



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Fall och fallskador i vården

Incidens, riskbedömning och prevention

Författare: Felicia Mågård & Emil Svensson

Handledare: Anne Lundwall

Kandidatuppsats

Hösten 2012

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Fall och fallskador i vården

Incidens, riskbedömning och prevention

Författare: Felicia Mågård & Emil Svensson

Handledare: Anne Lundwall

Kandidatuppsats

Hösten 2012

Abstrakt

Fall är den vanligast rapporterade avvikelser på sjukhus. Många fall resulterar i skada vilket innebär lidande för patienter och stora kostnader för sjukvården. Syftet med studien var att undersöka och jämföra förekomsten av fall, fallskador, riskbedömning och åtgärdsplan hos patienter över 65 år på utvalda medicin- och ortopedavdelningar. Studien gjordes retrospektivt genom journalgranskning där 868 patienter inkluderades varav 33 föll minst en gång. I resultatet framgick att incidenten var 4 fall/1000 vård dagar där knappt hälften av fallen orsakade någon form av skada. Riskbedömning enligt lokala riktlinjer förekom hos mindre än hälften av patienterna. Signifikanta skillnader fanns mellan avdelningarna avseende riskbedömning och avvikelserapportering. Överlag var följsamheten till det preventiva arbetet låg. Detta visar att avdelningarna behöver få bättre rutin på det fallpreventiva arbetet för att förbättra patientsäkerheten.

Nyckelord

Fall, fallskada, riskbedömning, prevention, patientsäkerhet, äldre

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Introduktion	3
Problemområde	3
Bakgrund	4
Fallskador	5
Riskbedömning	5
Preventiva åtgärder	6
Dokumentation	7
Syfte	8
Metod	8
Urval	8
Datainsamling	8
Data analys	9
Forskningsetiska avvägningar	10
Resultat	10
Förekomst av fall och fallskador	10
Riskbedömning och åtgärdsplan	11
Dokumentation	12
Jämförelse mellan ortopedi och medicin	13
Diskussion	14
Diskussion av vald metod	14
Diskussion av framtaget resultat	15
Förekomst av fall och fallskador	15
Riskbedömning och åtgärdsplan	16
Dokumentation	17
Jämförelse mellan ortopedi och medicin	18
Slutsats och kliniska implikationer	19
Författarnas arbetsfördelning	19
Referenser	20
Bilaga 1 (2)	24
Bilaga 2 (2)	25

Introduktion

Patientsäkerhetsarbete är högt prioriterat i vården. Trots detta drabbas många patienter av vårdskador. En undersökning av Socialstyrelsen visar att många skadas inom vården vilket medför stort lidande för patienterna, tar upp en stor del av vårdens resurser och innebär höga kostnader för samhället. Nästan 9 % av alla inneliggande patienter drabbades av någon form av vårdskada. Detta skulle motsvara 105 000 vårdskador om året baserat på 1,2 miljoner vårdtillfällen inom somatisk slutenvård. Lite mer än hälften av patienterna fick skador som läkte under tillfället de vårdades på sjukhus eller i nära anslutning, men skadan ledde i genomsnitt till sex extra vårddygn. Bestående men eller funktionsnedsättning drabbade uppemot var tionde patient och för hela 3 %, motsvarande ungefär 3000 patienter om året, var vårdskadan en bidragande orsak till patientens död. Personer 65 år och äldre drabbades av vårdskador i större utsträckning än yngre åldersgrupper (Socialstyrelsen, 2008). En stor internationell retrospektiv studie visar att den vanligaste rapporterade avvikelserna på sjukhus är fall, 32 % av alla incidenser. Drygt en tredjedel skadades på grund av fallet (Healey et al., 2008). I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska framgår det att sjuksköterskan ska kunna identifiera och förebygga hälsorisker, samt motverka komplikationer i samband med vård och behandling (Socialstyrelsen, 2005).

Problemområde

I Sverige förekom 270 000 fallolyckor 2005 enligt en undersökning av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Mer än 1500 personer avled och 75 000 skadades så allvarligt att de var i behov av slutenvård (Ryen, 2010).

Risken för fallskada ökar med åldern (Fischer et al., 2005). Cirka 83 % av fallen inträffar hos personer som är äldre än 65 år (Healey et al., 2008). Fallproblem kan därför förväntas växa de närmaste åren då antalet äldre blir allt fler enligt en rapport om Sveriges framtida befolkning (Statistiska centralbyrån [SCB], 2011). När en patient läggs in på sjukhus ökar fallrisken ännu mer, dels med påverkan av akut somatisk sjukdom och olika slangar som kateter á demeure, drän eller dropp men också på grund av den okända miljön och nyinsatta mediciner som kan ge biverkningar (Andersson et al., 2011).

Fall leder ofta till mänskligt lidande och försämrad livskvalitet. Det blir som en ond cirkel då risken är stor att patienten blir rädd för att falla igen och blir mer passiv efter ett fall. När patienten inte rör sig lika mycket blir musklerna svagare och risken för att falla igen ökar (Skog, 2008). Ur ett ekonomiskt perspektiv är fallskador också ett stort problem och det kostar samhället stora summor varje år. Enligt myndigheten för samhällsskydd och beredskap uppgick kostnaderna för fallolyckor i Sverige 2005 till 22 miljarder kronor. Direkta kostnader som till exempel behandling, läkemedel och material uppgick till 12,6 miljarder. Resterande 9,4 miljarder är indirekta kostnader i form av produktionsbortfall (Ryen, 2010).

Bakgrund

Sjuksköterskan har till uppgift att skydda patienten från skada både psykiskt och fysiskt, dels ett direkt skydd mot skada men även genom vägledning, stöd och undervisning för att förbättra patientens eget skydd. Att skydda patienten kan minska lidande och öka välbefinnande. Skyddsperspektivet är därför en viktig del av patientsäkerhetsarbetet (Lindvall & Post, 2006). I patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) 4 § stadgas att ”Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.”

Ett fall definieras som: ”En oförutsedd händelse som resulterar i att en person hamnar på marken, golvet eller en lägre nivå” enligt rekommendationer från Prevention of Falls Network Europe (Lamb, Jorstad-Stein, Hauer & Becker, 2005).

