

Beteckning: _____



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Vårdgivares uppfattning om fallrisker och fallprevention inom tre vårdnivåer

Cecilia Forsmark
November 2008

Examensarbete, 15 hp, D-nivå
Vårdvetenskap

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning distriktssköterska
75 hp
Examinator: Maria Engström
Handledare: Birgitta Fläckman och Anna-Greta Mamhidir

Abstract

The progress of the health among the elderly has a major meaning for the needs of care, nursing and social services. The health of the elderly has improved but fall and fall accidents are a major problem. Acute diseases, activities and environment risks are often related to fall accidents. The aim of the study was to describe health care staffs' opinions about fall risk and fall prevention. The study had a qualitative approach with a descriptive design. Twelve persons from a primary healthcare centre, a hospital and a community elder care unit in the middle of Sweden were interviewed. The material was analyzed through qualitative content analysis and data from the interviews resulted in two categories; The category "Factors contributing to falls" was formulated from the subcategories; The older persons health status and their care needs, Physical environment, Lack of competence among staff, Lack of time, stress and insufficient staffing, Staffs' responsibilities and not followed routines and Insufficient cooperation between professional groups. The category "Factors preventing falls" was formulated from the subcategories; Physical environment and physical aid, Competence and fall risk assessment instruments, Different professionals' responsibilities and Cooperation between different professionals. The results showed that the health care staff viewed several factors, which according to them contributed to falls as well as prevented falls. Cooperation between different professionals, increased competence and use of systematic fall risk assessment instruments were mentioned resulting in advantages for the patient.

Keyword: Fall prevention, Hospital, Primary health care, Elderly care.

Sammanfattning

Utvecklingen av de äldres hälsa har stor betydelse för behoven av vård och omsorg. Hälsan för äldre har förbättrats men fall och fallskador är ett stort problem och akuta sjukdomar, aktiviteter och omgivningsfaktorer är ofta utlösande orsaker till fall. Syftet med denna studie var att beskriva vårdgivares uppfattning om fallrisker och fallprevention. Metoden var en kvalitativ intervjustudie med en beskrivande design. Tolv personer har intervjuats från hälsocentral, sjukhus och kommunalt äldreboende i ett län i Mellansverige. Resultatet redovisas utifrån två kategorier. Kategorin "Faktorer som kan bidra till fall" framkom ur subkategorierna; Patientens tillstånd och omvårdnadsbehov, Fysisk miljö, Brist på kunskaper hos vårdpersonalen, Tidsbrist, stress och otillräcklig bemanning, Personalens ansvar och att inte följa rutiner samt Otillräcklig samverkan mellan yrkesgrupper och vårdnivåer. Kategorin "Faktorer som kan motverka fall/fallprevention" framkom ur subkategorierna; Fysisk miljö och hjälpmedel, Kunskaper och utveckling av ett systematiskt arbetssätt, Ansvaret hos olika yrkeskategorier samt Samverkan. Resultatet i studien visade att det finns flera olika faktorer kring en patient som kan bidra till fall och som kan motverka fall. Samverkan mellan olika vårdnivåer, kunskaper och utveckling av ett systematiskt arbetssätt framkom som viktiga faktorer till fördel för patienten.

Nyckelord: Fallprevention, Sjukhus, Primärvård, Äldrevård.

Innehållsförteckning

Introduktion.....	2
Problemområde	4
Syfte	5
Frågeställningar	5
Metod	5
Design.....	5
Urval och undersökningsgrupp	5
Datainsamlingsmetod	6
Tillvägagångssätt.....	6
Dataanalys	7
Forskningsetiska överväganden	8
Resultat.....	9
Faktorer som kan bidra till fall	9
Faktorer som kan motverka fall/fallprevention	13
Diskussion.....	17
Huvudresultat	19
Resultatdiskussion.....	19
Metoddiskussion.....	20
Allmän diskussion.....	22
Referenser.....	23

Introduktion

Utvecklingen av de äldres hälsa har stor betydelse för behoven av vård och omsorg. Hälsan för äldre har förbättrats men fall och fallskador är ett stort problem. Antalet personer som är över 65 år och som vårdas inom slutenvården efter en fallolycka förväntas öka med 65 procent från år 2000 till år 2035, från 40 700 till 67 000 (1). Antalet äldre personer med höftfraktur har fördubblats under de senaste decennierna (2). Fall kan definieras som när en individ oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada uppstår eller inte (3). I Sverige avled år 2002 drygt 1000 äldre i fallolyckor och 40 700 skadades så allvarligt att de behövde sjukhusvård, antalet lindrigt skadade kan uppgå till 10 000 (4). Nästan alla som faller drabbas av rädsla att falla igen och det i sin tur kan leda till inaktivitet och isolering (5).

Friska aktiva personer faller oftast utomhus i situationer där det finns risker i omgivningen. När personer som har nedsatt motorik eller nedsatt kognitiv förmåga faller, så inträffar det oftast inomhus. Fallolyckor på sjukhus eller institution sker ofta när det är en hög aktivitet på avdelningen, när personen är engagerad i någon aktivitet eller det finns något fysiskt hinder i vägen (6). Akuta sjukdomar, aktiviteter och omgivningsfaktorer är ofta utlösande orsaker till fall (7). En studie visade att akut sjukdom bedömdes ha utlöst fall för 32 % av individerna (8). För att kunna förhindra fall måste vårdpersonalen upptäcka, förebygga och behandla både predisponerade och utlösande faktorer (8-10).

När ett fall sker så är det ofta beroende av vilken aktivitet som görs, hur den fysiska miljön är utformad och vilka förutsättningar som individen har, som blir avgörande om fallet inträffar eller inte (5). Att falla skapar ofta rädslor, något som är vanligt hos äldre personer och rädslorna kan i sin tur leda till att personerna blir inaktiva, blir mer beroende och kan ge minskad självkänsla. Ett fall kan öka känslan av att vara sårbar och särskilt om personen lever ensam (11).

Personer som har demenssjukdom, nedsatt kognitiv förmåga och förvirring har en ökad risk för att falla. En femtedel av de som drabbas av höftfraktur lider av demens (12).

Falloolyckor är vanliga och ökar i stora tal framförallt därför att antalet äldre ökar. Under ett år faller ca 30 procent av de personer som är över 65 år. Två tredjedelar av personer i särskilt boende faller under ett år, hälften av dem mer än en gång. Flera faktorer kan var och en för sig eller i kombination med varandra orsaka fall. Det kan handla om åldersförändringar i balanssystemet, led- och muskelproblem, syn och hörselproblem, yrsel, undernäring, läkemedelsbiverkan och olycksfall i och utanför hemmet. Alla fall leder inte till frakturer men risken ökar om den som faller har osteoporos (5,13).

Fyrtio procent av höftfrakturerna inträffar i äldreboenden. Aktuell forskning visar att en stor del av falloolyckorna på äldreboendena kunde relateras till akuta sjukdomstillstånd. Personer som bor i särskilda boenden är gamla, sköra, sjuka och har små marginaler. Risken att drabbas av höftfraktur är störst på sjukhus; cirka sju procent av höftfrakturer sker på sjukhus trots att mindre än en procent vistas där. Fallolyckorna som inträffar på sjukhus orsakas ofta av akuta förvirringstillstånd, som i sin tur är orsakade av olika sjukdomstillstånd eller läkemedelsbiverkningar (14-16).

