
Mälardalens högskola
Institutionen för Vård- och Folkhälsovetenskap
Folkhälsovetenskapliga programmet
Västerås

"Faller en så faller alla"

Arbetsterapeuters, sjukgymnasters och
sjuksköterskors syn på fallförebyggande arbete
i Västerås stad

Magisteruppsats i folkhälsovetenskap, 20 p
Datum: 070816
Författare: Verónica Lindow
Handledare: Christina Lindholm
Examinator: Bengt Wramner

SAMMANFATTNING

Fall är en av de främsta orsakerna till död och skador bland äldre och innebär ett stort folkhälsoproblem med bland annat höga samhällskostnader som konsekvens. Som följd av en växande äldre befolkning, ställs idag allt större krav på preventiva åtgärder. I Sverige tog kommunerna över ansvaret för äldres vård och rehabilitering år 1992. Sedan dess har ett ökat antal sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster börjat arbeta på kommunernas särskilda boenden för äldre. Syftet med denna kvantitativa studie var att undersöka uppfattningar bland sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster angående fallpreventiv verksamhet i särskilda boenden. Sextio individer, 17 sjuksköterskor, 22 arbetsterapeuter och 21 sjukgymnaster blev undersökta. Frågeformuläret fokuserade på hinder och förutsättningar för fallprevention, åsikter om fallriskfaktorer samt fallriskbedömning och åtgärder utförda i arbetet. Mer än 50 % ansåg att tidsbrist var ett hinder för att effektivt genomföra fallprevention. Effektivt samarbete mellan yrkeskategorierna sågs av 92 % av deltagarna som en viktig förutsättning. Nedsatt balans angavs som en mycket allvarlig fallriskfaktor av 78 % av deltagarna. Utbildning av vårdpersonal var enligt 95 % en mycket effektiv åtgärd men bara 31 % av deltagarna använder detta som en preventiv åtgärd i arbetet.

Nyckelord: attityder, fallolyckor, förutsättningar, hinder, särskilt boende, äldre.

ABSTRACT

Falls are a major cause of mortality and injuries among elderly and pose a serious problem to public health with following high costs for the community. As a result of an aging population, preventive care programs are today a growing demand. In Sweden the municipalities took on the responsibility for health care and rehabilitation for old people in 1992. Since then, a growing number of nurses, occupational therapists and physiotherapists have started working in residential care facilities. The aim of this quantitative study was to describe views among nurses, occupational therapists and physiotherapists regarding fall preventing activities in residential care facilities. Sixty individuals, 17 nurses, 22 occupational therapists and 21 physiotherapists were surveyed. The questionnaire focused on barriers and facilitators to fall prevention, fall risk factor attitudes and self-reported fall risk factor assessment and use of fall prevention strategies. More than 50 % believed that lack of time was a barrier to carry out fall prevention effectively. Effective multidisciplinary teamwork was seen as a facilitator by 92 % of the participants. Impairment balance was named as a very serious fall risk factor by 78 % of the participants. Staff education was a very effective intervention according to 95 % but only 31% of the participants used this in their work.

Key words: aged, accidental falls, attitude, barriers, facilitator, residential care facilities.

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUKTION | 1 |
| 2. BAKGRUND | 2 |
| 2.1 Definitioner och begrepp | 2 |
| 2.2 Fallolyckor bland äldre som ett folkhälsoproblem | 2 |
| 2.2.1 Den Haddonska modellen | 2 |
| 2.2.2 Omfattning | 3 |
| 2.2.3 Trender | 4 |
| 2.2.4 Ojämligheter | 4 |
| 2.2.5 Orsaker | 5 |
| 2.3 Samhällsekonomiska aspekter på fallolyckor | 6 |
| 2.4 Mål för äldres hälsa | 7 |
| 2.4.1 Internationella mål | 7 |
| 2.4.2 Nationella mål | 8 |
| 2.4.3 Lokala mål | 8 |
| 2.5 Förebyggande åtgärder för äldre | 9 |
| 2.5.1 Evidensmodellen för prevention av fallolyckor | 9 |
| 2.5.2 Primär prevention i fallförebyggande | 10 |
| 2.5.3 Sekundär prevention i fallförebyggande | 10 |
| 2.5.4 Tertiär prevention i fallförebyggande | 10 |
| 2.6 Hälsa- och sjukvårdens medverkan i Folkhälsoarbete | 11 |
| 2.6.1 Förutsättningar och Hinder för fallprevention | 12 |
| 2.7 Äldreomsorg i Västerås Stad | 13 |
| 2.7.1 Fallolyckor i Västerås Stad | 14 |
| 3. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR | 15 |
| 3.1 Syfte | 15 |
| 3.2 Frågeställningar | 15 |
| 4. METOD OCH MATERIAL | 15 |
| 4.1 Undersökningsmetod | 15 |
| 4.2 Genomförande | 16 |
| 4.2.1 Population | 16 |
| 4.2.2 Enkäten | 16 |
| 4.2.3 Pilotstudie | 17 |
| 4.3 Bortfall | 18 |
| 4.4 Bearbetning av data | 18 |
| 4.5 Etiska övervägande | 18 |
| 5. RESULTAT | 18 |
| 5.1 Beskrivning av populationen | 18 |
| 5.2 Hälsa- och sjukvårdens ansvar | 19 |
| 5.3 Stöd och hinder för arbete med fallprevention | 19 |
| 5.3.1 Öppna frågor | 20 |
| 5.4 Åsikter om riskfaktorer och åtgärder för fallolyckor | 21 |
| 5.5 Bedömning av fallrisker samt utförande av åtgärder på arbetet | 21 |
| 6. DISKUSSION | 22 |
| 6.1 Metoddiskussion | 22 |
| 6.1.1 Genomförande | 22 |

| | |
|--|-----------|
| 6.1.2 Enkäter | 22 |
| 6.1.3 Svarsfrekvens och intern bortfall | 23 |
| 6.1.4 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet | 24 |
| 6.2 Resultatdiskussion | 24 |
| 6.2.1 Ansvar för fallförebyggande | 24 |
| 6.2.2 Faktorer som påverkar valet att arbeta med fallprevention | 25 |
| 6.2.3 Riskfaktorer och åtgärder för falloolyckor | 27 |
| 6.2.4 Fallrisker samt utförande av åtgärder på arbetet | 28 |
| 6.3 Reflektioner om ett framgångsrikt fallförebyggande arbete | 31 |
| 6.4 Förslag på fortsatt forskning | 31 |
| 7. SLUTSATSER | 32 |
| REFERENSER | 33 |
| BILAGA 1: Enkät | |
| BILAGA 2: Missivbrev | |
| BILAGA 3 a: Fullständigt resultat i tabeller | |
| BILAGA 3 b: Fullständigt resultat i tabeller | |
| BILAGA 3 c: Fullständigt resultat i tabeller | |

INTRODUKTION

Medellivslängden ökar över hela världen och Sverige har den högsta andelen personer i åldersgruppen 80 år eller äldre i världen. Den medicinska utvecklingen leder till att en större andel personer överlever både akuta och kroniska sjukdomar även i så kallad fjärde ålder (oftast 80 år eller äldre). Men trots att de flesta i den äldre befolkningen är förhållandevis friska ökar paradoxalt andelen personer med funktionsnedsättning eller sjukdom. Rörelsehinder, benskörhet, demens, slaganfall, nedsatt syn eller hörsel ökar med stigande ålder.

Fall kan inträffa i alla åldrar men fallolyckor hos äldre är mer vanligt förekommande och ökar. Konsekvenser för äldre efter ett fall kan variera mellan en obehaglig upplevelse utan fysiska skador till så allvarliga som dödlig utgång. Fallolyckor hos äldre har blivit ett folkhälsoproblem. Cirka 18 000 personer drabbats av en höftledsfraktur varje år och fallolyckor leder till fler dödsfall än trafiken gör.

De flesta frakturer som behandlas inom äldreomsorgen har orsakats av fallolyckor. Men även om flertalet inte ådrar sig en fraktur så kan konsekvenserna av ett fall t ex bli rädsla för ett nytt fall. De äldre vågar då inte röra på sig i samma utsträckning som tidigare med konsekvensen att deras rörelseförmåga, styrka och balans minskar vilket ökar risken för ett nytt fall. Andra gånger begränsar den äldre sitt sociala liv på grund av rädsla att utsätta sig för miljöer som kräver mer balans eller styrka och undviker till exempel att besöka någon som har trappor till sin bostad eller att behöva gå med gånghjälpmiddel i samma banor som cyklar cirkulerar. Men statistiken visar att de flesta fall inträffar i eget hemmiljö.

För 30 år sedan betraktades fallolyckor som en slumpmässig företeelse. Idag visar forskningen att flera faktorer kan spela olika stora roller i att äldre ramlar. Att kunna identifiera fallrisker är det första steget i en del av det förebyggande arbetet, ett arbete som måste genomföras från olika nivåer och av olika aktörer. Det räcker inte med att anpassa en bostad, inte heller att enbart rehabilitera de äldre som fått en fraktur. Det är ju flera faktorer som kan påverkas och det krävs ett ökat engagemang från de äldre och deras närstående, vårdpersonalen som är i kontakt med äldre och ända upp till politikerna som fattar beslut om folkhälsoarbete med förebyggande åtgärder.

Författaren till denna studie har varit verksam som sjukgymnast i äldreomsorgen i Västerås under 11 år vilket påverkade valet av ämne till examinationsuppsatsen. Erfarenheten av en växande fallproblematik har väckt nyfikenhet att ta reda på vad sjukvårdspersonalen anser om detta problem.

2. BAKGRUND

2.1 Definitioner och begrepp

Yngre äldre: även så kallad ”tredje ålder” (ofta 65-79 år) avses den tidsperiod efter ålderspensioneringen där individens möjlighet till aktiviteter inte nämnvärt begränsas av ohälsa och funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2005).

Äldre äldre: även så kallad ”den fjärde åldern”(ofta 80 år och däröver) avses den sista delen av livet. Denna tidsperiod karakteriseras av sjuklighet och nedsatt fysisk eller psykisk funktionsförmåga, och den enskilde klarar sig inte själv utan är beroende av andras vård och omsorg. (Socialstyrelsen, 2005)

Fall: enligt statens beredning för medicinsk utredning i rapporten om osteoporos (SBU 2003a) och en randomiserad svensk studie av 439 äldre i Umeå (Jensen et al 2002) är fall när en individ oplanerad hamnar på golvet eller marken oberoende om skada uppstår och med tillägget utan att fallet är orsakat av medvetslöshet, stroke eller epilepsi.

Osteoporos: (benskörhet) är ett tillstånd med minskad benvävnad och förändringar i benvävnadens struktur, vilket leder till en minskad hållfasthet och orsakar en ökad frakturrisik. *Primär osteoporos* som orsakas av det biologiska åldrandet, menopaus och livsstilsfaktorer som kost, motion, rökning och alkohol. *Sekundär osteoporos*, som orsakas av vissa sjukdomar eller läkemedelsbehandling.(SBU, 2003 a)

Särskilt boende: I denna studie menas servicehus, ålderdomshem, gruppboende för personer med senildemens och korttidsboende, hus som är drivna av kommunen.

2.2 Fallolyckor bland äldre som ett folkhälsoproblem

2.2.1 Den Haddonska modellen

Olycksfall utgör ett av de största hälsoproblem bland äldre människor. Trafikskador fallolyckor, och brännskador är huvudorsakerna till olycksfall som leder till dödlig utgång bland äldre. Åldersgruppen 65 och äldre är i Sverige 17 procent av befolkningen med dessa står för mer än hälften av alla dödsfall förorsakade av olycksfall. (Räddningsverket, 2003 a)

I syftet att analysera relationen mellan skada och producerande händelse har en rad modeller presenterats. Den mest kända av dem är modellen utvecklade av William Haddon, den så kallad Haddonska matrisen (fig. 1) som analyserar skador i förhållande till tre faser och för tre olika faktorer. De tre skadefaserna är kronologiska; före händelse, själva händelsen vid skadetillfället, och efter skadehändelse. Faktorena hänför sig till den traditionella epidemiologiska värd-agens-miljömodellen. (Haglund & Svanström 1999). Värden är människa, till exempel en äldre. Agens kan vara till exempel en akut sjukdom som orsakar en tillfällig nedsatt balans. Miljön är en matta som vid vanliga fall inte förefaller som ett hinder. Den här modellen kan användas för att analysera riskfaktorer och möjliga interventioner.

Fig 1 Exemplifiering av Haddonska matrisen

| | | FACTORS | | |
|--------|-----------|---------|-----------------------|-------------|
| | | Human | Vehicle and Equipment | Environment |
| PHASES | Precrash | | | |
| | Crash | | | |
| | Postcrash | | | |

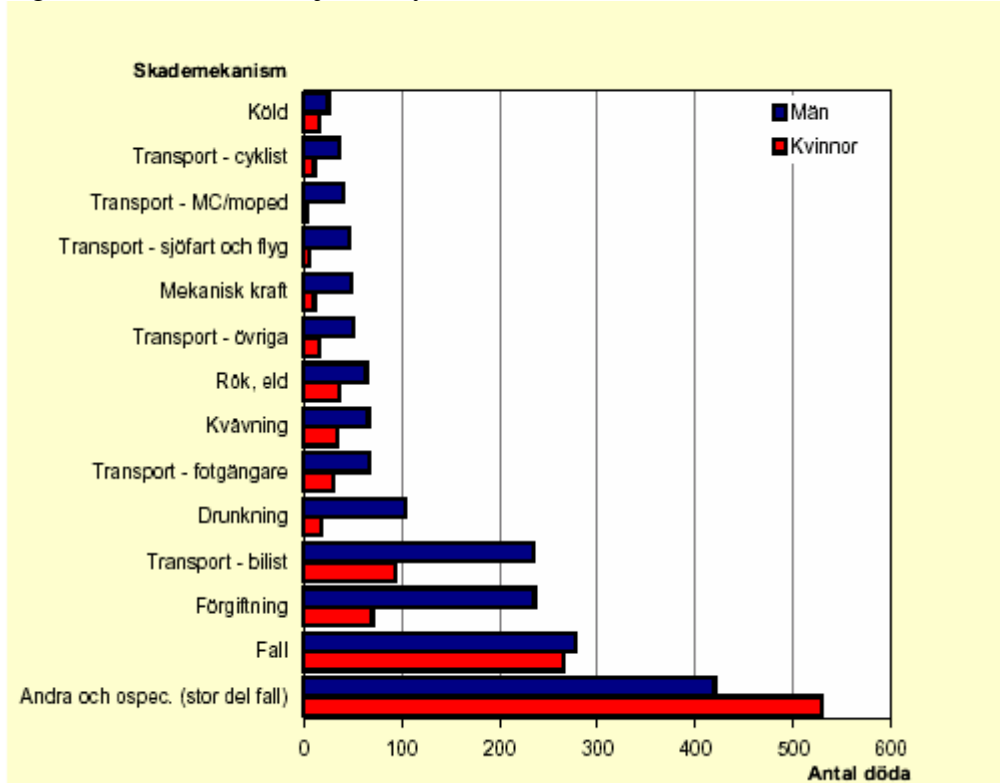
Källa: Evidensbaserad skadeprevention, Haglund och Svanström.

2.2.2 Omfattning

De äldres fallskador leder till ett omfattande personligt lidande och mycket stora samhällskostnader. Under året 2001 dog drygt 1100 personer över 65 år till följd av fall. (Räddningsverket, 2003 a)

Bilolyckor är inte den största orsaken till dödsfall utan istället är det olyckor i bostaden och bland dem särskilt fallolyckor (fig. 2).

Fig. 2 Antal döda till följd av olycksfall efter skademekanism och kön, 2001.



Källa: Dödsorsaken 2001, EpC, Socialstyrelse.

2.2.3 Trender

Tendensen är att antalet dödsoffer till följd av fallolycka ökar bland äldre, till och med snabbare än vad som kan motiveras av att de äldre blir fler. (Räddningsverket, 2003a) Svenskarna har hittills blivit äldre och friskare men studier visar att trenden på senare tid kan ha brutits åtminstone för delar av den äldre befolkningen. Medellivslängden för kvinnor ökar inte längre och hälsan hos män i åldern 77-84 år har försämrats. (Socialstyrelsen, 2005 a).

Vad det gäller fallolyckor visar statistiken mellan åren 1987 till 2001 en markant ökning framförallt bland individer över 80 år.