Incidensen för fall i västvärlden varierar mellan 3 och 20 per 1000 vårddygn, beroende på sjukhus, avdelning och urval (Dykes et al., 2010; Fischer et al., 2005; Healey et al., 2004, 2008; Nyberg, Gustafson, Janson, Sandman och Eriksson, 1997). I en studie där man följt tre olika svenska äldrevårdsavdelningar inträffade fall hos 21 % av patienterna. Incidensen av fall per 1000 vård dagar var 17 på psykogeriatrisk klinik, nio på geriatrisk rehabilitering och tre på äldreboende, vilket visar att fall är vanligare på sjukhus än på äldreboenden (Nyberg et al., 1997).

Fallskador

För det mesta får patienten inga skador till följd av ett fall. Ett antal studier visar att 61 % - 66 % av patienterna klarar sig utan skador (Healey et al., 2008; Krauss et al., 2007; Fischer et al., 2005; Nyberg et al., 1997). Lättare skador så som blåmärken och skrapsår drabbade 31 % - 35 % (Healey et al., 2008; Nyberg et al., 1997). Medelsvåra till allvarliga skador, som exempelvis frakturer uppstod vid 2 % - 5 % av fallen (Healey et al., 2008; Krauss et al., 2007; Nyberg et al., 1997). En mindre andel fall resulterade i dödsfall <0,1 % (Healey et al., 2008). Den vanligaste fallskadan är sår/blödningar (54 %), därefter kommer frakturer och dislokationer (16 %) (Fischer et al., 2005). Vid endast en liten del av fallen uppstod allvarlig skada eller död, men då fall är så vanligt blir antalet ändå många. Därför finns det ett stort behov av fallpreventiva åtgärder (Nyberg et al., 1997). Även om fallet inte leder till fysisk skada kan det medföra psykologiska effekter som exempelvis rädsla för fall, sämre självförtroende, osjälvständighet och sämre livskvalitet. (Hosseini & Hosseini, 2008). Här har sjuksköterskan en viktig uppgift att uppmärksamma patientens upplevelse och lidande samt tillgodose patientens behov för att lindra dessa konsekvenser (Socialstyrelsen, 2005).

Vanligaste platsen för fall är i patientens eget rum (Cumming et al., 2008; Källstrand-Ericson & Hildingh, 2009; Nyberg et al., 1997). Oftast sker fallolyckorna när patienten är ensam (Cumming et al., 2008; Nyberg et al., 1997). Hög ålder samt fall utan någon i närheten som kan lindra fallet ökar risken för skador (Krauss et al., 2007).

Riskbedömning

Enligt föreskrifter från Socialstyrelsen måste vårdgivarna upprätta ett ledningssystem för att säkerställa ett systematiskt kvalitetsarbete i avsikt att förbättra patientsäkerheten. Kvalitetsarbetet ska dokumenteras och följas upp kontinuerligt (SOSFS 2011:9).

Studier visar att preventivt arbete mot fallskador, genom riskbedömningar och vidtagna åtgärder för högriskgruppen, ger goda resultat hos patienter som är över 65 år (Dykes et al., 2010; Healey et al., 2004; Rosendahl et al., 2003). En studie visade en minskning med 2 fall på 1000 vårddygn för patienter över 65 år (Dykes et al., 2010). I en 12-månadersstudie från äldreboenden i norra Sverige där man använde sig av Downton fall risk index visade

resultaten en tydlig fördel med detta mätinstrument. (Rosendahl et al., 2003). Downton inkluderar frågor om tidigare fall, medicinering, sensorisk och kognitiv funktionsnedsättning samt gångförmåga. Tre poäng eller mer på en skala från 0-11 utgör en förhöjd risk (Bilaga 1). Hela 95 % av patienterna som föll under de tre första månaderna tillhörde högriskgruppen. Efter tre månader visade sig instrumentet bli mindre och mindre precist. Därför rekommenderar Rosendahl et al. (2003) att man gör en ny bedömning var tredje månad.

Enligt riktlinjer från Sveriges kommuner och Landsting ska alla patienter som är 65 år eller äldre fallriskbedömas snarast efter ankomst, senast inom 24 timmar. Vid förhöjd risk ska en individanpassad åtgärdsplan upprättas. Åtgärdsplanen ska utvärderas och upprepas vid förändring av patientens status eller omgivning (Sveriges kommuner och Landsting [SKL], 2011). På Skånes universitetssjukhus är riktlinjerna att Downton fall risk index ska användas som bedömningsinstrument avseende på fall inom 24 timmar efter ankomst. Detta gäller för samtliga patienter som är 65 år eller äldre, samt yngre patienter med reducerad gångförmåga eller andra nedsättningar som ökar risken för fall. Vid förhöjd risk ska sjuksköterskan upprätta en individuell vårdplan för varje enskild patient. Om en patients status förändras under vårdtiden ska fallriskbedömningen uppdateras samt åtgärdsplanen ses över (Andersson et al., 2011).

Preventiva åtgärder

Med effektiva åtgärder skulle många fall kunna förebyggas och på så sätt minska det mänskliga lidandet och även kostnaderna (Gyllensvärd, 2009).”Ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet” enligt 28 § i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) 2 § ska vårdgivaren förhindra att vårdskador inträffar genom att vidta nödvändiga åtgärder .

Risikfaktorer för fall är hög ålder, tidigare fall, rädsla för fall, balanssvårigheter, hörsel- och synnedsättning eller användandet av läkemedel som bensodiazepiner eller hypnotika (Olsson et al., 2013). Områden att fokusera de preventiva åtgärderna på enligt Sveriges kommuner och landsting är: Motorik, syn, kognition, läkemedel, kontinens, nutrition och yttre omständigheter. Med yttre omständigheter avses belysning, hjälpmedel och miljö (SKL,

2011). Enligt Källstrand-Ericson och Hildingh (2009) är synnedläggelse en viktig riskfaktor som spelar stor roll framförallt under nattetid då belysningen är svag. Därför är god belysning och tydliga kontraster av största vikt. Andra områden som det behövs lägga fokus på är patientens badrum då detta enligt Krauss et al. (2007) är den vanligaste platsen för fallskada. Den vanligaste aktiviteten när fall inträffar är vid förflyttning (Cumming et al, 2008). Skador drabbar flest äldre när inte personal finns nära till hands. Krauss et al. (2007) menar därför att patienten bör stöttas av vårdpersonal vid en förflyttning för att kunna minimera skadan vid ett eventuellt fall. Fria gångvägar och anpassad sänghöjd är viktiga åtgärder liksom träning av styrka, rörlighet och balans med hjälp av en sjukgymnast för att minska fallrisken (Lord, Sherrington, Menz & Close, 2007).