Följderna av fall är ett stort problem både ur ett individ-, ekonomiskt-, och folkhälso-perspektiv (17-19). Efter cirka 30 år av forskning finns evidens för att förhindra falloolyckor, frakturer och onödigt lidande och det är viktigt att den används. Stora samhällsekonomiska besparingar är möjliga (14). Tidig identifiering av fallrisker är viktigt för att förebygga fall hos äldre och det är nödvändigt att hitta dessa personer som är i riskzonen. (20,21). Fonad et al. (8) har i sin studie fokuserat på risk för fall och fallprevention inom kommunal äldrevård och funnit att individuella fallriskbedömningar måste göras så att den enskildes behov tillgodoses.

Under hösten 2007 till våren 2008 har tre team av vårdpersonal som arbetar inom sjukhus, primärvård och inom en kommun i länet deltagit i ett utbildningsprogram för att lära sig arbeta på ett vårdpreventivt sätt. Ett vårdpreventivt arbetssätt innebär att de utfört riskbedömningar inom tre problemområden. Dessa områden är risk för undernäring och trycksår samt risk för fall. Utbildningsprogrammet har varit uppdelat på fyra seminarietillfällen med fokus på att förändra det dagliga arbetssättet. Mellan seminarierna har teamen gjort egna riskbedömningar och undan för undan implementerat arbetssättet i det vardagliga arbetet. För att göra fallriskbedömningar har vårdpersonalen lärt sig använda

Downton fall risk index (22) ett instrument som betraktas som enkelt och inte tidskrävande att använda.

Föreliggande studie om fallrisker och fallprevention ingår som en del i en longitudinell uppföljningsstudie (23) där ovanstående teams kunskaper och attityder kring de tre problemområdena nutrition, trycksår och fall undersöks. Den longitudinella studien innebär att intervjuer görs med vårdpersonalen före, strax efter att utbildningsprogrammet har genomförts samt ett år senare. Den första intervjuomgången genomfördes under hösten 2007, den andra under våren 2008 och den sista intervjuomgången utförs hösten 2008. I denna studie presenteras resultat kring området fallprevention från den första intervjuomgången dvs. före utbildningsinsatsen hade påbörjats.

Forskning om fall och dess följder finns beskrivet i studier (8,19,20) och det finns viss kunskap om de attityder som vårdpersonal har omkring forskning och de svårigheter som kan förekomma för att tillämpa forskningsresultaten. Det är viktigt att undersöka de möjligheter som kan hjälpa till att skapa en förändringsbenägen vårdmiljö. Förändringsarbete ute i verksamheterna genomförs i en komplex verklighet som kan påverkas av vårdpersonalens kunskap, patienters värderingar, organisatoriska förutsättningar, tillgång till ledarskap och politiska intressen. En framgångsrik implementering är beroende av alla dessa perspektiv (24).

En studie av Fonad et al. (25) visade att personalen har en gemensam uppfattning om förekomsten av fall och fallrisker och dess olika orsaker. Studien visade också att sjuksköterskor har en uppfattning om att vissa läkemedel också orsakar fall och fallbenägenhet. De ansåg att otillräcklig tillsyn över de fallbenägna personerna också resulterar i att de faller (25).

Problemområde

Mycket forskning finns kring patientperspektivet när det gäller vad som kan utgöra eller utgöra risker för fall hos äldre samt om fallprevention (11,16,26-31). Däremot finns få studier som fokuserar på vårdpersonalens uppfattning om fallrisker och fallprevention och arbetet med detta område. Därför är det viktigt att öka förståelsen för vilka kunskaper som vårdpersonal inom sjukhus, primärvård och kommunal vård har och hur de reflekterar kring fallrisker och

fallprevention. Att i så stor utsträckning som möjligt upptäcka risker för fall ger möjligheter till uppföljning och förebyggande kan påbörjas hos individen. Det hör samman med trygghet och patientsäkerhet inom vården.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva vårdgivares uppfattning om risker för fall och fallprevention hos patienter/personer 70 år och äldre, på olika vårdnivåer inom en kommun.

Frågeställningar

Hur reflekterar vårdgivare omkring risker för fall hos patienter/personer som är 70 år och äldre?

Hur reflekterar vårdgivare omkring arbetet med fallprevention hos patienter/personer som är 70 år och äldre?

Metod

Design

Studien hade en beskrivande design med kvalitativ ansats.

Urval och undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen bestod av åtta sjuksköterskor, en sjukgymnast, en arbetsterapeut samt en chef som ansvarade för äldre i behov av vård och omsorg inom en medicinklinik, en hälsocentral och ett äldreboende inom en kommun i Mellansverige. En utbildning i ett s.k vårdpreventivt arbetssätt inom områdena nutrition, fall och trycksår hade genomförts för vårdpersonal inom olika nivåer i en kommun. Utbildningsprogrammet innehöll bl.a. kunskaper inom områdena nutrition, trycksår och fall samt riskbedömningsinstrument. Inklusionskriterier till studien var att deltagarna hade antagits till nämnt utbildningsprogram och arbetade vid en medicinavdelning, hälsocentral och ett äldreboende. Målet var att få så stor spridning som möjligt när det gällde ålder, arbetsplats, antal arbetade år vid enheten samt yrkeskategori, ett s.k maximum variation sampling (32). De tolv deltagarna fördelade sig på från de olika vårdnivåerna följande sätt; fyra sjuksköterskor från en medicinavdelning, två distriktssköterskor, en arbetsterapeut respektive en sjukgymnast från primärvård samt två sjuksköterskor och en sjukgymnast från ett äldreboende. En chef som representerade en av

vårdnivåerna deltog. Åldern varierade mellan 31 och 59 år. Deltagarna hade arbetat mellan 4 och 37 år inom sitt yrke. Två av deltagarna hade genomgått poängkurser inom fallrisk och fallprevention. Alla som ingick i studie var kvinnor.

Datainsamlingsmetod

Datainsamlingsmetoden bestod av intervjuer och en intervjuguide med öppna frågor användes. Intervju valdes som metod och innebär att forskaren möter informanten och personen ges möjlighet att med egna ord berätta sin historia eller sina uppfattningar (32). Intervjuguiden bestod av två delar, bakgrundsvariabler och frågeområdet. Bakgrundsfaktorer som ingick var; ålder, kön, utbildning/erfarenhet inom vårdarbete samt anställningsområde. Frågeområdet handlade om vårdpersonalens syn på risker för fall och fallprevention, möjligheter och svårigheter vid detta arbete, behov av stöd samt uppfattning om eget och ledningens ansvar.

Tillvägagångssätt

I den pågående longitudinella studien genomförs datainsamling vid tre tillfällen, före utbildningsprogrammets start, strax efter utbildningen dvs. 6 månader senare samt efter 12 månader. I föreliggande studie har datamaterial från första datainsamlingen använts, dvs. resultaten speglar uppfattningar från tiden före utbildningsinsatsen.