Tabell 1, Antal döda per 100 000 invånare, total och per åldersgrupp till följd av fallolyckor

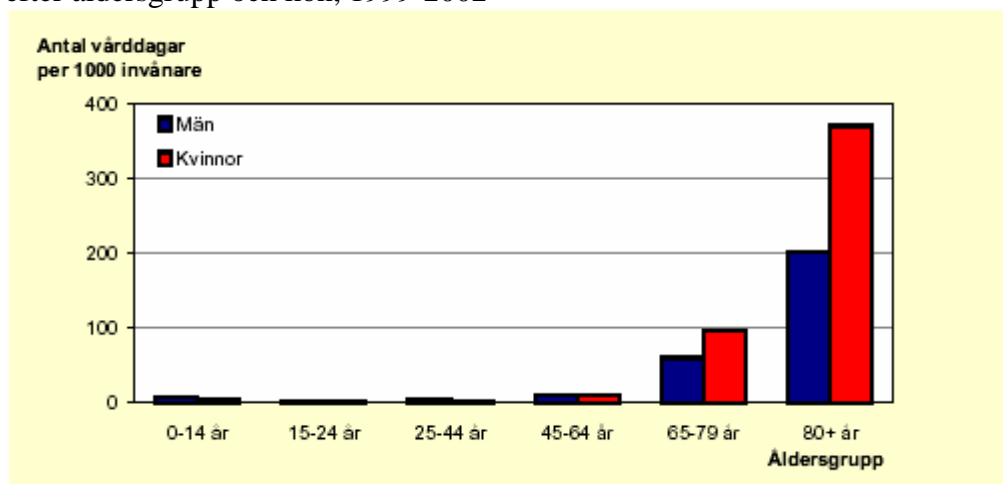
| Ålder | 1987 | 1992 | 1997 | 2001 |
|--------------|------------|------------|------------|------------|
| Total | 5,3 | 4,3 | 6,9 | 6,0 |
| 25-44 | 1,3 | 1,0 | 0,6 | 0,5 |
| 45-64 | 3,8 | 3,4 | 4,8 | 3,8 |
| 65-79 | 13,0 | 10,9 | 15,7 | 13,0 |
| 80+ | 45,6 | 33,5 | 68,8 | 63,6 |

Källa: Räddningsverket, rapport Olyckor i siffror 2004 .

2.2.4 Ojämligheter

De flesta dödsolyckor med dödlig utgång drabbar män och äldre. Däremot är det kvinnor som dominerar i statistiken som visar skador till följd av fallolyckor(fig. 3). Flera studier, både nationella och internationella, visar att äldre i särskilt boende ramlar oftare än de som bor i eget boende (Jensen et al 2002, Moreland et al 2003) och eftersom det är fler kvinnor än män som bor i särskilt boende blir kvinnor överrepresenterade i statistiken (Socialstyrelsen, 2005a)

Fig. 3 Antal vård dagar per 1000 invånare till följd av olycksfall i bostad eller bostadsområdet efter åldersgrupp och kön, 1999-2002



Källa: EHLASS, EpC, Socialstyrelsen

Inte alla fallolyckor leder till en fraktur men statistiken visar att kvinnor har tre gånger högre risk att få en fraktur än män (Jensen et al, 2002).

Att fler kvinnor får en fraktur har sin huvudförklaring i att det är fler kvinnor än män som drabbas av benskörhet. Var tredje kvinna i åldern 70-79 år konstateras lida av benskörhet vid bentäthetsmätning i höften (SBU, 2003 a)

En annan faktor är vana vid fysisk aktivitet. Äldre gifta eller samboende rör på sig i högre utsträckning än ensamboende och eftersom kvinnor lever längre än män blir fler äldre kvinnor ensamboende och som konsekvens har de en minskad fysisk aktivitet. (Socialstyrelse 2005 a) En annan studie visar att strokepatienter hade två gånger högre risk för höftfrakturer orsakade av fallolycka än äldre patienter utan diagnosen stroke (Nyberg 1996).

2.2.5 Orsaker

För 30 år sedan betraktades fallolyckor som en slumpmässig företeelse. Idag visar forskningen på olika faktorer som gör att äldre ramlar och att dessa faktorer kan ha olika stark påverkan. Riskerna för fall kan också variera mellan olika åldrar och individer. Riskerna kan alltså vara väldigt många och det första steget i en del av det förebyggande arbetet är därför att kunna identifiera fallrisker. Litteraturen indelar riskfaktorer i inre faktorer hos individen och yttre faktorer i omgivningar (Socialstyrelsen, 2003), och även en indelning i påverkbara faktorer och icke påverkbara hittas i litteraturen (American Geriatrics Society, 2001).

En av de starkast bidragande orsakerna till ett fall är hög ålder. Några studier (Jensen et al, 2002) visade att äldre i hög ålder ramlar oftare än yngre och att detta kan öka exponentiellt med åldern (Tinetti et al, 1988). Ju äldre en person är desto större är risken att ramla när både kroppsliga och intellektuella funktioner försämras successivt. Men eftersom flera ”äldre äldre”, också har större risk för nedsatt kognitiv förmåga som till exempel demens är denna grupp också överrepresenterad i fallstatistiken (Jensen et al 2003) liksom i statistiken över konsekvenser som skador av fallolyckor (Kallin et al 2005). Jensen med flera (2002) visade i sin svenska studie att äldre i gruppboende för dementa patienter ramlade dubbelt så ofta som äldre boende på servicehus. Även Tinetti med flera visade en skillnad i kognitiv förmåga bland äldre som ramlar, trots att hans studie är gjord bland äldre i eget boende (1988).

En annan viktig faktor som kan räknas som fallriskfaktor är en fallhistoria. De som har ramlat tidigare löper en större risk att ramla igen jämfört med dem som inte har gjort det (Socialstyrelsen, 2003) och bör därför utredas. Jensen med flera (2002) visade att 84 procent av de i hennes studie som hade ramlat gjorde det två eller flera gånger. Tinetti med flera (1988) visade samma tendens där hälften av dem som ramlade gjorde det mer än en gång. Även riktlinjer från en internationell panel (American Geriatrics Society, 2001) rekommenderar en bedömning av omständigheterna kring tidigare fall.

Flera studier har fokuserat på riskfaktorer som kanske är mer påverkbara, fortfarande individrelaterade. Detta är exempelvis akuta sjukdomar som kan få en äldre att oförutsägbart må sämre och därför mer benägen att ramla. Tio procent av de äldre i Tinetti med fleras studie (1988) rapporterade lunginflammation relaterad till fallolycka. Kallin med flera (2004) påvisade att symptom på akuta sjukdomar var utlösande faktorer i 38 procent av fallolyckorna i deras studie, där urinvägsinfektioner var en vanlig faktor.

Samma studie kunde också bevisa att biverkningar av läkemedel är starkt relaterade till fallolyckor. Biverkningar av läkemedel, framför allt lugnande mediciner men även smärtstillande, har sin negativa påverkan i form av nedsatt balans och mindre vakenhet (Kallin et al, 2004). Det finns mycket litteratur och riktlinjer som påpekar den negativa

effekten som läkemedel har för äldres balansförmåga (Socialstyrelse 2004 a; Gillespie et al 2003; Moreland et al 2003; Tinetti et al 1988).

Nedsatt balans och med detta även en nedsatt gångförmåga är kanske en av de mest studerade faktorerna. Balansen kan, som beskrivits ovan, försämrans av läkemedel men nedsatt balans är också starkt förbunden med hög ålder. Även blodtrycksfall kan rubba balansen och räknas som riskfaktor för att falla (American Geriatrics Society, 2001; Tinetti et al 1988). En amerikansk studie (Ooi et al, 2000) bevisade att blodtrycksfall var en oberoende faktor för återkommande fall bland äldre i särskilt boende.

Tinetti med flera (Tinetti et al, 1988) slog fast i sin studie att risken att ramla är direkt relaterad till ett antal riskfaktorer. Därför kan det vara viktigt att ha kännedom om så många faktorer som möjligt som kan orsaka fallolyckor bland äldre. I denna studie visade sig att det fanns en signifikant relation mellan nedsatt synförmåga och risken att falla vilket därför är viktigt att inkludera i ett fallpreventionsprogram (American Geriatrics Society, 2001). Däremot påstod Gillespie i sin granskning (Gillespie et al, 2003) att det inte fanns evidens att korrigerande av nedsatt synförmåga bland äldre kan vara en effektiv intervention i att reducera fallolyckor.

Alla fallolyckor leder inte till en fraktur. Statistiken över fallolyckor i Västerås¹ visar en frakturfrekvens på cirka 3 procent. Detta stämmer överens med studier där frekvensen för frakturer som konsekvens av fallolycka varierar från 6 procent (Tinetti et al, 1988) till 8 procent (Jensen et al, 2002). Risken för frakturer ökar med åldern och den är starkt associerad till om det förekommer osteoporos (SBU, 2003). I Sverige inträffar varje år omkring 70 000 frakturer som har samband med osteoporos. Vissa osteoporosfrakturer, exempelvis kotfrakturer och revbensfrakturer, kan vara spontana eller orsakas av minimala påfrestningar medan andra frakturer, exempelvis handledsfrakturer och höftfrakturer, nästan alltid inträffar efter en påfrestning som ofta orsakats av en fallolycka (SBU, 2003 a). För att förebygga osteoporosrelaterade frakturer är därför angeläget att motverka både osteoporos och fallolyckor.

Bland de yttre faktorerna kan nämnas hinder i omgivningen som de mest vanliga och även de mest studerade i forskningen. En australiensisk studie (Mackenzie et al, 2002) visar effektiviteten av en checklista med 24 hinder i äldres hemmiljö för att bedöma dessa hinders inverkan på risken att falla. Men det är viktigt att komma ihåg att många äldre redan bor i väl anpassade miljöer. Lowery med flera (2000) fann att äldre i eget boende i genomsnitt hade 6 hinder jämfört med 2 hinder bland dem som bor i särskilt boende. Däremot fanns inte enligt denna studie något statistiskt samband mellan antalet hinder och antalet fallolyckor.

2.3 Samhällsekonomiska aspekter på fallolyckor

Av dem som omkommer till följd av fallolyckor är 80 procent 65 år eller äldre. Denna åldersgrupp utgör dessutom 60 procent av dem som vårdas inom slutenvården efter en fallolycka. Detta innebär en kraftig överrepresentation då de äldres andel av totalbefolkningen uppgår till ungefär 17 procent (Räddningsverket 2003 a).

Eftersom antalet fallolyckor bland äldre ökar har Räddningsverket beräknat konsekvenserna av fallolyckor i kostnader för samhället och de drabbade individerna. Men de konsekvenser

¹ <http://www.vasteras.se/KallelserProtokoll/Aldrenamnden/> 2007-03-30

som är svårare att mäta, och som inte är mindre viktiga att ta hänsyn till såsom fysisk och psykisk lidande, bör också nämnas.

Enligt räddningsverket rapport Fallolyckor bland äldre (Räddningsverket 2003 b) kan konsekvenserna definieras som:

Dödsfall

Svårt skadade - då skadade kräver inläggning på sjukhuset, det vill säga slutenvård.

Lindrigt skadade - där skadad är behandlad inom öppen vård.

Totala kostnader för fallolyckor bland äldre var cirka 5 miljarder kronor året 2000. Tabell 2. De kostnaderna var nästan lika höga som motsvarande kostnader för samtliga, oavsett ålder, som omkom eller skadades i trafikolyckor år 2000.

Tabell 2. Kostnader för fallolyckor bland äldre, 2000

| | Antal | Landsting | Kommun | Individ | Totalkostnad |
|------------------|--------------|------------------|---------------|----------------|---------------------|
| Dödsfall | 1 030 | 36 Mkr | 0 Mkr | 0 Mkr | 36 Mkr |
| Svårt Skadade | 40 700 | 2 177 Mkr | 2 352 Mkr | 49 Mkr | 4 579 Mkr |
| Lindring skadade | 61 000 | 134 Mkr | 0 Mkr | 31 Mkr | 165 Mkr |
| Summa | 102 730 | 2 348 Mkr | 2 352 Mkr | 79 Mkr | 4 780 Mkr |

Räddningsverket beräknar kostnader för konsekvenser av fallolyckor om 30 år och detta ger en större förståelse av behovet att förebygga problemet.

Antalet personer över 65 år som vårdas inom slutenvården till följd av fallolyckor beräknas öka med 65 procent från år 2000 till år 2035, alltså från 40 700 till 67 000 personer. Denna beräkning bygger på antagandet att andelen äldre som kräver slutenvård efter en fallolycka är konstant samtidigt som antalet äldre ökar. Prognosen bygger på Statistiska Centralbyråns befolkningsutveckling och 2001 års fallskadeincidens.

Om man antar att antalet avlidna och lindrigt skadade visar samma ökningstakt som antalet svårt skadade (de som behöver slutenvård) så kommer efterfrågan på vårdresurser från landsting och kommuner att fördubblas, alltså från 4,8 miljarder kronor år 2000 till 7,9 miljarder kronor år 2035. Tabell 3.

Tabell 3 Totalkostnader i ett framtidsperspektiv – år 2035

| | Landsting | Kommun | Individ | Totalkostnad |
|---------|------------------|---------------|----------------|---------------------|
| År 2000 | 2 348 Mkr | 2 352 Mkr | 79 Mkr | 4 780 Mkr |
| År 2035 | 3 865 Mkr | 3 873 Mkr | 131 Mkr | 7 869 Mkr |

2.4 Mål för äldres hälsa

2.4.1 Internationella mål

WHO: s Europaregionen arbetar främst med policyfrågor och stöd till hälsoutveckling inom Central- och Östeuropa. Beslut fattas som regel i form av rekommendationer till medlemsländerna. Sverige och övriga medlemsländerna i WHO: s Europa region antog i september 1998 en gemensam hälsost strategi med 21 mål (WHO, 1999) som i hög grad blivit

en förebild för och inspirerat många länders arbete med nationella hälsomål, så även i Sverige.

Föreliggande studie anknyter i första hand till mål 5 som innebär att människor över 65 år ska ha fortsatta möjligheter att åldras med hälsa, att kunna bo hemma, behålla sitt oberoende och att delta i samhällslivet. Mål 9 omfattar minskade skador av våld och olycksfall i exempelvis hemmet och på fritiden. Mål 11 syftar att avsevärt fler människor skall tillägna sig hälsosamma beteende i fråga om bland annat kost och motion. Att förebygga fallolyckor och främjande av äldres hälsa anknyter även till mål 13 som lyfter vikten av hälsofrämjande vardagsarenor såsom hemmiljö (WHO, 1998)

2.4.2 Nationella Mål

Regeringen har beslutat om övergripande mål för folkhälsoarbetet för att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Det övergripande målet förtydligar samhällets ansvar för människors hälsa genom att det visar på sambandet mellan samhällliga förutsättningar, som kan påverkas genom politiska beslut och hälsoutvecklingen i befolkningen. För att nå målet krävs insatser från de flesta sektorer i samhället – från det offentliga, från näringslivet, från folkrörelserna och från individerna själva. I Sverige har Hälsa 21 varit en viktig källa för arbetet med att ta fram de 11 nationella folkhälsomålen (Målen för folkhälsa 2002). Följande mål innefattar en direkt anknytning till skadeprevention för äldre:

Mål 1: Delaktighet och inflytande i samhället.

”Särskild vikt skall läggas vid att stärka förmågan och möjligheten till social och kulturell delaktighet för ekonomisk och socialt utsatta personer samt vid barns, ungdomars och äldres möjligheter till inflytande och delaktighet i samhället.”

Mål 6: En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

”Hälso- och sjukvården har en nyckelroll i folkhälsoarbetet genom sin specifika kompetens, sin auktoritet, breda kunskap och stora kontaktyta gentemot befolkningen. Hälso- och sjukvården bör i större utsträckning använda sin auktoritet, kunskap och kontaktyta för att främja hälsa i mötet med patienter och anhöriga och mer systematiskt integrera relevanta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande aspekter i det löpande arbetet så att det blir naturliga delar i hela vårdkedjan.”

Mål 9: Ökad fysisk aktivitet.

”Fysisk aktivitet är en förutsättning för en god hälsa. Samhället ska utformas så att det ger förutsättningar för en ökad fysisk aktivitet hos hela befolkningen. Detta skall främst ske genom insatser som stimulerar till att äldre, långtidssjukskrivna och funktionshindrade aktivt erbjuds möjligheter till motion eller träning på sina egna villkor”.

