



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

KARTLÄGGNING AV DET FALLPREVENTIVA ARBETET MED KVALITETSREGISTRET SENIOR ALERT I KOMMUNEN

– kan kvalitetsregister vara ett stöd till förbättring?

Tiina Luukkanen

Uppsats/Examensarbete:	15,0 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i omvårdnad med inriktning vård av äldre
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT2015/HT2015
Handledare:	Zahra Ebrahimi
Examinator:	Helle Wijk

Sammanfattning

Titel:	Kartläggning av det fallpreventiva arbetet med kvalitetsregistret Senior alert i kommunen – kan kvalitetsregister vara ett stöd till förbättring?
Uppsats/Examensarbete:	15,0 hp
Program:	Examensarbete i omvårdnad med inriktning vård av äldre
Nivå:	Avancerad nivå
År:	2015
Handledare:	Zahra Ebrahimi
Examinator:	Helle Wijk

Nyckelord: Fall, fallprevention, äldre, Senior alert, omvårdnad

Bakgrund: Fall är den vanligaste orsaken till sjukhusvård för äldre idag och orsakar både samhället stora ekonomiska kostnader och för den enskilde stort lidande. I takt med en allt mer åldrande befolkning kommer antalet fall öka markant om inget görs. År 2010 gjordes en nationell satsning för att implementera ett mer strukturerat och systematiskt arbetssätt för att bland annat förebygga fall hos äldre. Kvalitetsregistret Senior alert stödjer användaren att arbeta enligt de bästa tillgängliga kliniska kunskaperna och metoderna, samtidigt som man arbetar förebyggande, systematiskt och standardiserat.

Syfte: Syftet med studien var att kartlägga det fallpreventiva arbetet med Senior alert i kommunen samt undersöka förändringar i andelen fall.

Metod: Retrospektiv tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats. De inkluderade deltagarna i studien var personer med hjälp från kommunens omsorg boende i en mindre ort i södra Sverige under år 2014. Data samlades in från kvalitetsregistret Senior alert samt från kommunens avvikelsem modul i patientdatajournalen.

Resultat: Resultatet visar att andelen fall sedan starten med Senior alert har ökat med ca.32 %. År 2014 utfördes totalt 447 fallriskbedömningar i kommunen varav 347 stycken bedömdes ha risk för fall, 84 % av dessa hade en eller flera förebyggande åtgärder planerade. Totalt fanns det 22 valbara åtgärder att välja för användaren för fallprevention. Av dessa användes 16 olika åtgärder. I genomsnitt utförde kommunen 4,6 åtgärder per person för att förebygga fall. De dominerande åtgärderna för fallprevention i kommunen var larm, anpassning av möblering och inventarier och läkemedelsgenomgång.

Slutsats: Detta arbete har genererat en kartläggning över hur det fallpreventiva arbetet i kommunen ser ut. Innan implementeringen av Senior alert användes inga validerade riskbedömningsverktyg i kommunen. Trots att resultatet visar att andelen fall fortsätter öka, visar det även att arbetet med registret har lett till en ökad personcentrerad vård genom de många åtgärder som används för att förebygga fall. För att effektivare jobba vidare med fallprevention måste hela teamets medlemmar aktiveras i det fallförebyggande arbetet med en ökad fokus på delaktighet och på individanpassade åtgärder som även syftar till att stärka upp den äldre personens fysiska kapacitet.

Abstract

Title: A survey of the fall prevention work with the quality register Senior Alert in the municipality – can quality registers be a support to improvement?

Essay/Thesis: 15,0 hp

Program: Degree in Nursing with specialization in Elderly Care

Level: Advanced

Year: 2015

Supervisor: Zahra Ebrahimi

Examiner: Helle Wijk

Keywords: Fall, fall prevention, elderly, senior alert, nursing

Background: Fall is the most common cause of hospital care for elderly today and causes both society major economic costs and the individual suffering. In pace with an increasing aging population, the number of fall will increase significantly if nothing is done. In 2010, a national effort started to implement a more structured and systematic way of work to prevent falls among other things in elderly care. The quality registry Senior alert supports the user to work according to the best available clinical knowledge and methods, while still working preventive, systematic and standardized.

Aim: The aim of the study was to identify the fall preventive work with Senior alert in the municipality, and examine changes in the proportion of falls.

Method: A retrospective cross-sectional study with a quantitative approach. The included participants in the study were people with help from the municipality's care living in a small town in southern Sweden, during the year 2014. Data were collected from the quality register Senior alert and from the municipality's deviation module in the patient's journal.

Results: The result shows that the percentage of falls since the start of the Senior alert has increased by about 32%. In 2014 was a total of 447 fall risk assessments conducted in the municipality of which 347 of them were judged to have a risk of falling, 84% of them had one or more preventive intervention planned. In total there were 22 selectable intervention to choose the user for fall prevention. Of these, 16 different interventions were used. On average the municipality used 4.6 actions per person to prevent falls. The predominant intervention for fall prevention in the municipality was alarm, adaptation of furniture and fixtures and medication review.

Conclusion: This study has generated a survey of how the fall preventive work in the municipality looks. Before the implementation of Senior Alert the municipality did not use non validated risk assessment tool. Although the results show that the number of falls continues to increase, it also shows that the work with the registry has led to an increased person-centered care by all the measures used to prevent falls. In order to more effectively continue to work with fall prevention must the entire members of the team be activated in the fall preventive work with an increased focus on empowerment and personalized interventions which also aims to strengthen the elderly person's physical capabilities.

Förord

Jag vill börja med att rikta ett stort tack till min familj och min arbetsgivare, utan ert stöd hade arbetet ej varit genomförbart. Tack till Senior alert för tillgången till data ur registret för denna studie. Jag vill också rikta ett stort tack till Helle Wijk och Karin Särnvald vid Sahlgrenska Akademin, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa för uppmuntran till arbetes genomförande. Jag vill också tacka min handledare Zahra Ebrahimi för gott samarbete under arbetets gång.

Innehållsförteckning

Inledning	6
Bakgrund	7
Demografi och fallrisk	7
Orsaker till fall	7
Följder av fallolyckor	7
Definitioner	8
Fallprevention	8
Arbetet med kvalitetsregistret Senior alert	9
Teoretisk referensram	10
Delaktighet	11
Patientsäkerhet	11
Problemformulering	13
Syfte	13
Metod	13
Design	13
Population och urval	14
Bortfall	14
Datainsamling	14
Statistik bearbetning/analys av data	15
Etiska överväganden	15
Resultat	16
Förändringar i antalet fall i kommunen	16
Kommunens arbete med Senior alerts kvalitetsregister	16
Åtgärder inom fallprevention	17

Diskussion	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	20
Klinisk tillämpning	25
Slutsats	26
Referenslista	27

Inledning

Fall är den vanligaste orsaken till sjukhusvård för äldre idag och orsakar både den enskilde lidande och samhället stora ekonomiska kostnader. Systematiskt och kontinuerligt fallpreventionsarbete, med multifaktoriella individanpassade åtgärder, är en förutsättning för att effektivt och långsiktigt minska fall och fallskador inom vården. Det senaste decenniet har det vårdpreventiva arbetet inom hälso- och sjukvården allt mer uppmärksammas och synliggjorts genom ett mer strukturerat arbetssätt. År 2009 påbörjades implementeringen av det nationella kvalitetsregistret Senior alert i Sveriges kommuner och landsting med syfte att förbättra det förebyggande arbetet, registrera riskbedömningar och vidta åtgärder för att förbättra vården oavsett vem som tillhandahåller den. Registret omfattar områdena fall, nutrition, trycksår och munhälsa. Mer än 5 år har gått sedan implementeringen av registret och författaren tillsammans med verksamheten ställer sig nyfiken till arbetets resultat.

Bakgrund

I bakgrunden beskrivs fall utifrån demografi, orsaker, följder, definitioner samt det fallpreventiva arbetet. Virginia Hendersons omvårdnadsteori ligger som grund för uppsatsen samt de bärande begreppen delaktighet och patientsäkerhet.