Vårdpersonal inom en medicinavdelning, hälsocentral och ett äldreboende hade antagits till ett utbildningsprogram i Jönköping om ett vårdpreventivt arbetssätt. Verksamhetschefer inom landstingets och kommunens verksamheter informerades skriftligt och muntligt om den longitudinella studien och tillstånd för att genomföra studien inhämtades före utbildningsprogrammets start. Efter att medgivande till studien hade erhållits kontaktades berörda vårdenhetschefer via brev och telefon, informerades och cheferna förmedlade kontakt med deltagarna som uppfyllde inklusionskriteriet för studien. Informationsbrev sändes ut till de som blev tillfrågade om att delta. I informationsbrevet till berörd personal framgick vem som var ansvarig för studien och vem som skulle utföra intervjuerna vid första och övriga tillfällen, att deltagandet var frivilligt, att svaren behandlades konfidentiellt och att resultatet inte skulle kunna härledas till någon enskild person. Deltagarna gav skriftligen sitt medgivande till att intervjuerna fick utföras. Författaren till denna studie har genomfört intervjuer under perioden mars till april 2008. Intervjuerna har genomförts i en lokal som

intervjupersonerna har valt och har spelats in på band. Alla intervjuer utfördes i avskilt rum på respektive informanters arbetsplats. Intervjuerna avidentifierades genom att varje intervju erhöll en sifferkod. En provintervju genomfördes för att testa frågeområdena samt att bedöma tidsåtgången. Provintervjun kunde även ge intervjuaren möjlighet till eventuella justeringar i frågeguiden. Intervjutiden varierade mellan 30-60 minuter.

Dataanalys

Analysen i denna studie har genomförts på data från det första intervjutillfället. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (33,34). Data från intervjuerna har skrivits ut ordagrant och materialet tilldelades en sifferkod för att bevara konfidentialiteten. Författaren började med att läsa igenom materialet flera gånger för att få en känsla av helhet. Texten bearbetades i olika steg. Först delades texten upp i meningsbärande enheter utifrån studiens syfte, kondenserades, kodades och underkategorier formades. Därefter sorterades och grupperades koder och underkategorier utifrån att de hade ett liknande innehåll. Slutligen formulerades huvudkategorierna (Tabell 1).

Tabell 1. Analysschema med meningsenheter, kondenserade meningar, koder, underkategorier och huvudkategorier.

Meningsenheter	Kondenserad meningar	Koder	Underkategorier	Huvudkategorier
Är det någonting då tar ju hon kontakt med distriktssjukgymnasten och lika arbetsterapeuten om nån behöver något hjälpmedel så tar vi kontakt med vår och sedan ska det vidare så då tar dom kontakt med distriktsarbetsterapeuten.	Sjukgymnasten kontaktar distriktssjukgymnasten, arbetsterapeuten kontaktar distriktsarbetsterapeuten vid behov av hjälpmedel.	Samverkan	Samverkan	Faktorer som kan motverka fall/Fallprevention
Ja det är läkare, vi sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnast, det är allas ansvar att tänka preventivt med fall	Det är alla yrkeskategoriers ansvar med fallprevention.	Ansvar	Ansvar hos olika yrkeskategorier	Faktorer som kan motverka fall/Fallprevention
Sen vet jag faktiskt inte det här med om det är tagit någon urinodling, för det brukar dom också vara lömsk när det gäller att ramla mycket. Eller faller.	Sjuksköterskan kände inte till om urinodling tagits, fall kan relateras till urinvägsinfektion.	Fall relateras till urinvägsinfektion	Patientens tillstånd och omvårdnadsbehov	Faktorer som kan bidra till fall
Tidigare har dom jobbat över hela och då blir det så att man kan släppa ansvaret, för på kvällen är man på den sidan och på morgon är man på den sidan och då har man inte helheten	Personalens arbetschema kan bidra till att hela ansvaret inte tas, kan inte se helheten.	Ansvar	Svårt att ta helt ansvar beroende av schematurer.	Faktorer som kan bidra till fall

Forskningsetiska överväganden

Verksamhetschefer på respektive enhet tillfrågades om tillstånd att genomföra intervjuerna. I denna studie intervjuades vårdpersonal, därför gjordes ingen ansökan till etisk kommitté. Intervjupersonen har inte anställning inom samma kommun som de intervjuade. Deltagandet har varit frivilligt. Allt material behandlas konfidentiellt, d.v.s. intervjubanden och utskrifterna har förvarats inlåsta. Det är viktigt att den som intervjuar visar ödmjukhet och skapar tillit, så att den som intervjuas känner trygghet inför samtalet. Resultatet presenteras på så sätt att deltagarna inte kan identifieras.

Resultat

Resultatet i studien redovisas i löpande text och i en tabell utifrån de kategorier som formats vid analysen. Kategorierna beskrivs med löpande text och med citat från intervjuerna.

Resultaten har inte delats upp mellan de olika vårdnivåerna men utifrån de olika yrkeskategorierna. När resultatet redovisas utifrån de olika yrkeskategorierna så används benämningarna och i övrigt används uttrycket deltagarna i resultatpresentationen.

Vid analysen framkom två kategorier och tio underkategorier. Sex underkategorier bildade kategorin *Faktorer som kan bidra till fall* och fyra underkategorier bildade kategorin *Faktorer som kan motverka fall/fallprevention* (Tabell 2).

Tabell 2. Huvudkategorier och underkategorier som beskriver fallrisker och fallprevention

Subkategori	Huvudkategori
Patientens tillstånd och omvårdnadsbehov Fysisk miljö Brist på kunskaper hos vårdpersonal Tidsbrist, stress och otillräcklig bemanning Personalens ansvar och att inte följa rutiner Otillräcklig samverkan mellan yrkesgrupper och vårdnivåer	Faktorer som kan bidra till fall
Fysisk miljö och hjälpmedel Kunskaper och utveckling av ett systematiskt arbetssätt Ansvaret hos olika yrkeskategorier Samverkan	Faktorer som kan motverka fall/ fallprevention

Faktorer som kan bidra till fall

Denna huvudkategori framkom från subkategorierna: Patientens tillstånd och omvårdnadsbehov, Fysisk miljö, Brist på kunskaper hos vårdpersonal, Tidsbrist, stress och otillräcklig bemanning, Personalens ansvar och att inte följa rutiner samt Otillräcklig samverkan mellan yrkesgrupper och vårdnivåer. Här beskrivs olika faktorer kring patienten som kan orsaka och leda till fall.

Fysisk miljö

Vid arbete inom hemsjukvården beskrevs den fysiska miljön i den äldres hem kunna utgöra en fallrisk. Det handlade främst om svårframkomlighet på grund av t.ex. trånga utrymmen och många möbler. Andra risker i den fysiska miljön kunde handla om vilka skor personen hade på sig och om de hade skor på sig överhuvudtaget. Andra risker som placering av mattor och sladdar på golvet framkom som ett problem. De beskrevs att sänggrindar kunde förhindra fall men också orsaka fallrisker.

”Och det är ju allt från vad dom har för skor, vad dom äter och hur dom förflyttar sig och tillsynen, mattor och sladdar...jaha den fysiska miljön”

När det gällde den fysiska miljön på sjukhus så uppgavs att personalen ständigt måste tänka på att inga hinder stod i vägen vid sängarna. Det handlade om att ställa rullstolar och droppställningar på platser där de inte utgjorde fallrisker. En annan aspekt som framkom var de ofta förekommande överbeläggningarna som gjorde att patienter ofta fick ligga ute i korridorerna. Sängarna, sängborden och droppställningarna begränsade framkomligheten för alla och sågs som en risk.

