

Personalutbildning för att förebygga fallskador bland äldre

En delrapport i utvärderingen av
Kompetensstegen

ISBN 978-91-86585-11-2
Artikelnr 2010-3-32

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2010

Förord

År 2007 fick Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) i uppdrag av regeringen att utvärdera Kompetensstegen. Kompetensstegen var en treårig nationell satsning som pågick under åren 2006–2008 och som hade som mål att stödja kommunernas långsiktiga kvalitets- och kompetensutvecklingsarbete inom äldreomsorgen och äldreomsorgen (Dnr S2007/519/ST). Uppdraget har varit att i första hand utvärdera effekten av Kompetensstegen och dess betydelse för de äldre. Utvärderingen innehåller resultat från sex empiriska studier. En av dessa, en studie som undersöker om utbildning av äldreomsorgspersonal kan förebygga fall och fallskador bland äldre, har genomförts av *Elizabeth Åhsberg* vid IMS.

Tack till nedanstående personer som på olika sätt har bidragit till konstruktionen av frågeformuläret och kunskapsprovet, och som har gett värdefulla synpunkter på manuskriptet: *Paul Rogowski och Margareta Hedlund*, Malmö stad; *Lillemor Lundin-Olsson*, Umeå Universitet; *Elisabeth Rydwick*, FoU Äldre Norr; *Ulla Höjgård och Johan Fastbom*, Socialstyrelsen; *Christina Ericsson, Annika Eriksson, Gunilla Fahlström, Britt Mari Hellner, Malin Hultman, Per Arne Håkansson, Ulla Jergeby, Maria Roselius, Knut Sundell, Kerstin Söderholm Carpelan och Katrin Östman*, samtliga vid IMS.

Stockholm i december 2009

Bengt Westerberg
Ordförande i IMS styrelse

Knut Sundell
IMS chef

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	9
Kompetensstegen	9
Uppdraget	10
Fallskador	10
Höftfraktur	12
Kostnader	15
Riskfaktorer	16
Syfte	16
<i>Metod</i>	17
Inventering av utbildning	17
Utbildning	18
Datainsamling	19
Kunskaper	19
Fallskador	19
<i>Resultat</i>	21
Deltagare	21
Kunskaper	22
Kunskap per utbildningsmetod	24
Förändringar i attityd	25
Vad uppges ha skett i praktiken?	27
Fallskador	28
Fallskador per kommun	28
<i>Diskussion</i>	31
Kunskaper	31
Attityder	32
Fallskador	32
Begränsningar	33
Slutsats	35
<i>Referenser</i>	37

Sammanfattning

Kompetensstegen var en treårig nationell satsning på att stödja kommunernas långsiktiga kvalitetsarbete inom vård och omsorg om äldre. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) fick i uppdrag att utvärdera Kompetensstegens effekter för de äldre. Utvärderingen avgränsades till följande kunskapsområden: demens, läkemedel, munhälsa, handläggning och dokumentation samt fallskadeprevention. Denna rapport redovisar den studie som rör utbildning i fallskadeprevention.

Syftet med studien var att undersöka i vilken utsträckning personalens kunskaper ökat efter utbildning, samt om det går att se en minskning av antalet fallskador i de aktuella kommunerna.

Två skilda pedagogiska metoder studerades: dels Räddningsverkets utbildning "Systematiskt arbete för äldres säkerhet inom vård och omsorg" som omfattade två dagar, dels Nestor FoU-centers utbildning "Fall och fallprevention" som omfattade 13 utbildningstillfällen under ca 5 månader. Två datainsamlingar genomfördes: dels via ett frågeformulär (inklusive ett kunskapsprov med 20 frågor) före respektive ett år efter utbildning i 6 kommuner, dels via uppgifter från Patientregistret om antalet allvarliga fallskador under de senaste 10 åren i samma kommuner. Uppgifter hämtades också om ett urval av 4 jämförbara kommuner som inte bedrivit motsvarande utbildning. Totalt besvarade 83 anställda båda formulären (svarsfrekvens 78 procent). Samtliga svarande var kvinnor. De hade en medelålder på 47 år och hade i genomsnitt arbetat i 16 år inom äldreomsorgen. Majoriteten var undersköterskor och arbetade på särskilda boenden eller inom hemtjänsten.