Demografi och fallrisk

År 2014 fanns ca. 1,9 miljoner personer över 65 år i Sverige (Statistiska centralbyrån [SCB], 2015), och trenden pekar mot en allt mer åldrande befolkning där både medellivslängden och andelen äldre antas öka. Personer över 65 år beräknas öka med 50 % tills 2050 och i gruppen 80+ antas männen öka med 140 % och kvinnorna med ca 90 % i Sverige (SCB, 2012).

Fallolyckor beskrivs vara den dominerande olycksbilden i Sverige för personer som är 65 år och äldre (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap [MSB], 2014). Det är ungefär var tredje person som är 65 år eller äldre, boende i det egna hemmet, som årligen drabbas av fall i Sverige. I särskilda boenden för äldre är frekvensen den dubbla (Socialstyrelsen, 2015a).

Under 2013 råkade över 48 000 äldre personer i Sverige ut för fall som krävde sjukhusvård (MSB, 2015a) varav drygt 900 personer dog till följd av fallolyckan (MSB, 2015b).

Orsaker till fall

Med en stigande ålder sker samtidigt förändringar i kroppen som påverkar risken att drabbas utav fall, ofta är det en kombination av flera olika faktorer såsom nedsatt balans och gångförmåga, polyfarmaci, tidigare kända fallolyckor, stigande ålder, kvinnligt kön, synnedsättning, kognitiv nedsättning samt miljömässiga faktorer (Ambrose, Paul & Hausdorff, 2013). Förlust av rörlighet leder till förlust av självständighet som kan leda till osäkerhet och fall. Ångest och oro kan också påverka rörligheten genom att man tappar tilltron till sin förmåga att röra sig (Simpson & New, 2006).

Följder av fallolyckor

Fall är den vanligaste orsaken till sjukhusvård för äldre idag och beräknas kosta samhället ungefär 14 miljarder kronor per år och om inget görs kommer det att öka för att år 2050 uppgå till cirka 50 miljarder kronor (Statens folkhälsoinstitut, 2009) och de psykologiska

konsekvenserna kan vara minst lika förödande. Rädsla och tillit för den egna balansen kan påverka livskvalitet, hälsa och aktivitetsnivå (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2012). Höftfrakturer bedöms vara till 95 % orsakade av fall och drabbar ca 18 000 äldre per år (Lundin-Olsson & Rosendahl, 2007). Ungefär hälften av de som drabbats av en höftfraktur återfår aldrig normal funktionsnivå och ca. 40 % kan inte återgå till sitt ursprungliga boende (SBU, 2012).

Definitioner

Fall: en händelse då en person hamnar oavsiktligt på golvet eller marken, oavsett om skada inträffat eller ej (Sveriges kommuner och landsting [SKL], 2011).

Fallskada: en oönskad och plötslig händelse som orsakat en personskada (Socialstyrelsen, 2009).

Fallprevention: Omfattar alla strukturer, processer, rutiner och åtgärder som syftar till att förebygga fall (SKL, 2011).

Fallprevention

För att lyckas med en god fallprevention är det viktigt att komma med tydliga riktlinjer och uppmuntra de äldre för att de ska kunna återfå, underhålla och förbättra deras rörlighet. Trots att rörligheten ses som ett område som till stor del ansvaras av arbetsterapeuter och sjukgymnaster så har sjuksköterskan en övergripande roll att se till och uppmuntra den äldre personen att genomföra uppsatta program genom kunskaper om den äldres hälsa (Simpson & New, 2006). Det finns ett flertal olika åtgärder för att förebygga risken för fall hos äldre, där det ofta pekar mot multifaktoriella åtgärder för att minska risken, t.ex. anpassning av möblering, belysning, stöd vid omvårdnad/förflyttning, olika hjälpmedel såsom antihalksockar, rollatorer, läkemedelsgenomgång och träning av olika slag. Men den åtgärd som visat ha stark evidens för både minskad fall- och frakturrisik är fysisk träning, enskilt eller i grupp, med fokus på förbättrad balans (Gillespie et al., 2012).

Arbetet med kvalitetsregistret Senior alert

I början av 2000-talet påbörjade Jönköpings län ett arbete med att ta fram ett standardiserat, strukturerat och systematiskt arbetssätt för att förebygga undernäring, fall och trycksår. Men snart synliggjordes behovet att ett gemensamt register för att stödja vårdprocessen mellan olika vårdgivare för äldre (Senior alert, 2009). Landstinget i Jönköping vidareutvecklade arbetet vilket mynnade ut i ett nationellt webbaserat kvalitetsregister, Senior alert, med fokus på följande områden: fall, trycksår, undernäring och munhälsa. I registret riskbedöms patienterna med hjälp av validerade instrument och vården planeras, genomförs och utvärderas därefter. För riskbedömning av fall används Downton Fall Risk Index, DFRI, för trycksår används den modifierade Nortonskalan, för undernäring används Mini Nutritional Assessment, MNA, samt munhälsa bedöms med Revised Oral Assessment Guide, ROAG. Kvalitetsregistret stödjer användaren till att arbeta enligt de bästa tillgängliga kliniska kunskaperna och metoderna, samtidigt som man arbetar förebyggande, systematiskt och standardiserat (Edvinsson, Rahm, Trinks, Höglund, 2015). Dock kommer endast det fallförebyggande arbetet med Senior alert belysas i detta arbete.

Svensk sjuksköterskeförening har gjort en översyn av de nationella kvalitetsregistrens olika kvalitetsindikatorer gällande omvårdnad. Generellt sett var det väldigt få kvalitetsregister som inkluderade data om omvårdnad. Totalt granskades 92 olika kvalitetsregister men där endast 27 innehöll variabler som avsåg omvårdnad samt endast sju av dessa innehöll minst fyra omvårdnadsvariabler (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Senior alert är en av dom få register som sticker ut gällande omvårdnadsvariabler. Omvårdnadsinsatserna inom hälso- och sjukvården uppskattas till över 50 % av verksamheten varpå det är av vikt att använda kvalitetsregister som baseras på kvalitetsindikatorer inom omvårdnad. Genom att ersätta gamla och ineffektiva omvårdnadsmetoder stärks verksamhetsutvecklingen (Svensk sjuksköterskeförening, 2011).

Sveriges kommuner och landsting, SKL och regeringen ledde mellan 2010 och 2015 ett nationellt förbättringsarbete inom vård och omsorg av dom mest sjuka äldre. I detta förbättringsarbete ingick arbetet med att implementera Senior alert, för att stödja den vårdpreventiva processen att förebygga fall, trycksår, undernäring och munhälsa hos äldre. Registreringen gav under perioden en prestationsersättning till verksamheterna (SKL, 2015).

Registret vänder sig idag till samtliga personer 65 år eller äldre med någon form av kontakt med vård och omsorg; särskilt boende, korttidsenhet, hemsjukvård, primärvård och/eller sjukhusvård men med möjlighet att även registrera yngre. Registret påbörjades 2008 och har idag en täckningsgrad på 98 % av kommunerna samt samtliga landsting, dock ej alla verksamheter (Socialstyrelsen, 2015b).

I en nyligen publicerad magisteruppsats undersöktes sjuksköterskors reflektioner av att arbeta med Senior alert. Där framkom hur bristen på tillräckligt med personalresurser medförde att arbetet med registret blev åsidosatt mot prioritering av andra arbetsuppgifter (Rydbeck, 2015). Rosengren, Höglund och Hedberg (2012) beskriver sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med registret. Arbetet med registret medförde nya tankesätt, ansågs viktigt utifrån att bedriva evidensbaserad vård och gav struktur för uppföljningar. Dock var även stödet från ledningen viktigt för att kunna göra arbetet möjligt då det innebar nya rutiner och arbetssätt. Lindblom, Bäck-Pettersson och Berggren (2012) gjorde en liknande studie, dock utifrån sjuksköterskans perspektiv av arbete med kvalitetsregister i livet slutskede även där framkom vikten av återkoppling och kvalitetssäkring av vården.