”Det går i vågor, det har varit en tuff period nu med många överbeläggningar, vi har haft patienter i korridoren, det är en risk”

Patientens tillstånd och omvårdnadsbehov

Deltagarna uppgav att fallrisker kunde relateras till patientens tillstånd som bristande förståelse av sjukdomsproblem, det vill säga brist på sjukdomsinsikt. Personer med demens kunde glömma bort att de var ostadiga på benen och därmed falla. Fall kunde också ske när personen hade nedsatt allmän - och näringstillstånd och därför måste personalen uppmärksamma hur person åt och drack som en faktor för fallrisk. Yrsel och balansproblem uppgavs också bidra till fall, speciellt i samband med att de klev upp ur sängen. Många äldre ansågs var snabba och otåliga, de kunde resa sig hastigt och ramla och personalen hann inte med, enligt deltagarna.

”Sen är det väl de dementa, det är ju så här, man säger till och försöker och då glömmet dom ju, så att då händer det ju, när det händer så tycker jag att det är mest de

själva som gör något”

Urinvägsinfektion för äldre rapporterades vara en orsak till fall eftersom den äldre personen tillfälligt kan bli förvirrad vid en infektion. Nedsatt syn och hörsel likaså men informanterna uppgav att ett fåtal fall leder till frakturer. Läkemedel påverkar äldre på flera sätt och kan leda till trötthet och tillfällig förvirring och på så sätt inverka på fallrisken, enligt deltagarna.

”Vi har skrivit upp lite olika riskfaktorer som vi vet spelar roll för att personen faller...och det är ju allt ifrån om de har yrsel eller oro eller infektion, det kan ju vara en urinvägsinfektion som uppmärksammas”

Brist på kunskaper hos vårdpersonal

Deltagarna upplevde risk för fall i samband med att den äldre personen skulle förflytta sig och att det förknippades med bristande kunskap hos personalen på grund av att riskerna inte identifierades i tid. Arbetsterapeuter beskrev att de ännu inte arbetar tillräckligt med att förebygga fall och att patienter med fallrisk inte alltid upptäcks. Sjuksköterskorna ansåg att de själva inte alltid arbetade utifrån ett fallpreventivt arbetssätt. De rapporterade att inte heller läkarna, enligt dem hade tillräckligt med kunskaper kring fallrisker och fallprevention. Riskbedömningar upplevdes som svårt att göra och ta tid.

”Vi sjuksköterskor har varit dåliga på att arbeta med fall på ett preventivt sätt och tiden”

Tidsbrist, stress och otillräcklig bemanning

Sjuksköterskorna beskrev att de ibland bedömde fallrisker men de hade stor arbetsbelastning och då hann inte sådana bedömningar göras. De skulle vilja hinna göra fler bedömningar. Genomströmning av patienter beskrevs som stor och deras skötsel tidskrävande. Många patientärenden avhandlades på ronderna och endast de som ansågs mest väsentliga togs upp och dit räknades inte fallriskbedömningar. Deltagarna upplevde stress när de inte hann med patienterna i den utsträckning som de önskade. Sjuksköterskorna ansåg t.ex. att ”gåträningen” med patienterna inte hanns med och andra olika ålagda ansvarsområden samt arbetsuppgifter som ska genomföras under kort tid.

”Så ibland när vi väl har gjort en fallriskbedömning och åtgärdsprogrammet, så följs det ju upp, hur det har gått. Det är ju så att man skulle vilja hinna med många fler sådana, planera för många fler”.

Otillräcklig bemanning kunde också enligt deltagarna bidra till fall. Det kunde handla om att personal inte fanns närvarande och kunde ha uppsikt över patienten så att den inte ramlade. Stressiga situationer uppstod när kollegor var lediga eller sjuka, då fanns inte heller tiden för att dokumentera om fall.

”Ja för när den ena är ledig så är man ensam så därför hinner man inte dokumentera (fall) eller någonting heller, man går ju för den andra och då blir man ensam på förmiddagen”

Personalens ansvar och att inte följa rutiner

Det upplevdes svårt när personal arbetade på flera olika arbetsplatser. Det bidrog till svårigheter i att kunna ta sitt ansvar, i synnerhet om det inte fanns någon särskild struktur för arbetet t.ex. för att bedöma fallrisker. Tydliga ansvarsfördelningar inom arbetsgrupperna, rutiner för bedömningar av fallrisker och uppföljning ansågs viktigt. Sjukgymnasterna betonade också omsättningen av personal på avdelningar som problematisk i förhållande till ansvaret, det kunde bidra till att ingen tog ett ansvar då rutiner inte fanns kring detta område. Det ansågs viktigt att arbeta på samma avdelning under en längre period, för att få kontinuitet. Det kunde även vara motsatta situationer t.ex. att personalen inte alltid följde de rutiner som beslutats på en arbetsplats t.ex. beslut om att göra fallriskbedömningar. Det gjordes inte uppföljningar av fallrisker och det fanns inte ofta rutiner för ett strukturerat arbetssätt när det gällde fallriskbedömningar.

”Ja alltså om jag tittar utifrån personalens situation då, eftersom dom är närmast den äldre och jobbar mest aktivt med det, så är det så att de har så många ansvarsområden som de ska få att funka under den här tiden de är här”

”Ja det är stor omsättning, de behöver mer kunskap, ja det är ju inte alla. Många är ju jättebra”.

Otillräcklig samverkan mellan yrkesgrupper och vårdnivåer

Deltagarna beskrev att rapportering och återrapportering mellan olika vårdnivåer som t.ex. vårdavdelning, hälsocentral och äldreboenden inte alltid fungerade. Det kunde i vissa fall leda till missförstånd kring patientens tillstånd, förmåga och helhetsituation. Enligt arbetsterapeuterna saknades samarbete mellan yrkesgrupperna och det var inte tillräckligt ofta som vårdplaner upprättades. Det ansågs bero på tidsbrist men uppgavs också kunna ha med samarbetet att göra. Mer samverkan och kommunikation mellan olika yrkeskategorier kring patientens situation sades vara nödvändigt.

”Mer samverkan behövs, det kanske blir bättre med samverkan nu när olika team kommer att få gå på samma utbildning”

Sjuksköterskorna beskrev att de samverkade med läkarna när det gällde medicinska ordinationer. Läkarna var ofta lyhörda för diskussioner kring fallrisker och fallprevention men deras scheman ansågs påverka patientsäkerheten. De arbetade ofta en vecka i taget vid avdelningen, kontinuiteten blev eftersatt och olika ordinationer och besked gavs ständigt. De arbetade ofta på olika sätt och hann inte sätta sig in i patienternas situation inför hemgång t.ex. hur patienterna skulle fungera i hemmiljön, om det t.ex. fanns fallrisk. Att ha ordinarie läkare på plats upplevdes tryggt men intresset för fallprevention varierade bland dem.

”Därför att om jag har en läkare i en vecka och han säger på torsdag, fredag att ja men nu börjar han bli medicinskt färdigbehandlad på måndag kan han åka hem och så kommer en ny läkare på måndag och säger att han kan vi inte skicka hem utan att jag satt mig in i patienten”

Faktorer som kan motverka fall/fallprevention

Denna huvudkategori framkom från subkategorierna: Fysisk miljö och hjälpmedel, Kunskaper och utveckling av ett systematiskt arbetssätt, Ansvar hos olika yrkeskategorier samt Samverkan (Tabell 2).