Resultatet visade att personalen hade 70 procent rätt på kunskapsprovet innan utbildningen startade. Ett år senare hade antalet rätt ökat med 10 procent, vilket kunde styrkas statistiskt. Ingen skillnad i kunskapsnivå kunde påvisas mellan de båda pedagogiska ansatserna. Däremot visar analyserna inom grupperna att den längre utbildningen ledde till att deltagarna kunde mer om fallskadeprevention efter utbildningen än före. Samma resultat kunde inte påvisas för den kortare utbildningen. Vidare visar fallskadestatistiken att mellan 20 och 30 allvarliga fallskador (per 1 000 äldre) inträffat varje år under det senaste decenniet i samtliga 10 kommuner. Statistiken antyder dock att antalet fallskador minskat mellan år 2006 och 2007 i de 6 kommuner som utbildat sin personal, men inte i de 4 jämförelsekommunerna.

Sammanfattningsvis ökade utbildning i fallskadeprevention kursdeltagarnas kunskaper inom området, trots att kunskapsnivån var relativt hög redan från början. De två utbildningarna hade olika innehåll och omfattning, men ingen tydlig skillnad i effekt på kunskapsnivån kunde påvisas mellan utbildningarna. Den nationella statistiken antyder en trend där antalet allvarliga fallskador minskade under år 2007 i de kommuner som utbildat sin personal inom ramen för Kompetensstegen. För att veta om detta inte är en del i den naturliga statistiska variationen är det nödvändigt att följa utvecklingen av antalet fallskador under de närmast kommande åren.

Inledning

Kompetensstegen

Kompetensstegen (S 2004:10) var en treårig nationell satsning på att stödja kommunernas långsiktiga kvalitets- och kompetensutvecklingsarbete inom vård och omsorg om äldre. Totalt avsatte staten drygt en miljard kronor på satsningen. Kompetensstegens kansli vid Socialdepartementet fördelade pengarna till kommunerna vid fem ansökningstillfällen under treårsperioden 2005–2007. Kommunerna kunde disponera medlen under år 2006–2008. Utöver detta avsatte kommunerna själva ca en miljard kronor på satsningen, främst för att täcka kostnaden för deltagarnas arbetstid.

Det övergripande syftet med Kompetensstegen var att förbättra kvaliteten på den svenska vården och omsorgen om de äldre. Detta skulle ske genom att

- uppmuntra till ökat kvalitetsarbete genom kompetensutveckling av personalen
- stödja kommunernas långsiktiga arbete med att skapa hållbara system för verksamhetsnära kompetensutveckling
- minska arbetslösheten genom s.k. utbildningsvikariat och höja kompetensen genom grundutbildning för omvårdnadspersonalen.

Det unika med satsningen var att den utgick från kommunernas egna behov när det gällde innehållet i utbildningen. Den statliga styrningen gällde enbart formerna för lärandet, där långsiktighet skulle främjas och aktiviteterna skulle ha en verksamhetsnära karaktär.

Enligt kommunernas ansökningar planerades totalt 1 775 projekt inom ramen för Kompetensstegen. Kommunerna skulle, enligt anvisningarna, bedriva en ”verksamhetsnära kompetensutveckling” i utbildningarna och aktiviteterna. Det innebar att utbildningen skulle ske ”i nära anslutning till arbetsplatsen” och ”utgå från såväl verksamhetens behov som den enskilda individens förutsättningar och behov”. Aktiviteterna skulle också bygga på korta utbildningsmoduler (Regeringskansliet, 2007).

Kompetensstegens kansli har klassificerat de kunskapsområden som kommunerna valde att satsa på i 33 grupper. De *områden* som flest kommuner valde att arbeta med var: bemötande, demensvård, förebyggande insatser, läkarmedverkan, läkemedelsbehandling, mat för äldre, rehabilitering, socialt innehåll, anhörigstöd och vård i livets slutskede.

Kompetensstegens kansli har också klassificerat de *metoder* som kommunerna angav för kvalitets- och kompetensutvecklingen i 18 grupper. Grupperna har inte helt entydiga gränser, men ger en bild av de många olika former som kommunerna valde för att genomföra utbildningarna. Alla metoder

beskrevs som arbetsplatsnära i ansökningarna, vilket i huvudsak innebar att kommunerna utgick från arbetsplatsens verksamhet.