Enligt Orlandos omvårdnadsteori är sjuksköterskans observationer det främsta redskapet för att hjälpa patienten. Det som observeras ska förmedlas till patienten, diskuteras och eventuellt korrigeras beroende på patientens upplevelse. Varje patients hjälpbehov är unikt och sjuksköterskan måste anpassa omvårdnadsåtgärderna efter den enskilda patienten och hjälpa patienten att undvika obehag eller problem. Sjuksköterskan måste därför arbeta för att eliminera faktorer som hindrar patientens välbefinnande (Selanders, Schmieding & Hartweg, 1995). Patient och närstående ska enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) 4 § ges möjlighet att delta i arbetet kring patientsäkerhet. Det är viktigt att patient och närstående får information om att fallrisk föreligger. Vidare ska de informeras om vilka riskfaktorerna är och diskutera vilka förebyggande åtgärder som ska vidtas för att ytterligare förebygga fall (Andersson et al., 2011).

Dokumentation

Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska ska sjuksköterskan dokumentera enligt gällande författningar samt följa fastställda rutiner för avvikelshantering (Socialstyrelsen, 2005). I patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) framgår i 4 § att hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat leda till en vårdskada. Riktlinjer från Skånes universitetssjukhus säger alla fall rapporteras i form av en avvikelserapport. Där ska det framgå var, när och hur fallet gick till, samt om patienten uppvisade några symtom som kan ha bidragit till fallet, vad patienten gjorde och vilka konsekvenser fallet gav. Avvikelse ska

skrivas för att möjliggöra en korrekt statistik som ledningen ska kunna använda sig av vid förbättringsarbete avseende preventiva åtgärder. Dessutom ska personalen dokumentera fall under sökordet fall i patientjournalen. Vidare framgår det att omvårdnadsepikrisen ska innehålla uppgifter om vilka åtgärder avdelningen vidtagit för att förebygga fall hos patienter med förhöjd risk. Då fallolycka inträffat under vårdtiden ska även detta dokumenteras i epikrisen (Andersson et al., 2011).

Syfte

Syftet med studien är att undersöka förekomsten av fall och fallskador hos patienter 65 år och äldre som vårdas inneliggande på ortoped- och medicinavdelningar. Vidare är syftet att undersöka och jämföra i vilken utsträckning riskbedömningsinstrument används, om preventiva åtgärder vidtas och om uppföljning sker.

Metod

Urval

Urvalet innefattar alla patienter över 65 år som varit inlagda på utvalda ortoped- och medicinavdelningar på ett större sjukhus i södra Sverige under perioden 1 februari 2012 - 31 mars 2012. Patienter som vårdats kortare tid än 24 timmar på avdelningen exkluderades. Totalt inkluderades 327 patienter på ortopedavdelningarna och 541 patienter på medicinavdelningarna i studien.

Datainsamling

Författarna valde att göra en retrospektiv studie för att kunna studera incidens, prevention och riskbedömning av fall på sjukhus. Datainsamlingen skedde genom journalgranskning.

Utifrån frågeställningen utarbetades en mall för att genomföra journalgranskningen med hjälp av riktlinjer från Sveriges kommuner och landsting (SKL, 2011) (Bilaga 2). Datainsamlingen skedde i ett avskilt rum på sjukhuset. Med hjälp av kvalitetssamordnare kunde alla patienter som varit inlagda under den utvalda perioden tas fram. Även förekomsten av riskbedömning, riskpatienter, åtgärdsplan och fall togs fram. Medelvårdtiden under denna period på respektive avdelning inhämtades från kvalitetssamordnare. Genom att multiplicera medelvårdtiden med antalet inneliggande patienter kunde det totala antalet vård dagar på varje avdelning beräknas. Antalet fall per 1000 vård dagar beräknades sedan genom att antalet fall dividerades med antalet vård dagar och multiplicerades med 1000. Detta gjordes för att lättare kunna jämföra studiens resultat med andra studier då det är vanligt att fallincidens redovisas på detta sätt. Av de patienter som fallit granskades journalerna närmare avseende på eventuell skada, när eventuell riskbedömning var utförd, om åtgärdsplan var upprättad, dokumentation av fall i epikris samt om avvikelse var skriven. Vid granskningen fylldes mallen i för varje patient för att i ett senare skede kunna analysera materialet. Med hjälp av personnumret hos de patienter som fallit kunde eventuell avvikelse letas upp i avvikelssystemet. Där hittades ett flertal avvikelser avseende fall som var skrivna utan att dessa fall fanns beskrivna i patientens journal under sökordet fall. Därför studerades även dessa patienters journal för att få en bättre bild av det faktiska antalet fall.

Data analys

Vid bearbetning och redovisning av data har författarna använt ett statistiskt datorprogram, Statistical Package for Social Sciences, SPSS version 20. All data från journalgranskningarna matades in i programmet. Dessa var då helt avidentifierade och går inte att spåra till någon enskild patient. I programmet gjordes ett flertal jämförelser relaterade till våra specifika frågeställningar och deskriptiva analyser genomfördes. Bortfallen kommenterades under respektive tabell. Vid analys av skillnaderna mellan avdelningarna användes Pearson's Chi-två test för att beräkna p-värde och kontrollera dess statistiska signifikans, vilket ansågs innebära ett p-värde $<0,05$. Detta är ett vanligt test vid den här typen av analyser men i de fall cellfrekvenserna var så små att chi-två test inte gav giltiga resultat användes Fischers exakta test. Fischers exakta test är då bättre eftersom det ger giltiga resultat även vid cellfrekvenser under fem (Björk, 2011).