Fysisk miljö och hjälpmedel

Den fysiska miljöns utformning ansågs viktig för att motverka att fall skedde.

Arbetsterapeuterna beskrev att hembesök gjordes för att se hur det fungerade hemma och för att gå igenom vad som behövdes lösas inför hemgång. De ordnade med hjälpmedel som kunde förhindra fall t.ex. toalettförhöjare till patienterna för att underlätta situationen.

”Då har jag gjort ett hembesök inför utskrivningen och tittat om det kommer att funka hemma nu för Greta eller vad dom nu heter, kommer hon in i badrummet, toan? Hur ser det ut i sovrummet? Kommer hon i och ur sängen eller? Finns det trösklar? Finns det trappor? Hur man löser det helt enkelt för att hon ska kunna komma hem”

Olika sätt att förhindra fall när patienterna ligger på sjukhus beskrevs också t.ex. kunde andra inneliggande patienter tillfrågas om att larma när någon försökte ta sig till toaletten och personalen var upptagna på annat håll. Höftbyxor rapporterades som en av flera faktorer i planeringen av det förebyggande arbetet och dessa skrevs ut när det fanns behov.

”Pensionärerna kan ju sitta inne på sitt rum, gör något eller ligger och vilar och så bara stiger dom upp och ingen hinner med kan man säga, då skriver vi ut höftskydd och är lite generösa med det. Men vi delar inte ut höftskydd åt alla utan det ska vara i planering så att man ser på alla faktorer. Höftskydd är en faktor för att skydda höfterna”

Kunskaper och utveckling av ett systematiskt arbetssätt

Några deltagare och sjukgymnaster rapporterade att fallprevention redan hade uppmärksammats sedan länge och arbete med fallrapporter och uppföljning pågick. Enligt sjukgymnaster finns det många studier om äldre och fallprevention och fallrapporter gör att personalen uppmärksammar problemen och det preventiva arbetet startar.

”Det handlar också om att vi systematiserar som vi gör, ja att man lägger upp det i två program, allting som det är rutin på är ju mycket bättre att jobba efter”

Andra deltagare efterlyste mer kunskaper och bra rutiner och ville lära sig att utföra fallriskprofiler och ett mer systematiskt arbetssätt. Ett arbetssätt med arbetsinstrument för

fallriskbedömning förväntades kunna ge tidsvinster, genom att ligga ett steg före. Riktlinjer skulle kunna bidra till en mer patientsäker och likvärdig vård. Bättre dokumentation och uppföljning uppgavs viktigt för att kunna se effekterna av de insatta åtgärderna. Vidare att om fallriskbedömningar utfördes med ett gemensamt instrument så var risken mindre att ett område skulle glömmas bort. En gemensam struktur för dokumentation i patientjournalerna efterfrågades. Det preventiva arbetet upplevdes ofta starta för sent, det var ofta när ett fall redan inträffat men det betonades att även om personalen arbetar förebyggande kan fall ske.

”Det känns så positivt (med gemensam utbildning) för att det kommer att bli bra när vi har ett instrument att arbeta efter”

Ansvaret hos olika yrkeskategorier

Arbetet med fall beskrevs enligt vissa deltagare tillhöra sjukgymnastens ansvarsområde, att det är deras kunskapsfält och att de utför redan fallriskbedömningar och ger förslag till personalen när det gäller att förebygga fall. Sjukgymnaster betonade å andra sidan att det krävs effektivt samarbete mellan all vårdpersonal. Detta samarbete kunde stärkas av att alla tillsammans får en samsyn omkring fall och fallprevention. Sjukgymnaster beskrev vikten av att instruera hemtjänsten i ett preventivt arbetssätt. Arbetsterapeuterna beskrev att de var specialiserade inom olika områden, att de hade bred kunskap men att det var viktigt att lära sig av kollegornas kunskap. Alla deltagare ansåg att tid för att göra riskbedömningar måste prioriteras.

”Ja huvudsaken är ju att vi gör vad vi (distriktssköterskor) ska men arbetsterapeuten och jag går gärna tillsammans. Men den som vet om (identifierar) patienten och träffar den först har ett ansvar”

Chefen ansågs ha en viktig roll för att personalen skulle arbeta preventivt, både när det gällde att det finns beslut om nya arbetssätt och att det följs upp. Deltagarna uppgav att även om chefen som har det övergripande ansvaret, är positiv och ger stöd så måste alla yrkeskategorier ta sitt enskilda och gemensamma ansvar för riskpatienter. Även patienten ansågs ha ett ansvar.

”Vi har alla vårt ansvar men det ligger mycket på chefen och omvårdnadspersonalen”.

Distriktssköterskan blir ofta inblandad när fallet redan skett och därför ansågs det viktigt att få lära sig tänka på ett vårdpreventivt sätt. Sjuksköterskorna beskrev att omvårdnadspersonalen som arbetade närmast den äldre redan rapporterade och informerade arbetsledaren vid fallproblem. Undersköterskorna ansågs vara kompetenta i området och kunde och ville ta ansvar.

”Hos vårdpersonalen så finns det en kunskap men sen så gäller det att sätta den på pränt för att verkligen den ska bli tydlig, att man lägger fokus på dom här olika faktorerna och vad som har betydelse och gör en plan, det blir mer tydliggjort då, det blir bättre”...

Samverkan

Samverkan uppgavs omfatta patienten, olika yrkeskategorier och närstående. Det är viktigt att ha ett bra samarbete med olika yrkeskategorier t.ex. vid vårdplaneringar, enligt deltagarna.

Anhörigas medverkan vid vårdplaneringar betonades när mål för patienten sattes upp och behov av hjälpmedel sågs över. Deltagarna beskrev att alla kollegor i teamet har något att tillföra i det vårdpreventiva arbetet. Sjuksköterskorna rapporterade att närheten till sjukgymnaster och arbetsterapeuter behövdes på grund av deras särskilda kunskaper i området. Deltagarna såg positivt på att personal som arbetade på olika vårdnivåer skulle delta i samma utbildning, det upplevdes kunna ge bättre samarbete.

”Ja, vi är ett team (sjuksköterskor, sjukgymnast och chef) och att vi ska få fokus på det här och avsätta tid på det och få mera studs på det så att säga, att jobba lite ytterligare och lite mer. Och sen är det också skojigt att sjukhuset är med och primärvården i ett samarbete och att vi kanske får ett gemensamt dokument som så att säga, så här ser det ut på sjukhuset och de här åtgärderna har blivit vidta där och så kommer de ut till primärvården och då vidtar deras ansvar och så här har dom gjort där och så kommer dom till oss, så får vi se. Det borde kunna följa alla i nivåerna, inom vårdkedjan”

Diskussion

Huvudresultat

Syftet med studien var att utifrån vårdpersonalens berättelser beskriva deras uppfattning om och arbete med fallrisker och fallprevention. Resultatet som framkom under intervjuerna redovisas utifrån två huvudkategorier. Huvudkategorin *Faktorer som kan bidra till fall* formulerades ur de sex subkategorierna *Patientens tillstånd och omvårdnadsbehov, Fysisk miljö, Brist på kunskaper hos vårdpersonal, Tidsbrist, stress och otillräcklig bemanning, Personalens ansvar och att inte följa rutiner* samt *Otillräcklig samverkan mellan yrkesgrupper och vårdnivåer*. Huvudkategorin *Faktorer som kan motverka fall/fallprevention* framkom ur de fyra subkategorierna *Fysisk miljö och Hjälpmedel, Kunskaper och utveckling av ett systematiskt arbetssätt, Ansvaret hos olika yrkeskategorier* samt *Samverkan*. Resultatet i studien visade att det finns flera olika faktorer kring en patient som kan bidra till fall och som kan motverka fall. Samverkan mellan olika vårdnivåer, kunskaper och utveckling av ett systematiskt arbetssätt framkom som viktiga organisatoriska faktorer till fördel för patienten.

