 2008). Att fall och fallrelaterade skador är allvarliga framkommer i flera undersökningar, Scheffer et al. (2008) lyfter flera exempel, som visar att fall och fallskador är den främsta orsaken till skaderelaterad död bland äldre personer.

Tanaka et. al (2012) menar att fall leder till en förlängd vårdtid för patienten och psykiska konsekvenser, såsom exempelvis rädsla för framtida fall, och att patienten till följd av denna rädsla för att råka ut för en ny fallsituation upplever sig begränsad i någon omfattning. En undersökning gjord i USA visar att en tredjedel av alla i åldern 65 år och äldre är måttligt till mycket oroliga över att råka ut för ett fall eller ådra sig skador till följd av ett fall. Detta påverkar deras aktivitetsnivå i negativ riktning med följden att de till lägre del deltar i fysiska och sociala aktiviteter (Boyd & Stevens, 2009). Rädslan över att råka ut för fall eller fallskador kan även resultera i balans- och gångproblem, depressioner, samt en försämrad livskvalitet hos patienten (Scheffer et al., 2008). Paradoxalt nog visar en undersökning att bara rädslan för fall ökar fallbenägenheten hos patienten och gör att risken för fall och fallskador faktiskt ökar (Boyd & Stevens, 2009).

Fallprevention

För att ha möjlighet att förebygga fall är det viktigt att vårdpersonal har kunskap om vilka faktorer som kan orsaka fall eller öka risken för fall (Åberg et al., 2009). För att förebygga att fall sker på vårdavdelningar krävs en individuell vårdplan för patienten som inkluderar aktuell status för fallrisk, samt individuella och genomförbara omvårdnadsåtgärder. För att denna vårdplan ska fylla sin fallpreventiva funktion och komma till sin fulla rätt kan det vara fördelaktigt om den är lättillgänglig för alla berörda parter. Vårdpersonal, patienten själv och dennes anhöriga bör på ett enkelt sätt ha tillgång till vårdplanen. Dessutom krävs det att vårdpersonal använder sina egna kunskaper, samt patientens och sjukhusets resurser, för att genomföra vårdplanen (Dykes, Carroll, Hurley, Benoit, & Middleton, 2009). Åberg et al (2009) menar att det finns behov av att införa multifaktoriella och multiprofessionella interventioner och åtgärder som riktar sig till både generella samt individuella fallrisker. Med detta menar författarna att alla professioner aktivt behöver arbeta med förebyggande fallåtgärder på ett systematiskt sätt för att lyckas identifiera fallriskfaktorer och förebygga fall hos individen.

En undersökning som Nordin, Lindelöf, Rosendahl, Jensen och Lundin-Olsson (2008) gjort visar att vårdpersonals kunskap om fall och fallrisker hos vårdtagare är viktig att ta i beaktande, och att åtgärder för att förhindra fall ökar när personal bedömer att vårdtagarens fallrisk är hög. Ett verktyg för att mäta patientens rörlighet, och som ofta används enligt Nordin et. al (2008) är det så kallade TUG-testet; TimeUp and Go, som är utvecklat för att vårdpersonal på ett standardiserat och systematiskt sätt ska kunna bedöma en patients fallrisk. Dock påpekar författarna att vårdpersonalens kunskap om vårdtagaren kan vara överlägsen TUG-testet gällande rörlighet hos patienten. Därmed finns det stor anledning att beakta vårdpersonalens bedömning när dessa bedömer fallrisken som hög hos en vårdtagare (Nordin et al., 2008).

Sveriges Kommuner och Landstings åtgärdspaket

Inom sjukvården i Sverige pågår preventivt arbete för att minska antalet fall och fallskador bland äldre patienter och vårdtagare. Sedan 2008 driver SKL en nationell satsning för att minska antalet vårdskador och öka patientsäkerheten. I den satsningen är fall, fallskador och fallprevention i fokus (Sveriges Kommuner och Landsting, 2011). Ett evidensbaserat åtgärdspaket har givits ut av SKL och syftet med detta är att förebygga fall och fallskador inom hälso- och sjukvården. Initialt ska en fallriskvärdering göras för att avgöra vilka patienter som har en förhöjd fallrisk. Denna

fallriskutvärdering utförs av den hälso- och sjukvårdspersonal som vårdar patienten. Detta görs genom att ställa två frågor. Första frågan ställs till patienten, eller i förekommande fall till tidigare vårdare eller anhörig: *Har du/patienten fallit under det senaste året?* Den andra frågan riktar sig till vårdpersonalen: *Tror du att denna patient kommer att falla under vårdtiden på sjukhuset?* (Sveriges Kommuner och Landsting, 2011). Är svaret ”ja” på någon av dessa frågor är det tänkt att processen ska gå vidare med att göra en fallriskutredning där fallriskfaktorerna identifieras och det bedöms vilka åtgärder som behöver vidtas för att minska fallrisken och förebygga fall och fallolyckor. Vidare ska det, enligt vad som föreskrivs i åtgärdspaketet, göras en utvärdering under vårdtiden för att följa upp åtgärderna och se om de har haft avsedd effekt. Sker en förändring i patientens status eller om faktorer i omgivningen förändras ska en ny fallriskutvärdering utföras (Sveriges Kommuner och Landsting, 2011).

Hösten 2009 infördes en kvalitetsnorm för fallprevention på ett universitetssjukhus i Sverige inom slutna geriatrisk vård, vars syfte var att minska risken för att fall- och fallskador ska inträffa under vårdtiden. Kvalitetsnormen bygger på SKL:s åtgärdspaket. Enligt denna kvalitetsnorm skall samtliga patienter inom geriatrisk slutenvård, inom 24 timmar från inskrivningen, fallriskbedömmas genom att ställa de två frågorna som återfinns i SKL:s åtgärdspaket och som även återges tidigare i detta avsnitt. Därefter ska en individuell vårdplan upprättas i patientens journal. Där ska även riskfaktorer och de planerade preventiva åtgärderna dokumenteras (Alvarez et al., 2009). Trots detta är fallsituationer vanligt förekommande bland äldre på sjukhus och konsekvenserna och följdproblem kan ofta vara allvarliga (Sveriges Kommuner och Landsting, 2011).

Följsamhet och implementering av kliniska riktlinjer

Om vården som ges till patienterna skulle utföras i enlighet med den senaste evidensen och forskningen skulle det resultera i en signifikant förbättring av vården (Buchan, Sewell, & Sweet, 2004). Studier gjorda i USA och Nederländerna visar att ca 30-40procent av alla patienterna inte får vård enligt den senaste forskningen och att 20-25procent av den sjukvård som ges är skadlig eller onödig (Grol & Grimshaw, 2003). Wallin (2009) menar att det inte skall antas att omvårdnad som ges till patienterna är evidensbaserad. Detta förklaras också av Willman och Eiman (2002) där det påpekas att vårdpersonal inte alltid har möjlighet att tillgodogöra sig ny forskning eller praktisera ny forskning i sitt yrkesutövande.

Varför kliniska riktlinjer inte följs av vårdgivare kan ha flera orsaker. Cabana et. al (Cabana et al., 1999) väljer att kategorisera dem i tre områden. Dessa är: kännedom, attityder, och beteenden. Till dessa tre orsaker finns sedan sju underkategorier: bristande förtroende allmänt, bristande förtroende till specifika riktlinjer, bristande medvetenhet, bristande tro på effekt, egen effektivitet, bristande motivation och externa orsaker. Cabana menar att de flesta barriärer som hindrar vårdpersonal att ta till sig nya riktlinjer kan sorteras in i de tre kategorierna *kännedom*, *attityd*, och *beteende*. *Kännedom* berör i vilken utsträckning vårdpersonalen har kännedom om existerande eller applicerbara riktlinjer. *Uppfattning* behandlar istället vårdpersonalens inställning till de riktlinjer som finns och hur de värderar dessa. Inom kategorin *beteenden* återfinns vårdpersonalens förmåga att efterfölja riktlinjer och beslut och vilken utsträckning riktlinjer efterföljs (Cabana et al., 1999)

Ett tydligt ledarskap med klara prioriteringar är en av de viktigaste faktorerna för en lyckad implementering enligt Stenberg och Wann-Hansson (2011) och att vårdpersonal blir motiverad av en person inom organisationen som leder implementeringen. Även att personalen är pliktrogen och ansvarsfull underlättar införandet av kliniska riktlinjer (Stenberg & Wann-Hansson, 2011).