Forskningsetiska avvägningar

Tillstånd från berörda verksamhetschefer inhämtades samt godkännande från vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN 62-12) innan datainsamling påbörjades. Granskningen skedde i ett avskilt rum på medicinkliniken under övervakning av kvalitetssamordnare. Tillstånd inhämtades även från verksamhetschefen på ortopediska kliniken för granskning av journaler med hjälp av kvalitetssamordnaren på medicinkliniken.

Något medgivande från alla patienter inhämtades inte då detta inte skulle vara praktiskt genomförbart. Istället använde vi nyttoprincipen att inte orsaka lidande men främja välbefinnande för patienten. Nyttan överväger eventuell skada och preventiva metoder kan förbättras (Nilstun, 1994).

Inget material som kunde spåras till en viss patient lämnade sjukhuset med hänsyn till patienternas sekretess. En kodlista över de journalgranskade patienterna upprättades för att möjliggöra spårning av respektive patient om komplettering skulle bli nödvändig. Datamaterialet förvaras därför hos kvalitetssamordnare på sjukhuset och kommer att bevaras under ett år. Därefter kommer materialet att förstöras. Det material som lämnade sjukhuset bestod endast av oidentifierad granskningsmall för respektive patient samt en sammanställning av det totala antalet riskbedömningar, riskpatienter och omvårdnadsplaner.

Resultat

Förekomst av fall och fallskador

Totalt uppgick antalet patienter på ortopedavdelningarna till 327 och på medicinavdelningarna till 541. Antal fall under den studerade tidsperioden som fanns dokumenterade i journalen under sökordet fall uppgick till 27. Två av dessa fick exkluderas då det under sökordet fall endast var dokumenterat tecknet kolon alternativt ”patienten har

inte fallit” vilket gjorde att antalet att studera vidare uppgick till 25 fall. Tjugotre patienter föll en gång och en patient föll två gånger. I avvikelssystemet hittades ytterligare nio fall vilket gav 34 fall totalt. Andelen patienter som föll var 3,8 % vilket ger en incidens på 4 fall per 1000 vård dagar.

Tabell 1. Alla patienter ≥ 65 år jämförda utifrån avdelning

	Avdelning		
	Totalt n = 868	Ortopedi n = 327	Medicin n = 541
Medelålder \pm SD	81,5 \pm 8,2	81,4 \pm 8,6	81,7 \pm 7,7
Kvinna, n (%)	544 (62,7)	233 (71,3)	311 (57,5)
Riskbedömning utförd, n (%)	412 (47,5)	183 (56,0)	229 (42,3)***
Antal riskpatienter, n	293	135	158
Åtgärdsplan utförd, n	249	128	121
Antal patienter som fallit, n (%)	33 (3,8)	13 (4,0)	20 (3,7) ^{n.s}
Antal fall, n	34	14	20 ^{n.s}
Fall per 1000 vård dagar	4,0	4,3	3,9

***Signifikant skillnad mellan avdelningarna, p-värde $< 0,001$.

^{n.s}Ingen signifikant skillnad mellan avdelningarna, p-värde $> 0,30$.

Av patienterna som föll dokumenterades ingen skada hos 52,9 %, någon typ av sår hos 26,5 %, smärta orsakades i 14,7 % av fallen och en fraktur drabbade 5,9 %.

Tabell 2. Skador som fallen orsakat

	Fallskador			
	Ingen skada	sår	smärta	fraktur
n = 34	18	9	5	2
%	52,9	26,5	14,7	5,9

Riskbedömning och åtgärdsplan

Riskbedömning under vårdtiden gjordes hos 47,5 % av patienterna 65 år och äldre. Av dessa bedömdes 71,1 % vara riskpatienter med Downton 3 poäng eller mer. Omvårdnadsplan i

förhållande till riskpatienter var 85,0 %. De vanligast förekommande åtgärderna var antihalkstrumpor, larmklocka, säng nära toalett, sänggrindar och extra låg säng.

Hos de 34 studerade fallen hade 58,8 % blivit riskbedömda inom 24 timmar efter inläggning. Av fallen inträffade 20,6 % innan riskbedömning gjorts, men inom 24 timmar efter inläggningen. Av fallen där riskbedömning förekom bedömdes 80,6 % ha en hög fallrisk och 88 % av dessa hade en vårdplan. Resterande 19,4 % föll trots att ingen förhöjd risk förelåg och således inte heller behövde ha någon vårdplan upprättad enligt riktlinjerna.

Tabell 3. Riskbedömning och åtgärdsplan hos patienter där fall förekom

	Avdelning		
	Totalt n = 34	Ortopedi n = 14	Medicin n = 20
Riskbedömning utförd, n (%)			
Inom 24 timmar	20 (58,8)	7 (50,0)	13 (65,0) ^{n.s}
före fall	13 (38,2)	6 (42,9)	7 (35,0)
efter fall	7 (20,6)	1 (7,1)	6 (30,0)
Efter 24 timmar	11 (32,4)	5 (35,7)	6 (30,0)
före fall	7 (20,6)	3 (21,4)	4 (20,0)
efter fall	4 (11,8)	2 (14,3)	2 (10,0)
Riskbedömning ej utförd, n (%)	3 (8,8)	2 (14,3)	1 (5,0)
Patienter med bedömd hög risk, n	25	10	15
Patienter med upprättad vårdplan, n	22	9	13

^{n.s}Ingen signifikant skillnad mellan avdelningarna, p-värde >0,30.

Dokumentation

Vad gäller förekomst av epikris fick sex patienter exkluderas då dessa avled under vistelsen eller bytte sjukhus och därför fanns ingen epikris. Detta utgjorde ett totalt underlag på 27 patienter varav en föll två gånger. Av de inträffade fallen dokumenterades 42,9 % i patientens omvårdandsepikris. Hos resterande patienter var det uttryckligen dokumenterat att patienten inte hade fallit under vårdtiden eller så saknades omvårdnadsepikris helt. I avvikelssystemet rapporterades totalt 52,9 % av fallen.

Tabell 4. Avvikelse och epikris hos patienter som fallit

	Avdelning		
	Totalt	Ortopedi	Medicin
	n = 34	n = 14	n = 20
Avvikelse-rapporterade fall, n (%)	18 (52,9)	11 (78,6)	7 (35,0)*
Fall dokumenterat i omvårdnadsepikris, n (%)	12 (42,9) ^a	4 (28,6)	8 (57,1) ^{a, n.s}

^aSex patienter exkluderade på grund av att de avled eller bytte sjukhus.