Resultatdiskussion

De deltagare som kom i kontakt med patienter i det egna hemmet beskrev fallrisker i hemmiljön som ett problem. Det kunde vara allt från trånga utrymmen, felplacerade mattor och sladdar, den äldres förmåga att förflytta sig till vilken tillsyn de fick som upplevdes avgörande faktorer för att falla. Likt studien Burnad et al. (25) ansåg personalen att otillräcklig tillsyn över de fallbenägna patienterna också resulterar i att de faller. Fonad beskriver att (25) vårdpersonal kan om de upplever att tillsynen är otillräcklig och påverkar patientens säkerhet leda till att fysiska skyddsåtgärder används. Sådana åtgärder kan t.ex. vara att brickbord och bälte används hos en person som är rullstolsburen. Skyddsåtgärderna är till för att inte personen skall skada sig men kan samtidigt upplevas begränsa deras handlingsfrihet. Om fallåtgärden sker i samtycke med personen och därmed ökar tryggheten så att en skada inte sker, så kan en trygghet skapas. Men situationen kan också vara den motsatta om åtgärderna är påtvingade (25).

Andra risker i den fysiska miljön som framkom i denna studie handlade om användning av lämpliga skor. Tencer et al. (27) visade i en studie från sjukhus, hemsjukvård eller äldreboenden att det är viktigt att äldre använder stadiga skor för att förhindra fall. I en annan studie (35) visade författarna att skornas karaktär inte var associerad till fall varken inomhus eller utomhus. Risk för fall var associerad till att gå barfota eller att använda strumpor. Äldre människor med fallrisk skulle därför ges rådet att använda skor inomhus.

I föreliggande studie ansågs fallrisker vara relaterade till patienternas olika allmäntillstånd. Personer med demenssjukdom betonades framförallt med tanke på deras glömska och oförståelse av sin egen situation omkring sig. Studier (36, 37) uppger att personer med demens riskerar falla. Eriksson et al. (38) visade att personer med demens har omkring tre gånger större risk att falla jämfört med andra. Att äldre personer med nedsatt kognitivt tillstånd och med demens har en ökad risk för att falla beskrivs även av Shaw (39).

Allmänt nedsatt allmäntillstånd och t.ex. näringsbrist ansågs vara en riskfaktor i denna studie. Lumbers et al. (40) har beskrivet att patienter med lårbenhalsfrakturer ofta har upptäckts ha ett nedsatt näringstillstånd. Urinvägsinfektion kunde vara en orsak till fall enligt deltagarna i föreliggande studie på grund av risken för tillfällig förvirring vid en infektion. Resultatet bekräftas av Kallin et al. (13) som också visade att infektioner från urinvägarna ofta var en riskfaktor för fall. I föreliggande studie påtalades även yrsel kunna leda till fall och det har bekräftats i andra studier (41). Burnad et al. (25) rapporterade att personalen hade en gemensam uppfattning om förekomsten av fall och fallrisker och dess olika orsaker. Ostadig gång och svårigheter att hålla balansen orsakar ofta fall. Läkemedel som ges till den äldre påtalades också kunde leda till fall eftersom patienten kunde bli trött och tillfälligt förvirrad i samband med olika läkemedelbehandlingar (25,42). Fonad et al. (43) fann att det fanns ett statistiskt samband mellan fall och användningen av benzodiazipiner inom somatisk vård. Motsvarande uppfattning om att läkemedel orsakar fall och fallbenägenhet har beskrivits i en annan studie (25). Kallin et al. (13) visade att insättning av antidepressiva läkemedel hos äldre är en av de vanligaste orsakerna till fall, i samma studie framkom att akut sjukdom är en vanlig orsak till fall hos äldre något som inte har rapporterats i denna studie.

Goda kunskaper hos personalen ansågs viktigt i föreliggande studie. Bristande kunskaper och rutiner hos vårdpersonalen ansågs vara relaterat till fall t.ex. om det inte fanns rutiner för ett strukturerat arbetssätt. Nyberg et al. (44) visade i sin studie att det i arbetet med

strokerehabilitering fanns skillnader i att upptäcka fallrisker med hjälp av Downton fallrisk index. En avhandling från Sverige (28) visade efter att ha studerat ett träningsprogramms effekter hos äldre att det var en minskning av antalet fall i träningsgruppen bland de deltagare som förbättrat sin balans under aktivitetsperioden. Sammanfattningsvis förefaller Downtons fallriskindex vara ett användbart instrument inom särskilda boenden för att förutse vilka personer som kommer att falla (28).

Deltagarna i föreliggande studie efterlyste mera kunskaper och rutiner för att göra fallriskprofiler och de önskade lära sig ett mer systematiskt arbetssätt. Personalen var positivt inställda till den kommande utbildningen i vårdpreventivt arbete, ett arbetssätt som ansågs kunna leda till förbättringar för patienten och personalen. De förväntade sig att vinna tid genom att ligga ett steg före. Deltagarna upplevde att det är viktigt att följa riktlinjer för att patienterna ska få lika vård. De ville också utveckla dokumentation för att kunna se effekterna av åtgärderna. I studien av Fonad et al. (25) uppgav sjuksköterskorna vid boendet att de inte hade information om alla personer med fallrisk och att det inte räcker med en muntlig rapport till kollegor för att få en patientsäker vård.

Det preventiva arbetet kan utvecklas så att fallprevention redan sker innan ett fall inträffat. I SBU rapporten (5) beskrivs att fall hos äldre har ökat de senaste åren däremot ses inte fallet som någon förutsägbar företeelse eller en konsekvens av det naturliga åldrandet utan något som är möjligt att förebygga.

Sjuksköterskor i föreliggande studie beskrev att stor arbetsbelastning, otillräcklig bemanning och tidspress kunde bidra till fall och att fallriskbedömningar inte hade hög prioritet. Tutuarima et al. (45) undersökte på ett sjukhus i Holland hur hög arbetsbelastning påverkade risken för fall hos patienter med stroke. Den största andelen av fall skedde under dagtid när det största antalet personal fanns på plats. Slutsatsen som drogs var att enbart öka antalet personal skulle inte minska antalet personer som föll (45).

Äldre personer som flyttar in till ett särskilt boende kan ofta gå själva även om de har dålig balans, nedsatt syn och minnesförlust. Med tiden beskrivs att de gradvis förlorar sina förmågor och det kan förorsaka ett fall (25). I föreliggande studie framkom också att personalen på grund av stor arbetsbelastning och tidsbrist inte hann gåträna med de patienter som behövde det. Att äldre inom boenden tränar gång, balans och styrka har visat positiva resultat (30). Studier har beskrivit (46, 47) att det går att reducera fall hos äldre genom ett

träningsprogram som stärker balansen. Lord (48) konstaterade i en studie från Australien att den nedsatta synförmågan var en stor risk för fall och frakturer hos äldre. Han menade att nedsatt synförmåga utgjorde ett viktigt bidrag till dålig balans hos äldre.