De flesta av landets kommuner deltog i Kompetensstegen: 287 av 290. Många kommuner sökte medel för projekt inom flera olika kunskapsområden. Stora kommuner avsatte särskilda resurser för att sköta ansökningar och aktiviteter i Kompetensstegen. Små kommuner hade inte samma möjligheter, men gick i stället ofta samman och fick stöd av lokala FoU-enheter.

Satsningen har nu följts upp. Detta har främst skett genom att kommunerna, som haft ansvar för att redovisa projekten ekonomiskt och att till viss del beskriva verksamheten, rapporterat till Kompetensstegens kansli. Dessutom har Socialdepartementet delat ut två uppdrag. Dels har Statskontoret utvärderat organiseringen av Kompetensstegen när det gäller beslutsordning, ärendehantering och utbetalning av medel. Dels har IMS utvärderat effekterna av Kompetensstegen på äldreomsorgens kvalitet, dvs. betydelsen för de äldre (detta uppdrag fick IMS år 2007).

Uppdraget

IMS har i samråd med Kompetensstegens kansli beslutat att avgränsa utvärderingen till ett mindre antal kunskapsområden. Initialt valdes områden som kan ses som särskilt viktiga, eftersom många kommuner sökt pengar till aktiviteter här. Det gäller områdena demens, bemötande/etik/värdegrund, dokumentation och rehabilitering. Andra områden har valts ut eftersom de är tydliga förbättringsområden där det är lätt att identifiera och mäta konkreta utfall. Det gäller områdena fallskadeprevention, läkemedel och tandvård. Därefter gjordes ytterligare ett urval utifrån vad som var praktiskt genomförbart med de resurser som utvärderingen fick ta i anspråk.

Utvärderingen omfattar därför följande kunskapsområden: biståndshandläggning och dokumentation, fallskadeprevention, läkemedel, tandvård och munhälsa samt demens. Denna rapport redovisar en studie som rör området fallskadeprevention.

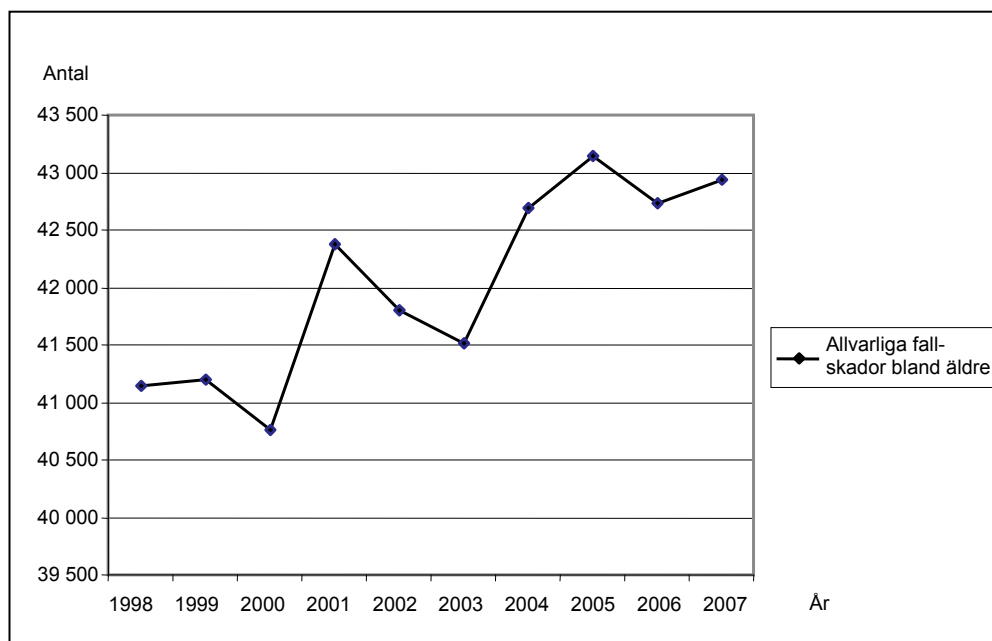
Fallskador

En olycka kan kortfattat definieras som en plötslig händelse som resulterar i något negativt och som är oavsiktlig. En skada kan, lika kortfattat, beskrivas som en kroppslig konsekvens av bl.a. olyckor (Räddningsverket, 2004). Att falla och skada sig kanske inte verkar så dramatiskt, men en sådan händelse kan få allvarliga konsekvenser för den som drabbas. Under år 2001 avled ca 1 100 personer som var 65 år eller äldre inom 30 dagar efter att de varit med om en fallolycka (Räddningsverket, 2004).