Teoretisk referensram

Virginia Hendersons omvårdnadsteori bygger på människans grundläggande behov där målet för omvårdnaden är att hjälpa patienten uppnå och upprätthålla en normal funktion, hälsa och välbefinnande. Teorin bygger på 14 grundläggande aktiviteter vilka inkluderar fysiska, psykiska, sociala och andliga aspekter. Dessa faktorer motsvarar människans grundläggande behov. Henderson definierar omvårdnad och sjuksköterskans uppgift:

Sjuksköterskans speciella arbetsuppgift består i att hjälpa en individ, sjuk eller frisk, att utföra sådana åtgärder som befördrar hälsa eller tillfrisknande (eller en fridfull död); åtgärder individen själv skulle utföra om han hade erforderlig kraft, vilja eller kunskap. Denna arbetsuppgift skall utföras på ett sätt som hjälper individen att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende. (s. 10, Henderson, 1982)

I enighet med det hälsobefrämjande arbetet som Henderson belyser i sin omvårdnadsteori kan det preventiva arbetet med kvalitetsregistret Senior alert tydliggöra ett strukturerat och kvalitetssäkert arbetssätt. Henderson betonar sjuksköterskans ansvar att hjälpa individer att bibehålla sitt oberoende och att upprätthålla en hälsofrämjande och säker miljö. Omvårdnaden planeras utifrån individens egna behov varpå en omvårdnadsplan upprättas med åtgärder

syftade till att tillgodose patientens behov, grundade på forskningsbaserad kunskap och anpassade efter patientens tillstånd och/eller andra aktuella faktorer (Henderson, 1982). För att kunna hjälpa och tillgodose behoven är det viktigt att sjuksköterskan är lyhörd och ser situationen ur patientens perspektiv. Det är även viktigt att vara medveten om sina egna föreställningar och hur dessa påverkar mötet med patienten (Henderson, 1997) då essensen inom omvårdnaden bygger på en personlig och hjälpsam relation mellan patienten och sjuksköterskan (Harmer, 1955).

Delaktighet

Ordet delaktig betyder ”aktiv medverkan”, ofta med tonvikt på känslan att vara nyttig eller ha medinflytande (Nationalencyklopedin [NE], 2015). Närliggande termer till patientdelaktighet är involvering, medverkan, partnerskap och empowerment. Det är en grundläggande rättighet, med stöd i svensk lagstiftning, att vara delaktig i sin vård och omsorg (Carlström, Kvarnström & Sandberg, 2013). *Hälso- och sjukvårdslagen* HSL (SFS 1982:763) anger dels att ”vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten” och *Socialtjänstlagen* SoL (SFS 2001:453) fastslår att verksamheten ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Ofta inger delaktighet en känsla av självtillit och kontroll men där graden av delaktighet varierar mellan patienters olika önskemål (Carlström et al., 2013). Genom att vara delaktig i sin vård kan målen med vården och behandlingen lättare uppnås och säkerhetsrisker kan förebyggas. För att uppnå patientdelaktighet krävs det att all personal inom hälso- och sjukvården tillämpar den lagstiftning som reglerar patientens ställning. Det är också viktigt med ett tydligt ledningssystem för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet som även omfattar bemötande, information, delaktighet och kontinuitet (Socialstyrelsen, 2015b).

Patientsäkerhet

Enligt patientsäkerhetslagen innebär patientsäkerhet att patienten ska skyddas mot vårdskada. Vårdskada kan innebära fysisk eller psykisk skada, lidande, samt dödsfall vid hälso- och sjukvårdskontakt. Vårdskada beror inte på patientens initiala sjukdomstillstånd och skulle kunnat undvikas om lämpliga åtgärder hade satts in av hälso- och sjukvården (SFS 2010:659; SOSFS 2005:12). Patientsäkerhetsarbete är en grundläggande del i hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete. I enighet med hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) skall hälso- och sjukvården förebygga ohälsa och att den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska ges

upplysningar om metoder som kan förebygga sjukdom eller skada. Det är hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar att medverka i systematiskt kvalitetsarbete och kontinuerligt ta fram och vidareutveckla rutiner och metoder (SOSFS 2005:12). Personalen är skyldig att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har eller kunde medfört vårdskada (SFS 2010:659). I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor ingår ett särskilt krav på att observera, värdera, prioritera, dokumentera och vid behov åtgärda och hantera förändringar i patientens fysiska och psykiska tillstånd samt förmågan att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer (Socialstyrelsen, 2005). Den verksamma sjuksköterskan ska utarbeta riktlinjer för en god omvårdnad och skapa förutsättningar för en arbetsmiljö som främjar god vård som bidrar till en säker och hälsosam miljö för både personal och patienter (Riksföreningen för Sjuksköterskan inom Äldrevård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Problemformulering

Drygt fem år har gått sedan implementeringen av kvalitetsregistret Senior alert som stödjer användaren till att arbeta på ett strukturerat och systematiskt sätt med evidensbaserade åtgärder för fallprevention. Genom att göra en kartläggning av användandet med verktyget kan arbetet bidra med kunskap om verktygets användning och synliggöra förbättringsområden inom fallprevention.

Syfte

Syftet med studien var att kartlägga det fallpreventiva arbetet med kvalitetsregistret Senior alert i kommunen samt undersöka förändringar i andelen fall mellan åren 2010 och 2014.

Frågeställningar:

- Hur många fall hade kommunen innan implementeringen av kvalitetsregistret Senior alert, år 2010?
- Hur många personer i kommunen hade risk för fall 2014?
- Hur många personer hade planerade förebyggande åtgärder för fall 2014 samt hur många tillhandahåll förebyggande åtgärder för fall år 2014?
- Hur många fall hade kommunen år 2014?

Metod

Merparten av materialet samlades in från Senior alerts kvalitetsregister som tillhandahåller stor mängd data kring fallprevention hos äldre i Sverige. Genom att sammanställa data från Senior alerts kvalitetsregister samt data inhämtat från kommunens journalsystem kunde arbetets syfte och frågeställningar besvaras.

Design

Denna studie var upplagd som en tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats. Där data inhämtades retrospektivt från en tidsperiod och vid ett tillfälle genom register som tillhandahölls av den nationella koordinatören från Senior alert samt från kommunens journalsystem Procapita. Deskriptiv forskning syftar till att ge en korrekt beskrivning av hur något är och analysera tillgänglig fakta i förhållande till det problem som studeras (Polit & Beck, 2012).

Population och urval

De inkluderade personerna i studien kommer från en mindre ort i södra Svealand med hjälp från kommunens omsorg, boende i det egna hemmet eller särskilt boende med en ålder över 65 år från åren 2010 och 2014. Ett konsekutivt urval vilket inkluderar alla individer som uppfyllt inklusionskriterierna vid tidsintervallet inkluderades i studien. Det minskar risken för bias då författaren inte kan påverka vilka som inkluderas i studien (Polit & Beck, 2012).

Nedan presenteras demografisk data över fördelningen av invånare i kommunen vid de olika undersökningstillfällena:

	2010	2014	Ökning sett i %
Antal invånare	20 456*	21 016**	2,7
Andel invånare över 65 år	17,7 %*	19,2 %**	1,5
Totalt antal personer med hjälpinsatser från kommunen	437***	462***	5,7
Antal fallriskbedömda personer registrerade i Senior alert	24 (pilotgrupp)	447	~

Källor:

* SCB, 2010.

** SCB, 2014.

*** <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/aldreomsorg>

Bortfall

Ett externt bortfall av icke registrerad data går inte att utesluta då registreringen av data i kvalitetsregistret är frivilligt. Likaså oregistrerade avvikelserapporter i kommunens journalsystem.

Datainsamling

Data samlades in från kommunens patientjournal Procapita i form av registrerade avvikelserapporter samt via den nationella koordinatör för kvalitetsregistret Senior alert.