I föreliggande studie framkom värdet av att olika yrkeskategorier samverkar eftersom det upplevs komma patienterna till nytta. Gustafson et al. (14) menar att det är mycket viktigt att skapa engagemang, teamkänsla och kompetens i arbetsgruppen för att förebygga fallolyckor hos den äldre och först då kan antalet fallolyckor minskas. Även i en studie av Kalisch et al. (49) framkom att gott samarbete mellan personalgrupper har en positiv inverkan på bland annat arbetet med patientsäkerhet och kvaliteten på vården. En studie från Australien (50) där författaren studerat samarbetet mellan sjuksköterskor visade att samarbete kombinerat med arbetstagarnas inflytande och gemensamma visioner hade stor betydelse för arbetsklimatet och patientvården.

Metoddiskussion

Denna studie har en kvalitativ ansats med beskrivande design och vårdpersonal intervjuades om deras uppfattning kring fallrisker och fallprevention. Intervju som datainsamlingsmetod bedömdes vara mest lämpligt för att besvara studiens syfte och frågeställningar. Vid en intervju kan en ökad förståelse för upplevelser och uppfattningar fångas. Ett s.k. maximum variation sampling användes för att rekrytera vårdpersonal till studien då det bedömdes viktigt att fånga olika synpunkter och erfarenheter av det som skulle studeras (32).

Enligt Graneheim och Lundman (33) är det angeläget för studiens trovärdighet att välja en lämplig datainsamlingsmetod. En intervjuguide användes som gav informanterna möjlighet att fritt beskriva sin uppfattning av arbete med fall och fallprevention. Vårdpersonalen som deltog i studien representerade tre vårdnivåer; sjukhus, primärvård och äldreomsorg vilket ökade trovärdigheten då frågeställningarna kunde belysas ur olika perspektiv (32,33). Att studera tre vårdnivåer kan delvis utgöra en triangulering dvs. ett sätt att validera resultaten.

Vid intervjuerna användes bandspelare, något som kan ha upplevts av vårdpersonalen som stressande. Författaren kom i god till avtalad plats för intervjun och innan bandinspelningen pågick ett samtal med informanten. Därigenom skapades en trygg relation som kan ha minskat stressen inför bandinspelningen (32).

Innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (33) har använts för bearbetning av materialet. Enligt Graneheim och Lundman (33) granskas en kvalitativ studies trovärdighet utifrån begreppen giltighet ”credibility”, pålitlighet ”dependability” och överförbarhet ”transferability”.

Med ”credibility” menas giltighet och genom att välja deltagare med varierande erfarenheter, åldrar och kontexter så ökade möjligheterna att få svar på studiens syfte ur olika vinklingar. För att uppnå giltighet i en studie är det viktigt att välja de mest passande meningsbärande enheterna och att ha kategorier och tema som täcker data. I denna studie har inget tema formulerats. Giltighet handlar också om hur forskaren bedömer likheter och skillnader mellan kategorier. Vid bearbetningen av materialet söktes överrensstämmelse i samråd med handledare i syfte att stärka giltigheten. För att stärka ”credibility” har även citat använts vid resultatredovisningen i föreliggande studie (33). Nämnas bör också att författaren till föreliggande studie har arbetat på sjukhus med ortopediska patienter.

”Dependability” innebär enligt Graneheim och Lundman (33) att tillvägagångssätt för datainsamlingen och analysen kan förändras över tid. Det handlar om att samma frågor ställs till alla deltagare och då är det väsentligt med en frågeguide som stöd. Å andra sidan kan det hända att det under intervjuerna sker en utveckling som kan ge upphov till nya frågor som behöver ställas.

”Transferability” menas i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra miljöer eller grupper. Ökad överförbarhet i studier kan påverkas genom att både urval och texter beskrivs tydligt. En tydligt beskriven urvalsmetod, deltagarnas karaktäristika, datainsamlingsmetod samt analysprocessen öka ”transferability” (33).

Allmän diskussion

Resultatet i studien visade att deltagarna, representanter från olika vårdkategorier anser att det finns flera olika faktorer kring en patient som kan bidra till fall såsom patientens tillstånd, miljön kring patienten, men även personalens ansvar och brist på kunskap. Deltagarna anser även att det finns faktorer som kan motverka fall såsom den fysiska miljön kring patienten t.ex hjälpmedel men även samverkan mellan olika vårdnivåer och kunskaper och utveckling av ett systematiskt arbetssätt till fördel för patienten. Författaren anser att flera åtgärder på olika nivåer behöver göras för att nå en patientsäker vård. När det gäller brister i miljön omkring patienten behövs åtgärder t.ex. att vårdpersonalen minskar faktorer som utgör risker för fall på vårdavdelningar, äldreboenden och i egna boenden. När det gäller kunskapsbrister måste cheferna ge personalen förutsättningar så att ett vårdpreventivt arbetssätt kan utföras. Regelbundna uppföljningar och utvärdering av fallfrekvenser och insatta åtgärder behöver göras. Användning av fallriskbedömningsinstrument kan bidra till förbättrad samverkan mellan olika yrkesgrupper och till ökad patientsäkerhet. Utifrån föreliggande studier bör flera studier göras med inriktning på uppföljning efter att vårdpersonalen fått lära sig att arbeta mer systematiskt efter ett vedertaget instrument.

Referenser

1. Räddningsverket. Fallolyckor bland äldre - samhällets direkta kostnader. Rapport nr 199-1047/03. Karlstad: Räddningsverket; 2003.
Åtkomst 2008-11-15 från:
http://www.lj.se//infofiles/infosida_26574/vardprogram_fallprevention_reviderat_06.pdf.
2. Berleen G. Bättre hälsa hos äldre. Rapport nr 2003:41. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2003. Åtkomst 2008-11-14 från:
http://www.fhi.se/shop/material_pdf/battrehalsahosaldre.pdf.
3. Jensen J, Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y. Fall and injury Prevention in Older People Living in Residential Care Facilities: A Cluster Randomized Trial
Am J Phys 2002; 136: 733-741.
4. Schyllander J. Olyckor i siffror- en rapport om olycksutveckling i Sverige. Nationellt centrum för erfarenhetsåterföring från olyckor, NCO. Karlstad: Räddningsverket; 2004. Åtkomst 2008-11-12 från:
http://www.raddningsverket.se/templates/SRV_Page_23801.aspx
5. SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. Osteoporos-prevention diagnostik och behandling . SBU-rapport nr 165/1. Stockholm: SBU; 2003.
Åtkomst 2008-01-10 från:
<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Osteoporos-prevention-diagnostik-och-behandling>
6. Socialstyrelsen . Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av höftfrakturer 2003. Lidesberg: Socialstyrelsen; 2003. Åtkomst 2008-11-16 från:
<http://www.sos.se/fulltext/102/2003-102-1/2003-102-1.pdf>
7. Tinetti ME, Baker DI, Mcavay G, Claus EB, Garrett P, Gottschalk M, Koch ML Trainor K, Horwitz RI. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. N Engl J Med 1994; 29: 821-827.