Enligt Patientregistret är fallolyckor den vanligaste yttre orsaken till vård, oavsett ålder. Fallolyckor utgör ca 47 procent av de yttre orsakerna. Det totala antalet drabbade, oavsett ålder, har under det senaste decenniet varit relativt konstant i Sverige (Socialstyrelsen, 2008). Flertalet drabbade var kvinnor. Enligt skadestatistiken för riket (medelvärden för åren 2004–2006) och de allra äldsta (samtliga ≥ 80 år) drabbades 19 883 kvinnor och 7 334 män årligen av en fallskada som ledde till vård inom slutenvård (EpC, 2008). Även om det totala antalet drabbade personer inte har förändrats, så har anta-

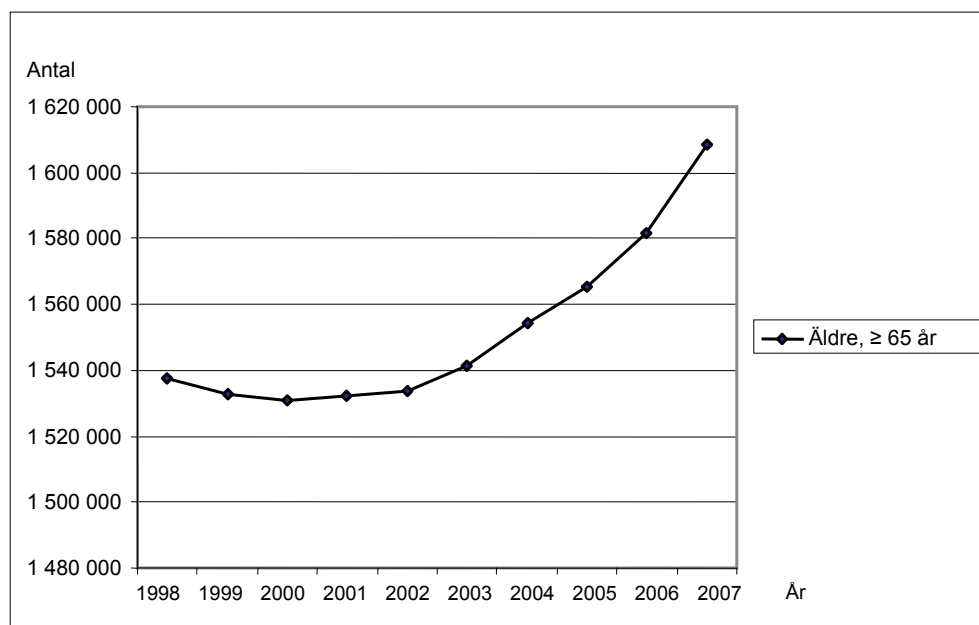
let äldre (≥ 65 år) som blivit inlagda på sjukhus för vård efter en fallolycka ökat från 41 143 (1998) till drygt 42 935 (2007) (se figur 1).

Figur 1. Antalet fallskador som orsakat inläggning på sjukhus för äldre (≥ 65 år) under åren 1998–2007 (EpC, 2008).



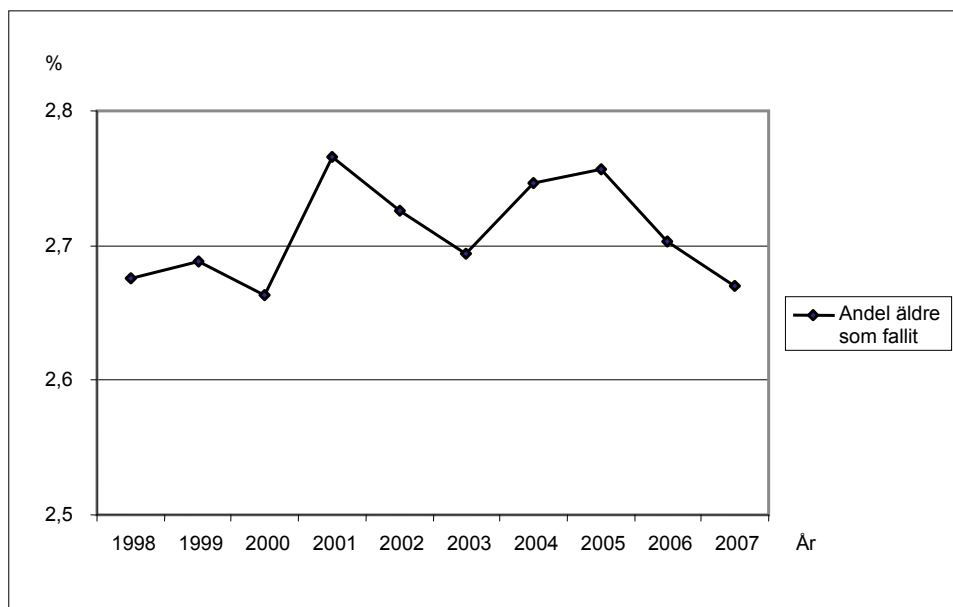
Men under samma tidsperiod har även det totala antalet äldre ökat, från 1 537 656 till 1 608 413 (se figur 2).