2.4.3 Lokala mål

Västerås är medlem i Forum Folkhälsa 2005². Kommunens folkhälsoprogram tar sin utgångspunkt i Västerås stads lokala agenda 21, där arbetet med en god folkhälsa samt arbetet med goda sociala och jämlika levnadsförhållanden står i centrum³. Äldrenämnden har ytterligare satt mål för insatser riktade specifikt till äldre inom särskilt boende. I hälso- och

² www.fhi.se Folkhälsoinstitutet, Kommunala basfakta november 2006

³ www.vasteras.se Västerås Folkhälsoprogram november 2006

sjukvårdsriktlinjer står att patienter/brukare skall erbjudas en bedömning av sitt hälso- och sjukvårdsbehov. Bedömningarna skall innehålla riskanalys för bland annat fallskador.⁴

2.5 Förebyggande åtgärder för äldre

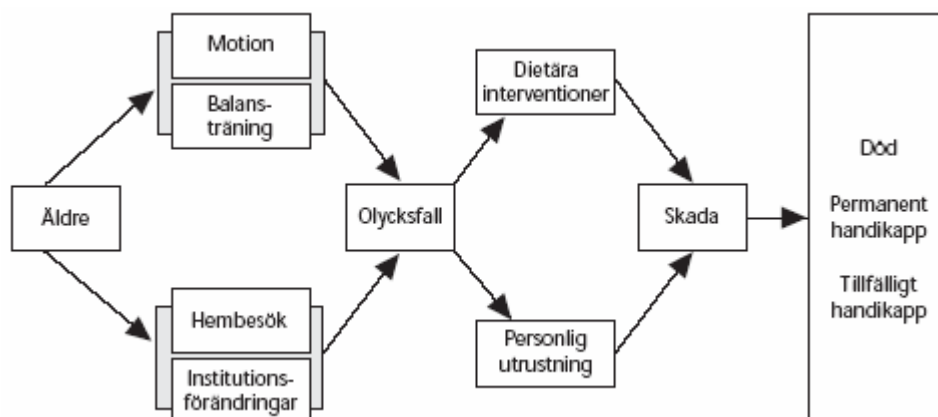
2.5.1 Evidens-modellen för prevention av fallolyckor

Fallolyckor är vanligt i alla åldrar men vanligtvis inte allvarligt förutom bland de äldre. De äldre kan delas i dels yngre äldre, aktiva äldre som fortsätter med sina vanliga aktiviteter utan att ha hänsyn till de åldersförändringar som förekommer, till exempel nedsatt synförmåga, vilket äventyrar möjligheten att göra riktiga bedömningar i oväntade förhållanden. Den andra gruppen är de inaktiva äldre som dessutom ofta har sjukdomar och medicinering i tillägg till inaktiviteten, vilket tillsammans minskar styrka och reaktionsförmåga, som i sin tur gör att nästan alla vardagliga aktiviteter utgör ett potentiellt faromoment som kan sluta i en fallolycka.

Säkerhetsfrämjande arbete kan definieras som en process som syftar till att ge befolkningen åtgärder för att främja närvaron och bibehålla tillstånd som är nödvändiga för att uppnå och behålla en optimal säkerhetsnivå. Säkerhetsfrämjande är alla organiserade ansträngningar av individer, organisationer och samhällen för att uppnå detta mål. Strukturella förändringar såväl som förändringar av attityder och beteenden syftar alla till att skapa bestående stödjande miljöer för säkerhet. (Haglund & Svanström, 1999).

Säkerhetsfrämjande arbetet för att förhindra fallolyckor och resulterande skador hos äldre kan genomföras på olika sätt. Man kan reducera fallolyckorna genom att de äldre ökar sin fysiska aktivitet, genom bedömningar av skaderisker i hemmen, genom interventioner i olika boendemiljöer för äldre. För den andra kan man reducera skadorna till följd av fallolyckor genom användning av externa skydd (höftskyddsbyxa) eller kostinterventioner. För den tredje kan man se på möjligheter att förbättra vården för dem som redan drabbats. Dessa åtgärder kan sammanfattas i enighet med evidens-modellen för prevention av fallolyckor bland äldre (Haglund & Svanström, 1999). Figuren 4 utgår från matrisen för säkerhetsfrämjande åtgärder och går från individuell nivå till samhällsnivå för olika typer av interventioner.

Fig. 4 Evidensmodell för fallolycksprevention hos äldre



Källa: Evidensbaserad skadeprevention, Hagglund & Svanström

⁴ Information inhämtad från MAS (Medicinsk Ansvarig Sjuksköterska) i Västerås oktober, 2006

2.5.2 Primär prevention i fallförebyggande

Preventiva insatser ska vara fokuserade på att upplysa om fallriskerna bland äldre. Det är viktigt att utgå från lokala förhållanden. Inventering av lokala behov, önskemål och resurser ger ökat intresse och lokalt engagemang eftersom ju fler olika aktörer som engageras desto mer varierat blir utbudet av interventionsmodeller.

Relevant kan vara att de äldre inte bara utgör målgruppen utan att de själva är aktörer i interventionen. Interventionen sker på gruppnivå och kan genomföras genom pensionärsföreningar eller nuvarande mötesplatser, t ex träffpunkter på servicehus, kyrkor, apotek, vårdcentraler mm. Lokaltidning och/eller lokalradio kan medverka genom artiklar eller reportage om fallolyckor (Hökby & Sadigh 2001).

Men enbart informationskampanjer ger inte alltid önskad effekt när det gäller en beteendeförändring (Grahn et al 2004). Interventionen borde vara kontinuerlig och följas upp. Dessutom ska inte friskfaktorer glömmas bort och motion i olika former främjas. Primärprevention berör de flesta sektorer i en stad och därför ett lyckat förebyggande arbete kommer att kräva en samverkan i olika organisationer över gränserna mellan landstinget och kommunen. (Thille & Hammerslag 2003)

2.5.3 Sekundär prevention i fallförebyggande:

Här ska insatserna riktas till de äldre som är i riskzoner. Interventionen kan ske på både individ- och gruppnivå, men forskning visar en fördelaktighet med små grupper (Clemson et al 2004). Aktörerna är samlade inom samhällets olika organisationer vilka kommer att fokusera på att skapa en medvetenhet om specifika riskfaktorer.

Den uppsökande verksamheten inom Primärvården samt kommunens äldreomsorg ska genomföras i form av till exempel hembesök hos alla över 65 år där en distriktssköterska ska kunna identifiera individrelaterade risker för fallolyckor. Arbetsterapeut skulle kunna se över eventuella risker i bostadsmiljö och sjukgymnasten kunna checka eventuella nedsättningar i balans och rörelseförmåga som skulle kunna bidra till en fallolycka. (Thille & Hammerslag 2003)

2.5.4 Tertiär prevention i fallförebyggande

Detta gäller när äldre har en mycket hög risk att ramla eller fallet redan har inträffat. Då gäller att förebygga ytterligare fall, skador, försämring eller komplikationer hos de personer som har tendens att ramla. De flesta fallolyckor har flera orsaker och det krävs därför en systematiserad och tvärprofessionell bedömning av de olika fallriskerna.

I Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av höftfrakturer (Socialstyrelsen 2003) rekommenderas att bedömning av fallrisker bör ingå i all vård och att åtgärder för att förebygga fallolyckor bör vidtas och leda till individuella rekommendationer. Åtgärderna bör riktas mot den enskilda personens riskfaktorer och mot omgivningsfaktorer och vara interdisciplinära.

Eftersom riskerna är många och mycket individuella behöver de preventiva åtgärderna vara skraddarsydda för varje individ. Det finns gott om studier om olika interventioner. Vissa riktlinjer pekade dock på att de mest effektiva var sådana som täcker många riskfaktorer samtidigt (Gillespie et al 2003; Moreland et al 2003, American Geriatrics Society 2001).

Åtgärderna som vidtas kan vara många och deras effektivitet kan variera .

Jensen med flera (2004) kunde bevisa att träning ökade gångförmågan bland äldre även bland de med kognitiva problem men de kunde inte bevisa någon minskning i risken att falla bland äldre i särskilt boende. Gillespie med flera (2003) visade dock att det finns gott om evidens att träning till exempel i form av Tai Chi-övningar kan vara effektiv för att minska fallolyckor.

Att se över hinder i omgivningen kan också minska fallolyckor. Detta är också en av interventionerna som visar sig vara effektiva enligt riktlinjerna från American Geriatrics Society (2001), Gillespie med fleras studie (2003) och Moreland med fleras studie (2003). I äldres omgivning ingår också alla hjälpmedel som många gånger kan minska risken att falla, som till exempel gånghjälpmedel. En holländsk studie (Graafmans et al 2002) visade dock att sådana hjälpmedel bara minskade risken bland äldre som hade en hög fysisk aktivitetsnivå.

En annan åtgärd som syns i forskning är utbildning av personal som är i kontakt med äldre. American Geriatrics Society, (2001) visade att studierna som innehöll en sådan åtgärd bland äldre i eget boende inte var effektiva men däremot var effektiva i studierna riktade till äldre i särskilt boende. Jensen med flera använde i sina studier (2003,2004) olika åtgärder, också utbildning av vårdpersonal i form av 4-timmars föreläsningar.

Även om inte många fallolyckor slutar med en fraktur så förekommer i Sverige cirka 18 000 höftfrakturer varje år (SBU 2003 a), och här är de äldsta med ett skört skelett överrepresenterade. Det finns därför tydliga rekommendationer för att förebygga fallskador hos de individer som är fallbenägna. Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2003) och SBU (SBU 2003 a) hävdade att användning av höftskyddsbyxa förefaller minska risken för höftfrakturer efter fall hos äldre som bor på institution. Sådana byxor har ett inbyggt skal i ett hårt material som dämpar kraften när äldre faller i sidled (Doherty et al, 2004, Forsén et al 2003). I Jensen med fleras studie (2003) förekom tio höftfrakturer och alla dessa inom kontrollgruppen som inte använde höftskyddsbyxa.

Bland kriterierna för användning av sådana byxor var i Jensen med fleras studie (2003) att äldre skulle ha ett lågt BMI (Body Mass Index), ett index som bland annat indikerar vikt. Låg vikt korrelerar till osteoporos och ökad risken för frakturer. En studie som SBU:s rapport (SBU 2003) refererar till visade att 38 % av de äldre som vårdades för höftfraktur var dåligt nutrierade⁵. En australiensisk studie (Stoltz et al 2002) slog i sitt resultat fast dels att dålig hälsa avseende intag av näring var en riskfaktor för fallolyckor, dels att även ett högt BMI kan öka risken för en äldre att falla då en ökad vikt kan orsaka inaktivitet och även ledslitning. Rekommendationen från den studien och från SBU är att bedöma de äldres näringstillstånd.

2.6 Hälsa- och sjukvårdens medverkan i folkhälsoarbete

”Hälsa- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälsa- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada”.(Hälsa- och Sjukvårdslagen 1982:763) Bestämmelserna gäller oavsett om hälsa- och sjukvården bedrivs på sjukhus, i öppenvård eller i det särskilda boendet i kommunen.

Hälsa- och sjukvårdens primära uppgift är att behandla sjukdom och, i fråga om fallolyckor, att lindra och rehabilitera olycksoffer. Det finns dock tydliga rekommendationer i

⁵ Från engelska Nutrition: näringstillförsel

Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för både sjukgymnaster, arbetsterapeuter och sjuksköterskor om ett mer hälsofrämjande och förebyggande arbete (Socialstyrelsen 2000, 2001, 2005 b).

Många rekommendationer från olika myndigheter i olika rapporter pekar på behov av en ökad vårdkvalitet och inte minst kostnadseffektiva metoder vilka skulle nås med förebyggande insatser (Socialstyrelsen 2003, Folkhälsoinstitutet 2004).

Allt fler i hela befolkningen kommer att nå högre åldrar och det finns all anledning att tro att också primärpreventiva insatser bland äldre kan få avgörande betydelse för att minska sjukdom och omvårdnadsbehov och öka livskvaliteten. Wramner med flera (2000) påpekade i en rapport utgiven av Karolinska Institutet att tydligare mål borde formuleras för hälso- och sjukvården med relevanta resultatmått för folkhälsoarbetet. Det är viktigt att klargöra dels vilka möjligheter och skyldigheter som hälso- och sjukvården har i det samlade folkhälsoarbetet och dels vilka folkhälsoinsatser som sjukvården kan utföra och som inte kan verkställas av andra samhällssektorer.

2.6.1 Förutsättningar och hinder för fallförebyggande arbete.

Av tradition har merparten av hälso- och sjukvårdens arbete utgjorts av diagnostik och behandling (det vill säga sekundär och tertiär prevention), vilket präglar såväl dess organisation, struktur och resursfördelning som utbildningen av dem som arbetar inom hälso- och sjukvården (Folkhälsoinstitutet, 2004).

Det finns gott om evidens grundad på både internationell och nationell forskning som kan kvalitetssäkra vården med ett beprövat fallförebyggande arbete. Det är dock svårt att sätta evidens i praktiken (Colón- Emeric et al, 2006) och därför förekommer en del forskning som försöker ta reda på varför inte ett fallförebyggande arbete, trots evidens, förekommer som en del i det dagliga sjukvårdsarbetet.

Barriärerna för ett sådant arbetssätt är många men inte okända. I en kvalitativ studie i Ny Zeeland (McKinlay et al, 2004) angav 19 läkare att ont om tid var en av de största barriärerna för att driva hälsofrämjande arbete. Detta kan också bekräftas av distriktssjuksköterskor i en svensk studie (Jerden et al, 2006) där även behov av att legitimera hälsofrämjande arbete för att vinna samma status som sjukdomsorienterade arbetsuppgifter uppges.

I en studie riktad till sjuksköterskor och läkare (Fortinsky et al, 2004) angavs att patientens samtycke var den vanligaste hindret för att lyckats i ett fallpreventionsprogram. Att äldre inte samtycker i interventioner som sjukvårdspersonalen vill införa kan också grundas i äldres svårigheter att förstå deras fallrisk (Jensen et al 2003; Kallin et al 2005).

En del forskning visar att även personalens attityder kan hindra ett mer förebyggande arbetssätt (Colón-Emeric et al 2006, Brown et al, 2004). Browns med flera (2004) försökte i sin studie påverka sjukgymnaster med en intervention syftad till att ändra deras beteende angående risker och åtgärder beträffande fallolyckor. Efter interventionen rapporterade alla deltagare en förändring i deras sätt att arbeta med fallolyckor med en ökning i bedömningen av fallrisker. Samma positiva tendens åstadkom man i Davies med fleras studie (2004) där sjuksköterskor medvetandegjorde vårdpersonal om fallrisker samt för acceptans av användning av höftskyddsbyxor.

Utvecklingen inom vården och omsorgen har förändrats de senaste åren. I Socialstyrelsens lägesrapport Vård och Omsorg om Äldre (2004 b) konstaterades att de kommunala kostnaderna för särskilda boende har minskat med 3 procent. Kommunernas totala kostnader för vård och omsorg om äldre har ökat knappt 1 procent 2000-2003 (Socialstyrelsen, 2004 b). De minskade resurser resulterar i färre personaler. Samma rapport påpekade brister i arbetsmiljö för de anställda inom äldreomsorg med låg kompetens och en hög arbetsbelastning. Den här trenden verkar gälla även i andra länder. En sociologisk studie från USA (Harris, 1986) påvisade redan på 1980-talet att det även finns riskfaktorer kopplade till arbetsorganisationen och inte enbart hos patienten eller omgivningen som kan orsaka att äldre faller. Även Kallin med flera kunde i sin studie (2004) förbinda fallolyckor med personalens felbedömning.

2.7 Äldreomsorg i Västerås Stad

”Det finns ingen grupp i samhället där förebyggande insatser har så stor betydelse som bland äldre. Antal äldre ökar och det är därför en stor och viktig uppgift att utarbeta strategier för att bibehålla en god hälsa i denna grupp. En konsekvens kan annars bli att äldrevården belastas i onödigt omfattning”. (Västerås Stad, folkhälsoprogram)

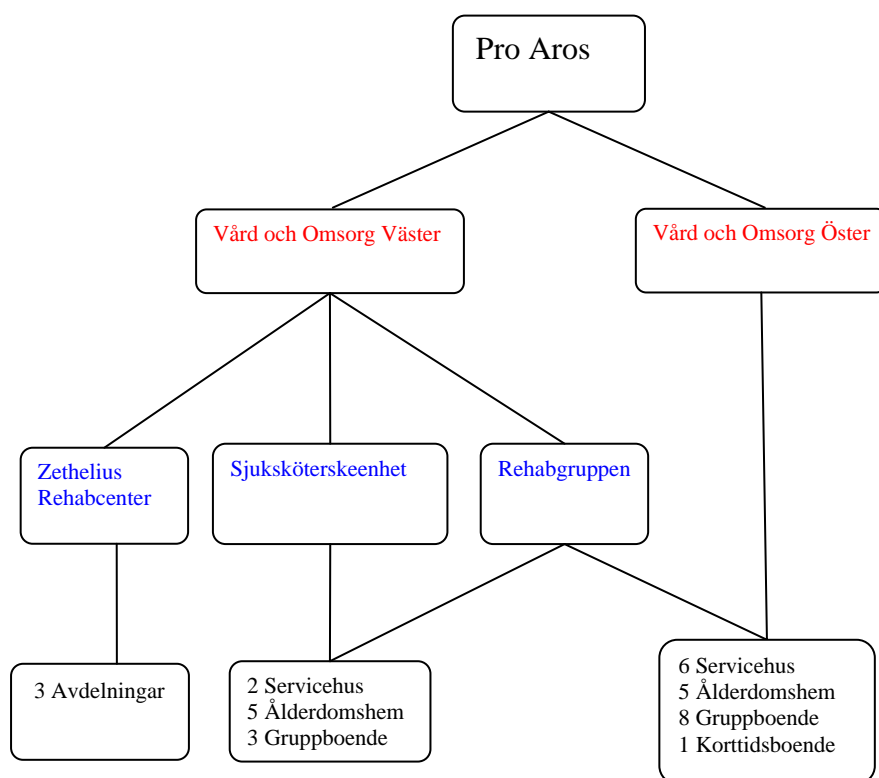
Ädelreformen trädde i kraft den 1 januari 1992 (Socialstyrelsen, 1996). Reformen innebar att kommunerna fick betalningsansvar för de medicinskt färdigbehandlade patienterna inom akutsjukvården och geriatriken. En av de bärande tankarna var att äldre människor inte skulle behöva leva sina liv på institutioner. Ett antal nya boendeformer skapades i kommunal regi, som gemensamt kallas för särskilt boende. Kommunerna fick också ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatserna i särskilt boende med genomgripande organisatoriska förändringar. Detta har inneburit att många sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster har fått anställning inom kommunens äldreomsorg.