I en studie av Dannäs och Krylén (2011) gjordes en journalgranskning vid ett svenskt universitetssjukhus inom slutna geriatriska vård där följsamheten till kvalitetsnormen för fallprevention granskades. Det visade sig att i mindre än hälften av de journaler där det har identifierats en förhöjd fallrisk fanns det en upprättad individuell vårdplan för patienten (Dannäs & Krylén, 2011). Vid journalgranskningen, framkom ett blandat resultat. I 79 av 100 journaler fanns det en utförd fallriskbedömning, men målet att samtliga patienter ska riskbedömas inom 24 timmar, i enlighet med SKL:s åtgärds paket, var inte uppfyllt. Endast i 56 av de 79 granskade journalerna, eller 71 procent, var fallriskbedömningen gjord inom 24 timmar. I 56 stycken av de granskade journalerna, där det fanns en konstaterad förhöjd fallrisk, var inte patienten informerad om fallriskfaktorer och förebyggande åtgärder. I de fall där det fanns en individuell vårdplan upprättad visade det sig att preventiva åtgärder dokumenterades i större utsträckning än identifierade riskfaktorer (Dannäs & Krylén, 2011). Enligt författarna tyder detta ändå på att fallprevention är ett prioriterat område hos vårdpersonal. Vid tiden för studien var SKL:s nya riktlinjer kring fall och fallprevention nyligen implementerade och författarna ansåg därför att riktlinjerna efterföljdes i relativt stor utsträckning. Andra studier visar att följsamheten förbättras om implementeringen följer en strukturerad intervention, men att det är oklart

om förbättringen är permanent. Faktorer som resulterar i att riktlinjer inte följs eller implementeras fullt ut kan relateras till arbetsbörda och tidsbrist (Gammon, Morgan-Samuel, & Gould, 2008).

Uppfattningar om kliniska riktlinjer

En nederländsk studie visade att läkares uppfattningar till, och låga förtroende för, kliniska riktlinjer var den främsta orsaken till att följsamheten var låg (Lugtenberg, Zegers-van Schaick, Westert, & Burgers, 2009). Tzeng (2011) menar att målen vid implementering av fallpreventionsprogram för sjuksköterskor inte bara borde omfatta deras professionella kunskaper, utan också utveckla deras uppfattningar kring omvårdnad. Detta då det i studier visat sig att enbart ökad kunskap inte garanterar en effektiv implementering (Tzeng, 2011). En studie om sjuksköterskors uppfattningar om trycksårsprevention fann att det fanns en positiv uppfattning till trycksårsprevention men att den blev slumpmässigt och oregelbundet utförd, samt försämrades av tidsbrist och personalbrist (Karlsson & Marquardt, 2009). Det visar att även om det finns en positiv uppfattning är det inte alltid tillräckligt för att det ska ske en förändring i praktiken. Detta förstärker den komplexitet som förändring av beteende innebär (Moore & Price, 2004). I en senare studie som undersökte uppfattningar kring trycksårsprevention, fann undersökningen att en positiv uppfattning till trycksårsprevention ökade tillämpningen av kliniska riktlinjer samt att det fanns en signifikant skillnad i uppfattningar mellan sjuksköterskor och undersköterskor, där sjuksköterskor hade en mer positiv uppfattning till trycksårsprevention (Demarré et al., 2012). En faktor som förbättrar sjukvårdspersonals uppfattningar om kliniska riktlinjer för fall är, enligt Stenberg och Wann-Hansson (2011), att ha upplevt en fallsituation, det vill säga att ha sett patienter falla, och vilka konsekvenser det kan ge. Personalen får då en ökad riskmedvetenhet och förstår bättre behovet av riktlinjer för fallprevention.

Teoretiskt ramverk

Dorothea Orem publicerade under 1970-talet sina teorier kring omvårdnad och Omvårdnadspraktik (George, 2002). Där utvecklade hon sina resonemang kring patientens förmåga att vårda sig själv samt hur vårdpersonal skall vårda patienter och hur detta tillsammans utgör och ska leda till god omvårdnad. Orem's första teori, teorin om egenvård, *Theory of Self-care*, beskriver att patienten själv kan bidra mer eller mindre till en god vård och omvårdnad och att detta dessutom är att eftertrakta ur effektivitetssynpunkt, istället för att vårdpersonal skall utföra arbeten som patienten kan genomföra själv (Rooke, 1995). I sin andra och efterkommande teori, teorin om egenvårdsbrist, *Self-care Deficit*, utvecklar hon detta resonemang genom att påpeka att det finns tillfällen då patientens

förmåga till egenvård inte möter upp med patientens vårdbehov eller förväntade vårdnivå, och att vårdpersonal har till uppdrag att kompensera för detta uppstådda glapp (George, 2002; Rooke, 1995).

Ytterligare en teori, som baseras på de båda föregående och därför i det närmaste kan betraktas som en delteori, som utvecklas av Orem är den om omvårdnadssystem, *The Theory of Nursing System* (George, 2002; Rooke, 1995). I den delteorin, som främst utgår från en konstaterad egenvårdsbrist enligt teori nummer två, behandlas om det är vårdpersonalen eller om det är patienten i fråga som ska utföra en viss vårdhandling. Det teoretiska verktyget är uppdelat i tre kompensatoriska nivåer, i teorin beskrivna som delsystem.

Det första systemet är helt kompenserande. Med det menas att vårdpersonalen mer eller mindre tar över hela vården av patienten och att patienten ifråga är oförmögen att själv genomföra någon egenvård. Sådana patienter kan vara sövda patienter, nyopererade patienter, eller patienter med mental nedsättning till den grad att de inte kan eller bör vårda sig själva. Ett sådant exempel skulle kunna vara en patient med demens. I denna situation kan personalen även arbeta förebyggande med åtgärder som kan förbättra vårdsituationen för patienten samt undvika att hälsoförsämrande situationer uppstår.

Det andra systemet är delvis kompenserande och innebär att vårdpersonalen kompenserar för patientens delvisa oförmåga till egenvård. Exempelvis kan patienten kanske tvätta sig själv i ansiktet men inte duscha utan hjälp. Personal skall då kompensera för denna egenvårdsbrist. Det tredje systemet som anges i Orem's omvårdnadssystem är det stödjande och undervisande systemet. Där förväntas patienten själv ta ett stort och huvudsakligt ansvar för sin omvårdnad och vårdpersonal istället utbilda patienten i hur denne bör gå till väga. Flera exempel på en sådan situation kan ges. Insulinbehandling där patienten tar sina egna mediciner är en sådan situation. Medicinska behandlingar och hälsofrämjande aktiviteter och förebyggande åtgärder som kan genomföras av patienten själv är även det exempel på sådana situationer (George, 2002; Rooke, 1995).

Orem's teorier kring egenvård, egenvårdsbrister och omvårdnadssystem kan betraktas som en behovsteori enligt Rooke (1995). I hennes bok nämner hon dock att detta inte är en vedertagen kategorisering och att andra före henne istället anser Orem's teorier vara exempelvis systemteorier eller interaktionsteori (Rooke, 1995, s 223).