Figur 2. Befolkningsutvecklingen för äldre (≥ 65 år) under åren 1998–2007 (SCB, 2008).



Om dessa båda uppgifter kombineras, framkommer det att *andelen* äldre som skadat sig så allvarligt att de blivit inlagda på sjukhus för vård har varit relativt konstant (ca 2,7 procent per år) under det senaste decenniet (se figur 3).

Figur 3. Andel äldre (≥ 65 år) i Sverige som lagts in på sjukhus efter en fallolycka under åren 1998–2007.



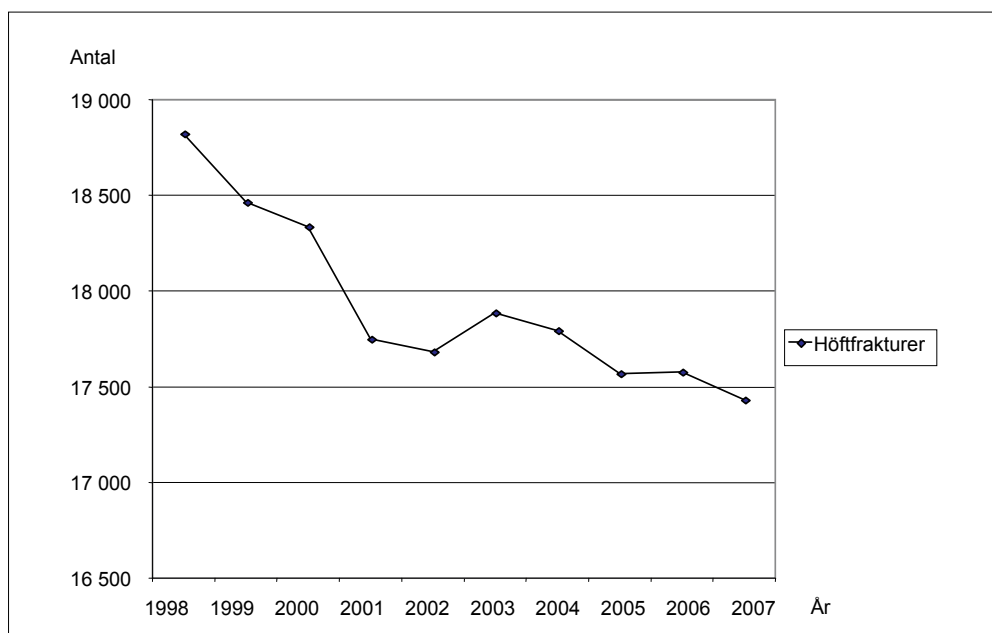
Intressant nog varierar antalet allvarliga fallskador bland äldre ganska mycket mellan Sveriges olika kommuner. Den senast publicerade statistiken visar att under år 2005 varierade antalet drabbade av fallskador från 47 till 223 personer per 1 000 äldre invånare (≥ 80 år) i kommunerna (SKL, 2007). Uppgifterna förklarar dock inte varför det är så stora skillnader mellan kommunerna. Det är möjligt att lokala fallskadepreventiva åtgärder har haft effekt, att uppgifterna från små kommuner speglar slumpmässiga variationer eller att rutinerna vid registreringen av statistiska uppgifter är olika i de olika landstingen. En omdömesgill tolkning kräver kunskaper om lokala förhållanden, och det är främst kommunerna själva som kan värdera utfallet av denna statistik.