Äldreomsorgen i Västerås verkar för att äldre personer får det stöd de har behov av för att kunna leva ett självständigt och aktivt liv.⁶ Alla uppdrag ska drivas enligt de mål och inriktningar som i tillämpliga delar anges i socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade samt äldrenämndens mål och policys. För äldre som bor i egen bostad har landstinget sjukvårdsansvaret. Verksamheterna drivs antingen av den kommunala utföraren proAros eller av entreprenörer, som nämnden har avtal med.

Verksamhetsblocket Vård och Omsorg ansvarar för vårdinsatser av arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor, i det så kallade särskilda boendeformerna, det vill säga korttidsboende, servicehus, ålderdomshem samt gruppboende för äldre med diagnos senil demens. I Västerås finns de två områdena Öster och Väster med olika enheter som ansvarar för vård och omsorg samt rehabilitering av alla äldre. (fig. 5)

⁶ www.vasteras.se/ vård och omsorg 2006-12-20

Fig. 5 Arbetsorganisation och enheternas ansvarsområde



Källa: egen skiss efter information från alla enhetschefer

2.7.1 Fallolyckor i Västerås Stad

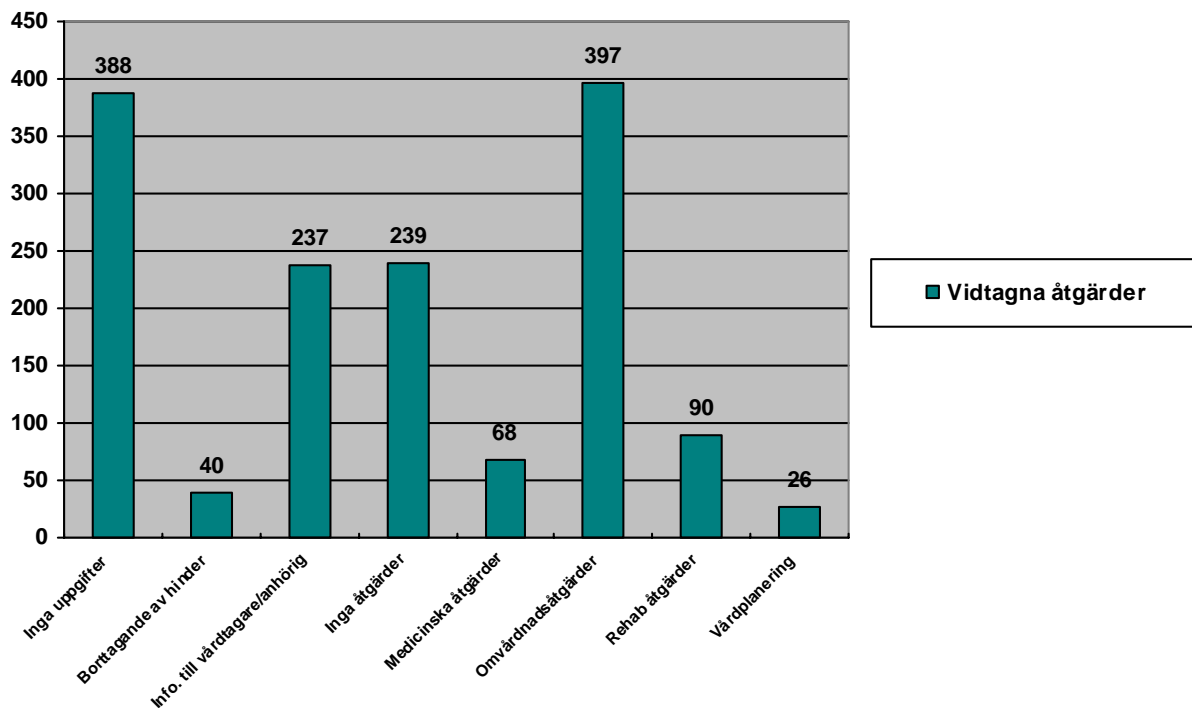
Under året 2006 har rapporterats 2 340 fallolyckor⁷ vilket är en ökning jämfört med föregående år. Vid jämförelse mellan de olika verksamhetsområdena (servicehus, korttidsenheter, gruppboende, äldreboenden/äldreboenden) finns idag ingen större skillnad i frekvensen för fallrapportering.

Nästan hälften av alla rapporterade fall inträffar i sovrummet. På plant golv sker 37 procent av fallolyckorna medan 18 procent sker vid förflyttning från sängen. Fallfrekvensen är högst på kvällen och natten mellan klockan 18 och 03. De flesta fall leder inte till någon större skada. Det kan uppstå blåmärke, svullnad eller skrapår.

Frekvenser för frakturskada ligger stabil på knappt 3 procent (69 frakturer) av rapporterade händelser men för varje person med hög ålder innebär en fraktur oftast en bestående funktionsnedsättning och nedsatt livskvalitet. Antal rapporter där det inte anges vilka förebyggande åtgärder som vidtagits är fortfarande högt (fig. 6) liksom antalet rapporter där inga åtgärder har vidtagits.

⁷ <http://www.vasteras.se/KallelserProtokoll/Aldrenamnden/> 2007-03-30

Fig.6 Fördelning per vilka åtgärder är vidtagna för fall år 2006



Källa: Protokoll februari 2007, Äldrenämnden, Västerås Stad.

3. SYFTE

Syftet med denna undersökning är att studera hur arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor som arbetar med rehabilitering inom äldreomsorgen i Västerås uppfattar sin roll i fallprevention bland äldre i särskilt boende.

3.1 Frågeställningar

- Vilket ansvar anser yrkesgrupperna de har i fallprevention?
- Vilka faktorer påverkar valet att arbeta med fallprevention?
- Hur anser de olika yrkeskategorierna att fallolyckor kan förebyggas?
- Hur arbetar yrkesgrupperna i praktiken för att förebygga fallolyckor?

4. METOD OCH MATERIAL

4.1 Undersökningsmetod

Den kvantitativa metoden lämpar sig bäst för att kunna uppskatta hur utbredda olika attityder och förhållanden är inom en större grupp (Eliasson, 2006). Föreliggande studie är en tvärsnittstudie och presenteras deskriptivt.

4.2 Genomförande

Författaren som är verksam i enheten Rehabgruppen tog kontakt med verksamhetschefen för blocken Vård Omsorg Väster för att ha tillstånd att genomföra studien. Därefter togs kontakt med enhetscheferna, vilka också var positiva till studien. Deltagarna i studien blev informerade och tillfrågade om att delta. På en enhet gavs information muntligt om studiens genomförande och på övriga två enheter via e-post då var lättare att nå alla deltagare.

4.2.1 Population

Studien omfattade tre enheter från blocken Vård och Omsorg Väster:

Zethelius Rehabcenter med 7 arbetsterapeuter och 7 sjukgymnaster. Zethelius Rehabcenter är en korttidsenhet, det vill säga att patienter bor där under en begränsad rehabiliteringsperiod. Zethelius Rehabcenter har 3 avdelningar med 18 platser var. Undersköterskor inkluderades inte i studien för att de jobbar efter instruktion och delegering av legitimerad personal. Sjuksköterskor inkluderades inte heller för att de jobbar enbart med ineliggande patienter.

Rehabgruppen är en större enhet med 15 arbetsterapeuter och 15 sjukgymnaster. Tillsammans ansvarar de för rehabilitering för äldre, motsvarande 1 400 platser, i samtliga särskilda boende i både område Öster och Väster.

Sjuksköterskeenheten består av 23 sjuksköterskor. Fyra ingick inte i studien på grund av att deras arbetsuppgifter inte är riktade mot äldreomsorg. Sjuksköterskeenheten ansvarar för sjukvård i särskilda boenden som ligger i området Väster. Enheten ansvarar för 390 platser.

Totalt bestod populationen av 62 individer: 22 arbetsterapeuter, 21 sjukgymnaster samt 19 sjuksköterskor.

4.2.2 Enkäten

Sökandet efter liknande studier inom litteraturen för att kunna använda validerade frågor resulterade i en del studier som hade som syfte att utvärdera sjukvårdspersonals följsamhet gentemot vissa rekommendationer, till exempel fallförebyggande arbete efter en intervention. Av dessa studier var en del kvalitativa och en del kvantitativa men ingen av dem visade exakt vilken typ av frågor som användes. För att samla data för denna studie fick därför författaren utarbeta helt nya enkätfrågor (Bilaga 1).

Författaren utgick från de fyra frågeställningarna och operationaliserade dem (Ejlertsson, 2005) i tre områden:

- **Ansvar:** Olika dokument styr sjukvårdspersonalens arbetsansvar. Det finns inte specifika riktlinjer om vilket ansvar sjukvårdspersonalen har för att förebygga fallolyckor utan det framkommer allmänt om hälsofrämjande insatser och skadeförebyggande. Eftersom syftet med studien var att undersöka sjukvårdspersonalens inställning till deras ansvar i fallförebyggande arbete och inte kontrollera om de följer någon lag, gjordes en del påståenden om till mer orienterade mot problematiken fallolyckor. Påståenden som användes hämtades ur texter från tre olika styrdokument, nämligen Hälso- och sjukvårdslagen, Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för samtliga yrkeskategorier samt dokumentet På väg mot en

mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård som är en sammanfattning av underlagsarbetena inför beslut om målområde 6 ”En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård”. Fem påståenden togs fram som visade sjukvårdspersonalens ansvar att ge upplysning för att förebygga sjukdom och skador, att höja vårdens kvalitet genom preventiva insatser, att rehabilitera olycksoffer som primär uppgift, att minska vårdbehovet genom preventiva insatser samt att integrera preventiva insatser i vårdkedjan. Till slut ställdes en direkt fråga om hur stort ansvar gruppen ansåg att de hade i fallpreventionen.

- Förutsättningar och hinder för prevention: Faktorer som enligt forskning visar sig vara förutsättningar eller hinder och som påverkar valet av ett mer hälsofrämjande eller förebyggande arbetssätt. Både i hälsofrämjande arbete och preventiva insatser möter sjukvårdspersonalen olika hinder. Här presenterades nio påståenden som innehöll faktorer som tid, erfarenhet, kompetens, samarbete samt faktorer kopplade till äldre såsom äldres beteende eller hänsyn till etiska aspekter. Två öppna frågor användes med syftet att få ett mer nyanserat material samt få mer reliabilitet i frågorna om vad som påverkar valet att kunna jobba mer förebyggande.
- Riskfaktorer och åtgärder: Även här hämtades information från studier angående de faktorer som räknas som fallrisker för äldre samt effektiva åtgärder som kan vidtas för att förebygga fallolyckor. Tio olika riskfaktorer presenterades för att graderas efter deras allvarlighet samt tio åtgärder, kopplade till de riskerna, att graderas efter effektivitet.

I enkäten ingick flera variabler för att identifiera de tre yrkeskategoriernas arbetsplatser, yrkeserfarenhet i år samt tjänstgöringsstatus och grad. Enkäten konstruerades med frågor av Likert typ (Ejlertsson, 2005) då ett påstående presenteras och respondenten skall instämma i eller ta avstånd från påståendet på en oftast fem- eller sjugradig skala. På samma sätt gjordes med frågorna om fallriskfaktorer och åtgärder; där fick respondenter välja mellan ”mycket allvarlig” respektive ”mycket effektiv” och ”inte allvarlig” respektive ”inte effektiv”. Även alternativen ”varken eller” och ”vet ej” ingick i svarsalternativen. Valet av just denna typ av fråga utgick från studiens syfte att kunna uppskatta hur vanliga olika attityder var inom populationen.

4.2.3 Pilotstudie

Enkäten testades genom en pilotstudie av två sjukgymnaster verksamma i Rehabgruppen men just då mammalediga, två arbetsterapeuter som fram till hösten 2006 var verksamma i Rehabgruppen, samt två sjuksköterskor med erfarenhet inom äldreomsorg i Västerås. Efter pilotstudien togs en fråga bort som inte var relevant för frågeställningarna och en annan fråga formulerades om.

Enkäterna överlämnades personligen på två enheter och på sjuksköterskeenheten lämnades de till enhetschefen som tog ansvaret för att dela ut dem. Tillsammans med enkäten följde ett missivbrev (Bilaga 2).

4.3 Bortfall

60 av de 62 tillfrågade besvarade enkäten. Sjuksköterskor var överrepresenterade i bortfallet då 17 av 19 lämnade tillbaka enkäten besvarad. Åtta tillfrågade svarade inte på den första av de två öppna frågorna, 10 tillfrågade besvarade inte den andra.

4.4 Bearbetning av data

Materialet analyserades i dataprogrammet SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 14.0. Samtliga enkäter kodades med ett nummer för att det skulle vara möjligt att spåra den enskilda enkäten i materialet. Frekvenstabeller gjordes för varje fråga för att få en överblick över hela materialet och upptäcka eventuella ”missing”. Även korstabeller togs fram för att avgöra om det fanns skillnader mellan olika yrkeskategorier. Chitvå-test gav inga statistiska skillnader mellan grupperna på grund av att materialet var för litet för sådan analys.

4.5 Etiska överväganden

Forskningsetik handlar i grunden om att väga den nytta och de fördelar ett forskningsprojekt kan medföra mot de olägenheter och risker det kan innebära för enskilda, grupper eller för samhället (Hansagi & Allebäck 1994). Vid planeringen och genomförandet beaktades de fyra krav som preciseras i Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet, 2002)

- Informationskravet: De deltagande personerna informerades ordentligt om enkätundersökningen, dess syfte och om att det var frivilligt att delta. Detta gjordes först till deras enhetschefer och sedan muntligt till två enheter och via e-post till sjuksköterskeheten.
- Samtyckeskravet: Genom att svara på enkäter gav de som deltog i studien sitt samtycke att medverka.
- Konfidentialitetskravet: Deltagare i studien kan inte identifieras eftersom inga personuppgifter som kunde röja deras identitet användes i enkäten. Det fanns en bokstav uppe i frågeformulärets högra hörn som identifierade de tre olika enheterna för att på så sätt kunna skicka ett påminnelsebrev vid behov.
- Nyttjandekravet: Deltagarna upplystes om att resultatet av studien endast kommer att användas för det ändamål uppsatsen avser och inte i något annat sammanhang.

5. RESULTAT

Eftersom enkäten bestod av sextiofem frågor, och många av frågorna innehöll minst fem svarsalternativ kommer endast vissa huvudresultat att redovisas under denna rubrik. De fullständiga resultaten från alla frågorna presenteras i bilaga 3. Resultatet följer samma ordning som de fyra frågeställningarna. Samtliga procentsatser är avrundade.

5.1 Beskrivning av populationen

Sextio individer besvarade enkäten: 22 arbetsterapeuter, 21 sjukgymnaster samt 17 sjuksköterskor. Av respondenterna har 77 procent en fast anställning. En tredjedel av alla sjukgymnaster arbetar som vikarie och 70 procent arbetar heltid. Huvudsakligen arbetar 30

procent på korttidsboende, 22 procent angav servicehus och 20 procent ålderdomshem som huvudarbetsplats. Övriga uppgav gruppboende och annat hus som huvudarbetsplats. Av de tillfrågade har 62 procent minst åtta års yrkeserfarenhet, 22 % har arbetat mellan 2 till 7 år och bara 7 procent har arbetat mindre än ett år. På frågan om grundutbildningen gav kunskaper om problematiken kring fallolyckor bland äldre kunde 32 procent av de tillfrågade instämma medan 27 procent inte mindes.

5.2 Hälsa- och sjukvårdens ansvar

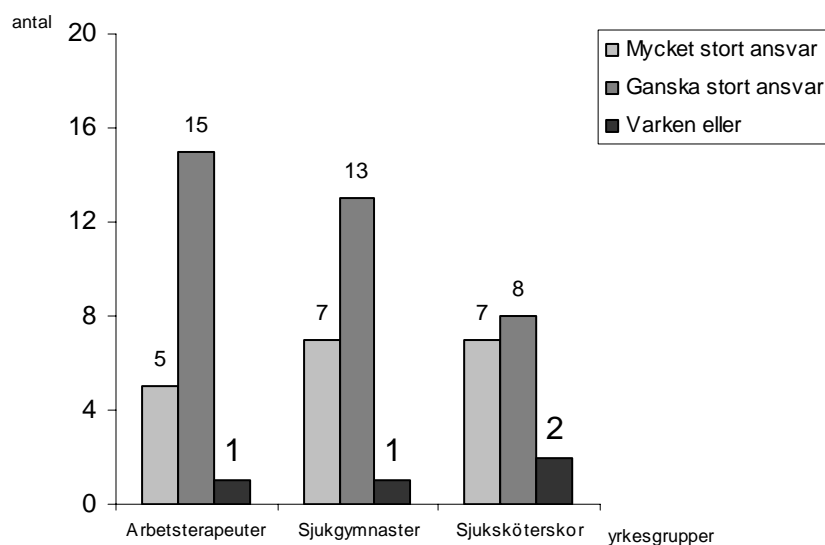
De anställdas inställning till hälso- och sjukvårdens ansvar i fallprevention visas i tabell 4.