I kommunens journalsystem förs avvikelserapporter om bland annat fallhändelser in. Genom sökning i systemet kunde antalet registrerade fall per år sökas fram genom urval på åren 2010 fram till 2014. Tillvägagångssättet för att få ut data från det nationella kvalitetsregistret Senior

alert utgick från att författaren ansökte om utdrag på aidentifierad data över specifika variabler från registret som svarade mot arbetets frågeställningar.

I kvalitetsregistret Senior alert finns ett antal evidensbaserade åtgärder kopplade till de olika riskbedömningsområdena. Till studien efterfrågades samtliga 22 stycken tillgängliga variabler för både planerade samt utförda evidensbaserade åtgärder vid risk för fall, vilka var följande: styrketräning, balansträning, gångträning, träning av fysisk prestationsförmåga, annan åtgärd - muskelfunktions och styrketräning, läkemedelsgenomgång, förflyttningsträning, assistans vid förflyttning, stöd vid personlig vård, assistans vid personlig vård, träning av på- och avklädning, annan åtgärd - förflyttning och personlig vård, anpassning av möblering och inventarier, hjälpmedelsförskrivning, träning i att använda hjälpmedel, anpassning av belysning och ljud, larm/extra tillsyn, höftskyddsbyxor, antihalksockar, annan åtgärd -muskelfunktions och styrketräning, information/undervisning om hälsa-ohälsa relaterat till fall, annan åtgärd relaterat till fall. Utöver dessa efterfrågades även antal fallriskbedömningar totalt utförda för året 2014, antalet riskbedömningar med risk för fall totalt samt antalet planerade och utförda åtgärder för fall.

Statistisk bearbetning/analys av data

Data från den nationella koordinatören på Senior alert erhöles i en Microsoft Excel-fil. För att illustrera data skapades lämpliga tabeller och diagram för att synliggöra resultatet. Då den inkluderade data tillhör kvotskala, har en absolut nollpunkt, gick denna att rangordna.

Etiskt övervägande

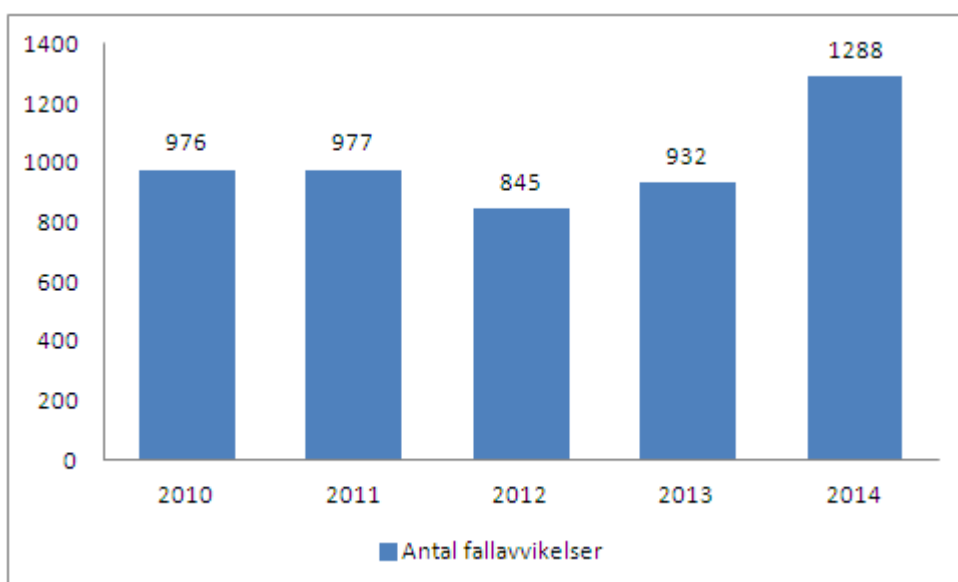
Etiskt godkännande för studien finns från kursens etiska kommitté vid Universitetet i Göteborg med Dnr: SPÄ 2015:27/150526. Informationsbrev skickades ut till berörda chefer inom verksamheten studien avsåg studeras på med undertecknat tillstånd till att utföra studien. Enskilt samtycke från deltagande till studien har ej efterfrågats då analysen har skett på gruppnivå hämtad från kvalitetsregistret och kommunens journalsystem vilket minskade risken för att känna igen individerna i studien. De inkluderade deltagarna hade tidigare lämnat samtycke till registrering i Senior alerts kvalitetsregister samt till kommunens journalföring. Allt insamlat material hanteras väl skyddat från utomstående och kom inte lämnas ut till tredje part. Studien tillämpar de medicinska forskningsrådets etiska riktlinjer (Medicinska forskningsrådet, 2003).

Resultat

Förändring i antalet fall i kommunen

Syftet med studien var att kartlägga det fallpreventiva arbetet med kvalitetsregistret Senior alert i kommunen. Resultatet visar en ökning på ca. 32 % i antal fallavvikelser sedan starten med Senior alert år 2010. År 2010 hade kommunen totalt 976 registrerade fallavvikelser medan år 2014 var det totalt 1288 registrerade fallavvikelser i kommunen, se tabell 1.

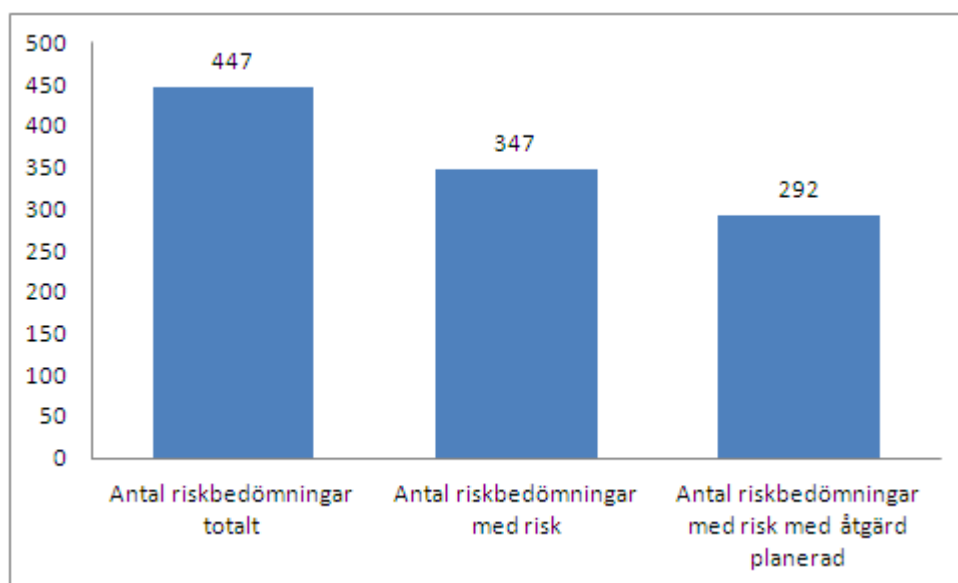
Tabell 1, antal fallavvikelser registrerade i kommunens journalsystem



Kommunens arbete med Senior alerts kvalitetsregister

År 2014 utfördes totalt 447 riskbedömningar utifrån Senior alerts kvalitetsregister i kommunen. Av dessa bedömdes 347 stycken ha risk för fall varav 84 % av dessa (n 292) hade en eller flera förebyggande åtgärder planerade, se tabell 2.

Tabell 2, sammanlagda antalet olika riskbedömningar i kommunen år 2014



Åtgärder inom fallprevention

Av sammanlagt 22 stycken valbara åtgärder för fallprevention inom Senior alerts kvalitetsregister har kommunen använt 16 olika åtgärder för förebyggandet av fallhändelser hos äldre. De allra vanligaste använda åtgärderna inom kommunen är larm, anpassning av möblering och inventarier, läkemedelsgenomgång, assistans vid personlig vård, gångträning, stöd vid personlig vård samt assistans vid förflyttning. Sex åtgärder, styrketräning, träning av fysisk prestationsförmåga, annan åtgärd - Muskelfunktions och styrketräning, annan åtgärd - förflyttning och personlig vård, höftskyddsbyxor samt annan åtgärd för fall, användes inte alls som åtgärd för att förebygga fall under året 2014, se tabell 3.