Problemformulering

Då det i flera studier samt i journalgranskningar visat sig att kvalitetsnormen för fallprevention inte alltid följs så är det av stort värde att studera vårdpersonals uppfattningar om fall och fallprevention, samt hur de upplever sin kunskap i ämnet. En ökad förståelse för vårdpersonals inställning till fallprevention och deras upplevda kunskaper om fall ger en möjlighet att bättre anpassa framtida fallpreventiva åtgärder och öka åtgärdernas preventiva effekt. Studiens resultat kan därmed bli vägledande för vårdverksamheternas fortsatta förbättringsarbete inom fallprevention.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka och beskriva vårdpersonalens uppfattningar kring fall och fallprevention, samt undersöka om vårdpersonal uppfattar sig ha goda kunskaper i fall och fallprevention.

Frågeställningar

1. Vilka uppfattningar har vårdpersonal till fall och fallprevention?
2. Hur uppfattar vårdpersonalen sin kunskap i fall och fallprevention?

METOD

Design

En deskriptiv och jämförande studiedesign med kvantitativ metod har använts. En kvantitativ metod underlättar vid insamling och bearbetning av stora mängder data. En numerisk presentation av studiens resultat gör också resultatet tydligt och överskådligt för en bredare publik (Polit & Beck, 2013).

Urval

Ett konsekutivt urval gjordes för denna studie där all vårdpersonal som innefattades av inklusionskriterierna ombads besvara en enkät. Urvalsmetoden motiveras med att det är relevant för studien att flera professioner kunde delta i undersökningen och att urvalet inte blev för smalt. Metoden valdes också för att säkerställa att deltagarunderlaget för studien blev tillräckligt stort för att kunna bearbetas och analyseras (Polit & Beck, 2013). Inklusionskriterierna för vårdpersonalen var att de var fast anställda, eller anställda på vikariat, och arbetade med patientnära vård inom de geriatriska slutenvårdsavdelningarna. Timvikarier, arbetsterapeuter och sjukgymnaster, samt sjuksköterskor i arbetsledande ställning, exkluderades ur studien för att skapa ett mer homogent urval.

Datainsamlingsmetod

En enkät som använts inom andra områden i tidigare studier översattes till svenska och justerades så att påståendena blev relevanta för denna studie. Enkäten, som återfinns i bilaga 2, är hämtad från en europeisk trycksårsstudie, PressureUlcerPrevalence - Attitude and Knowledge (PAK), 2009, (Karlsson & Marquardt, 2009). PAK-enkäten är validerad och består av två delar - en kunskapsdel och en del om attityder. Här valdes enkätens andra del ut, den om attityder. Enkäten modifierades för att passa ämnesområdet för denna studie. Orden *trycksår* och *trycksårsprevention* byttes ut mot *fall* och *fallprevention* i samtliga frågor i formuläret. Tillstånd för att använda instrumentet inhämtades från professor Lena Gunningberg. Hon har även varit med och översatt den ursprungliga enkäten till svenska.

Enkäten bestod av 32 frågor och påståenden som speglar åtta relevanta områden kring fall, fallskador och fallprevention. Dessa åtta områden skiljs åt genom streckade linjer i enkäten, se bilaga 2.

1. Påverkan av fall på patienten
2. Ekonomiska kostnader för samhället
3. Vikten av stöd från ledningen
4. Prioritering av fall i omvårdnaden
5. Ansvarstagande
6. Vikten av kunskap
7. Tillit till den egna yrkesskickligheten
8. Tillit till fallprevention

Studiedeltagarna värderade påståendena i enkäten enligt en fyrgradig Likert-skala som använts i PAK-enkäten tidigare. Skalan mäter 1,2,3,4 där 1 är ”instämmer helt” och 4 är: ”instämmer inte alls”. I slutet av enkäten finns frågor om yrke, ålder, utbildning och yrkeslivserfarenhet. Även dessa frågor modifierades för att bättre passa denna studie.

Tillvägagångssätt

Tillstånd att få genomföra studien inhämtades hos klinikens verksamhetschef. Därefter inhämtades muntligt tillstånd från avdelningscheferna på klinikens vårdavdelningar för att få genomföra studien. All vårdpersonal på fyra geriatriska slutenvårdsavdelningar på ett universitetssjukhus tillfrågades skriftligen om deltagande i enkätstudien angående uppfattningar om fall och fallprevention, samt deras upplevda kunskap om fallprevention.

Vårdpersonal informerades på avdelningarna om syftet med studien. Enkäterna delades sedan ut i personalens respektive postfack på avdelningarna. Med enkäten följde ett informationsbrev om studien. Detta informationsbrev återfinns i bilaga 1. På varje avdelning ställdes en låda ut, uppmärkt med *Fallpreventionsenkät* där de som valde att delta i studien kunde lämna in sina ifyllda enkätsvar. En påminnelse skickades ut via e-post efter en vecka. Totalt pågick datainsamlingen i tre veckor. Därefter samlades enkätsvaren in för vidare bearbetning och analys.

Bearbetning och genomförande av analys

Insamlade data har bearbetats och analyserats i statistikprogrammet Statistical Packages for the Social Sciences, förkortat SPSS, version 20.0. Resultatet redovisas deskriptivt i löpande text samt i bilagor. Svartsbortfallet i enkätstudien varierade mellan de olika påståendena. Svarsfrekvensen varierade mellan 72 procent - 99 procent av de totalt 71 svaranden. För att jämföra uppfattningar mellan professioner användes Mann Whitney U test där signifikansnivån sattes till $p < 0,05$ vid avgörande om huruvida en statistisk korrelation är signifikant eller inte (Polit & Beck, 2013).

Etiska överväganden

Muntligt godkännande gavs av avdelningscheferna på klinikens vårdavdelningar för att få utföra studien. Deltagandet i studien var frivilligt och kunde avbrytas om och när så önskades. Deltagarna informerades både muntligt och skriftligt om studien. Vårdpersonalens svar på enkäten behandlas konfidentiellt enligt Codex (Codex, 2012)

Författarna till studien valde medvetet att ha en helt anonymiserad studie av flera anledningar. Dels för att öka deltagarnas förtroende för studien med en förhoppning om att det leder till att enkätsvaren blir mer ärliga (Polit & Beck, 2013). Dels anser inte författarna att information om deltagarna, utöver den som efterfrågas i enkäten och främst berör kön, profession och erfarenhet av yrket, är relevant för studien. Eftersom studien utförs i vårdmiljö finns det även risk att känsliga uppgifter som kan bindas till specifika personer framkommer och det är ytterligare en anledning till att författarna valde fullständig anonymitet för studiedeltagarna.

RESULTAT

Totalt delades 141 enkäter ut fördelade på fyra geriatriska slutenvårdsavdelningar. 71 personer inkom med enkätsvar vilket motsvarar en svarsfrekvens på 50,4 procent. I bilaga 3 och 4 anges alla enheter i antal och eventuella andelsberäkningar utgår från $n=71$.

Deltagarinformation

I bilaga 4 visas grundläggande information om studiedeltagarna, så som de själva svarat i enkäten. Den övervägande delen av studiedeltagarna var kvinnor, och äldre än 35 år. Vanligast var att de arbetade dagtid. De flesta som har svarat på enkäten har haft någon utbildningsinsats med fokus på fall och fallprevention men en påfallande stor andel hade inte fyllt i något svar alls. Några av Studiedeltagarna hade skrivit en kommentar om att de inte hade haft någon utbildning inom fall eller fallprevention. Av de svarande var 36 undersköterskor och 29 sjuksköterskor. Sex studiedeltagare lämnade denna fråga obesvarad. De flesta av studiens deltagare har arbetat inom vården mer än två år

Svarsskillnader mellan professionerna

Det var ingen signifikant skillnad i svaren mellan de två professioner som återfinns bland studiedeltagarna, då inget av påståendena i enkäten genererade en signifikansnivå som understeg

0.05. En fullständig tabell över resultatet professionernas svarsåtskillnad återfinns i bilaga 3.

Svar från studiedeltagarna

Påståendena i enkäten speglar de åtta områden som räknas upp på sidan 12 i avsnittet

Datainsamlingsmetod. Sammantaget anser en majoritet att fallprevention är viktigt och verkningsfullt, men att det inte används eller prioriteras i tillräcklig stor utsträckning.