*Signifikant skillnad mellan avdelningarna, p-värde 0,017.

^{n.s}Ingen signifikant skillnad mellan avdelningarna, p-värde 0,252.

Jämförelse mellan ortopedi och medicin

Ingen större skillnad gick att finna avseende förekomst av fall på ortoped- respektive medicinavdelning, 4,0 % respektive 3,7 % av patienterna föll vilket motsvarar 4,3 fall per 1000 vårddagar respektive 3,9 fall per 1000 vårddagar. En signifikant skillnad avseende andel patienter med utförd riskbedömning sågs mellan avdelningarna, där ortopedavdelningarna utförde riskbedömning i större utsträckning än medicinavdelningarna. Inom ortopedi bedömdes 56 % och inom medicin 42,3 % ($p < 0,001$) (Tabell 1). En skillnad mellan avdelningarna sågs också vid jämförelse av omvårdnadsplan i förhållande till antal riskpatienter. På ortopedavdelningarna fanns en omvårdnadsplan hos 94,8 % och på medicinavdelningarna var samma siffra 76,6 %.

Av de 14 fallen som förekom på ortopedavdelningarna hade 50 % en riskbedömning gjord inom 24 timmar och 64,3 % riskbedömdes före fallet. På medicinavdelningarna var 65 % av de 20 som fallit riskbedömda inom 24 timmar och 55 % av patienterna riskbedömdes före fallet (Tabell 3).

En skillnad mellan avdelningarna gick att se gällande dokumentation av fall i epikriserna samt förekomst av avvikelse. Gällande epikrisen var skillnaden inte signifikant med en förekomst på 28,6 % på ortopedavdelningarna respektive 57,1 % på medicinavdelningarna ($p = 0,252$). Däremot rapportering av avvikelse på ortopedavdelningarna utfördes i signifikant större utsträckning än på medicinavdelningarna, 78,6 % respektive 35 % ($p = 0,017$) (Tabell 4).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Författarna valde att göra en retrospektiv studie och med hjälp av journalgranskning besvara frågeställningarna. En prospektiv studie kunde ha utförts med liknande resultat men då tiden är begränsad till 10 veckor ansågs inte detta möjligt. Det ansågs inte heller vara praktiskt möjligt att studera detta med en annan metod utan att urvalet hade blivit litet. Urvalet gav ett stort antal patienter att studera gällande incidens, riskbedömning och prevention. Då författarna valde att granska de patientjournaler som hade ett fall dokumenterat och analysera ytterligare faktorer vidare kunde en längre period studerats för att få en större patientgrupp och öka reabiliteten.

Granskningsmallen som användes för studien är utarbetad med hjälp av riktlinjer från Sveriges kommuner och landsting (SKL, 2011) (Bilaga 2) och ansågs besvara frågeställningarna väl. Därför valdes denna istället för en färdig validerad mall. Innan granskningen påbörjades diskuterades mallen med kvalitetssamordnare och även andra intressanta frågor att analysera kom upp. Mallen utökades med frågan om fallet förekom i omvårdnadsepikris för att kunna följa om fallen rapporterades efter utskrivning till kommunen. Under granskningens gång stötte författarna inte på några problem med mallen utan den kunde följas för alla patienter. Dock lades ytterligare alternativ till angående riskbedömning. Från att bara titta på om riskbedömningen var gjord inom 24 timmar, studerades även om riskbedömningen förekom före eller efter fallet. När författarna tittade på vilka skador som förekom efter fall antecknades skadorna som de var dokumenterade i journalen. Olika typer av sår var dokumenterade och likaså olika typer av smärta men för att underlätta statistisk analys kategoriserades skadorna i fyra olika kategorier innan inmatning i SPSS. Dessa kategorier var: ingen skada, sårskada, smärta och fraktur.

Eftersom mallen är utarbetad utifrån Sveriges kommuner och landstings riktlinjer valde författarna att följa samma riktlinjer då urvalet bestämdes. Därför inkluderades alla patienter över 65 år då det enligt riktlinjerna var den ålderskategori där riskbedömning var obligatorisk att utföra. Vidare exkluderades de patienter som varit inneliggande mindre än 24 timmar, dels

eftersom enligt riktlinjerna skulle alla patienter som vistas minst 24 timmar på avdelningen vara riskbedömda och dels för att det annars hade varit svårt att få ett tillförlitligt resultat om patienter som endast vistats på avdelningen några timmar togs med i studien. Det är inte realistiskt att tro att dessa bedömningar och åtgärdsplaner ska hinnas med under så kort tid. Under granskningens gång fann författarna att flertalet avvikelser var skrivna utan att dessa fanns dokumenterade under sökordet fall i journalen. Därför journalgranskades även dessa fall enligt mallen. Totalt sett framkom 34 fall under den undersökta perioden och dessa analyserades tillsammans.

Under arbetets gång insåg författarna att färre faktorer kunde studerats och istället tittat närmare på några få. Detta för att få en bättre fördjupning på specifika frågor, vilket kunde ge oss ett mer tillförlitligt resultat. Med hänsyn till tiden var det endast möjligt att studera alla frågorna ytligt. Vid längre tid kunde det varit en fördel att studera alla 868 journalerna istället för att hämta uppgifterna från kvalitetssamordnarens program. Detta för att öka tillförlitligheten och exempelvis upptäcka dokumentation under fel sökord i journalen och inkludera alla fall oavsett var de finns beskrivna.

Diskussion av framtaget resultat

Förekomst av fall och fallskador

Under journalgranskningen noterades att 33 av totalt 868 patienter som var över 65 år föll, varav en patient föll två gånger. Detta innebär att incidensen uppgick till 4 fall per 1000 vård dagar. Incidensen för fall i västvärlden varierar mellan 3 och 20 per 1000 vård dygn (Dykes et al., 2010; Fischer et al., 2005; Healey et al., 2004, 2008). Variationen är dock väldigt stor och det beror mycket på vilken typ av sjukhus, vilka avdelningar som studerats och hur urvalet har skett. Liknande studier på större sjukhus visar dock en incidens mellan 3 och 5 fall per 1000 vård dagar (Fischer et al., 2005; Healey et al., 2008). Detta kan mer jämföras med vår studie som har fått liknande resultat. Risken är dock att mörkertalet är stort eftersom dokumentationen överlag var bristfällig och då kan det även tänkas att rapportering av fall missas.