Tabell 3, åtgärder för fallprevention

Åtgärd för fall	Antal planerade åtgärder	Antal utförda åtgärder
Larm/extra tillsyn	257	242
Anpassning av möblering och inventarier	189	174
Läkemedelsgenomgång	168	136
Assistans vid personlig vård	150	135
Gångträning	139	122
Stöd vid personlig vård	126	113
Assistans vid förflyttning	119	110
Hjälpmedelsförskrivning	110	92
Information/undervisning om hälsa/ohälsa - Fall	54	48
Träning i att använda hjälpmedel	51	40
Antihalksockar	44	39
Anpassning av belysning och ljud	35	24
Balansträning	30	24
Annan åtgärd - Omgivningsanpassning	28	22
Träning av på- och avklädning	22	19
Förflyttningsträning	16	10
Styrketräning	0	0
Träning av fysisk prestationsförmåga	0	0
Annan åtgärd - Muskelfunktions och styrketräning	0	0
Annan åtgärd - förflyttning och personlig vård	0	0
Höftskyddsbyxor	0	0
Annan åtgärd för fall	0	0

Diskussion

Metoddiskussion

Inför starten av arbetet togs kontakt med kommunens medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig arbetsterapeut. Syftet med mötet var att ringa in ett område som behövde lyftas fram i verksamheten. Här sågs ett behov av att lyfta fram det vårdpreventiva arbetssättet med Senior alert som påbörjades implementeras i verksamheten drygt fem år tidigare. Det upplevdes att det fanns skillnader i attityder inom arbetsgruppen gentemot verktyget, som till en viss del tros kunna vara en följd av tidspress, bristande motivation och oförståelse för verktygets användbarhet. För att kunna hålla tidsramarna för arbetet valde författaren att rikta in arbetet mot den fallpreventiva processen. Den egna erfarenheten av det fallpreventiva arbetet var föga då tjänstgöringen tidigare utgjorts huvudsakligen av jourverksamhet. Men allt för ofta mottagit rapporter och mött äldre personer som råkat ut för fall. För att undersöka arbetet med kvalitetsregistret behövdes data samlas in inom området fallprevention.

Det valda ämnesområdet mottogs positivt från akademien, både för behovet av att synliggöra det fallpreventiva arbetet samt möjligheten av att använda Senior alerts register som grund i ett magisterarbete. Det inhämtade materialet bestod av avkodad data från samtliga individer registrerade i registret vid mättillfället, presenterat i numeriska variabler och kunde inte härledas till någon specifik person varpå författaren bedömde att informerat samtycke ej behövdes inhämtas. Detta i enlighet med Patientdatalagen (SFS 2008:355) som fastställer att information kan inhämtas från patientjournaler utan informerat samtycke då det bedöms som omöjligt eller om det innebär en oproportionerlig stor arbetsinsats. De inkluderade deltagarna har dock tidigare samtyckt till registrering i kommunens journalsystem samt i Senior alerts kvalitetsregister.

Urvalet begränsades till en specifik kommun i landet då arbetet dels skulle kunna nyttjas som ett underlag för verksamheten och dels för att synliggöra kommunens arbete med registret. Det skulle i sin tur kunna generera till en ökad förståelse för verktygets användbarhet och öka dess användning på arbetsplatsen. Arbetets resultat skulle också kunna ligga till grund för förbättringsarbeten. Genom att ha använt ett större geografiskt område hade arbetets resultat kunna generaliseras bättre till populationen då det tros kunna finnas ett samband mellan ordinerade åtgärder för att förebygga fall och verksamhetens resurstillgänglighet. I den

specifika kommunen finns till exempel bara en sjukgymnast anställd som arbetar mot kommunens äldreomsorg. Urvalsförfarandet utgick konsekutivt där samtliga registrerade individer vid tidsintervallet inkluderades vilket minskar risken för bias. Genom att använda registrerad data över ett helt år minskar risken för att data påverkats av yttre faktorer kopplade till olika tidsperioder.

I urvalsförfarandet gjordes ett medvetet val att inte särskilja könsfördelningen. Detta dels för SCB ej tillhandahöll könsfördelning i specifika åldersgrupper och dels för att studiens syfte ej efterfrågade könsskillnader. Senior alerts nationella register tillhandahåller idag en stor mängd data om den äldre befolkningen med hänsyn till registrets täckningsgrad (Socialstyrelsen, 2015c). Ett bortfall av icke registrerade fallrapporter går ej att utesluta, heller inte dess omfattning. Antalet oregistrerade Senior alert bedömningar bör sannolikt inte utgöra en avgörande betydelse för studiens resultat. Detta med hänsyn till att antalet riskbedömningar svarade mot 97 % av antalet personer över 65 år med hjälp från kommunens omsorg.

Det inkluderade mätinstrumentet, DFRI som används i Senior alerts kvalitetsregister gällande riskbedömning för fall i kommunen är ett vetenskapligt utvärderade instrument med god validitet (Rosendahl, Lundin-Olsson, Kallin, Jensen, Gustafson & Nyberg, 2003). Utifrån det fanns ett 20-tal olika fallförebyggande åtgärder att markera för användaren. Med valmöjligheten ”annan åtgärd” stärks tillförlitligheten i studiens resultat för att verkligen använda åtgärder blivit registrerade. Det insamlade materialet visade att ”annan åtgärd för fall” ej använts alls under året 2014 vilket ytterligare stärker tillförlitligheten av att samtliga använda åtgärder kartlagts i studien. Data samlades in utifrån valda variabler som svarade mot studiens syfte och presenterades i numeriska variabler, fritt från tolkning. Det finns dock alltid en risk med frågeformulär att svaren inte är sanningsenliga.

Resultatdiskussion

Resultatet av studien visar att antalet fall sedan implementeringen av kvalitetsregistret Senior alert i kommunen inte har minskat. Snarare ses en ökning på ca 32 % i andel fall sedan starten 2010. Studiens resultat kan inte ge några förklaringar till varför antalet fall i kommunen inte har minskat sedan starten med Senior alert, då det kan finnas ett flertal olika bakomliggande faktorer som påverkat resultatet, sk. ”confounding factors”. Däremot ger studien en klar bild om hur det fallpreventiva arbetet i kommunen ser ut, som kan leda vidare till förbättring och

fördjupande studier inom området. Det ska dock poängteras att innan implementeringen av Senior alert i kommunen användes inga validerade riskbedömningsverktyg för fall. Det fanns ett ”hemmasnickrat” verktyg som användes på personer som trodde sig ha en ökad risk för fall, berättar kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (personlig kommunikation, 17 november 2015).

Med hänsyn till en allt mer åldrande befolkning kan en del av förklaringen vara ett ökat antal äldre i kommunens omsorg. Utifrån demografisk data inhämtat från SCB har kommunens invånare över 65 år ökat med 1.5 % sedan 2010 och antalet personer med hjälp från kommunens omsorg har under samma tidsperiod ökat med ca. 5,7 %. Detta innebär att en ”naturlig” ökning av andelen fall är förväntat. Socialstyrelsens (2013) lägesrapport över tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst visar att vården och omsorgen av våra äldre pekat mot att andelen av de allra äldsta som bor i särskilt boende har minskat kraftigt under de senaste åren, samtidigt som andelen som får omfattande hemtjänst ökat. Vilka effekter det har fått för de äldre gällande andelen fall kan det endast spekuleras i. Det vi dock vet är att äldre på särskilt boende besväras mindre av ensamhet, har mindre risk för att begå självmord, har lättare att komma i kontakt med sjuksköterska och vårdas av personer med högre yrkesskicklighet än de i hemtjänsten (Socialstyrelsens, 2013).