8. Fonad E, Winblad B, Emami A, Sandmark H, Robins Wahlin TB. Falls and fallrisk among nursing home residents. *J Clin Nurs* 2008; 17: 126-134.
9. Kallin K, Lundin-Olsson L, Jensen J, Nyberg L, Gustafson Y. Predisposing and precipitating factors for falls among older people in residential care. *Public Health* 2002; 116: 263-271.
10. Kallin K, Gustafson Y, Sandman PO, Karlsson S. Drugs and falls in older people in geriatrics care settings. *Aging Clin Exp Res* 2004; 16: 270-276.
11. Kressig R, Wolf S, Sattin R, O'Grady M, Greenspan A, Curns A, Kutner M. Associations of Demographic, Functional, and Behavioral Characteristics with Activity- Related Fear of Falling Among Older Adults Transitioning to Frailty. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 1456-1462.
12. Lundström M, Edlund S, Bucht G, Karlsson S, Gustafson Y. Dementia after delirium in patients with femoral neck fractures. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1002-1006.
13. Kallin K, Jensen J, Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y. Why the elderly fall in residential care facilities, and suggested remedies. *J Fam Pract* 2004; 53: 41-52.
14. Gustafson Y, Jarnlo G-B, Nordell E. Fall och höftfrakturer hos äldre går att förebygga. *Läkartidningen* 2006; 103: 2997-2999.
15. Hartikainen S, Lönnroos E, Louhivuori K. Medication as a risk factor for falls: critical systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007; 62: 1172-1181.
16. Foss N, Palm H, Kehlet H. In hospital hip fractures: prevalence, riskfactors and outcome. *Age Ageing* 2005; 34: 642- 645.
17. Swift CG. Falls in late life and their consequences implementing effective services. *BMJ* 2001; 322: 855-857.

18. Sjösten NM, Salonoja M, Piirtola M, Vahlberg T J, Isoaho R, Hyttinen H K, et al. A multifactorial fall prevention programme in the community-dwelling. Aged: predictors of Adherence. *Eur J Public Health* 2007; 17: 464-470.
19. Akyol AD. Falls in the elderly: what can be done? *Int Nurs Rev* 2007; 54: 191-196.
20. Hill K, Schwarz J. Assessment and management of falls in older people. *Intern Med J* 2004; 34:557-564.
21. Downton JH, Andrews K. Prevalence, characteristics and factors associated with falls among the elderly living at home. *Aging* 1991; 3: 219-228.
22. Downton JH. *Falls in the Elderly*. London: Edward Arnold; 1993.
23. Mamhidir A-G, Engström M. Att förebygga undernäring, fall och trycksår hos den äldre patienten- vårdgivares attityder före, under och efter ett utbildningsprogram. Projektplan. Gävle: Högskolan i Gävle och Landstinget i Gävleborg; 2007.
24. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur; 2006.
25. Fonad E, Burnad P, Emami A. Shielding or caging? Health care staffs` views on fall risk and protection in Stockholm. *Int J Older People Nurs* 2008; 3: 47-54.
26. Lin M-R, Wolf S, Hwang H-F, Gong S-Y, Chen C-Y. A Randomized, Controlled Trial of Fall Prevention Programs and Quality of Life in Older Fallers. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 499-506.
27. Tencer A, Koepsell T, Wolf M, Frankenfeld C, Buchner D, Kukull W, LaCroix A, Larson E, Tautvydas M. Biomechanical Properties of Shoes and Risk of Falls in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 1840-1846.

28. Rosendahl E. Fallprediction and a hig-intensity functional exercise programme to improve Physical functions and to prevent falls among older people living in residential care Facilities. Doctoral Thesis. Umeå: Larsson & Co:s Tryckeri AB; 2006.
29. Rao S. Prevention of Falls in Older Patients. *Am Fam Physician*. 2005;72: 81-88.
30. Nordin E, Rosendahl E, Lundin-Olsson L. Timed "Up & Go" Test: Reliability in Older People Dependent in Activities of Daily Living- Focus on cognitive State. *Phys Ther* 2006; 86: 646-654.
31. Nikolaus T, Bach M. Preventing Falls in community-Dwelling Frail Older People Using a Home Intervention Team (HIT). Results From the Randomized Falls-HIT Trial. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 300-305.
32. Polit D, Beck CT. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
33. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nur Edu Today* 2004; 24:105-112.
34. Granskär M, Höglund-Nielsen B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård. Studentlitteratur. Hungary: Realsziszte`ma Dabas Printing House; 2008.
35. Menz H, Morris M, Lord S. Footwear Characteristics and Risk of indoor and Outdoor Falls in Older people. *Gerontology* 2006; 52: 174-180.
36. van Doorn C, Gruber-Baldini A, Zimmerman S, Hebel JR, Port C, Baumgarten M, et al. Dementia as a Risk Factor for falls and Fall Injuries Among Nursing Home Residents. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1213-1218.
37. Horikawa E, Matsui T, Arai H, Seki T, Iwasaki K, Sasaki H. Risk of falls in Alzheimer`s Disease: A Prospective Study. *Intern Med* 2005; 44: 717-721.

38. Eriksson S, Gustafson Y, Lundin-Olsson L. Risk factors for falls in people with and without a diagnose of dementia living in residential care facilities: A prospective study. *Arch Gerontol Geriatr* 2008; 46: 293-306.
39. Shaw. FE. Falls in cognitive impairment and dementia. *Clin Geriatric Med* 2002; 18:159-73.
40. Lumbers M, New SA, Gibson S, Murphy MC. Nutritional status in elderly female hip fracture patients: comparison with an age-matched home living group attending day centres. *Br J Nutr* 2001; 85 : 733-740.
41. Rubenstein L, Josephson K, Robbins A. Falls in the nursing home. *Ann Intern Med* 1994; 121: 442-451.
42. Day L, Fildes B, Gordon I, Fitzharris M, Flamer H, Lord S. Randomised factorial trial of falls prevention among older people living in their own homes. *BMJ* 2002; 325:128.
43. Fonad E, Emami A, Robins Wahlin TB, Winblad B, Sandmark H. Falls in somatic and dementia wards at Community Care Units. *Scand J of Caring Sci* 2007; 1: 25.
44. Nyberg L, Gustafson Y. Using the Downton Index to Predict Those Prone to Falls in Stroke Rehabilitation. *Stroke* 1996; 27: 1821-1824.
45. Tutuarima J, de Haan R, Limburg M. Number of nursing staff and falls: a case-control study on falls by stroke patients in acute-care settings. *J Adv Nurs* 1993;18: 1101-1115.
46. Brouwer B, Walker C, Rydahl S, Culham E. Reducing Fear of Falling in Seniors Through Education and Activity Programs: A Randomized Trial. *J Am Geriatri Soc* 2003; 51: 829-834.
47. Lord S, March L, Cameron I, Cumming R, Schwarz J, Zochling J, et al. Differing Risk Factors for Falls in Nursing Home and Intermediate-Care Residents Who Can and Cannot Stand Unaided. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1645-1650.

48. Lord S. Visual risk factors for falls in older people . *Age Ageing* 2006; 35: 42-45.
49. Kalisch B, Curley M, Stefanov S. An Intervention to Enhance Nursing Staff Teamwork And Engagement . *J Nurs Adm* 2007; 37: 77-83.
50. Collette JE. Retention of nursing – a team-based approach. *Aust Health Rev.* 2004; 28: 349-356 .