Att incidenten inte ledde till någon skada dokumenterades i 52,9 % av fallen. I jämförelse med andra studier visar detta att patienter kom till skada i större utsträckning. Ett antal studier visar att 58 - 66 % av patienterna klarar sig utan skador efter fall (Birge et al., 2004; Healey et al., 2008; Krauss et al., 2007; Fischer et al., 2005; Nyberg et al., 1997). En förklaring till detta kan vara att urvalet är olika i studierna. I denna undersökning var patienterna som studerades över 65 år, vilket ökar skaderisken vid fall (Krauss et al., 2007). Olika studier kategoriserar dessutom skador efter olika modeller. Framförallt smärta kanske inte alltid klassificeras som en fysisk skada utan istället går under kategorin ingen skada. I denna undersökning framkom att 26,5 % av de patienter som föll fick en sårskada samt att 14,7 % av patienterna upplevde smärta till följd av fallet. Detta förhåller sig väl till resultatet i en amerikansk studie som visar att 28,5 % fick en sårskada och 18,6 % fick smärtor på grund av fall (Birge et al., 2004).

Riskbedömning och åtgärdsplan

Riktlinjer från Sveriges kommuner och Landsting säger att riskbedömning ska ske inom 24 timmar efter ankomst (SKL, 2011). Detta är dock inte utfört i så stor omfattning som kunde vara förväntat i och med riktlinjerna. Endast 47,5 % av patienterna över 65 år hade blivit riskbedömda. Några orsaker till detta skulle kunna vara att antalet patienter per sjuksköterska är så stort att tid inte finns i förhållande till den ökande arbetsbelastningen. Det kan vara så att andra patientnära arbetsuppgifter prioriteras högre än riskbedömningar. Därför är det viktigt att all personal blir medvetna om de positiva effekterna av riskbedömning och åtgärdsplan. En studie av Dykes et al. (2010) visar att fallincidensen var 2 fall per 1000 vård dagar lägre hos de patienter där riskbedömning och åtgärdsplan utfördes vilket är nästan hälften så många jämfört med patienterna som inte blev riskbedömda.

En stor andel av patienterna, 71,1 % bedömdes vara riskpatienter enligt Downton men i förhållande till dessa upprättades omvårdnadsplan endast hos 85 % av patienterna trots att det finns krav att det ska upprättas för alla riskpatienter. Varför det ser ut så kan ha många orsaker men författarna menar att det skulle kunna bero på att en riskbedömning går fortare att göra och är förhållandevis enkel, även om man inte känner patienten väl då den mesta informationen som krävs för en Downton bedömning går att finna i journalen. För att skriva en åtgärdsplan och implementera denna krävs mer arbete och således också tid för att åtgärderna verkligen ska vara anpassade för just den patienten och ha avsedd effekt. Risken är

annars att åtgärdsplanen bara skrivs med generella åtgärder och i stort sätt samma åtgärder för alla patienterna som exempelvis larmklocka och säng nära toalett vilket sker oavsett om fallrisk föreligger eller inte. Omvårdnadsteoretikern Orlando menar att automatiska omvårdnadsåtgärder inte är god omvårdnad utan det är av största vikt att sjuksköterskan individanpassar åtgärderna istället för att utföra dem på rutin (Selanders et al., 1995).

Dokumentation

Endast 52,9 % av fallen var rapporterade i avvikelssystemet. Enligt patientsäkerhetslagen 4 § är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att rapportera händelser som medfört eller kunnat leda till skada (SFS 2010:659). Riktlinjer från Region Skåne säger också att avvikelserapport ska skrivas för alla fall (Andersson et al., 2011). Trots detta visar studiens resultat att så inte är fallet då rapporteringsförekomsten är låg. I en studie av Berry et al. (2006) uppger 99,8 % av sjuksköterskorna att de är medvetna om avvikelssystemet och 88,3 % vet hur man använder det. Ändå görs det inte alltid. De vanligaste orsakerna till att avvikelser inte rapporterats var att återkoppling till vad som hänt med avvikelserna saknades, att incidenten endast varit ett tillbud och därför inte upplevdes nödvändig att rapportera, att det inte fanns tid att skriva en avvikelse eller att det glömdes bort på grund av stress. En annan studie av Haines, Cornwell, Fleming, Varghese, & Gray (2008) bekräftar också dessa faktorer. Ytterligare faktorer som uppgavs var dålig tillgänglighet till datorer och krångliga tidskrävande datorsystem, speciellt när fallet måste rapporteras på olika ställen, både i journal och avvikelssystem. Många ansåg att det var viktigt att rapportera i journalen och detta upplevdes också ofta som snabbare. Om avvikelse sedan rapporterades eller inte upplevdes inte göra någon skillnad för varken personal eller patient. När inte avvikelserapporterna förvarades i patientens journal/pärm kunde inte personalen kontrollera om tidigare avvikelser fanns och då inte heller utvärdera om det fanns några gemensamma faktorer för fallen för att på så sätt kunna förebygga nya fall. Att inte ha tillgång till avvikelserna efter rapportering upplevdes leda till sämre rapportering (Haines et al., 2008).

När epikriserna studerades framgick att endast 42,9 % av fallen dokumenterades. I majoriteten av övriga patienters epikriser var det uttryckligen dokumenterat att fall inte hade inträffat, trots att det i journalen fanns dokumenterat under sökordet fall. Detta tyder på dålig noggrannhet vid dokumenterandet av omvårdnadsepikriser samt dålig kommunikation mellan

personalen. Om de inte vet att fall inträffat är de kanske inte heller medvetna om att hög risk föreligger hos patienten. Hos ett antal patienter fanns en avvikelse skriven avseende fall fast det inte var dokumenterat under sökordet fall i journalen. Finns fallet inte dokumenterat under rätt sökord i journalen blir det svårt för övrig personal att uppmärksamma. Om personalen inte alls dokumenterat fallet blir det omöjligt för övrig personal att skriva det i epikris eller överrapportera incidenten till andra instanser för fortsatt förebyggande arbete i hemmet. En studie visar att äldre patienter har en ökad risk att falla efter utskrivning från sjukhus. I studien föll 40 % minst en gång inom 6 månader och 54 % av fallen resulterade i skada (Hill et al., 2011). Därför är det mycket viktigt att fallrisk och inträffade fall faktiskt rapporteras vidare.