En fullständig numerisk sammanställning av studiedeltagarnas svar återfinns i bilaga 4.

1. Påverkan av fall på patienten

Området som behandlar påverkan av fall på patienten motsvaras i enkäten av påstående 1 – 4. Det finns en stor samstämmighet om att patienter kan dö av fall och att varje fall är ett för mycket. En tydlig majoritet instämmer inte i att fall sällan ger patienten obehag. Dock visar resultatet att det inte finns en lika tydlig samstämmighet i påståendet att patientens påverkan av fall inte bör överbetonas. Majoriteten svarade förvisso att de 'instämmer ej', eller att de 'instämmer inte alls', men svaren var mer jämt fördelat mellan de två än på föregående påstående. Studiedeltagarnas svar visar att en övervägande majoritet anser att en patient kan bli mycket påverkad av ett eventuellt fall.

2. Ekonomiska kostnader för samhället

I området om ekonomiska kostnader för samhället, anser de flesta att en lämplig fallprevention kan minska kostnader och att samhällskostnaderna för fall är underskattade. I fråga sju och åtta, som sätter samhällskostnaderna för fall i relation till samhället i stort, är dock samstämmigheten relativt låg. En större andel av studiedeltagarna svarade inte på påståendet om huruvida kostnaderna för fallprevention står i proportion till fallens allvarlighetsgrad och 20 informanter lämnade påståendet obesvarat, vilket är ett av de större svarsbortfallen i hela resultatet.

3. Vikten av stöd från ledningen

Område tre behandlar vikten av stöd från ledningen i arbetet med fall och fallprevention. En övervägande majoritet anser att ledningen bör ha en viktig roll vid utvecklingen av riktlinjer för fall och fallprevention. Hela 60 av 71 av studiedeltagarna svarade att fallprevention är något som bör prioriteras av ledande sjuksköterskor med antingen svarsalternativ 1 eller 2. Det visar att ett stort ansvar förväntas ligga på ledning och ledande befattningar att styra arbetet med fallprevention och

tidsmässigt skapa förutsättningar för personal att kunna genomföra lämplig fallprevention. Huruvida policys och riktlinjer från ledningen faktiskt har inflytande över fallpreventivt arbete var samstämmigheten i svaren svag. Härefter framkommer en diskrepans i att dels förväntas ledningen ta ett stort ansvar men samtidigt tror inte lika många att ett sådant arbete har ett stort inflytande på frågan. I påståendet om ledningens policy har något inflytande på fallprevention avstod 15 informanter att inte svara.

4. Prioritering av fall i omvårdnaden

Majoriteten av studiedeltagarna anser att fallprevention och fallpreventivt arbete bör prioriteras och att sådant arbete inte uppmärksammas i den omfattning som det borde. De flesta instämmer dock inte i påståendet att för många patienter faller på just den avdelning som studiedeltagaren arbetar på. De menar alltså att fallprevention inte uppmärksammas men samtidigt är fall bland patienter inte ett alltför vanligt problem på studiedeltagarens egen avdelning.

5. Ansvarstagande

Område fem berör ansvarstagande inom fall och fallprevention. De flesta studiedeltagare känner att de har ansvar för om deras patienter faller och att deras bidrag är viktigt för att förebygga fall. Bara fyra personer angav att de inte instämde eller lämnade påståendet obesvarat. Det råder dock en oenighet i påståendet huruvida behandlande läkare är ytterst ansvarig för fallprevention.

6. Vikten av kunskap

Vikten av kunskap behandlas i område sex. Där visar enkätsvaren att majoriteten av studiedeltagarna anser sig vara välutbildade helt eller delvis. De flesta anser också att det är viktigt att fortbilda sig i fallprevention och att mer utbildning kan förbättra det fallpreventiva arbetet.

7. Tillit till den egna yrkesskickligheten

Tilliten till den egna yrkesskickligheten anknyter till viss del till område 6 och visar att flertalet anger att de anser att de kan ge adekvat fallprevention och att de har tillräcklig kunskap för att göra det. Det finns en tilltro till att deras egen insats är korrekt och de flesta anser heller inte att fallprevention är så svårt att det behöver påkallas hjälp från någon ytterligare personal.

8. Tillit till fallprevention

Det sista området berör tillit till fallprevention som sådan. Majoriteten instämmer helt eller delvis i att en god prevention kan förebygga fall och att många fall kan förebyggas om riktlinjerna för fallprevention används. Nästan hälften av studiedeltagarna svarade dock att för patienter med hög fallrisk är fall nästan oundvikligt men att fall i de allra flesta fall kan förebyggas. En viss diskrepans mellan vad som kan göras och vilken effekt det har för högriskpatienter återfinns således för område 8.

DISKUSSION

Det framkom i studien att studiedeltagarna har en positiv uppfattning till fallprevention. En majoritet av studiedeltagarna anser att fallprevention är viktigt och verkningsfullt, men att det inte används eller prioriteras i tillräcklig stor utsträckning.

Resultatdiskussion

Studiedeltagarnas svar går i linje med MSB:s bedömning om hur allvarligt fallskador är och hur viktigt det därför blir att arbeta fallpreventivt. Förståelsen för de ekonomiska vinningarna som kan uppkomma, om antalet fallolyckor och vård till följd av fallskador minskas, är hög. Dock var samstämmigheten bland de svarande i fråga 7 och 8 inte särskild hög. Svaren är, relativt andra påståenden inom samma område, jämt fördelade på de olika svarsalternativen och bortfallet på de båda påståendena måste också sägas vara högt jämfört andra frågor i enkäten. Det skulle kunna vara en följd av att specifika kostnader är svåra att överblicka för den enskilde och heller inte är något som förväntas av svarsdeltagarna i sin profession. Flertalet deltagare anser också att fallolyckor och fallpreventivt arbete idag underskattas och tilldelas för lite uppmärksamhet. Det framkommer i område 4 där frågorna behandlar hur personal upplever det fallförebyggande arbetet och hur mycket uppmärksamhet det ges. Detta alltså trots att SKL riktat särskilda insatser till det fallpreventiva området och MSB kommit fram till att vård till följd av fallolyckor är ett högprioriterat område eftersom det genererar så stora vårdkostnader (MSB, 2010). Enligt MSB:s beräkningar var samhällets kostnader för vård i samband med fallsituationer år 2012 24,6 miljarder kronor (Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap, 2014).

I den äldsta åldersgruppen, de personer som är 80 år eller äldre, är 9 av 10 uppkomna skador orsakade av ett förekommit fall. Äldre människor skadar sig dels i bostaden och efter 85 års ålder även på

särskilda boenden och på sjukhus. För många av de äldre som exempelvis får en fraktur till följd av fall blir livet heller aldrig detsamma som innan skadan (Tanaka et al. 2012; Boyd & Stevens, 2009; Åberg et al., 2009). Detta gör att fallpreventivt arbete bör vara ett prioriterat område både ur ett samhällsekonomiskt perspektiv och ur ett omvårdnadsperspektiv. Det faktum att fall och fallskador bland äldre är vanligt även på boenden och sjukhus påvisar också en ansvarssituation för vårdens huvudmän som även gör det relevant att främja fallpreventivt arbete i vården (Chen, Liu, Chan, Shen & Van Nguyen, 2010). Risken för att råka ut för en dödlig fallolycka ökar med ökande ålder. Flest dödliga skador till följd av fallolyckor drabbar människor i åldersgruppen 80-89 år och i denna åldersgrupp är höft- och höftledsfrakturer den dominerande dödsorsaken.