Tabell 4 De anställdas åsikter om hälso- och sjukvårdens ansvar. N= 60

| Ansvar | Instämmer helt | Instämmer delvis | Instämmer inte | Instämmer inte alls | Vet ej/ obestämmd |
|--|----------------|------------------|----------------|---------------------|-------------------|
| Att ge upplysning för att förebygga sjukdom och skador | 50 | 10 | 0 | 0 | 0 |
| Att höja vårdens kvalitet genom preventiva insatser | 53 | 6 | 0 | 0 | 1 |
| Att rehabilitera olycksoffer som primär uppgift | 14 | 29 | 14 | 3 | 0 |
| Att minska vårdbehovet genom preventiva insatser | 55 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| Att integrera preventiva insatser i vårdkedjan | 56 | 4 | 0 | 0 | 0 |

Enkäten innehöll en direkt fråga om hur stort ansvar gruppen ansåg att de hade för att förebygga fallolyckor. Figur 7 visar fördelning mellan alla tre yrkeskategorierna i den frågan. Svaren fördelades mellan tre av fem alternativ.

Fig 7 Respondenternas inställning om sitt ansvar för fallförebyggande arbete. N =59.



5.3 Stöd och hinder för arbete med fallprevention

Nio påståenden angående prevention av fallolyckor presenterades. Påståendena innehöll en faktor som kan upplevas som hinder för att kunna jobba med fallprevention. Fullständigt resultat från fem påståenden presenteras i andel i tabell 5.

Angående erfarenhet så instämmer 82 % av respondenterna helt eller delvis i påståendet att den erfarenhet de har ger dem tillräcklig kompetens för att kunna förebygga fallolyckor. Medan 17 % inte instämmer att fallförebyggande kräver en beteendeförändring hos den äldre kunde 18 % inte bestämma sig om hänsyn till etiska aspekter hindrar ett fallförebyggande arbete eller inte.

Tabell 5 Respondenternas åsikter om fallprevention (N 60)

| | Instämmer helt | Instämmer delvis | Instämmer inte | Instämmer inte alls | Vet ej/obestämmd | Total (%) |
|---|----------------|------------------|----------------|---------------------|------------------|-----------|
| Ytterligare kompetens skulle underlätta mitt arbete att förebygga fallolyckor | 70 | 17 | 8 | 0 | 5 | 100 |
| Extra tid skulle underlätta mitt arbete i att förebygga fallolyckor | 33 | 45 | 15 | 2 | 5 | 100 |
| Ett framgångsrikt fallförebyggande arbete förutsätter ett effektivt samarbete mellan yrkesgrupper | 92 | 8 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| Tiden måste ägnas åt de mest sjuka och inte åt prevention | 2 | 33 | 47 | 13 | 5 | 100 |
| Det finns tydliga formulerade mål för det fallförebyggande arbetet | 3 | 40 | 42 | 7 | 8 | 100 |

5.3.1 Öppna frågor

På de öppna frågorna om vilka möjligheter eller hinder de såg i sitt arbete valde åtta personer att inte svara .

Även om frågorna kunde ha besvarats med en enda förutsättning eller ett hinder, gav de flesta av respondenterna flera svar och kommentarer.

Svaren kategoriserades i tre huvudteman: tid, samarbete med övrig personal samt etiska aspekter kopplade till patienten.

Mer än hälften av respondenterna beskrev olika arbetssätt för att förebygga fallolyckor som en förutsättning men även ett gott samarbete med övrig personal nämndes som en förutsättning av samtliga yrkesgrupper. Flera sjuksköterskor beskrev ”gott samarbete med Rehabgruppen” som en förutsättning.

Vad det gäller hinder så tyckte mer än hälften (27 kommentarer) att ont om tid är ett hinder för att förebygga fallolyckor. Tid redogjordes både till egen tid och också tiden hos vårdpersonal, vilket här avser undersköterskor som många gånger arbetar efter delegation eller instruktion av yrkeskategorierna som ingår i denna studie.

Även ett icke fungerande samarbete mellan de olika yrkeskategorierna nämndes nio gånger som ett hinder. Det angavs också från några respondenter att bristande rutiner, inga mål eller dålig kommunikation hindrar fallpreventionen.

Citatet som ”Boende ej följer rekommendationer” eller ”Vi kan inte binda fast människor” visar att respondenterna möter etiska problem i sitt förebyggande arbete mot fall. Antal kommentarer under detta tema blev 17 stycken.

5.4 Åsikter om riskfaktorer och åtgärder för fallolyckor

Här lämnades tio olika fallriskfaktorer att graderas efter hur pass allvarliga de var. De riskfaktorer som de flesta bedömde som allvarligast visas i tabell 6. Svaren angående dessa riskfaktorer fördelades helt på de första tre svarsalternativen. Hög ålder hos den äldre är för 13 respondenter varken en allvarlig eller inte allvarlig riskfaktor. Fem respondenter visste inte om multimedicing var en riskfaktor medan 4 anser att osteoporos inte är en riskfaktor.

Tabell 6 De anställdas åsikter om främsta faktorer som ökar risken för äldre att falla. N 60

| | Mycket allvarligt | Ganska allvarligt | Varken eller |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|--------------|
| Akuta sjukdomar | 39 | 19 | 2 |
| Omgivningsfaktorer | 40 | 20 | 0 |
| Nedsatt balans- och gångförmåga | 47 | 13 | 0 |
| Blodtrycksfall | 36 | 21 | 3 |

Tio åtgärder lämnades också att graderas efter sin effektivitet beträffande att förhindra fall eller fallskador. Svaret ”vet inte” angavs av 23 individer på frågan om användning av höftskyddsbyxa är en effektiv åtgärd. En fjärdedel av respondenterna vet inte heller om mätning av blodtrycket i liggande och därefter i stående kan vara en effektiv åtgärd. Figur 6 visar de åtgärder i enkäten som yrkesgrupperna anser vara mest effektiva och i vilken mån de används.

5.5 Bedömning av fallrisker samt utförande av åtgärder på arbetet

Respondenterna fick ange vilka av de riskfaktorer som presenterades i en lista i enkäten som de i sitt dagliga arbete brukar bedöma som fallrisk. Nittio procent av respondenterna bedömer nedsatt balans/gångförmåga som en sådan risk. De tio riskfaktorerna och respondenternas svar visas i tabell 7.

Tabell 7 Andel av respondenterna som bedömer fallrisk i det dagliga arbetet N=59

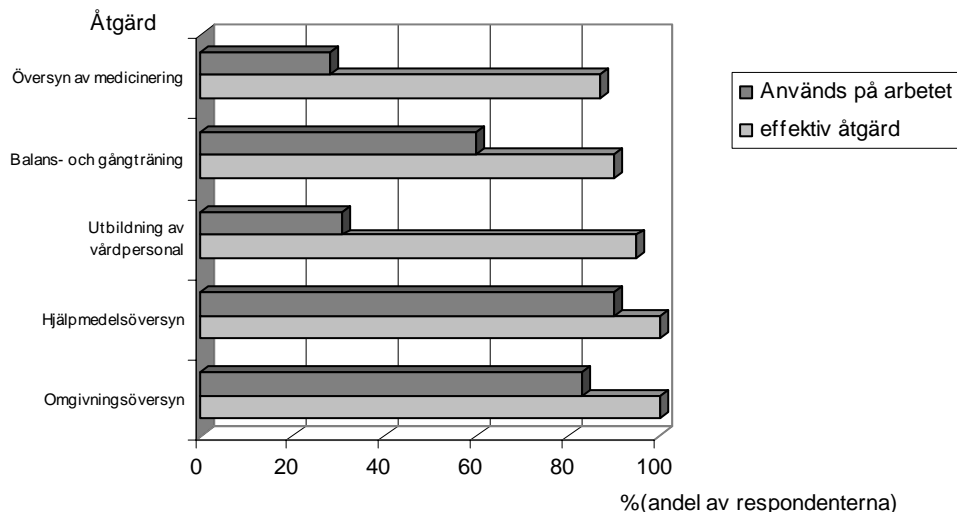
| Fallriskfaktorer | Andel (%) |
|----------------------------|-----------|
| Akuta sjukdomar | 62 |
| Hög ålder | 25 |
| Nedsatt syn/hörselförmåga | 60 |
| Omgivningsfaktorer | 83 |
| Multimedicing | 28 |
| Nedsatt balans/gångförmåga | 90 |
| Osteoporos | 8 |
| Blodtrycksfall | 36 |
| Nedsatt kognitiv förmåga | 48 |
| Tidigare fall | 65 |

Likaså fick de ange vilka av de presenterade åtgärderna som de brukar använda i sitt dagliga arbete. Två individer svarade nej på frågan om några av dessa åtgärder användes i det dagliga arbetet. De övriga 58 använder minst en åtgärd i sitt dagliga arbete.

Trots att 95 procent av respondenterna anser att utbildning av personal är en effektiv åtgärd för att förebygga fallolyckor så är det bara en tredjedel av dessa som använder sådan åtgärd i det dagliga arbetet.

Figur 8 visar en jämförelse mellan de mest effektiva åtgärder som yrkesgrupperna anser fanns i enkäten och andelen av gruppen som använder sådan åtgärd.

Fig. 8 De åtgärder som bedöms som effektiva och används av respondenterna i det dagliga arbetet. N=58



6. DISKUSSION

6.1 Metoddiskussion

6.1.1 Genomförande

Valet av kvantitativ metod grundar sig på önskan att få en bild över vad samtliga arbetsterapeuter och sjukgymnaster i äldreomsorg i Västerås ansåg om fallförebyggande arbetet. Vid informationssamtal med verksamhetschefen för blocken Vård och Omsorg Väster kom frågan att även inkludera ytterligare en enhet som representerade sjuksköterskor. Detta gjorde att studien blev en totalundersökning vad det gäller representation av arbetsterapeuter och sjukgymnaster, däremot blev inte sjuksköterskor som arbetar på rehabenheten Zethelius inkluderad i studien. Dels för att från början var det tänkt att studien bara skulle rikta sig till arbetsterapeuter och sjukgymnaster och dels för att sjuksköterskor på Zethelius enbart jobbar på korttidsenhet och därför inte ansvarar för de patienter som bor i övriga särskilda boende. Den tidsram som fanns till förfogande för studien begränsade urvalet. Med ett större material skulle resultatet kunnat generaliseras till hela Västerås kommun.

6.1.2 Enkäter

Det har varit en svår uppgift för författaren att konstruera en enkät som kunde spegla respondenternas åsikter i alla de fyra frågeställningarna. Författaren har noggrant strävat efter att grunda innehållet i frågorna i vad litteratur och forskning säger för att inte prägla frågorna

med författarens egen erfarenhet i ämnet. För att även var säkert på att respondenterna inte skulle behöva tveka mellan för få svarsalternativ valdes även modellen med svar av Likert typ där respondenterna kunde välja mellan 5 och även 6 alternativ.

Vid pilotstudien framkom att svarsalternativet "Vet ej" saknades. Att svara "Vet ej" gör att respondenterna tar ställning om sina egna kunskaper i ämnet vilket har gett viktig information om vissa frågor även om det från början inte var meningen att "testa" respondenternas kunskaper i ämnet. Att ställa en öppen fråga om hur yrkeskategorierna praktiskt arbetar för att förebygga fallolyckor hade för författaren känts orättvist och utvärderande då det inte finns gemensamma riktlinjer för sådant arbete. I stället valde författaren att låta respondenterna välja mellan flera svarsalternativ som presenterade tio fallrisker att bedöma och tio åtgärder som skulle kunna utföras i deras arbete. Detta lämnar dock funderingar om det hade varit lämpligt att ändå ge respondenterna möjlighet att komplettera med egna svar och genom dessa ge författaren möjlighet att fånga upp eventuella svarsalternativ som inte redan fanns.

En nackdel med enkäten kan vara att frågorna är svårtolkade och risken för att frågorna missuppfattas och besvaras på felaktigt sätt ökar. Frågan om huruvida osteoporos (benskörhet) är en faktor som ökar risken för äldre att falla blev egentligen felformulerad då benskörheten i sig inte orsakar ett fall men ökar risken avsevärt att skada sig vid ett fall. Detta skulle kanske förklara den stora spridningen bland alla svarsalternativ och att även 8 respondenter inte ser osteoporos som en allvarlig faktor. Formuleringen blev dock inte uppmärksammas under pilotstudien, och att 72 procent ändå svarade att benskörhet var en antingen mycket eller ganska allvarlig riskfaktor bekräftar att majoriteten uppfattade frågan som författaren menade.

Även de öppna frågorna tolkades olika. Många respondenter beskrev de praktiska insatser de gör i sitt dagliga arbete som en förutsättning för fallprevention och inte de förutsättningar som beskrivs i litteraturen och som författaren tänk sig som svar. Däremot visade resultatet som framkom i andra öppna frågan som författaren hade förväntat sig och som även styrks av litteraturen.

6.1.3 Svarsfrekvensens och internt bortfall.

Svarsfrekvensen var total vad det gäller arbetsterapeuter och sjukgymnaster, och bara två sjuksköterskor lämnade enkäten obesvarad. Författaren anser att flera faktorer påverkar en positiv respons på en enkät. Möjligheten att kunna få enkäten på arbetsplatsen, kunna svara på arbetstid och inte behöva posta utan bara lämna tillbaka på arbetsplatsen i ett bestämt postfack anser författaren vara den största anledning till att svarsfrekvensen var hög. Motivationen att svara påverkades säkert genom att författaren först via e-post hade frågat respondenterna om de ville delta i studien och sedan lämnade enkäten personligt med mer information om fallolyckor och respondenternas chans att kunna bidra till studien. Ett faktum som också kan ha påverkat respondenterna positivt i viljan att medverka i studien är att Västerås kommun just under tiden som enkäten delades ut hade beviljat ekonomiska medel för att arbeta med fallprevention. Utdelningen av enkäter skedde under två veckor av intensivt förändringsarbete inom enheten Rehabgruppen. Detta kan ha påverkat svarsfrekvensen i de två öppna frågor eftersom de åtta personer som inte svarade på dem samtliga tillhörde arbetslaget som just då höll på med en lokalflytning.

6.1.4 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet.

Den *interna* eller *teoretiska* validiteten bestäms utan någon empirisk undersökning. Istället grundas den interna validiteten på studier av de ingående begreppen i relation till känd kunskap och teori (Andersson, 2006). Författaren försökte grunda alla frågor på vad forskning säger. På det sättet togs fram, till exempel i frågorna om ansvar, fem påståenden som försökte täcka in konceptet ansvar i olika begrepp. För att styrka svaren ställdes även den direkta frågan om ansvaret att förebygga fallolyckor. På samma sätt gjordes med övriga frågor där ämne eller begrepp hade blivit behandlade i andra undersökningar. Att författaren konstruerade egna frågor kan ha påverkat validiteten för studien men enkätens utformning verkar dock ha fungerat bra då internbortfallet var väldigt liten. Att det var en total undersökning åtminstone vad det gäller arbetsterapeuter och sjukgymnaster och att svarsfrekvensen var så högt anser författaren styrker studiens reliabilitet. Även att enkäten blev testad i pilotstudien av personer som motsvarar de tänkta i studien ökar reliabilitet enligt författarens uppfattning. Materialet var litet från början vilket inte gick att påverka. Detta gör det svårt att generalisera resultaten. Författaren anser att även om materialet hade varit större så är det svårt att generalisera när det handlar om inställningar av en totalundersökning och inte ett urval. Men vad det gäller hinder för fallprevention styrker resultatet annan kvalitativ studie där 23 sjukgymnaster från Uppsala län blev intervjuade (Dagerman, 2006)

6.2 Resultatdiskussion

6.2.1 Ansvar för fallförebyggande

I resultatet framkom skillnader mellan de fem påståenden som presenterade sjukvårdspersonalens ansvar.