Jämförelse mellan ortopedi och medicin

En studie av Milisen et. al. (2007) visar att fallincidensen på kirurgisk respektive medicinsk avdelning skiljer sig markant, 3,2 fall per 1000 vård dagar på kirurgavdelning respektive 9,6 på medicinavdelning. Detta bekräftas också av en annan studie av Schwendimann et. al. (2008) med 2,1 respektive 6,9 fall per 1000 vård dagar. I den här studien är incidensen något större inom ortopedi med 4,3 fall per 1000 vård dagar jämför med medicin som har 3,9 fall per 1000 vård dagar men någon markant skillnad gick inte att se. Eftersom det inte fanns någon större skillnaden avseende på andelen riskpatienter talar det för att skillnaden inte skulle vara så stor avseende på fall heller. Att det skiljer från andra studier kan bero på att den kirurgiska specialiteten ortopedi studerats och inte alla kirurgiavdelningar.

De signifikanta skillnaderna som sågs mellan avdelningarna var gällande riskbedömning och avvikelserapportering. Att ortopedavdelningarna visade ett generellt bättre resultat än medicinavdelningarna kan bero på flera faktorer. En förklaring kan vara att patienterna på ortopedien ofta är inlagda på grund av skada efter fall. Därför kan det tänkas att personalen är mer uppmärksamma på detta och eftersom de dagligen arbetar med den här typen av skador kanske också är mer medvetna om konsekvenserna av fallskador. På så sätt kan det ha motiverat dem att vara noggrannare vid det preventiva arbetet mot fall.

Slutsats och kliniska implikationer

Denna studie visar att fall är vanligt förekommande inom den somatiska vården. Nästan hälften av fallen resulterade i någon skada hos patienten, vilket visar att detta är ett viktigt område att arbeta förebyggande mot. Under studien noterades att dokumentationen var bristfällig på samtliga avdelningar. Riskbedömning och prevention behöver förbättras för att minska antalet fall, minska lidande för patienten och minska vårdkostnaderna.

Författarnas förhoppning är att studien ska resultera i ett förbättrat patientsäkerhetsarbete genom utvärdering av kvalitetsarbetet gällande fall och fallskador. Genom att vårdpersonal på berörda avdelningar får ta del av resultatet kan detta implementeras i verksamheten. Ett förslag till förbättring för att öka avvikelserapporteringen kan vara att från journalsystemet kunna gå vidare till avvikelssystemet för att inte behöva logga in på två ställen och att i så fall kunna få med patientuppgifterna. Detta kan spara tid och underlätta när det ständigt är pressat läge på avdelningarna.

Inför framtida forskning hade en idé varit att granska fallen specifikt under en längre tid för att få ett större underlag och även studera riskbedömningsinstrumentets tillförlitlighet för att eventuellt kunna förbättra detta ytterligare.

Författarnas arbetsfördelning

Journalgranskningen utfördes tillsammans för alla patienterna. Även dataanalysen gjordes gemensamt och författarna har i lika stor utsträckning arbetat med bakgrund, resultat och diskussion.

Referenser

- Andersson, S., Bergenek, M., Brogårdh, C., Nilsson, I., Nordell, E. & Persson, C. (2011). *Handbok fallprevention: Riskbedömning och preventiva åtgärder*. Malmö: Skånes universitetssjukhus.
- Berry, J., DeWit, M., Esterman, A., Evans, S., O'Shaughnessy, J., Selim, P. & Smith, B. (2006). Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Quality and safety in health care*. 15(1) 39–43.
- Birge, S., Costantinou, E., Dungan, W. C., Fisher, I., Fraser, V. J., Hitcho, E. B., ... Nast, P. A. (2004). Characteristics and Circumstances of Falls in a Hospital Setting. *Journal of general internal medicine*, 19(7), 732-739
- Björk, J. (2011). *Praktisk statistik för medicin och hälsa*. Stockholm: Liber.
- Cumming, R., Sherrington, C., Lord, S., Simpson, J., Vogler, C., Cameron, I. & Naganathan, V. (2008). Cluster randomised trial of a targeted multifactorial intervention to prevent falls among older people in hospital. *BMJ*, 336(7647), 758–760.
- Dykes, P., Carroll, D., Hurley, A., Lipsitz, S., Benoit, A., Chang, F., ... Meddleton, B. (2010). Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial. *The Journal of the American Medical Association*. 304(17), 1912-1918.
- Fischer, I., Krauss, M., Dunagan, W., Birge, S., Hitcho, E., Johnson, S., ... Fraser, V. (2005). Patterns and predictors of inpatient falls and fall-related injuries in a large academic hospital. *Infection Control and Hospital Epidemiology of America*. 26(10), 822-827.
- Gyllensvärd, H. (2009). *Fallolyckor bland äldre - en samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Haines, T., Cornwell, P., Fleming, J., Varghese, P & Gray, L. (2008). Documentation of in-hospital falls on incident reports: Qualitative investigation of an imperfect process. *BMC Health Services Research*. 8(254).

Healey, F., Monro, A., Cockram, A., Adams, V. & Heseltine, D. (2004). Using targeted risk factor reduction to prevent falls in older in-patients: a randomized controlled trial. *Age and Ageing*. 33, 390–395.

Healey, F., Scobie, S., Oliver, D., Pryce, A., Thomson, R. & Glampson, B. (2008). Falls in English and Welsh hospitals: a national observational study based on retrospective analysis of 12 months of patient safety incident reports. *Quality and Safety Health Care*. 17(6), 424-430.

Hill, A-M., Hoffman, T., McPhail, S., Beer, C., Hill, K., Oliver, D., Brauer, S. & Haines, T. (2011). Evaluation of the Sustained Effect of Inpatient Falls Prevention Education and Predictors of Falls After Hospital Discharge—Follow-up to a Randomized Controlled Trial. *The journals of gerontology* 66(9), 1001-1012.