Allt eftersom kvalitetsregistret implementerats i kommunen har det även parallellt pågått interna utbildningar för personalen där riktlinjerna för avvikelshantering har uppdaterats, och vikten av registrering av avvikelserapporter uppmärksammas. Senior alert är även det kvalitetsregister som omnämns flest gånger i media mest jämfört med andra register (Myndigheten för vårdanalys, 2014). År 2010 infördes den nya patientsäkerhetslagen som bland annat innebär en anmälningsskyldighet och krav på fortlöpande dokumentation över patientsäkerhetsarbete (SFS 2010:659). Dock ska här poängteras att alla fall inte klassificeras som vårdskador då gränsdragningen mellan vad som är en ”vanlig olycka” och en vårdskada kan vara svår bland våra äldre som vårdas allt mer i sina egna hem. Men dessa faktorer kan vara bidragande orsaker till ökningen av registrerade fallavvikelser i kommunen.

Användningen av kvalitetsregistren har synliggjorts allt mer det senaste decenniet och stort fokus har legat på att förbättra täckningsgraden. Det är av hög vikt att nu lägga mer fokus på användningen av registren och hur de faktiskt kan leda till en förbättrad vård och behandling. Även ses att registerarbete inte prioriteras, vilket försvårar för registerhållare att kunna ta tid

från sitt ordinarie arbetet för att arbeta med registret (Myndigheten för vårdanalys, 2014). För att lyckas med att implementera nya arbetssätt är det viktigt med stöd från ledningen (Rosengren et al., 2012) Det är en tidskrävande process som kräver att implementeringen är relevant, fördelaktig, användbar och ger synliga resultat och stämmer överens med verksamheten. I Godman och Mellins (2013) magisteruppsats undersöktes just sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av implementeringen av kvalitetsregistret Senior alert. Resultatet visade just vikten av stöd från ledningen och delaktighet under implementeringsarbetet samt att få tid till att utföra arbetet. Det framkom även svårigheter till att prioritera bland de angivna fallförebyggande åtgärderna. Tidigare studier bekräftar att tidsbristen beskrivs som en övervägande faktor till varför man prioriterar bort arbetet med kvalitetsregistret Senior alert (Rydbeck, 2015; Godman & Mellin, 2013; Rosengren et al., 2012). Idag saknas det även koppling mellan kvalitetsregistret Senior alert och patientjournalerna varpå det krävs dubbeldokumentation som i sig är extra tidskrävande. Detta kan vara en följd av den brist på sjuksköterskor som har varit de senaste åren som medfört att flertalet vårdplatser har fått stängt ner. I Socialstyrelsens (2015d) senaste rapport över tillgång och efterfrågan på personal inom hälso- och sjukvård visar tydligt på ett ökat behov av sjuksköterskor, att efterfrågan av sjuksköterskor överstiger tillgången och i synnerhet av specialistutbildade sjuksköterskor.

År 2014 hade kommunen 462 personer med kommunala hjälpinsatser. Av dessa blev 447 personer över 65 år fallriskbedömda utifrån Senior alerts kvalitetsregister. Det motsvarar ca 97 % av antalet personer med hjälp från kommunens omsorg, förutsatt att riskbedömning görs enligt rutin en gång per år. Totalt bedömdes 347 personer ha risk för fall och ca. 84 % (n 292) av dessa fick minst en planerad förebyggande åtgärd. Inom området fallprevention fanns totalt 1538 stycken åtgärder planerade under 2014 varav 1350, ca 88 %, utfördes. Det ger ett genomsnitt på 4,6 utförda åtgärder per person för fallprevention.

Larm/extra tillsyn var den absolut vanligaste åtgärden, ca. 83 % av alla personer som mottagit fallförebyggande åtgärd fick larm som åtgärd. Drygt 60 % fick anpassning av möbler och inventarier för att förebygga fall medan ca. 47 % hade läkemedelsgenomgång och nästan lika många fick assistans vid personlig vård. Ca. 42 % erhöll gångträning och ca. 39 % fick stöd vid personlig vård. I kommunen användes vare sig styrketräning, träning av fysisk prestationsförmåga eller annan åtgärd - muskelfunktions och styrketräning i de

fallförebyggande åtgärderna. Endast ca. 3 % av de som erhöll planerad åtgärd för fall fick balansträning.

För att lyckas med en god fallprevention krävs individanpassade och multifaktoriella åtgärder. Åtgärder som fysisk träning som syftar till förbättrad balans- och gångförmåga samt muskelstyrka, rörlighet eller uthållighet de åtgärder som visat sig ha stark evidens för att förebygga fallhändelser (Gillespie et al., 2012). En grundförutsättning för att få den äldre till att medverka i sin vård är teamarbete så att den äldre känner delaktighet i vården, vilket även är reglerat i HSL som en grundläggande rättighet (SFS 1982:763). Sjuksköterskan har en övergripande roll att se till och motivera den äldre till följsamhet till behandling. Rörlighet är annars ett område som mer härrör arbetsterapeuter och sjukgymnaster (Simpson & New, 2006) men där sjuksköterskan har en övergripande roll att skydda patienten från faror och skador (Henderson, 1982). Specialistsjuksköterskan inom vård av äldre ska kunna se till att likväl den psykosociala och den fysiska miljö den äldre vistas i utformas utifrån evidensbaserad kunskap (Riksföreningen för Sjuksköterskan inom Äldrevård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Många av de ordinerade åtgärderna som används i kommunen för fallprevention handlar om att hjälpa den äldre personen med hjälp och stöd i dagliga aktiviteter. Det är lätt att vi tar över sysslor i bara farten i vår godhet men ibland måste vi backa ett steg tillbaka och låta den äldre vara delaktig och ta eget ansvar för sin hälsa. Kanske hade resultatet av denna studie sett annorlunda ut om kommunen använt sig mer av åtgärder som syftade till att stärka upp den äldres fysiska förmåga.

Riskbedömningar ska utföras av teamet. Men i en nyligen publicerad studie av Jones, Ghosh, Horn, Smith och Vogt (2011), framkom bristen från läkarnas sida att screena äldre personer för fallrisk, trots att fallolyckor är den vanligaste orsaken till skador, dödsfall och funktionsnedsättningar hos äldre personer. Hinder som rapporterades var tidsbrist, mer angelägna frågor och kunskapsbrist. Litteraturen är tvetydlig över vem som har det yttersta ansvaret till att riskbedömning görs men i SKL:s (2011) nationella satsning för ökad patientsäkerhet framgår vikten av samarbete mellan olika vård- och omsorgsgivare för att lyckas åstadkomma en systematisk och effektiv fallprevention. Det räcker inte att någon skickar remisser till olika yrkesgrupper som tar hand om sin del utan åtgärderna måste vara teambaserade. Det är lätt att varje profession tar ansvar för sitt eget område, då det heller inte alltid är så enkelt i den praktiska verksamheten att samlas i team. Kanske för att vi arbetar

under olika huvudmän där vårt uppdrag inte främst utgår ifrån att vi ska arbeta i team runt den äldre. Verksamheterna har dock allt mer uppmärksammat fördelarna att samlas i team runt patienten där de olika kunskaperna och kompetenserna hos teamet medlemmar möts och används i ett gemensamt arbete för den äldres bästa. I kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterska inom vård av äldre beskrivs det att specialistsjuksköterskan ska kunna identifiera behov och initiera kontakten med rehabiliteringsteamet (Riksföreningen för Sjuksköterskan inom Äldrevård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Tillsynes planeras idag en stor del av de förebyggande åtgärderna i kommunen utanför teamets samverkan där varje profession tar ansvar för sitt område. För att uppnå en personcentrerad vård krävs det att det professionella vårdteamet träffas tillsammans med den äldre. Genom att lyssna på den äldres berättelse kan resurser och graden av livskraft identifieras som är nödvändig för att kunna uppnå hälsa (Ekman & Norberg, 2013).

En stor utmaning i teamet är att uppnå patientdelaktighet då en stor del av vården är uppbyggd utifrån patienten som en passiv roll, mottagare, i vården. Oftast är teamets medlemmar redan kända för varandra och har genom sina professionella positioner mycket starka maktmedel i förhållande till patienten. Men genom att förflytta sig till patientens team med varje enskild patient kan teamets medlemmar främja delaktighet. Patienten möts i sin tur som en medaktör och expert genom sin levda erfarenhet (Carlström et al., 2013).