Ett påstående där gruppen var enig i att instämja helt var det som handlade om hälso- och sjukvårdens ansvar, enligt lag, att arbeta för att förebygga ohälsa men även att ge upplysning om metoder för att förebygga sjukdom och skada, när det är lämpligt. Två av regeringens skäl för att föreslå målområde 6 var att ”en hälsofrämjande och förebyggande inriktning inom hälso- och sjukvården höjer vårdens kvalitet och utgör en viktig del i ansträngningarna att effektivisera vården”. Med målområde 6 vill man också nå en integration av preventiva insatser i vårdkedjan. De tre påståenden som handlade om ett sådant ansvar fick inte heller någon stor spridning i svaren utan så gott som alla instämmer till och med helt. Att gruppen var så positivt inställd till det ansvar som sjukvårdspersonalen har, ger författaren en känsla av att gruppen är väl medveten om sitt ansvar, inte bara i de primära och mer akuta ärendena utan även i de arbetsuppgifter som många gånger prioriteras ner. Detta borde ses som en potentiell resurs för framtida strategier i förebyggande arbete i allmänhet.

I påståendet som handlade om hälso- och sjukvårdens primära uppgift var gruppen mer spridd i sina svar. Medan bara en fjärdedel instämmer helt fanns det en fjärdedel av respondenterna som inte instämmer i påståendet ”att lindra och rehabilitera olycksoffer är en primär uppgift”. Detta påstående ställer indirekt frågan till respondenterna om prioritering. Prioritering är ju starkt kopplad till etiska aspekter. Ska tiden ägnas åt de mest sjuka, till exempel en äldre som har ramlat och fått en fraktur eller ska tiden ägnas att förebygga att andra ramlar? Det är alltid svårt att definiera just ett enda svar som korrekt på ett sådant påstående och detta kanske förklarar varför respondenterna inte enades om ett enda svar som i alla andra påståenden.

Den positiva inställningen till att förebygga fallolyckor i föreliggande studie kan jämföras med en rapport (Hjalmarsson 2006) utgiven av stiftelsen Äldre Centrum. I rapporten som baseras på intervjuer med både sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter framkom att en viktig del av hälso- och sjukvården som behövs inom äldreomsorgen är förebyggande insatser som till exempel träning med målsättning att förebygga fallskador

Även på den direkta frågan om hur stort ansvar gruppen ansåg att de hade i fallförebyggande kunde utläsas att gruppen var enig om sitt ansvar. Det är aktuellt att påpeka att det inte finns specifika riktlinjer om fallförebyggande vare sig i Västerås eller i landet. Det finns inte mycket forskning om vilket ansvar sjukvårdspersonalen anser att de har i fallprevention. Vissa studier (Harris, 1989) inriktar sig på personalens inställning till arbetet med äldre, förväntningar och engagemang, eller attityder. Tyvärr fokuserar mycket forskning på de hinder som personalen möter i sitt arbete med fallförebyggande, därför kunde förväntas ett mer negativt resultat även i denna studie. Av respondenterna har mer än hälften minst åtta års yrkeserfarenhet. Detta är yrkesår som kan ha präglas av en sjukvård med brister inom olika områden såsom det påpekas i "Lägesrapport Vård och Omsorg om Äldre" (Socialstyrelsen 2004 b). Därför ser författaren det positiva resultatet i denna fråga som en styrka i gruppen.

6.2.2. Faktorer som påverkar valet att arbeta med fallprevention

I resultatet framkom stora skillnader mellan det som respondenterna tycker kan göras för att förebygga en fallolycka, till exempel bedöma fallrisker eller åtgärda dem, och vad som egentligen görs i praktiken. Hälften av alla fallriskfaktorerna bedöms i arbetet av minst 50 procent av respondenterna, medan mer än hälften av alla åtgärder som presenterades i enkäten bara används av en knapp fjärdedel av dem. Detta tyder på att det, trots en mycket positiv inställning om vilket ansvar yrkesgrupperna har för att förebygga fallolyckor, finns hinder för att utföra dem på arbetet.

En övervägande majoritet instämmer i det påstående som enkäten presenterade om prevention av fallolyckor att faktorer som tid, erfarenhet, kompetens och effektivt samarbete är förutsättningar för att förebygga fallolyckor. De här faktorerna är väl bekanta både från olika studier samt olika rapporter som belyser hur brister inom dessa områden hindrar en god vård.

Här kan det vara viktigt att påpeka att den största frekvensen av svaret *Instämmer helt* inte var på den faktor som handlar om tidsbrist som författaren hade förväntat sig. Bara en tredjedel av gruppen instämmer helt i att extra tid skulle underlätta deras arbete i att förebygga fallolyckor, medan 92 procent instämmer helt i att ett framgångsrikt fallförebyggande arbete förutsätter ett effektivt samarbete mellan yrkesgrupper. Om svaren är angivna i protest mot ett icke-fungerande teamarbete är okänt för författaren, men detta är ett ämne som redan tagits upp av Västerås stad i projektet Kompetenssteget där personal som verkar inom tvärprofessionella yrken inom äldreomsorgen, till exempel arbetsterapeuter sjukgymnaster, sjuksköterskor och även undersköterskor och enhetschefer, har gått igenom en 5-poängskurs på Mälardalens Högskolan i "Teamarbete i äldreomsorg"⁸.

När det påstods att det finns tydliga mål för fallförebyggande kunde emellertid cirka hälften av respondenterna inte instämma och en tiondedel var obestämmd. Västerås sjukvårdspersonal ska arbeta efter Västerås riktlinjer för hälso- och sjukvård som är i enighet med Hälso- och sjukvårdslagen. I dem kan det tydas vissa riktlinjer för fallförebyggande som att registrera alla

⁸ Informationen gavs av arbetsterapeut Susanne Svensson, deltagare i kursen, 070626

fallincidenter eller att ”för personer som faller ofta ska en riskanalys genomföras”. Men hur ofta måste en äldre ramla för att det ska göras en riskanalys och för att en specifik handlingsplan ska upprättas? I studien gjord av Jensen med flera i särskilda boenden i Umeå (2002) ramlade äldre mellan 1 gång till 44 gånger på en period av 3 år.

Att det inte finns tydliga mål för fallförebyggande kan också respondenternas citat i svaren på de öppna frågorna vittna om:

”Sjukgymnaster har som vanligt fullt upp med att ta hand om redan sjuka personer och hinner inte arbeta tillräckligt mycket förebyggande”

Detta citat överensstämmer med Jerdén m fl. studie (2006) att personalen parallellt till sina ordinarie uppgifter ska driva hälsofrämjande eller skadeförebyggande arbete. Uttrycket ”*Har som vanligt fullt upp*” tyder på tidsbrist, vilket är något som mer än hälften citerade i sina svar. ”*Redan sjuka personer*” visar också det sjukdomsorienterade fokus som respondenterna upplever som ett hinder. ”*Hinner inte arbeta tillräckligt mycket förebyggande*” visar också på ett hinder för personalen, då förebyggande insatser måste nedprioriteras.

Om det fanns tydliga mål skulle frågor om samarbetsformer och strategier, rutiner, och gemensamma forum varit bearbetade, något som citaten från respondenterna antyder saknas.

”Brukaren ej vill följa rekommendationer”.

Det andra stora hindret som alla tre yrkesgrupper möter i sitt förebyggande arbete av fallolyckor är etiska aspekter. Även om lite mer än hälften instämmer i att hänsyn till etiska aspekter kan hindra ett preventivt arbete, var den andra hälftens svar spridda mellan de olika alternativen. Andra studier (Fortinsky et al, 2004; Brown et al 2004) visar också patientens samtycke som en barriär i sitt arbete att förebygga fallolyckor. Detta resultat kan antyda ett vanligt problem som personalens konfronteras med: å ena sidan respektera äldres autonomi och å andra sidan respektera ”icke skada” och ”göra gott-principen”. Sjukvårdspersonal hamnar tyvärr alldeles för ofta i detta etiska dilemma när äldre inte samtycker till föreslagna insatser. Det handlar inte bara om patienter med en demenssjukdom utan många gånger om äldre som inte håller med om att de riskerar att ramla. Därför blir personalens råd överflödiga som till exempel att skaffa bättre skor eller ta bort mattor som statistiken visar är orsaker till fallolyckor. Ett annat exempel är användande av höftskyddsbyxor. Det finns dock bevis för (Doherty et al 2004) att väl investerad tid, ägnad att motivera åtgärden, får ett högt samtycke från patienter och även från personalen (Davies et al 2004).

”Vi kan ej binda fast människor som vill och kan röra sig även om man blir yr ibland. Det blir att säga nej till livskvalitet.”

Vid olycksfallförebyggande arbete kan det finnas en sträva att ”tala om” hur äldre bör leva, tänka och handla för att minska frekvensen av olycksfall. När sådana åtgärder inte går att förstå, på grund av nedsatt kognitiv förmåga som i fall av patienter med demens, kvarstår att överväga mycket radikala åtgärder som kan uppfattas som frihetsinskränkande. Så är fallet

med bälte eller grindar. ”För en brukare som sitter uppe får bälte/sele inte användas annat än efter läkarordination för att förhindra att personen faller och därigenom kan skada sig⁹”. Å andra sidan: ”personal med lämplig kompetens och i tillräckligt antal ska finnas för omvårdnad och tillsyn utan att tvångsmedel behöver användas”. De sista två påståendena kan läsas i Västerås riktlinjer. Det råder ingen tvekan om att inom dagens äldreomsorg är den första insatsen den vanligaste, detta enligt författarens uppfattning och erfarenhet.

6.2.3 Riskfaktorer och åtgärder för fallolyckor

Alla tre yrkeskategorierna var överens om att alla tio presenterade fallriskfaktorer kan vara allvarliga. Vissa fallrisker verkar vara välkända för alla tre yrkesgrupper, detta påvisas av svarsresultatet där riskfaktorerna nedsatt balans, nedsatt syn, blodtrycksfall, akuta sjukdomar och riskfaktorer i omgivning fick den minsta spridningen i svaren. Redan 1988 visade Tinetti med flera (1988) att fallolyckor beror på flera faktorer som samspelar och att risken att falla ökar i direkt relation till antal riskfaktorer. Med detta fynd är det en styrka i gruppen att så många riskfaktorer blev uppmärksammade.

Hög ålder är även en stor riskfaktor enligt många studier, men en fjärdedel tyckte att detta inte är en allvarlig fallriskfaktor. Detta skulle kunna förklaras av att de faktorer som fick högsta frekvens är påverkbara (American Geriatrics Society, 2001) medan ”hög ålder” är en faktor som inte går att modifiera.

Åsikterna om effektiviteten i åtgärder som presenterades i enkäten var mer delade bland respondenterna jämfört med vad de tyckte om allvarlighet i riskfaktorerna. Det finns sju åtgärder som kan vara effektiva enligt minst sextio procent av respondenterna. Detta anser författaren är ett gott resultat som visar att alla tre yrkeskategorier är insatta i vilka åtgärder som kan användas för att förebygga fall.

Det fanns en åtgärd, ”Att utbilda personal i fallprevention”, som så gott som alla (95 procent) respondenter ansåg vara en mycket effektiv åtgärd. I litteraturen som författaren har studerat finns många studier som använder utbildning av vårdpersonal som ett sätt att förebygga fallolyckor: från genomgång och förbättring av rutiner för att förebygga fallolyckor (Colón-Emeric et al, 2006), fyra timmars föreläsning i fallrisker och åtgärder (Jensen et al 2004) till mer avancerad utbildning som acceptans och förståelse av användning av höftskydd (Davies et al 2004). Däremot har författaren i litteraturen inte hittat några jämförelser mellan andra åtgärder och personalutbildning i fallprevention som skulle tyda på att just denna åtgärd är mer effektiv än andra.

Mindre än hälften anser att behandling av osteoporos kan vara en effektiv åtgärd för att förebygga fallskador. Osteoporos kan vara en relativt okänd diagnos för respondenterna då drygt en tredjedel angav att de inte visste om behandling av osteoporos kunde vara effektiv, och till detta kan finnas olika anledningar. Den första kan vara att respondenterna uppfattade osteoporos som en orsak till fall och därför inte anser att behandling av osteoporos skulle påverka olycksförekomsten. Påståendet i enkäten handlade dock tydligt även om fallskador. Med tanke på att alla respondenterna arbetar med äldre personer och att osteoporosfrakturer är åldersberoende borde detta ge en signal att behandling av osteoporos skulle kunna bidra till att

⁹ www.vasteras.se/vardotsorg/riktlinjerochprogram/

minska fallskador. Risken för osteoporosfrakturer ökar påtagligt efter 75 års ålder och mellan 80-85 år sker en tredubbling av riskerna för höftfraktur hos svenska kvinnor (SBU, 2003b). Den andra anledningen kan vara att diagnosen osteoporos inte fick sin operationella definition från WHO före 1994. Denna diagnos utgår från en bentäthetsmätning i höft, rygg och underarm samt omfattar enbart kvinnor (SBU, 2003a) och därför är endast ett fåtal patienter med osteoporos diagnostiserade. Behandling med selektiva östrogen har inte använts mer än tio år och det gör också att få personer, framför allt äldre, har fått behandling.

Eftersom åtgärden användning av höftskyddsbyxa är stark kopplad till patienter med hög fallbenägenhet och med osteoporos tror författaren att denna okunskap om osteoporos på liknande sätt skulle kunna förklara att bara drygt hälften anser att användning av höftskyddsbyxa är en effektiv åtgärd för att förebygga fallskador och att även drygt en tredjedel inte vet om den är effektiv.

Sammanfattningsvis anser författaren att respondenterna är mycket eniga med forskning och riktlinjer gällande bedömning av fallriskfaktorer genom att de anser att alla riskfaktorer presenterade i enkäten var allvarliga. Om effektiviteten i åtgärderna är också majoriteten eniga, då sju av de tio åtgärderna presenterades. Även detta är ett gott resultat eftersom färdiga recept inte ska användas utan varje åtgärd ska vara anpassad till varje individs situation.

6.2.4 Fallrisker samt utförande av åtgärder på arbetet.

Det visade sig skillnader i svaren mellan yrkesgrupperna om vilka riskfaktorer som blev bedömda i det dagliga arbetet. Bara en tredjedel av samtliga respondenter angav att de i sitt arbete brukar bedöma multimedcinering som en riskfaktor för äldre att falla. Tre fjärdedelar av sjuksköterskorna angav att de brukar göra denna bedömning. Att sjuksköterskor är mer insatta i vilka mediciner äldre får ger dem en större insyn av läkemedelsbiverkningar, bland annat ökad risk att falla (Tinetti et al 1988, Gillespie et al 2003, Kallin et al 2004). Även blodtrycksfall är en faktor som inte många respondenter är bekanta med. Här var sjuksköterskorna igen överrepresenterade.

Att faktorer i omgivning och nedsatt balans var de riskfaktorer som flest bedömde som fallrisk i arbetet måste tolkas så att dessa faktorer är sådana som inte ”tillhör” kompetensen hos en enskild yrkeskategori. Resultatet kan jämföras med Fortinsky med fleras studie (Fortinsky et al, 2004) där majoritet också anger nedsatt balansförmåga och omgivningsfaktorer som de mest bedömda efter en intervention att förbättra deras följsamhet i fallprevention. Även här fanns det dock skillnader mellan olika yrkeskategorier och olika riskfaktorer. Vissa faktorer som t ex felaktiga skor verkar inte vara så riskabla för läkare jämfört med vad sjuksköterskorna tycker.

Sjuksköterskorna i föreliggande studie skiljer sig också från övriga yrkesgrupper i sin bedömning av *tidigare fall* som en fallrisk. Mer än hälften (tio sjuksköterskor) bedömer inte detta som en risk trots att tidigare fall brukar värderas som en riskfaktor för nya fall och fallskador. I en svensk studie (Jensen et al 2002) av personer i särskilt boende som följdes i tre år föll totalt 63 procent, av dem bara 16 procent föll en gång. Att sjuksköterskor i sitt arbete inte brukar bedöma tidigare fall som en risk ser författaren som en svaghet då sjuksköterskor är den yrkeskategori som har ansvaret att registrera alla fallincidenter, detta framstår tydligt i Västerås Riktlinjer för Hälso- och sjukvård¹⁰ ”*all personal är skyldig att till*

¹⁰ www.vasteras.se/vardotsorg/riktlinjerochprogram/

sjuusköterska rapportera om en boende fallit, oberoende om händelsen orsakat skada eller ej”. Av den anledningen anser författaren att sjuusköterskor borde vara mer insatta om hur ofta äldre personer ramlar och vilka dessa personer är.

Drygt sextio procent av respondenterna bedömer fem fallriskfaktorer i sitt dagliga arbete. Samtliga yrkesgrupper bedömer minst en fallriskfaktor i sitt dagliga arbete medan fem individer bedömer alla tio riskfaktorer som presenterades. Enligt Tinetti med flera (1988) ökar risken för att falla från 10 procent med 1 riskfaktor till 78 procent med 4 eller fler riskfaktorer. Detta gör att det är viktigt att känna till vilka faktorer som är allvarliga och värda att bedömas som en fallrisk.