Deltagarna i enkäten är någorlunda samstämmiga i att det är ledningen som bär ansvar för att riktlinjer inom fallprevention utvecklas och att det är ledande sjuksköterskor som bör prioritera fallprevention. Attityden hos vårdpersonalen är att ledningen har en betydande roll i utvecklandet av riktlinjer. Detta stämmer med Stenberg och Wann-Hansson (2011) som menar att ledarskapet måste vara tydligt. Som chef är det därför av stor vikt att låta personalen ta den tid som behövs för preventivt arbete. Det är även viktigt att som chef visa en positiv uppfattning till det fallpreventiva arbetet om implementeringen och följsamheten ska lyckas. I kombination med att majoriteten instämmer helt eller delvis i att de inte har tillräckligt med tid för att ge lämplig fallprevention framkommer en diskrepans. Majoriteten tycker att fallpreventivt arbete är viktigt och ett effektivt sätt att minska antalet fallolyckor, men på frågan om vem som bär ansvaret för att det preventiva arbetet blir gjort går trenden mot att det är ledningen eller personer i ledande befattningar som huvudsakligen skall se till att det sker. Samtidigt menar många att de inte har tillräckligt med tid för att själva ge tillräcklig fallprevention. Detta går inte i linje med SKL:s riktlinjer där det uttryckligen anges att det är den som ger vård, alltså som arbetar med patienten som ska ge adekvat förebyggande vård. Personal har även enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30) ett ansvar att arbeta förebyggande och det anges att den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall delges information om metoder som kan förebygga sjukdom eller skada. Orems teori (Roos, 1995) kring omvårdnadssystem går i linje med hälso- och sjukvårdslagen.

En indikation på kunskap skulle kunna vara erfarenhet och utbildning. Deltagarna i enkäten ombads fylla i om de hade mer eller mindre än två års erfarenhet. Där svarade 85 procent att det hade arbetat i mer än två år. På frågan om deltagarnas ålder svarade cirka 70 procent att de var över 35 år. 56 procent

av deltagarna anger att de har haft någon typ av utbildning kring fallprevention. Lång arbetslivserfarenhet och/eller utbildning bäddar för en högre kunskapsnivå. Dessa parametrar testades dock inte i det statistiska verktyget SPSS eftersom det efter att enkäten hade delats framkom att det inte fanns något svarsalternativ för de som inte hade genomgått någon fallpreventiv utbildning alls. Även svarsalternativen för ålder förefaller ha varit otydliga. Detta tillsammans gjorde att författarna till denna studie valde att inte genomföra någon statistisk analys på någon av dessa parametrar. Majoriteten av deltagarna svarade att de instämmer eller instämmer helt och hållet i att de är välutbildade inom området. Majoriteten anser också att de har tilltro till sin egen förmåga att kunna förebygga fall genom fallprevention. Om detta sätts relativt vad deltagarna svarade om sin utbildningsgrad i fallpreventivt arbete så stämmer proportionerna inte helt överens. Som nämnts tidigare så förklarar Åberg et. al (2009) att kunskaper om vad som kan innebära en ökad risk för fall är viktigt för att förhindra fallprevention. Att studiedeltagarna har bra och relevanta kunskaper är därför viktigt och poängteras också av SKL i deras åtgärds paket för att minska skador orsakade av fall. Huruvida vårdpersonalen faktiskt har en bra kunskapsnivå påvisar inte denna studie, men huvuddelen av de tillfrågade upplever själva att de har goda kunskaper. Dock skall påpekas att enbart ökad kunskap i sig inte garanterar en bättre implementering av fallpreventiva åtgärder i vården, utan att det också är en attitydfråga (Cabana et al., 1999; Tzeng, 2011).

I sista området undersöks tillit till fallprevention och huruvida studiedeltagarna tror att fallprevention är meningsfullt och förhindrar eller minskar antalet skador till följd av fall. Där framkommer att de flesta ändå instämmer i att fallpreventivt arbete är meningsfullt och ger en effekt men att det hos patienter med hög fallrisk är svårt att undvika fallsituationer och fallskador. Liknande beskrivs av Åberg (2009) och (Delbaere et al., 2010) i deras texter om patienter med kognitiva störningar och balanssvårigheter.

Sammantaget visar enkätsvaren att majoriteten av deltagarna har en positiv uppfattning till fallprevention och att de anser att det är viktigt för att förebygga fallskador. Det ligger dock i ledningens ansvar att leda arbetet med fallprevention och se till att riktlinjer följs och efterlevs. Att det finns en positiv uppfattning verkar därmed inte vara tillräckligt för att det ska ske en förändring i praktiken. Detta förstärker den komplexitet som förändring av beteende innebär (Moore & Price, 2004).

Diskussion utifrån det teoretiska perspektivet

Utifrån Dorothea Orems teori om omvårdnadssystem kallas den del av vården som en patient inte kan genomföra själv för egenvårdsbrist. Det är denna brist som vårdpersonal, enligt henne, har till uppgift att kompensera för. Den första delen i denna teori, den helt kompenserande omvårdnaden, är det vårdpersonalen som genomför större delen av vården och vårdaktiviteterna. Att upprätthålla god omvårdnad under sådana omständigheter kräver ett engagemang och ett kunnande av vårdpersonalen. Studiedeltagarna i den här studien arbetar alla inom den geriatriska vården med att ge vård och rehabilitering till geriatriska patienter. Majoriteten av enkättagarna anger att fallprevention är viktigt och att de har bra kunskaper i hur arbetet med fallskador och fallprevention ska genomföras. Detta är, enligt Orem, en förutsättning för att kunna ge god omvårdnad (Rooke, 1995). Ett exempel på full kompensation för egenvårdsbrist och fallpreventiv insats gentemot patienten vore när personal ser till att förflytta patienten med tekniska hjälpmedel, istället för att patienten försöker förflytta sig för egen maskin. Ett annat exempel på fallförebyggande arbete vore att placera ringklockor på ett avstånd så att patienten inte behöver sträcka sig ur sängen för att nå den, eller installera sådana larmmattor som varnar för när patienterna är på väg att resa sig och personal då snabbt kan komma plats och stötta denne. Sådana åtgärder kan dock kräva viss utbildning eller handledning till personalen för att de fullt ut ska kunna ge effektiv fallpreventiv vård, precis som Åberg et al. (2009) beskriver. Med den delvis kompenserande vården kan personal och patient tillsammans åstadkomma en god omvårdnad med fallpreventiva åtgärder. Exempel på detta är att personal arrangerar patientens kringmiljö på ett sådant sätt att fall och fallskador kan undvikas. I den stödjande och undervisande delen, den tredje och sista delen i Orems teori (George, 2002; Rooke, 1999), kan personal istället utbilda patienten i hur denne kan förändra sin kringmiljö eller sänka sin fallrisk genom övningar och tekniska hjälpmedel. Till exempel kan personal tipsa om att använda dubbar på skor, men patienten är själv kapabel att inhandla dubbar och installera dessa på skorna. Personalen blir då en stödjande och utbildande funktion. Den utbildar patienten i att ta hand om sig själv.

Allt detta kan kräva relativt mycket tid av vårdpersonal. Flera informanter indikerar att de inte har så mycket tid att arbeta fallpreventivt. Det i sin tur riskerar att leda till att preventiva åtgärder missas eller uteblir och att patienten råkar ut för fallskador och fallolyckor som skulle kunna ha undvikits. För att förebygga att sådana situationer uppstår kan personalen dels utbildas i att uppmärksamma risker och

lära sig identifiera patienter med hög fallrisk. Det går också att implementera rutiner som bättre bevakar patienten och därmed finns närmare till hands om dessa vill eller behöver stöd.