Höftfraktur

Enligt Patientregistret är diagnoserna höftfraktur och hjärnskakning vanliga följder av fallolyckor (Socialstyrelsen, 2007a). En höftledsfraktur är en av de allvarligaste följderna, både vad gäller konsekvenser för individen (t.ex. allmäntillstånd och tid för rehabilitering) och för samhället (främst vård- och rehabiliteringskostnader).

Under den senaste tioårsperioden har, som nämnts ovan, det totala antalet fallskador bland äldre som lett till sjukhusvistelse ökat. Om man däremot studerar hur många av dessa skador som var höftfrakturer (en av de allvarligaste skadorna) ser man att dessa har minskat (från ca 18 800 till 17 400) under samma tidsperiod (se figur 4).

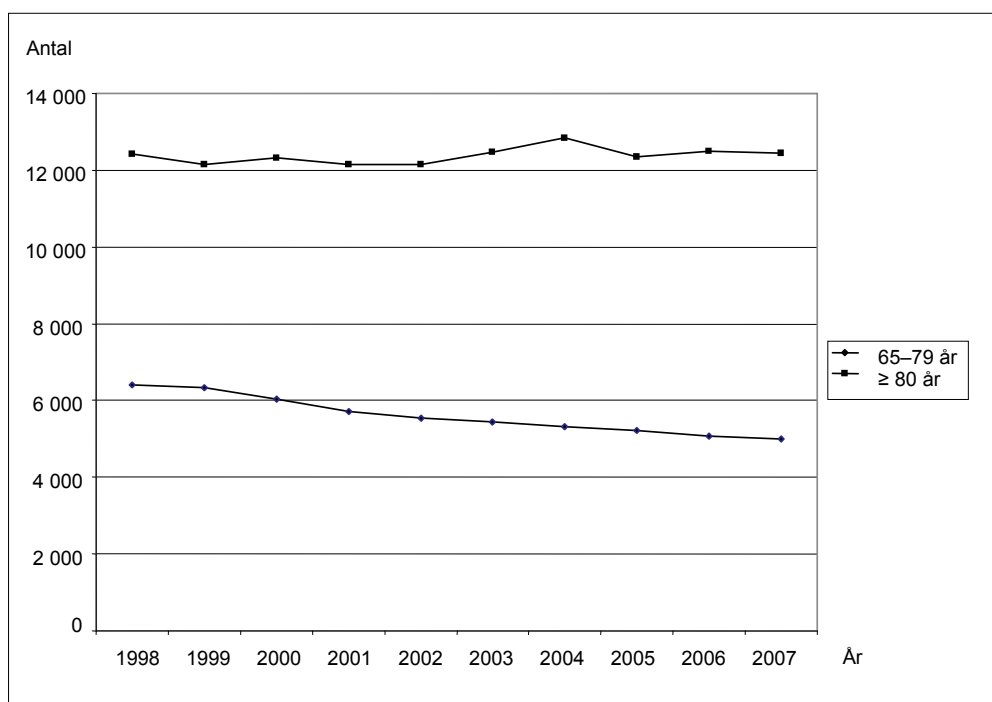
Figur 4. Antalet höftfrakturer, till följd av fallolyckor, som orsakat inläggning på sjukhus för äldre (≥ 65 år) under åren 1998–2007 (EpC, 2008).



Om antalet höftfrakturer jämförs med antalet äldre framkommer det att även *andelen* av dessa allvarliga fallskador har minskat något, från 1,22 procent till 1,08 procent, under det senaste decenniet i Sverige.