Utifrån Virginia Hendersons omvårdnadsteori som bygger på människans grundläggande behov är det sjuksköterskans uppgift att bistå den äldre att utföra åtgärder som befordrar hälsa och tillfrisknande. Men samtidigt fodrar det en motiverad patient till att återfå sitt oberoende om det ens är möjligt. Det är inte alltid så lätt att motivera en äldre person till följsamhet, i en studie av Elskamp, Hartholt, Patka, van Beeck och van der Cammen (2012) undersöktes just varför äldre personer vägrade delta i fallpreventionsprogram. En huvudanledning till att inte delta var rörelsehinder, även de mer ”aktiva” äldre ansåg sig ”allt för friska” till att delta. Multisjuka äldre ansåg sig redan ha mycket kontakt med sjukvården eller att den behandlande läkaren följde upp, transportproblem, avstånd, parkering, resekostnader var ytterligare faktorer som hade betydelse. Allt som oftast fanns en medvetenhet till orsaken till deras fall men allt för sällan saknades kunskap om effekterna av ett fallpreventionsprogram. Resultatet av denna studie visade att endast drygt 16,5% (n 48) av de äldre i kommunen med planerad utförd åtgärd mottog information om hälsa/ohälsa kopplat till fall. Stenhagen, Ekström,

Nordell och Elmståhl (2014), undersökte hur fallolyckor påverkade graden av den äldre befolkningens hälsorelaterade livskvalitet och livstillfredsställelse. Där framkom det hur äldre personer som drabbats utav fallolyckor kände både en lägre grad av hälsorelaterad livskvalitet och livstillfredsställelse jämfört med äldre som inte fallit. Depression och nedstämdhet tycks vara en allt för vanlig konsekvens efter att ha drabbats utav fall. Depression i sin tur kan leda till en ökad förskrivning av antidepressiva läkemedel och bensodiazepiner vilket skapar en ond cirkel då risken att drabbas av fall igen ökar.

Alla patienter har rätt till en god och säker vård. De har också rätt att förvänta sig att inte behöva riskera skada på grund av misstag som hade kunnat undvikas. En god omvårdnad baseras utifrån individuellt behov och situation. Kvaliteten är avgörande sjuksköterskans kompetens, bemötande och genomförandet av åtgärderna. Kompetensen rymmer både evidensbaserad och erfarenhetsbaserad kunskap men även färdigheten att omsätta kunskapen med hjälp av förbättringskunskap (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Förbättringsarbete har fått en allt mer fokus inom hälso- och sjukvården. Kvalitetsregister är en viktig del i kvalitetsutveckling och föregås av kunskap om kvalitet och förbättringsarbete.

Specialistsjuksköterskan har här en viktig roll om hur förbättringsarbete kan implementeras i verksamheten (Hommel, Idvall & Andersson, 2013). Tidigare har fokus legat mer på diagnostik och behandling men framtiden pekar mot en allt mer förebyggande vård med stora vinster både för den enskilde och också samhället. Den ökade fokuseringen på förebyggande hälsovård innebär att sjuksköterskan behöver utveckla kunskapen att arbeta förebyggande inom sitt specialistområde (Sävenstedt & Florin, 2013). I kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterska inom vård av äldre består en del av yrkesutövandet att bedriva hälsofrämjande arbete utifrån evidens inom kunskapsfältet (Riksföreningen för Sjuksköterskan inom Äldrevård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Ett flertal studier har visat att specialistutbildade sjuksköterskor ger säkrare vård (Aiken et al, 2014). År 2011 var endast 3,6 % av de sjuksköterskor som arbetade inom den kommunala vården och omsorgen specialiserade inom vård av äldre (Socialstyrelsen, 2014).

Klinisk tillämpning

Detta arbete har genererat en kartläggning om hur det fallpreventiva arbetet i kommunen ser ut. Arbetet har även väckt frågor om varför andelen äldre som faller fortsätter att öka i kommunen. Kanske beror det på att de åtgärder vi arbetar med för att förhindra fall inte alltid

är de bästa? Forskning visar på multifaktoriella åtgärder med fysisk aktivitet som en stark bidragande faktor för att minska antalet fall. För att effektivare jobba vidare med fallprevention måste hela teamets medlemmar aktiveras i det fallförebyggande arbetet med en ökad fokus på delaktighet och på just individanpassade åtgärder som även syftar till att stärka upp den äldre personens fysiska kapacitet.

Slutsats

Denna studie visar att det fallförebyggande arbetet med Senior alert i kommunen inte har genererat minskning i andelen fall i kommunen. De vanligaste fallförebyggande åtgärderna i kommunen var larm/extra tillsyn följt efter anpassning av möbler och inventarier, läkemedelsgenomgång och assistans vid personlig vård. I kommunen användes vare sig styrketräning, träning av fysisk prestationsförmåga eller annan åtgärd - muskelfunktions och styrketräning i de fallförebyggande åtgärderna. Kan detta vara en förklaring till varför andelen fall inte minskat mer i kommunen? Innan implementeringen av Senior alert användes inga validerade riskbedömningsverktyg i kommunen. Trots att resultatet visar att andelen fall fortsätter öka, visar det även att arbetet med registret har lett till en ökad personcentrerad vård genom de många åtgärder som används för att förebygga fall. För att effektivare jobba vidare med fallprevention måste hela teamets medlemmar aktiveras i det fallförebyggande arbetet med en ökad fokus på delaktighet och på individanpassade åtgärder som även syftar till att stärka upp den äldre personens fysiska kapacitet. Vidare forskning i ämnet vore intressant att ta reda på hur det praktiska arbetet med kvalitetsregistret går tillväga, valet av åtgärder och hur teamarbetet och patientdelaktighet tillvaratas och används i det preventiva arbetet.

Referenslista

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)

Ambrose, A. F., Paul, G., & Hausdorff, J. M. (2013). Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas*, 75(1), 51-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.02.009>

Carlström, C., Kvarnström, S. & Sandberg, H. (2013). Teamarbete i vården. I A-K Edberg, A Ehrenberg, F Friberg, L Wallin, H Wijk & J Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 63-101). Lund: Studentlitteratur.

Edvinsson, J., Rahm, M., Trinks, A., & Höglund, P. J. (2015). Senior Alert: A Quality Registry to Support a Standardized, Structured, and Systematic Preventive Care Process for Older Adults. *Quality Management in Healthcare*, 24(2), 96-101. doi: 10.1097/QMH.0000000000000058.

Ekman, I. & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård – teori och tillämpning. I A-K Edberg, A Ehrenberg, F Friberg, L Wallin, H Wijk & J Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (s. 29-61). Lund: Studentlitteratur.

Elskamp, A. B., Hartholt, K. A., Patka, P., van Beeck, E. F., & van der Cammen, T. J. (2012). Why older people refuse to participate in falls prevention trials: A qualitative study. *Experimental gerontology*, 47(4), 342-345. doi: 10.1016/j.exger.2012.01.006.

Godman, N. & Mellin, P. (2013). *Implementering av nya rutiner med hjälp av kvalitetsregister: Sjuksköterskans upplevelser och erfarenheter av kvalitetsregistret Senior Alert*. Examensarbete, Karolinska Institutet, Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle, Sektionen för omvårdnad.