Metoddiskussion

Denna studie har enbart fokuserat på vårdpersonalens upplevda kunskap av fallprevention och fallskador. Det är inte en objektiv mätning av personalens faktiska kunskaper i ämnet utan en självskattning där deltagarna själva avgör sin kunskapsnivå. Därför blir det viktigt att få in många enkätsvar för att tydligare kunna urskilja mönster och tendenser bland personalen och deras uppfattningar och inställning till det fallpreventiva arbetet och fallskador som vårdområde. Av 141 utdelade enkäter inkom 71 svar vilket ger en svarsfrekvens om 50,4 procent. Med tanke på att enkäten delades ut på deltagarnas arbetsplatser och deltagandet var frivilligt anser författarna till studien att svarsfrekvensen var god och i linje med vad som var förväntat. För att öka möjligheten till en bra svarsfrekvens skickades en påminnelse om att delta i enkäten och lämna in enkätsvar. Denna påminnelse skickades per mail till avdelningarnas chefer för att de sedan skulle vidarebefordra påminnelsen till sin personal. Detta kan ha bidragit till en bra svarsfrekvens. En annan sak som kan ha påverkat svarsfrekvensen generellt är vårdpersonalens egna preferenser. Det tänkas att deltagarna som svarade på enkäten har ett intresse och för fallprevention och därför har en högre benägenhet att vilja delta i en studie om just fallprevention. Eftersom studien var frivillig fanns ingen möjlighet att styra vilka som skulle delta och detta gör också att det inte kan urskiljas om någon medvetet undvikit att svara på enkäten.

I enkätens bakgrundsinformation där deltagarna fick svara på information om sig själva så har medförfattarna i efterhand insett att kategoriseringen inte var komplett. Bland annat var svarsalternativen för ålder otydligt formulerade vilket kan ha lett till förvirring för deltagarna. I frågan om utbildning inom fall och fallprevention saknas ett svarsalternativ för ”ingen utbildning”. I denna fråga blev också bortfallet 43,7 procent vilket kan vara orsakat av att flera inte hade någon utbildning i området och därför valde att lämna frågan obesvarad. Dessa två påståenden relaterar till arbetslivserfarenhet och utbildning och som nämnts i resultatdiskussionen skulle detta kunna vara intressant i relation till deltagarens uppfattning och inställning till fall och fallprevention. Författarna valde dock aktivt att inte genomföra en sådan analys eftersom det fanns otydligheter i enkätens svarsalternativ.

På ett generellt plan kan det finnas många anledningar till att svarsfrekvensen ändå inte var högre. Under perioden för enkäten som föreligger denna studie förekom även många andra enkäter på avdelningarna. Det riskerar att skapa en trötthet på enkäter bland personalen som gör att svarsfrekvensen riskerar att minska. Författarna till den här studien övervägde dock aldrig att göra exempelvis en kvalitativ studie med intervjuer eller annan kvalitativ metod, eftersom det riskerade att resultera i ett för litet urval för att kunna urskilja några mönster eller trender hos deltagarna. En fundering fanns att dela ut fler enkäter men en önskan fanns att specifik rikta sig till geriatriska vårdavdelningar. Dessa har dels en erfarenhet av patienter med ökad eller hög fallrisk, och arbetsgivaren har genomfört utbildningar kring fall och fallprevention på sådana avdelningar. Därför valde författarna att begränsa antalet enkäter till dessa avdelningar.

SLUTSATS

Syftet med den här studien var att undersöka och beskriva vårdpersonals uppfattningar kring fall och fallprevention, och undersöka huruvida personalen ansåg sig ha goda kunskaper på området.

Frågeställningen var *”Vilka uppfattningar har vårdpersonal till fall och fallprevention?”* och *”Hur upplever personalen sin kunskap i fall och fallprevention?”*.

Slutsatsen i denna studie är att vårdpersonal tar fall och fallskador på allvar och har en positiv uppfattning till fallprevention. De anser sig också ha goda kunskaper inom fall och fallprevention.

REFERENSLISTA

- Alvarez, E., Bodin, E., Blomkvist, E., Degerman, E., Eriksson-Öhman, S., Karlström- Goës, ... Åberg, A.C. (2009). *Kvalitetsnorm för fallprevention - verksamhetsområdet geriatrik, akut- och rehabiliteringsdivisionen*. M. Falkeborn (red.) Akademiska Sjukhuset.
- Boyd, R., & Stevens, J. (2009). Falls and fear of falling: burden, beliefs and behaviours. *Age and ageing* (38(4)), 423-428.
- Buchan, H., Sewell, J. R., & Sweet, M. (2004). Translating evidence into practice. *Medical Journal of Australia*, 180(6 Suppl), S43.
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P.-A. C., & Rubin, H. R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: A framework for improvement. *Jama*, 282(15), 1458-1465.
- Chen, X.-L., Liu, Y.-H., Chan, D. K., Shen, Q., & Van Nguyen, H. (2010). Characteristics associated with falls among the elderly within aged care wards in a tertiary hospital: a retrospective. *Chinese medical journal*, 123(13), 1668-1672.
- Codex. Informerat samtycke - Regler och riktlinjer för forskning. (2012).
- Coutinho, E. S., Fletcher, A., Bloch, K. V., & Rodrigues, L. C. (2008). Risk factors for falls with severe fracture in elderly people living in a middle-income country: a case control study. *BMC geriatrics*, 8(1), 1.
- Dannäs, L., & Krylén, I. (2011). Följsamhet till en kvalitetsnorm för fall-och fallprevention inom geriatrisk slutenvård: En studie baserad på journalgranskning. Examensarbete, grundnivå. *Uppsala Universitet. Institutionen för folkhälso och vårdvetenskap*.
- Delbaere, K., Close, J. C., Heim, J., Sachdev, P. S., Brodaty, H., Slavin, M. J., . . . Lord, S. R. (2010). A multifactorial approach to understanding fall risk in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(9), 1679-1685.
- Demarré, L., Vanderwee, K., Defloor, T., Verhaeghe, S., Schoonhoven, L., & Beeckman, D. (2012). Pressure ulcers: knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes. *Journal of clinical nursing*, 21(9-10), 1425-1434.
- Dykes, P. C., Carroll, D. L., Hurley, A. C., Benoit, A., & Middleton, B. (2009). Why do patients in acute care hospitals fall? Can falls be prevented? *The Journal of nursing administration*, 39(6), 299.

- Gammon, J., Morgan-Samuel, H., & Gould, D. (2008). A review of the evidence for suboptimal compliance of healthcare practitioners to standard/universal infection control precautions. *Journal of clinical nursing*, 17(2), 157-167.
- George, J. B. (2002). *Nursing theories: the base for professional nursing practice* (Vol. 5.). Upper Saddle River, N.J: Prentice Hall.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The lancet*, 362(9391), 1225-1230.
- Hälso- och sjukvårdslag, HSL, (SFS 2017:30). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30 , hämtad den 2018-04-24
- Karlsson, A., & Marquardt, C. (2009). Trycksår: Förekomst och förbyggande åtgärder samt kunskaper och attityder hos vårdpersonalen.
- Koh, S. S., Manias, E., Hutchinson, A. M., Donath, S., & Johnston, L. (2008). Nurses' perceived barriers to the implementation of a Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore hospitals. *BMC health services research*, 8(1), 1.
- Lugtenberg, M., Zegers-van Schaick, J. M., Westert, G. P., & Burgers, J. S. (2009). Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implementation Science*, 4(1), 1.
- Moore, Z., & Price, P. (2004). Nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. *Journal of clinical nursing*, 13(8), 942-951.
- Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap, M. (2010). Samhällets kostnader för fallolyckor - resultat. Karlstad - Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap.
- Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap, M. (2014). Fallolyckor - Statistik och analys. Karlstad - Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap.
- Nordin, E., Lindelöf, N., Rosendahl, E., Jensen, J., & Lundin-Olsson, L. (2008). Prognostic validity of the Timed Up-and-Go test, a modified Get-Up-and-Go test, staff's global judgement and fall history in evaluating fall risk in residential care facilities. *Age and ageing*, 37(4), 442-448.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2013). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rooke, L. (1995). *Omvårdnad: teoretiska ansatser i praktisk verksamhet*: Liber utbildning.