Tre åtgärder utförs av majoriteten av respondenterna i deras arbete. Bland de övriga sju åtgärderna var vissa mer specifika för enskilda yrkesgrupper och gav därför en mindre frekvens medan andra åtgärder verkar vara obekanta för hela gruppen. I resultatet av vilka åtgärder som brukar användas i arbetet framkom inte någon större skillnad mellan yrkesgrupperna beträffande de åtgärder som är mer kända av respondenterna. Dessa var: Träning, översyn av bostadsmiljö samt översyn av hjälpmedel. Detta resultat skulle styrkas av en Cochrane översikt (Gillespie et al, 2003) som inkluderar 40 studier och som rapporterade att de åtgärder som visat sig effektiva var gruppövningar i Tai Chi, muskel och balansträning, riskbedömning i hemmet följt av åtgärder samt nedtrappning av psykofarmaka.

Att sjukgymnaster använder *balans- och gångträning* som en åtgärd att förebygga fallolyckor/fallskador kan tyckas ingå i deras yrkesspecifika kompetens, men även åtgärden *översyn av bostadsmiljö*, som brukas kopplas till arbetsterapeuternas arbetsområde fick en mycket hög frekvens. I en amerikansk studie där interventionen utgick från att påverka sjukgymnasters beteende för att öka sin följsamhet i bedömning och även åtgärd av fallrisker (Brown et al, 2004) nämnde 91 % av deltagarna att hinder i omgivningen var den risk som uppmärksammades mest. I Australien (Mackenzie et al, 2001) används verktyget HOME FAST (the Home Falls and Accidents Screening Toll) för att dela in äldre i en högriskgrupp och en lågriskgrupp. Denna checklista används av samma yrkeskategorier som deltagit i föreliggande studie.

Åtgärden *översyn av hjälpmedel* bedöms av nästan alla respondenterna i deras arbete. Denna åtgärd är starkt kopplad till risker som finns i hjälpmedel när de inte används eller används på felaktigt sätt. Hjälpmedel som rollatorer kan vara en utmärkt stöd när balansen sviktar och därmed även skydda mot ett nytt fall (Grafmans et al, 2002) bland äldre med en medelnivå av fysisk aktivitet. Även i de riktlinjer som AGS:s panel (American Geriatrics Society, 2001) har tagit fram rekommenderas översyn av hjälpmedel, dock inte som en isolerad intervention.

Det fanns markanta skillnader i fyra åtgärder som respondenterna bedömer på arbetet: översyn av medicinering, blodtryckskontroll, nutritionsbedömning samt tagning av en urinsticka. Sjuusköterskor var överrepresenterade i alla fyra åtgärder medan ingen arbetsterapeut använder någon sådan åtgärd. Detta visar tydligt de olika kompetenser som de tre yrkeskategorier har. Resultatet ska enligt författaren inte anses som en svaghet eftersom det som är avgörande för ett framgångsrikt fallförebyggande är att ha en engagerad multidisciplinär grupp med olika kompetenser som kompletterar varandra. Det viktigaste är att mer än hälften anser att dessa fyra åtgärder kan vara effektiva i förebyggande av fall eller fallskador. Sedan återstår att se om man slussar vidare problem till den personal som har den rätta kompetensen. Bara 42 procent av de sjukgymnaster som ingick i Brown med fleras

studie (2004) refererade vidare patienter till apotekare eller primärvård för en medicinöversyn.

När respondenterna svarade att de använder utbildning i arbetet som fallförebyggande var resultatet jämnt fördelat bland yrkesgrupperna, men detta var bara en tredjedel av respondenterna. Om majoriteten anser att utbildning är en effektiv åtgärd och att detta kan utföras av alla tre yrkeskategorier, varför är det bara en tredjedel som gör detta på arbetet? Det är för författaren okänt om respondenterna vill yttra ett allmänt behov av utbildning för vårdpersonal eller utbildning enbart i fallprevention. I rapporten ”Vård och Omsorg av äldre” (Socialstyrelsen, 2004 b) framkommer i kapitlet om kvalitet och effektivitet att endast cirka hälften av den omvårdnadspersonal som nyanställs i kommunerna har yrkesutbildning för sitt arbete. I en annan rapport utgiven av LSR (Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, 2004) om benskörhet, fall och tillgång till sjukgymnaster i 20 kommuner, angav 75 % av de tillfrågade cheferna inom äldreomsorgen att fallolyckor sker i deras verksamhet var 14:e dag. 73 % av undersköterskor och vårdbiträden anser där att de inte har fått stöd eller utbildning för att klara gång- och rörelseträning. De här två rapporterna tyder på ett stort behov av satsning i utbildning, något som även Socialstyrelsen har föreslagit i sin rapport ”Investera NU” (Socialstyrelsen 2004 c)

Många studier pekar på olika nivåer av reduktion av höftfrakturer när höftskyddsbyxa används (Forsén et al 2003, Doherty et al 2004), även SBU-rapporten anger enligt litteratursökning i Cochrane-biblioteket att höftskydd förefaller reducera risken för höftfrakturer hos äldre som vistas inom särskilt boende (SBU, 2003a). Detta är också Socialstyrelsens rekommendation för patienter med hög fallbenägenhet (Socialstyrelsen 2003) Det är värt att nämna här att all behandling inom omvårdnad och rehabilitering i Västerås¹¹ ska utgå från det nationella kunskapsunderlag som finns samlade i Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling samt i de rapporter och kunskapsunderlag utgivna av Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering, så kallade evidensbaserad vård.

Kunde uttrycket ”*användning av höftskyddsbyxa*” blivit feltolkat på samma sätt som ”behandling av osteoporos”, vilket i så fall skulle förklara att mer än en tredjedel av respondenterna angav alternativet ”vet ej” om frågan hur pass effektiv åtgärden är och därför inte heller används på arbetet? Eller är det ett faktum att respondenterna verkligen inte har kunskap om denna specifika åtgärd? Författaren har även ytterligare en förklaring. Då höftskyddsbyxa är ett hjälpmedel som enbart läkare har rätt att ordinera i Västmanland¹² har varken arbetsterapeuter, sjukgymnaster eller sjuksköterskor (vilka alla brukar ordinera hjälpmedel) någon större erfarenhet av denna åtgärd som prevention mot fallrelaterade höftfrakturer.

Det finns tydliga skillnader mellan gruppen i att bedöma fallrisker eller att kunna åtgärda dem på arbetet. Att bedöma fallrisker verkar vara mer åstadkomligt för alla yrkeskategorier medan att kunna åtgärda dem visar sig vara svårare. Författaren förmodar att det är olika anledningar som förklarar resultatet. Dels okunskap i vissa åtgärder då det inte fanns en överrepresentation av en specifik yrkeskategori, dels hinder i att kunna föra över kunskaper till praktiken eftersom majoritet var eniga om att sju av de tio åtgärder var effektiva.

¹¹ www.vasteras.se/vardotsorg/riktlinjerochprogram/

¹² Information inhämtade efter telefonsamtal med Ortoped Tekniska Avdelning, C-las i Västerås, 070509

6.3 Reflektioner om ett framgångsrikt fallförebyggande arbete

Falloolyckor bland äldre är ett mycket komplext problem där varje enskild individs egna risker ska bedömas i god tid och åtgärder ska skraddarsys. Eftersom det redan finns närmast utopiskt utformade målbeskrivningar på övergripande nivå i Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen behöver sjukvårdspersonalen väl definierade och konkreta mål för att kunna utforma fungerande arbetsformer som tydligt talar om vilka insatser ska utföras. På detta sätt kan rutiner lättare skapas och med detta hindra att preventiva insatser nedprioriteras. Det finns redan goda exempel från olika län där samarbetet mellan landstinget och kommun har gett bestämda mål för att förebygga falloolyckor¹³. Då har det varit lättare att ta fram rutiner som passar de olika verksamheter på de olika nivåerna av prevention. Även exakta mål som i Sörmlands projekt där målet är att halvera antalet höftfrakturer till 2012 kan vara nödvändiga för att tydliggöra sjukvårdspersonalens arbete att förebygga falloolyckor.

Ett framgångsrikt fallförebyggande arbete kräver utan tvivel goda förutsättningar. Sjukvårdspersonalen behöver en viss yrkeserfarenhet och inte minst en speciell kompetens för att kunna utföra de nödvändiga insatserna i fallförebyggande och även fallskadeprevention. Kunskaperna ska utvecklas i biomedicin men likaså inom beteendeforskning, samhällsmedicin och även humaniora för att täcka områden som kräver en mer hälsoorienterad hälso- och sjukvård. Det finns mycket sällan en enda orsak till en falloolycka utan det är alltid flera olika komponenter som samspelar. I detta sammanhang förefaller det vara ett måste att ett multidisciplinärt team finns runt den äldre för att kunna avgöra vilka som är de bästa insatserna att använda i fallprevention. Detta förutsätter ett gott samarbete mellan olika yrkeskategorier och därför ska arbetsorganisationen främja det goda teamet där sund kommunikation och teamutveckling är en självklarhet.

Ju fler yrkeskategorier desto bättre chans att inte missa någon faktor. Teamet ska inte bara bestå av legitimerad personal utan vårdbiträde och undersköterskor ska ha sin givna plats. Utbildning i fallprevention är av största vikt, det finns gott om evidens som visar att det är möjligt att förebygga falloolyckor men kunskaperna måste också sättas i praktiken. Utbildning ska därför vara en självklar investering för att försäkra sig om ett framgångsrikt resultat.

Allt fallförebyggande arbete ska engagera de äldre och deras närstående. De ska alla vara resurser som är helt integrerade i den fallförebyggande processen. I de ärenden där äldre kan påverka sin situation ska stödjande miljöer erbjudas för att möjliggöra en mer aktiv roll och därmed främja egen makt och delaktighet. Etiska aspekter ska alltid övervägas i fallförebyggande arbete, därför ska allt fallförebyggande arbete innehålla en helhetssyn där de äldres integritet inte konkurrerar med organisationens interna problem. Arbetsorganisationen ska tillgodose de äldres behov, istället för att dessa ska anpassa sina behov efter organisationens resurser.

6.4 Förslag på fortsatt forskning

Denna studie fokuserar på vad tre yrkeskategorier, som arbetar nära äldre i omvårdnad och rehabilitering, anser om fallförebyggande arbete. Ingen av de tre kategorierna är den som står de äldre närmast, det är istället undersköterskor. Denna yrkesgrupp blev inte inkluderad i den föreliggande studien. Det finns därför ett stort behov av att veta vad som påverkar deras val

¹³ http://www.landstinget.sormland.se/Sidans_katalog/7202/Fallprogram.%20slutversion.pdf, 070627

att jobba mer preventivt eftersom de äger stora kunskaper om de äldres beteende, vanor och önskemål.

Målet med denna enkätstudie var att ta fram så mycket information som möjligt från så många som möjligt. Författarens eget önskemål är att gå vidare med denna uppsats som en grund till en framtida handlingsplan för ett mer strukturerat fallförebyggande arbete i Västerås särskilda boende. Med en kvalitativ studie hade det inte varit lika lätt att generalisera eftersom det då hade funnits en risk att enbart få åsikter kommit fram eller att subjektiva tolkningar inte skulle accepteras av dem som beslutar om en framtida handlingsplan. Efter studiens resultat ser författaren ett stort behov av att gå vidare med vissa frågor. Beträffande till exempel frågan om teamarbete så anser författaren att en kvalitativ studie i form av fokusgruppen då skulle ge en mer djup förståelse av detta.

Denna studie har inte behandlat de äldres eller de närstående/anhörigas perspektiv. Det finns även här ett stort behov av att få veta mer om hur äldre och anhöriga ser på problematiken kring fallolyckor. Det finns en del studier om äldres rädsla att ramla men mycket litet om anhörigas upplevelser eller deras medverkan i fallprevention. Äldre och anhöriga kan vara en stor resurs i sjukvården och inte minst i förebyggande insatser. Sjukvårdspersonalen måste lära sig att vidga sina horisonter och ta emot all den hjälp som framtidens samhälle kommer att behöva.

7. SLUTSATSER

- Arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor har en mycket positiv inställning till sitt ansvar i förebyggande av fallolyckor bland äldre i särskilt boende i Västerås.
- Faktorer som kan påverka valet att arbeta med fallprevention är många. Några faktorer uppfattas som en förutsättning, som t ex ett effektivt samarbete mellan yrkeskategorier. Tidsbrist ses som ett hinder. Även hänsyn till etiska aspekter är en faktor som påverkar valet att arbeta med fallprevention.
- Alla tre yrkeskategorier anser att fallolyckor kan förebyggas efter kunskapsunderlag som finns i forskning och riktlinjer.
- Majoriteten av gruppen arbetar efter kunskapsunderlag som finns i forskning och riktlinjer. Det förekommer dock vissa skillnader mellan grupperna på grund av den särskilda kompetens som varje yrkesgrupp äger.

REFERENSER

American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls prevention (2001) *JAGS* 49 No 5672, May 2001.

Andersson Ingemar (2006). *Epidemiologi för folkhälsovetare en introduktion*. Studentlitteratur.

Browns CJ, Gottschalk M, Van Ness PH, Fotinsky R & Tinetti ME. (2004) Changes in Physical Therapy Providers' Use of Fall Prevention Strategies Following a Multicomponent Behavioural Change Intervention. *Physiotherapy Journal* Vol 85, May 2005, ss 394-403.

Clemson Lindy; Cumming Robert G; Kendig Hal; Swann Megan, Heard Robert & Taylor Kirsti (2004). The effectiveness of a community –based program for reducing the incidence of falls in the elderly: A randomized trial. *JAGS* vol.52: 9, ss 1487-1494.

Colón-Emeric C, Schenck A, Gorospe J, Mc Ardle J, Dobson L, De porter C & Mc Connell E. (2006) Translating Evidence- Based falls prevention into Clinical Practice in Nursing facilities: Results and lessons from a Quality Improvement Collaborative. *JAGS*, September 2006-Vol 54, No 9, ss 1414-1418.

Dagerman Elisabeth.(2006) *Sjukgymnastiskt fallförebyggande arbete för äldre personer i Uppsala län. En kartläggning av undersökning, behandling och utvärdering och dess överensstämmelse med ICF*. Magister uppsats i sjukgymnastik 20 p, C-D nivå. Institutionen för neurovetenskap. Enheten för sjukgymnastik, Uppsala Universitet.

Eljertsson, Göran (2005) *Enkäten i praktiken- en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Eliasson Annika (2006) *Kvantitativa metoder från början*. Studentlitteratur.

Davies S, Doherty D, Glover J & Johnson T (2004) Preventing hip fractures in care homes 2: role of the specialist nurse. *British Journal of Nursing*, 2004, Vol 13, No22, ss1335- 134.

Doherty D, Glover J, Davies S & Johnson T (2004). Preventing hip fractures in care homes 1: views of residents and staff. *British Journal of Nursing*, 2004, Vol 13, No 21, ss 1242-1248

FHI (Statens folkhälsoinstitut) (2004). *På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård; Sammanfattning av utredningsunderlag, proposition, riksdagsbeslut, indikatorförslag och exempel på tillämpning*. Rapport 2004:33, Stockholm, Statens Folkhälsoinstitutet.

Forsén Lisa, Arstad Christian, Sandvig Sidsel, Shuller Anne Marie, Roed Ulf & Anne Sogaard (2003) Prevention of hip fracture by external hip protectors: an intervention in 17 nurses homes in two municipalities in Norway. *Scand J Public Health* 31, ss261-266.

Fortinsky R, Iannuzzi-Sucich M, Baker B, Gottschalk M, King MB, Brown C & Tinetti ME (2004) Fall-risk Assessment and management in clinical practice: Views from health providers. *JAGS* 52:1522- ss 1526, 2004.

Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG & Rowe BH (2003) (Review) Interventions for preventing fall in elderly people. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003 Issue 4. Art No: CD000340. DOI: 10. 1002/ 14651858. CD000340.

Grafmans WC, Lips P, Wijlhuizen GJ, Pluijm SM & Bouter LM (2002) Daily physical activity and the use of walking aid in relation to falls in elderly people in a residential care setting. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Band 36, Heft 1 (2003).

Grahn Kronhed Ann-Charlotte; Blomberg Carina, Karlsson Nadine, Löfman Owe, Timpka Tomas & Möller Margareta. (2004). Impact of a community-based osteoporosis and fall prevention program on fracture incidence. *International Osteoporosis Foundation*. 10. 1007/ s 00198-004-1732-0.

Haglund Bo JA & Svanström Leif O (1999). *Evidensbaserad skadeprevention. Om effekter och effektivitet i skadeförebyggande och säkerhetsfrämjande arbete*. Folkhälsoinstitutet nationella skadeprogrammet.

Hansagi Helen & Allebeck Peter (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård. Handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Studentlitteratur.

Harris P B. (1989) Organizational and Staff Attitudinal Determinants of falls in Nursing Home residents. *Medical Care* July 1989, Vol 27, No 7, ss 737-749.

Hjalmarson Ingrid (2006) *Enligt vetenskap och beprövad erfarenhet? Erfarenheter av och synpunkter på Hälso- och sjukvården inom särskilt boende i Stockholms stad*. Rapport/ Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2006:4.