Hosseini, H. & Hosseini, N. (2008). Epidemiology and prevention of fall injuries among the elderly. *Hospital topics* 86(3), 15-20.

Idvall, E. (Red.). (2009) *Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad*. Stockholm: Gothia förlag.

Krauss, M., Nguyen, S., Dunagan, W., Birge, S., Costantinou, E., Johnson, S., ... Fraser, V. (2007). Circumstances of patient falls and injuries in 9 hospitals in a midwestern healthcare system. *Infection Control and Hospital Epidemiology of America*. 28(5), 544-550.

Källstrand-Ericson, J & Hildingh, C. (2009). Visual impairment and falls: a register study *Journal of Clinical Nursing*. 18(3), 366-372.

Lamb, S., Jorstad-Stein, E., Hauer, K. & Becker, C. (2005). Development of a common outcome data set of fall injury prevention trails: The prevention of falls network Europe consensus. *Journal of American Geriatrics Society* 53(9), 1618-1622.

Lindvall, L. & von Post, I. (2006). *Människan i det perioperativa vårdandet – antropologisk och etisk reflektion*. Karlstad: Universitetstryckeriet.

Lord, S., Sherrington, C., Menz, H. & Close, J. (2007). *Falls in older people: Risk factors and strategies for prevention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Milisen, K., Staelens, N., Schwendimann, R., Se Paepe, L., Verhaeghe, J., Braes, T., ... Dejaeger, E. (2007). Fall Prediction in Inpatients by Bedside Nurses Using the St. Thomas's Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatients (STRATIFY) Instrument: A Multicenter Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 55(5), 725–733.

Nilstun, T. (1994). *Forskningsetik i vård och medicin*. Malmö: Studentlitteratur.

Nyberg, L., Gustafson, Y., Janson, A., Sandman, PO. & Eriksson, S. (1997). Incidence of falls in three different types of geriatric care. A Swedish prospective study. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 25(1), 8-13.

Olsson Möller, U., Midlöv, P., Kristensson, J., Ekdahl, C., Berglund, J. & Jakobsson, U. (2013). Prevalence and predictors of falls and dizziness in people younger and older than 80 years of age – A longitudinal cohort study. *Archives of gerontology and geriatrics*. 56(1), 160-168.

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.

Ryen, L. (2010). *Samhällets kostnader för fallolyckor: Resultat*. Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

Schwendimann, R., Buhler, H., De Geest, S. & Milisen, K. (2008). Characteristics of hospital inpatient falls across clinical departments. *Gerontology* 54, 342-348.

Selanders, L., Schmieding, N. & Hartweg, D. (1995). *Anteckningar om Omvårdnadsteorier IV*. Lund: Studentlitteratur.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2 februari, från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 30 januari, 2012, från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2010:659>.

SOSFS 2011:9. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 30 januari, 2012, från http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-9/Documents/SOSFS_2011_9.pdf.

Skog, M. (2008). *Regionalt vårdprogram: Fallprevention*. Stockholm: Stockholms läns landsting.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2008). *Vårdskador inom somatisk slutenvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statistiska centralbyrån. (2011). *Sveriges framtida befolkning 2011 - 2060*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.

Sveriges kommuner och Landsting. (2011). *Fall och fallskador: Åtgärder för att förebygga*. Stockholm: Sveriges kommuner och Landsting.

Bilaga 2*(Finns för utskrift som pdf-fil på www.gothiaforlag.se)***Downton fall risk index***Följande parametrar ingår:*

Poäng

Tidigare kända fallolyckor

Patienten har fallit någon gång under det senaste året	1
Nej	0

Medicinering

Läs medicinlistan och sätt poäng enligt riskbedömningsinstrumentets medicingrupsindelning:

Lugnande/sömnmedel/neuroleptika	1
Diuretika	1
Antihypertensiva (annat än diuretika)	1
Antiparkinsonläkemedel	1
Antidepressiva läkemedel	1
Övriga läkemedel	0

Sensoriska funktionnedsättningar

Ingen	0
Synnedsättning (måttligt till kraftigt nedsatt syn eller blind)	1
Hörselnedsättning (måttligt till kraftigt nedsatt hörsel eller döv)	1
Nedsatt motorik (kraft- eller funktionsnedsättning i någon extremitet)	1

Kognitiv funktionsnedsättning

Orienterad	0
Patienten är inte orienterad till namn, plats eller tid	1

Gångförmågan

Osäker (patienten går osäkert med eller utan gånghjälpmedel och/eller glömmmer att använda hjälpmedlet ibland)	1
Säker (patienten går säkert med eller utan gånghjälpmedel och kommer ihåg att använda hjälpmedlet)	0
Gångförmåga saknas	0

Risikfaktorerna adderas till en indexpoäng (0–11 poäng), där tre (3) poäng eller mer indikerar ökad fallrisk och en "Fallrisk vårdplan" bör upprättas.

Bilaga 2 (2)

	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
<i>1. Avdelning</i>	<i>Ortopedi</i>	<i>Medicin</i>	
<i>2. Ålder</i>			
<i>3. Kön</i>	<i>Man</i>	<i>Kvinna</i>	
<i>4. Fall under vårdtiden</i>	<i>Nej</i>	<i>Ja</i>	<i>Antal:</i>
<i>5. Fallskada vid fall</i>	<i>Nej</i>	<i>Ja</i>	<i>Vilken typ:</i>
<i>6. Riskbedömning utförd</i>	<i>Nej</i>	<i>Ja, inom 24 timmar</i>	<i>Ja, efter 24 timmar</i>
<i>7. Förhöjd risk enligt Downton fall risk index</i>	<i>Nej</i>	<i>Ja</i>	
<i>8. Åtgärdsplan upprättad</i>	<i>Nej</i>	<i>Ja</i>	<i>Vilka åtgärder:</i>
<i>9. Förekommer fallet i omvårdnadsepikris</i>	<i>Nej</i>	<i>Ja</i>	
<i>10. Är avvikelse rapporterad</i>	<i>Nej</i>	<i>Ja</i>	