- Scheffer, A. C., Schuurmans, M. J., Van Dijk, N., Van Der Hooft, T., & De Rooij, S. E. (2008). Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age and ageing*, 37(1), 19-24.
- Stenberg, M., & Wann-Hansson, C. (2011). Health care professionals' attitudes and compliance to clinical practice guidelines to prevent falls and fall injuries. *Worldviews on EvidenceBased Nursing*, 8(2), 87-95.
- Sveriges Kommuner och Landsting, S. (2008). Förebygg fall och fallskador i samband med vård - Nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Stockholm: Modin Tryckoffset.
- Sveriges Kommuner och Landsting, S. (2011). Fall och fallskador, åtgärder för att förebygga - Nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Stockholm: Forsbergvonessen.
- Tanaka, B., Sakuma, M., Ohtani, M., Toshiro, J., Matsumura, T., & Morimoto, T. (2012). Incidence and risk factors of hospital falls on long-term care wards in Japan. *Journal of evaluation in clinical practice*, 18(3), 572-577.
- Tzeng, H. M. (2011). *Nurses' Caring Attitude: Fall Prevention Program Implementation as an Example of Its Importance*. Paper presented at the Nursing forum.
- Wallin, L. (2009). Knowledge translation and implementation research in nursing. *International journal of nursing studies*, 46(4), 576-587.
- Willman, A., & Eiman, M. (2002). Tillämpning av evidensbaserad omvårdnad i praktiken. *Klinisk Sygepleje*, 16(4), 4-12.
- Åberg, A. C., Lundin-Olsson, L., & Rosendahl, E. (2009). Implementation of evidence-based prevention of falls in rehabilitation units: A staff's interactive approach. *Journal of rehabilitation medicine*, 41(13), 1034-1040.

BILAGOR

Bilaga 1

Förfrågan om medverkan i en studie om omvårdnadspersonals attityder till fall och fallprevention

Härmed tillfrågas Du att delta i en enkätstudie vars syfte är att undersöka attityder till fall och fallprevention hos omvårdnadspersonal.

Enkäten Du håller i din hand är en del av vår C-uppsats inom ämnet Vårdvetenskap och tar ca 15 minuter att fylla i.

All omvårdnadspersonal inom geriatriken tillfrågas om att delta. Dina svar kommer endast att användas i statistiska sammanställningar och enskilda personer kommer inte att kunna identifieras i resultatet.

Deltagandet i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att en förklaring behöver ges.

Uppstår det frågor kring enkäten eller uppsatsen är det bara att höra av sig till någon av oss.

Just Dina uppgifter är viktiga för resultatet.

Med vänlig hälsning

Kristina Ahlbin, 70C2

kristina.ahlbin.7422@student.uu.se

073-949 52 45

Sandra Jansson, Geriatriken Tierp

sandra.jansson.5752@student.uu.se

070-734 58 24

Handledare

Stina Isaksson, stina.isaksson@pubcare.uu.se

Charlotta Ingvaldstad, charlotta.ingvaldstad@pubcare.uu.se

Attityder till fall och fallprevention

Läs igenom frågeformuläret noga och markera det svar som stämmer bäst för Dig.

Min uppfattning är att:

	Instämmer helt	Instämmer i ganska hög grad	Instämmer i ganska låg grad	Instämmer inte alls
1. Patienter kan dö av fall	⇒	⇒	⇒	⇒
2. Varje fall är ett för mycket	⇒	⇒	⇒	⇒
3. Fall ger sällan patienterna obehag	⇒	⇒	⇒	⇒
4. Man ska inte överbetona fallens påverkan på patienterna	⇒	⇒	⇒	⇒
<hr/>				
5. Lämplig fallprevention minskar kostnaderna	⇒	⇒	⇒	⇒
6. Samhällskostnaderna för fall är underskattade	⇒	⇒	⇒	⇒
7. Samhällskostnaderna för fall bör inte överskattas	⇒	⇒	⇒	⇒
8. Kostnaderna för fallprevention står inte i proportion till fallens allvarlighetsgrad	⇒	⇒	⇒	⇒

Min uppfattning är att:

9.Ledningen bör ha en viktig roll vid utveckling av riktlinjer för fallprevention ⇒ ⇒ ⇒ ⇒

10.Fallprevention bör prioriteras av ledande sjuksköterskor ⇒ ⇒ ⇒ ⇒

11.Jag kan inte avsätta tillräcklig tid för lämplig fallprevention ⇒ ⇒ ⇒ ⇒

12.Ledningens policy har inget inflytande på fallprevention ⇒ ⇒ ⇒ ⇒

13.Allt för många patienter på min avdelning faller ⇒ ⇒ ⇒ ⇒

14.Fallprevention bör prioriteras ⇒ ⇒ ⇒ ⇒

15. För mycket uppmärksamhet ägnas åt fall ⇒ ⇒ ⇒ ⇒

16. Fallprevention får alltför mycket uppmärksamhet, det finns viktigare problem ⇒ ⇒ ⇒ ⇒

17. Jag känner ansvar för om mina patienter faller ⇒ ⇒ ⇒ ⇒

Min uppfattning är att:

18. Mitt bidrag är viktigt för att förebygga fall

⇒ ⇒ ⇒ ⇒

19. Ytterst ansvarig för fallprevention är behandlande läkare

⇒ ⇒ ⇒ ⇒

20. Patienter på min avdelning faller aldrig.

⇒ ⇒ ⇒

21. Jag är välutbildad i fallprevention.

Jag vet vad jag ska göra

⇒ ⇒ ⇒ ⇒

22. Det är viktigt att lära sig nya saker om fallprevention

⇒ ⇒ ⇒ ⇒

23. Mer utbildning kan inte förbättra fallprevention

⇒ ⇒ ⇒ ⇒

24. Man förväntar sig alltför mycket av mig när det gäller fallprevention

⇒ ⇒ ⇒ ⇒

25. Jag kan ge lämplig fallprevention

⇒ ⇒ ⇒ ⇒

26. Jag har tillräcklig kunskap för att ge god fallprevention

⇒ ⇒ ⇒ ⇒

Min uppfattning är att:

27. Fallprevention är inte enkelt och andra i personalen är bättre på det än jag

⇒ ⇒ ⇒ ⇒

28. Jag kan inte ge lämplig fallprevention

⇒ ⇒ ⇒ ⇒

29. Om man ger god prevention kan de flesta fall förebyggas

⇒ ⇒ ⇒ ⇒

30. Många fall kan förebyggas om man använder riktlinjerna för fallprevention

⇒ ⇒ ⇒ ⇒

31. Fall är nästan oundvikligt för patienter med hög fallrisk

⇒ ⇒ ⇒ ⇒

32. Fall kan nästan aldrig förebyggas

⇒ ⇒ ⇒ ⇒

Till sist några frågor om dig

Kön

⇒ Kvinna

⇒ Man

Ålder

⇒ < 25 - 34 år

⇒ 35- > 50 år

Utbildning inom fall och fallprevention

Internutbildning

⇒ 1 timme

⇒ en halv dag

⇒ en heldag

⇒ > mer än en dag

Jag arbetar som

⇒ undersköterska

⇒ sjuksköterska

⇒ Dag ⇒ Natt ⇒ Rotation

Jag har arbetat inom vården

⇒ 0-2 år

⇒ 2 år eller mer

Påstående	Profession	N	Mean rank	Sum. of ranks	p
Patienter kan dö av fall	Undersköterska	35	35,47	1241,50	0,064
	Sjuksköterska	29	28,91	838,50	
Varje fall är ett för mycket	Undersköterska	35	32,34	1132,00	0,808
	Sjuksköterska	28	31,57	884,00	
Fall ger sällan patienterna obehag	Undersköterska	33	31,55	1041,00	0,749
	Sjuksköterska	28	30,36	850,00	
Man ska inte överbetona fallens påverkan på patienterna	Undersköterska	30	26,55	796,50	0,594
	Sjuksköterska	24	28,69	688,50	
Lämplig fallprevention minskar kostnaderna	Undersköterska	35	34,56	1209,50	0,214
	Sjuksköterska	29	30,02	870,50	
Samhällskostnaderna för fall är underskattade	Undersköterska	29	28,36	822,50	0,941
	Sjuksköterska	27	28,65	773,50	
Samhällskostnaderna för fall bör inte överskattas	Undersköterska	31	29,58	917,00	0,379
	Sjuksköterska	24	25,96	623,00	
Kostnaderna för fallprevention står inte i proportion till fallens allvarlighetsgrad	Undersköterska	26	22,00	572,00	0,098
	Sjuksköterska	23	28,39	653,00	
Ledningen bör ha en viktig roll vid utveckling av riktlinjer för fallprevention	Undersköterska	34	30,72	1044,50	0,454
	Sjuksköterska	29	33,50	971,50	
Fallprevention bör prioriteras av ledande sjuksköterskor	Undersköterska	33	32,08	1058,50	0,557
	Sjuksköterska	28	29,73	832,50	
Jag kan inte avsätta tillräcklig tid för lämplig fallprevention	Undersköterska	34	30,62	1041,00	0,648
	Sjuksköterska	28	32,57	912,00	
Ledningens policy har inget inflytande på fallprevention	Undersköterska	30	26,12	783,50	0,320
	Sjuksköterska	25	30,26	756,50	
Allt för många patienter på min avdelning faller	Undersköterska	35	36,17	1266,00	0,61
	Sjuksköterska	29	28,07	814,00	
Fallprevention bör prioriteras	Undersköterska	35	31,67	1108,50	0,913
	Sjuksköterska	27	31,28	844,50	
För mycket uppmärksamhet ägnas åt fall	Undersköterska	35	31,43	1100,00	0,756
	Sjuksköterska	28	32,71	916,00	
Fallprevention får alltför mycket uppmärksamhet, det finns viktigare problem	Undersköterska	34	31,59	1074,00	0,962
	Sjuksköterska	28	31,39	879,00	
Jag känner ansvar för om mina patienter faller	Undersköterska	36	34,06	1226,00	0,553

	Sjuksköterska	29	31,69	919,00	
Mitt bidrag är viktigt för att förebygga fall	Undersköterska	35	31,14	1090,00	0,608
Påstående	Profession	N	Mean rank	Sum. of ranks	p
	Sjuksköterska	28	33,07	926,00	
Ytterst ansvarig för fallprevention är behandlande läkare	Undersköterska	34	30,59	1040,00	0,650
	Sjuksköterska	28	32,61	913,00	
Patienter på min avdelning faller aldrig.	Undersköterska	35	31,96	1118,50	0,975
	Sjuksköterska	28	32,05	897,50	
Om man ger god prevention kan de flesta fall förebyggas	Undersköterska	35	30,00	1050,00	0,282
	Sjuksköterska	28	34,50	966,00	
Många fall kan förebyggas om man använder riktlinjerna för fallprevention	Undersköterska	34	28,29	962,00	0,84
	Sjuksköterska	28	35,39	991,00	
Fall är nästan oundvikligt för patienter med hög fallrisk	Undersköterska	34	27,79	945,00	0,95
	Sjuksköterska	27	35,04	946,00	
Fall kan nästan aldrig förebyggas	Undersköterska	35	30,04	1051,50	0,421
	Sjuksköterska	27	33,39	901,50	

Deltagarinformation *n = 71*

Kön	Antal	%
Kvinna	57	80,3
Man	8	11,3
Annat/bortfall	6	8,5

Ålder

≤ 34	13	18,3
≥ 35	50	70,4
Annat/bortfall	8	11,3

Utbildning inom fall och fallprevention**Internutbildning**

1 timme	21	29,6
½ dag	10	14,1
1 dag	3	4,2
> än en dag	6	8,5
Annat/bortfall	31	43,7

Studiedeltagarens profession

Undersköterska	36	50,7
Sjuksköterska	29	40,8
Annat/bortfall	6	8,5

Arbetstid	45	63,4
Dag		
Natt	7	9,9
Rotation	11	15,5
Annat/bortfall	8	11,3

Min yrkeserfarenhet inom vården är

0–2 år	7	9,9
2 år eller mer	60	84,5
Annat/bortfall	4	5,6

<i>Attityder till fall och fallprevention</i>		<i>n=71</i>				<i>[st.]</i>
	Instämmer helt och hållet <i>1</i>	Instämmer <i>2</i>	Instämmer ej <i>3</i>	Instämmer inte alls <i>4</i>	Bortfall	
<i>Område 1 - Påverkan av fall på patienten</i>						
Min uppfattning är att						
1	Patienten kan dö av fall	53	13	4	0	1
2	Varje fall är ett för mycket	56	10	3	0	2
3	Fall ger sällan patienterna obehag	1	5	14	47	4
4	Man ska inte överbetona fallens påverkan på patienterna	6	7	18	26	14
<i>Område 2 - Ekonomiska kostnader för samhället</i>						
Min uppfattning är att						
5	Lämplig fallprevention minskar kostnaderna	48	19	0	1	3
6	Samhällskostnaderna för fall är underskattade	35	17	8	1	10
7	Samhällskostnaderna för fall bör inte överskattas	4	13	16	27	11
8	Kostnaderna för fallprevention står inte i proportion till fallens allvarlighetsgrad	8	22	11	10	20
<i>Område 3 - Vikten av stöd från ledningen</i>						
Min uppfattning är att						
9	Ledningen bör ha en viktig roll vid utvecklingen av riktlinjer för fallprevention	47	18	3	0	3
10	Fallprevention bör prioriteras av ledande sjuksköterskor	39	21	5	1	5
11	Jag kan inte avsätta tillräcklig tid för lämplig fallprevention	11	29	24	3	4

12	Ledningens policy har inget inflytande på fallprevention	8	12	17	19	15
----	--	---	----	----	----	----

Område 4 - Prioritering av fall i omvårdnaden

Min uppfattning är att

13	Alltför många patienter på min avdelning faller	10	20	34	5	2
14	Fallprevention bör prioriteras	48	15	3	0	5
15	För mycket uppmärksamhet ägnas åt fall	0	8	20	40	3
16	Fallprevention får alltför mycket uppmärksamhet, det finns viktigare problem	0	8	22	36	5

Område 5 - Ansvarstagande

Min uppfattning är att

17	Jag känner ansvar för om mina patienter faller	43	24	3	0	1
18	Mitt bidrag är viktigt för att förebygga fall	46	21	0	1	3
19	Ytterst ansvarig för fallprevention är behandlande läkare	14	19	18	16	4
20	Patienter på min avdelning faller aldrig	1	3	8	56	3

Område 6 - Vikten av kunskap

Min uppfattning är att

21	Jag är välutbildad i fallprevention. Jag vet vad jag ska göra	11	42	12	3	3
22	Det är viktigt att lära sig nya saker om fallprevention	51	16	1	1	2
23	Mer utbildning kan inte förbättra fallprevention	3	9	14	41	4
24	Man förväntar sig alltför mycket av mig när det gäller fallprevention	2	13	29	22	5

Område 7 - Tillit till den egna yrkesskickligheten

Min uppfattning är att

25	Jag kan ge lämplig fallprevention	14	44	7	0	6
26	Jag har tillräcklig kunskap för att ge god fallprevention	12	42	10	0	7
27	Fallprevention är inte enkelt och andra i personalen är bättre på det än jag	4	12	36	14	5
28	Jag kan inte ge lämplig fallprevention	0	4	25	36	6

*Område 8 - Tillit till fallprevention***Min uppfattning är att**

29	Om man ger god prevention kan de flesta fall förebyggas	21	36	10	1	3
30	Många fall kan förebyggas om man använder riktlinjerna för fallprevention	25	35	7	0	4
31	Fall är nästan oundvikligt för patienter med hög fallrisk	12	20	26	8	5
32	Fall kan nästan aldrig förebyggas	4	7	19	37	4