- Harmer, B. (1955). *Textbook of the principles and practice of nursing*. (5 ed.) New York: Macmillan.
- Hommel, A., Idvall, E. & Andersson, A-C. (2013). Kvalitetsutveckling. I A-K Edberg, A Ehrenberg, F Friberg, L Wallin, H Wijk & J Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s.147-179). Lund: Studentlitteratur.
- Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*, 9(11). doi: 10.1002/14651858.CD007146.pub3.
- Henderson, V. (1982). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. (3. uppl.) Stockholm: LiberYrkesutbildning.
- Henderson, V. (1997). *Basic principles of nursing care*. (Rev. ed.) Geneva: International Council of Nurses.
- Jones, T. S., Ghosh, T. S., Horn, K., Smith, J., & Vogt, R. L. (2011). Primary care physicians perceptions and practices regarding fall prevention in adult's 65 years and over. *Accident Analysis & Prevention*, 43(5), 1605-1609. doi: 10.1016/j.aap.2011.03.013.
- Lindblom, A., Bäck-Pettersson, S., & Berggren, I. (2012). A quality registers impact on community nurses' in end-of-life care - a grounded theory study. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 206-214. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01376.x.
- Lundin-Olsson, L., & Rosendahl, E. (2007). Att förebygga falloolyckor bland äldre personer [Elektronisk]. *Vårdalinstitutets Tematiska rum: Äldre hälsa*. Tillgänglig: < [www.vardalinstitutet.net, Tematiska rum](http://www.vardalinstitutet.net/Tematiska_rum).
- Medicinska forskningsrådet (2003). Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Forskningsetisk policy och organisation i Sverige. Hämtad 2015-04-23 från: https://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2014). Fallolyckor. Statistik och analys. Hämtad 2015-04-23 från: <https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/27442.pdf>.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2015a). Sjukhusvårdade - personskador på kommunnivå från Patientregistret 1987-2013, Socialstyrelsen. Statistik hämtad 2015-04-23 från: <http://ida.msb.se/ida2#page=a0144>. (Begränsning till: fall, 2013, 65+).

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. (2015b). Dödsorsaker - personskador från Dödsorsaks- registret, 1972-2013, Socialstyrelsen. Statistik hämtad 2015-04-23 från: . (Begränsning till: fall, 2013, 65+).

Nationalencyklopedin (2015). NATIONALENCYKLOPEDIN. [BD] 39, 2014. Malmö: NE Nationalencyklopedin.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Riksföreningen för Sjuksköterskan inom Äldrevård & Svensk sjuksköterskeförening (2012). *Kompetensbeskrivning: legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre*. Hämtad 2015-10-15 från: <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/aldrekomppwebb.pdf>

Rosendahl, E., Lundin-Olsson, L., Kallin, K., Jensen, J., Gustafson, Y., & Nyberg, L. (2003). Prediction of falls among older people in residential care facilities by the Downton index. *Aging clinical and experimental research*, 15(2), 142-147.

Rosengren, K., Höglund, P. J., & Hedberg, B. (2012). Quality registry, a tool for patient advantages - from a preventive caring perspective. *Journal of Nursing Management*, 20, 196-205. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01378.x.

Rybeck, U. (2015). *Sjuksköterskors och distriktssköterskors reflektioner av att arbeta med kvalitetsregistret Senior Alert i hemsjukvården: En intervjustudie*. Examensarbet, Högskolan i Gävle, Akademin för hälsa och arbetsliv.

Senior alert (2009). Plan för övergång från MOA – Vårdprevention till Nationella kvalitetsregistret Senior alert. Hämtad 2015-04-44 från:
http://www.lj.se/info_files/infosida35020/bilaga_2009_03_02_projektplan_senior_alert.pdf.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2015-08-18 från:
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2015-08-18 från:
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/

SFS 2008:355. *Patientdatalagen*. Stockholm: Riskdagen. Hämtad 2015-04-23 från:
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2015-08-18 från:
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

Simpson, J. M. & New, E. (2006). Promoting safe mobility. I S. J. Redfern & F. M. Ross (Red.), *Nursing Older People*. (4th ed.) (s. 219-243). Edinburgh: Elsevier.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2015-08-18 från:
http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen (2009). Nationella kvalitetsindikatorer. Vården och omsorgen om äldre personer. Hämtad 2015-04-22 från:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8333/2009-126-111_2009126111_rev.pdf.

Socialstyrelsen (2013). Lägesrapport över tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård. Hämtad 2015-09-30 från:
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18955/2013-02-02.pdf>

Socialstyrelsen (2014). Vård och omsorg om äldre. I *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst: Lägesrapport 2014* (s.142-174). Hämtad 2015-10-13 från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19329/2014-2-3.pdf>

Socialstyrelsen (2015a). Fallskador i vården. Hämtad 2015-04-23 från: <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/fallskador>.

Socialstyrelsen (2015b). Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. *Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Hämtad 2015-05-20 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19801/2015-4-10.pdf>

Socialstyrelsen (2015c). Senior alert (nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg). Hämtad 2015-04-23 från: <http://www.socialstyrelsen.se/register/registerservice/nationellakvalitetsregister/senioralertnationelltkvalitets>.

Socialstyrelsen (2015d). Nationella planeringsstödet 2015. *Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård*. Hämtad 2015-11-06 från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19727/2015-2-33.pdf>

SOSFS 2005:12. *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2015-08-23 från: http://www.sls.se/Global/cpd/SOSFS%202005_12.pdf

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2012). Åtgärder för att förhindra fall och frakturer hos äldre. Hämtad 2015-04-20 från: http://www.sbu.se/2014_07.

Statens folkhälsoinstitut (2009). Fallolyckor bland äldre. En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder. Hämtad 2015-04-23 från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12224/R200901-Fallolyckor-aldre-0901.pdf>.

Statistiska centralbyrån (2010). *Sveriges befolkning, kommunala jämförelsetal, 31 december 2010*. Hämtad 2015-09-28 från: http://www.scb.se/Statistik/BE/BE0101/2012M02/Be0101KomJmfBef_2010.xls

Statistiska centralbyrån (2012). *Sveriges framtida befolkning 2012–2060. DEMOGRAFISKA RAPPORTER 2012:2*. Hämtad 2015-04-23 från:

http://www.scb.se/statistik/publikationer/BE0401_2012I60_BR_BE51BR1202.pdf.

Statistiska centralbyrån (2014). *Folkmängd i riket, län och kommuner efter kön och ålder 31 december 2014*. Hämtad 2015-08-23 från: <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/Helarsstatistik---Kommun-lan-och-riket/159277/>

Statistiska centralbyrån (2015). *Befolkningsstatistik i sammandrag 1960-2014*. Hämtad 2015-08-17 från <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/Helarsstatistik---Riket/26040/>

Stenhagen, M., Ekström, H., Nordell, E., & Elmståhl, S. (2014). Accidental falls, health-related quality of life and life satisfaction: A prospective study of the general elderly population. *Archives of gerontology and geriatrics*, 58(1), 95-100. doi: 10.1016/j.archger.2013.07.006.

Svensk sjuksköterskeförening (2011). *Översyn av de nationella kvalitetsregistren. Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Förslag till gemensam satsning 2011-2015 fortsatta utveckling*. Hämtad 2015-11-06 från: <http://www.swenurse.se/globalassets/utbildningsfolder-episerver-kurs/remissvar-pdf/2011/oversyn-av-de-nationella-kvalitetsregistren.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2012). *Svensk sjuksköterskeförenings projekt. Utveckla och ensa kvalitetsvariabler inom omvårdnadsområden*. Hämtad 2015-11-06 från: <http://www.kvalitetsregister.se/download/18.f647a59141ef67b4342fcb/1385041375325/Svensk+sjuksk%C3%B6terskef%C3%B6renings+rapport.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2014). *Omvårdnad och god vård*. Hämtad 2015-05-26 från: http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/ssf-om-publikationer/om.omvardnad.och.god.vard_april_2014.pdf.

Sveriges kommuner och landsting (2011). Nationell satsning för patientsäkerhet. Fall och fallskador - Åtgärder för att förebygga. Hämtad 2015-04-22 från:
http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39913_1.pdf.

Sveriges kommuner och landsting (2015). Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. SLUTRAPPORT 2015. Hämtad 2015-04-20 från:
http://skl.se/download/18.46eac49e14c97cdf4313ef5/1428556350963/OK+mest+sjuka+aldre_slutrapp+ort_SKL+2015_med+bilagor+kopia.pdf.

Sävenstedt, S. & Florin, J. (2013). Informations- och kommunikationsteknik. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 217-258). Lund: Studentlitteratur.