Hälso- och Sjukvårdslagen 1982:763, Sveriges Riksdag SFS (Svensk författnings samling)

Hökby Anita & Sadigh Siv., (2001) *Säkra Seniorer. En metodbok att förebygga fallskador hos äldre* Centrum för skadeprevention. Stockholms läns landsting.

Jensen Jane, Lundin-Olsson Lillemor, Nyberg Lars & Gustafson Yngve (2002) Falls among frail older people in residential care. *Scand J Public Health* 30, ss 54-61.

Jensen Jane, Nyberg Lars, Gustafson Yngve & Lundin-Olsson Lillemor (2003) Fall and injury prevention in residential care-effects in residents with Higher and lower levels of cognition *JAGS* 51: 627- ss 635, 2003.

Jensen Jane, Nyberg Lars, Rosendahl Erik, Gustafson Yngve & Lundin-Olsson Lillemor (2004) Effects of a fall prevention program including exercise on mobility and falls in frail older people living in residential care facilities *Aging clinical and Experimental Research*, Vol 16, No 4, ss 283-292.

Jerdén L, Hillervik Ch, Hansson A-Chr, Flacking R (2006). Experiences of Swedish community health nurses working with health promotion and a patient-held health record. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2006; 20; ss 448-454.

Kallin Kristina, Jensen Jane, Lundin-Olsson Lillemor, Lars Nyberg & Gustafson Yngve (2004) Why the elderly fall in residential care facilities, and suggested remedies. *The journal of family practice*, vol. 53, No1.

Kallin Kristina, Gustafson Yngve, Sandman PO & Karlsson RN (2005) Factors associated with falls among older, Cognitively impaired people in geriatric care settings. *American journal of geriatric psychiatry* 13:6, June, ss 501-509.

Legitimerade Sjukgymnaster Riksförbund (2004). *Vem bryr sig om den svenska tanten?* – En rapport om benskörhet, fall och tillgång till sjukgymnaster i 20 kommuner, juli 2004.

Lowery K, Buri H & Ballard C (2000) What is the prevalence of environmental hazards in the homes of dementia sufferers and are they associated with falls. *International journal of geriatric psychiatry* 15, ss 883-886.

Mackenzie L, Byles J & Higginbotham N (2002) Professional Perceptions about Home safety: Cross-National Validation of the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST) *Journal of allied Health*, spring 2002, Volume 31, Number 1, ss 22-28.

McKinley E, Libby P, Mc Bain L, Mc Leod D, Pullon S & Brown S (2005) "What sort of health promotion are you talking about?" a discourse analysis of the talk of general practitioners. *Social Science & Medicine* 60 (2005) ss 1099-1106.

Moreland Julie; Richardson Julie & David H. Chan. (2003) Evidence-Based Guidelines for the secondary prevention of falls in older adults. *Gerontology* vol; 49:ss 94-116.

Mål för folkhälsan (2002). Regeringsproposition 2002/03:35 Stockholm, Socialdepartement.

Nyberg Lars. (1996) Falls in the frail elderly. Incidence, characteristics and prediction, with special reference to patients with stroke and hip fracture. Diss. Department of Community Medicine and Rehabilitation, Geriatric Medicine, Umeå University.

Ooi WL, Hossain M, & Lipsitz L (2000) The Association between Orthostatic Hypotension and Recurrent Falls in Nursing Home Residents. *The American Journal Of Medicine* Februari Volume 108, ss107- 111.

Räddningsverket (2003a) *Äldres skador i Sverige*
Karlstad, Räddningsverket, Rapport nr 199- 104/03.

Räddningsverket (2003b) *Falloolyckor bland äldre- samhällets direkta kostnader*
Karlstad, Räddningsverket, Rapport nr 199-1047/03.

SBU (Statens beredning för medicinsk utvärderingar) (2003 a) *Osteoporos- prevention, diagnostik och behandling*, Stockholm: SBU (SBU-Gul rapport No 165/1).

SBU (Statens beredning för medicinsk utvärderingar) (2003 b) *Evidensbaserad äldrevård*, Stockholm: SBU (SBU-Vit rapport No 163).

Socialstyrelsen (1996). *Ädelreformen*, slutrapport.

- Socialstyrelsen (2000) *Kompetensbeskrivning för Sjukgymnaster*.
- Socialstyrelsen (2001) *Kompetensbeskrivning för Arbetsterapeuter*.
- Socialstyrelsen (2003) *Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av höftfrakturer*. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2004a) *Läkemedelsbehandling inom äldreården. Rapport från nationell tematisk verksamhetstillsyn*.
- Socialstyrelsen (2004b) *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2004*.
- Socialstyrelsen (2004 c) *Investera NU! Handlingsplan för kompetensförsörjning inom vård och omsorg*.
- Socialstyrelsen (2005a). Epidemiologiska Centrum, *Folkhälsoberättelse 2005 kapitel 8*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2005b) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.
- Stolz D, Miller M, Bannerman E, Whitehead C, Crotty M & Daniels L (2002). Nutrition screening and assessment of patients attending a multidisciplinary falls clinic. *Nutrition & Dietetics* (2002) 59:4, 234-239.
- Thille Anna & Hammerslag Anette. (2003) *Folkhälsoarbete för Äldre, Varför och Hur?* Statens Folkhälsoinstitut 2003:63.
- Tinetti ME, Speechley M & Ginter S (1988) Risk factors for falls among Elderly Persons living in the community. *The New England Journal of Medicine*, Vol 319, No26, ss1701-1707.
- Vetenskaprådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskaprådet.
- Västerås Stad, *Folkhälsoprogram 2003*.
- WHO (World Health Organisation) (1998). *Hälsa 21: en introduktion till "Hälsa för alla" - policyn för WHO:s europaregion*. Köpenhamn: WHO:s Europakontor.
- Wramner Bengt, Carlén Björn, Dahlgren Göran, Lars Himmelmann.(200) *Hälso- och sjukvårdens medverkan i folkhälsoarbetet. Underlag för en idédebatt* Karolinska Institutet, rapport 2000:7

BILAGA 1

FALLOLYCKOR BLAND ÄLDRE

ENKÄT

SÄTT KRYSS I VALFRI RUTA

1. Jag jobbar som

- Arbetsterapeut
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska

2. Jag är

- Fast anställd
- Vikarie

3. Min tjänstgöringsgrad

- Heltid
- Deltid (ange procent).....%

4. Mina arbetsuppgifter har jag huvudsakligen på

- Korttidsenhet
- Gruppboende
- Servicehus
- Ålderdomshem
- Annat

5. Min yrkeserfarenhet är

- Några månader till 1 år
- 2- 7 år
- 8- 13 år
- 14 år eller mer

6. I min grundutbildning fick jag kunskaper om problematiken av fallolyckor bland äldre

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Instämmer inte
- Instämmer inte alls
- Minns inte

Nedan följer ett antal påståenden angående hälso- och sjukvårdens ansvar.
 Ange i vilken grad du instämmer genom att kryssa i en av rutorna.

| | <u>Instämmer helt</u> | <u>Instämmer delvis</u> | <u>Instämmer inte</u> | <u>Instämmer inte alls</u> | <u>Vet ej / obestämd</u> |
|--|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| 1. Hälso- och sjukvården har ett ansvar att ge upplysning om metoder för att förebygga sjukdom och skada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. En hälsofrämjande och förebyggande inriktning inom hälso- och sjukvården höjer vårdens kvalitet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hälso- och sjukvården primära uppgift är, i fråga om fallolyckor, att lindra och rehabilitera olycksoffer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ett förebyggande arbete kan på lång sikt minska vårdbehovet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hälso- och sjukvården ska integrera preventiva insatser i vårdkedjan. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Hur stort ansvar anser Du att du har för att förebygga fallolyckor?

| <u>Mycket stort ansvar</u> | <u>Ganska stort ansvar</u> | <u>Varken eller</u> | <u>Inte stort ansvar</u> | <u>Vet ej / obestämd</u> |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nedan följer ett antal faktorer som enligt forskning ökar risken för äldre att falla.
 Kryssa för hur allvarlig Du anser att varje faktor är.

| | Mycket allvarligt | Ganska allvarligt | Varken eller | Inte allvarligt | Inte allvarligt alls | Vet ej |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Akuta sjukdomar t.ex. UVI, Stroke. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hög ålder (80 eller äldre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nedsatt syn- och/eller hörsselförmåga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Omgivningsfaktorer (lösa mattor, dålig belysning) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Multimedcinering (fler än tre mediciner) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Nedsatt balans- och gångfunktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Osteoporos (benskörhet) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Blodtrycksfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Nedsatt kognitiv Förmåga (t ex demens) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Tidigare fall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Är det någon/några av dessa faktorer som du brukar bedöma som risk för fallolycka i ditt dagliga arbete?

- Nej
 Ja Vilka ? Ange nummer enligt listan ovan.....

Nedan följer ett antal påståenden angående prevention av fallolyckor. Ange i vilken grad du instämmer genom att kryssa i en av rutorna

| | Instämmer helt | Instämmer delvis | Instämmer inte | Instämmer inte alls | Vet ej obestämmd |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Den erfarenhet jag har ger mig tillräcklig kompetens för att kunna förebygga fallolyckor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ytterligare kompetens skulle underlätta mitt arbete att förebygga fallolyckor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Extra tid skulle underlätta mitt arbete i att förebygga fallolyckor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ett framgångsrikt fallförebyggande arbete förutsätter ett effektivt samarbete mellan yrkesgrupper | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Tiden måste ägnas åt de mest sjuka och inte prevention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Det finns tydliga formulerade mål för det fallförebyggande arbetet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Det krävs mycket tid att förebygga fallolyckor bland äldre multisjuka | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fallförebyggande arbete kräver en beteendeförändring hos den äldre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hänsyn till etiska aspekter kan hindra ett fallförebyggande arbete | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Det finns många åtgärder man kan vidta för att förhindra ett fall eller fallskador.
Hur pass effektiva anser Du följande åtgärder är? Markera med kryss.

| | Mycket effektivt | Ganska effektivt | Varken eller | Inte effektivt | Vet ej |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Användning av höftskyddsbyxa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Balansträning och gångträning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Översyn av medicinering | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mätning av blodtryck i liggande och därefter i stående | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Behandling av osteoporos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Nutritionsbedömning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Att utbilda vårdpersonal i fallprevention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Översyn av bostadsmiljö | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Att ta en urinsticka | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Översyn av hjälpmedel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Är det någon/några av dessa åtgärder som du brukar använda dig av i ditt dagliga arbete?

Nej

Ja, Vilka? Ange nummer enligt listan ovan

Vilka möjligheter anser Du finns för fallprevention i ditt arbete?

Nämn främsta möjlighet för dig

.....

Vilka hinder anser Du finns för fallprevention i ditt arbete?

Nämn främsta hinder för dig

.....

Hjärtligt Tack för din medverkan

Verónica Lindow

BILAGA 2



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
Institutionen för
Vård- och Folkhälsovetenskap (IVF)

Västerås, 2007-02-28

Till dig som jobbar inom äldreomsorgen i Västerås

Mitt namn är Verónica Lindow och jag arbetar som sjukgymnast på Rehabgruppen. Parallellt till mitt arbete läser jag till en magisterexamen i folkhälsoarbete.

Jag har jobbat länge inom äldreården och de sista åren har jag känt ett allt större engagemang för äldre och fallolyckor. Min D-uppsats kommer därför att studera hur tre olika yrkeskategorier ser på sin roll i fallförebyggande arbete. I undersökningen ingår alla sjukgymnaster och arbetsterapeuter inom enheterna Rehabgruppen och Zethelius Rehabcenter samt alla sjuksköterskor inom Sjuksköterskeenheten Väster i Västerås.

Fallolyckor bland äldre är ett stort folkhälsoproblem. Fall är vanligt förekommande även på äldreboende där upp till 50 % av de boende faller varje år. Skador efter en olycka kan orsaka mänskligt lidande och inte minst stora samhällskostnader.

Som ett sätt att bidra till att hitta gemensamma strategier för ett mer strukturerat förebyggande arbete ber jag dig att besvara denna enkät. Din enhetschef har godkänt att enkäten besvaras på arbetstid. Ditt deltagande är naturligtvis frivilligt men jag hoppas att du ser din chans att kunna påverka studiens kvalitet genom att besvara enkäten och svara så fullständigt som möjligt på alla frågorna.

Alla svar kommer att behandlas anonymt. Det finns en bokstav uppe i frågeformulärets högra hörn för att kunna skicka ett påminnelsebrev vid behov.

Om du har några problem med att besvara frågorna eller har synpunkter på frågeformuläret, ring eller maila gärna mig.

Tack på förhand för din medverkan!

Verónica Lindow
veronica.lindow@vasteras.se
Tfn 39 36 05

Christina Lindholm, Handledare
christina.lindholm@mdh.se
Tfn. 10 15 81

BILAGA 3 (a)

Fullständigt Resultat i tabeller

Tabell 1. Respondenternas åsikter om fallprevention (N 60)

| | Instämmer helt (%) | Instämmer delvis (%) | Instämmer inte (%) | Instämmer inte alls (%) | Vet ej/Obestämmd (%) |
|---|--------------------|----------------------|--------------------|-------------------------|----------------------|
| Den erfarenhet jag har ge mig tillräcklig kompetens för att kunna förebygga fallolyckor | 6 | 49 | 4 | 1 | 0 |
| Ytterligare kompetens skulle underlätta mitt arbete att förebygga fallolyckor | 42 | 10 | 5 | 0 | 3 |
| Extra tid skulle underlätta mitt arbete i att förebygga fallolyckor | 20 | 27 | 9 | 1 | 3 |
| Ett framgångsrikt fallförebyggande arbete förutsätter ett effektivt samarbete mellan yrkesgrupper | 55 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| Tiden måste ägnas åt de mest sjuka och inte åt prevention | 1 | 20 | 28 | 8 | 3 |
| Det finns tydliga formulerade mål för det fallförebyggande arbetet | 2 | 24 | 25 | 4 | 5 |
| Det krävs mycket tid att förebygga fallolyckor bland äldre multisjuka | 14 | 38 | 3 | 2 | 3 |
| Fallförebyggande arbete kräver en beteendeförändring hos den äldre (missing 1) | 9 | 33 | 10 | 2 | 5 |
| Hänsyn till etiska aspekter kan hindra ett fallförebyggande (missing 1) | 9 | 29 | 9 | 1 | 11 |

BILAGA 3 (b)

Tabell 2 Respondenternas åsikter om fallrisker. N 60

| | Mycket allvarligt | Ganska allvarligt | Varken eller | Inte allvarligt | Inte allvarligt alls | Vet ej |
|--|-------------------|-------------------|--------------|-----------------|----------------------|--------|
| Akuta sjukdomar | 39 | 19 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Hög ålder | 10 | 36 | 13 | 1 | 0 | 0 |
| Nedsatt syn- och /eller hörsel förmåga (missing 1) | 26 | 30 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Omgivningsfaktorer | 40 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Multimedcinering | 22 | 26 | 7 | 0 | 0 | 5 |
| Nedsatt balans- och gångförmåga | 47 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Osteoporos | 11 | 32 | 11 | 4 | 0 | 2 |
| Blodtrycksfall | 36 | 21 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Nedsatt kognitiv förmåga | 23 | 26 | 9 | 2 | 0 | 0 |
| Tidigare fall | 28 | 25 | 5 | 1 | 0 | 1 |

Tabell 3 Respondenternas åsikter om preventiva åtgärder N 60

| | Mycket effektivt | Ganska effektivt | Varken eller | Inte effektivt | Vet ej |
|--|------------------|------------------|--------------|----------------|--------|
| Användning av höftskyddsbyxa (missing 1) | 13 | 18 | 5 | 0 | 23 |
| Balansträning och gångträning (missing 1) | 30 | 24 | 2 | 0 | 3 |
| Översyn av medicinering | 22 | 30 | 1 | 0 | 7 |
| Mätning av blodtryck i liggande och därefter i stående | 9 | 27 | 6 | 3 | 15 |
| Behandling av osteoporos | 6 | 20 | 10 | 2 | 22 |
| Nutritionsbedömning | 9 | 30 | 6 | 1 | 14 |
| Att utbilda vårdpersonal i fallprevention | 38 | 19 | 0 | 0 | 3 |
| Översyn av bostadsmiljö | 41 | 19 | 0 | 0 | 0 |
| Att ta en urinsticka | 11 | 24 | 10 | 2 | 13 |
| Översyn av hjälpmedel | 28 | 32 | 0 | 0 | 0 |

BILAGA 3 (c)

Tabell 4 Andel av respondenterna som använder preventiva åtgärderna i det dagliga arbetet N=58

| | Andel (%) |
|---|------------------|
| Användning av höftskyddsbyxa | 10 |
| Balans- och gångträning | 60 |
| Översyn av medicinering | 28 |
| Mätning av blodtryck | 22 |
| Behandling av osteoporos | 9 |
| Nutritionsbedömning | 17 |
| Utbildning av vårdpersonal i fallprevention | 31 |
| Översyn av bostadsmiljö | 83 |
| Tagning av urinsticka | 22 |
| Översyn av hjälpmedel | 90 |