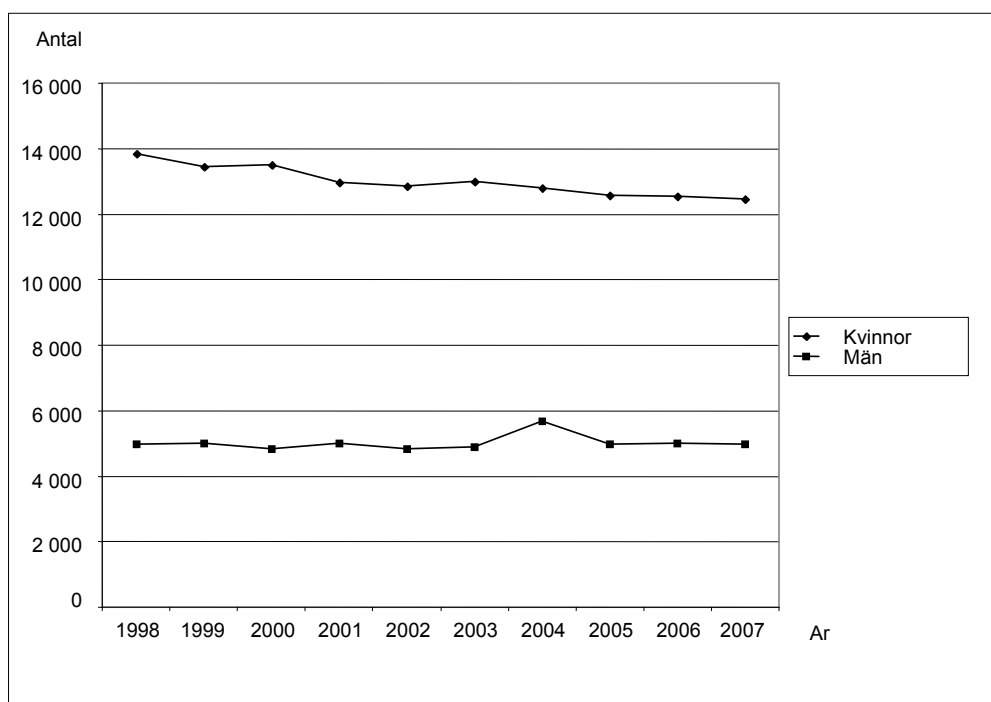
Om dessa höftfrakturer fördelas på ålder framgår det att minskningen har skett bland de yngre (65–79 år), medan antalet höftfrakturer är relativt konstant över tid bland de allra äldsta (≥ 80 år) (se figur 5).

Figur 5. Antalet höftfrakturer, fördelat på ålder (65–79 samt ≥ 80 år), under åren 1998–2007 (EpC, 2008).



Om samma fallskador fördelas på kön framgår det att minskningen har skett bland kvinnorna, medan antalet höftfrakturer är relativt konstant över tid för männen (se figur 6).

Figur 6. Antalet höftfrakturer bland äldre (≥ 65 år), fördelat på kön, under åren 1998–2007 (EpC, 2008).



Sammanfattningsvis har en av de allvarligaste följderna av fall (höftfrakturer) minskat totalt sett, trots att det totala antalet fallskador har ökat. Den minskande trenden för höftfrakturer gäller främst de yngre kvinnorna.

Kostnader

En fallskada innebär i allmänhet personligt lidande för den drabbade individen och en ökad belastning för de anhöriga. Dessutom får en fallskada ekonomiska konsekvenser i form av kostnader för efterföljande vård och rehabilitering. De direkta kostnaderna, dvs. allt utom produktionsbortfall och humanvärdesförlust, varierar beroende på hur allvarlig skadan är. Kostnaderna för en lindrig skada (som behandlas av öppenvården) skattas till ca 2 700 kr, medan kostnaderna för en allvarlig skada (främst frakturer, men även andra skador som behandlas inom slutenvården) skattas till ca 112 500 kr. Kostnaderna för ett dödsfall till följd av ett fall skattas till ca 35 000 kr (Räddningsverket, 2003).

Med hjälp av dessa uppskattningar har de totala direkta samhällskostnaderna för äldres fallskador beräknats till knappt 4,8 miljarder kronor år 2000. Denna kostnad fördelades på 61 000 äldre som skadades lindrigt, 40 700 som skadades allvarligt och 1 030 som avled till följd av fall. Den största kostnaden bar kommuner och landsting, 49 procent vardera. De resterande två procenten betalade de drabbade individerna själva i form av patientavgifter och transportkostnader. Som jämförelse kan nämnas att samhällets direkta kostnader för fallskador bland äldre år 2000 var nästan lika höga som motsvaran-

de kostnader för samtliga personer som skadades eller omkom i trafikolyckor under samma år (5,3 miljarder) (Räddningsverket, 2003).

Statens Folkhälsoinstitut har uppskattat att de totala direkta och indirekta samhällskostnaderna för fallolyckor bland äldre uppgår till ca 14 miljarder kronor årligen (Folkhälsoinstitutet, 2009).

Riskfaktorer

Det är ofta en kombination av faktorer som orsakar fall och fallskador. Exempel på viktiga individuella riskfaktorer är försämringar i kognitiv förmåga, balans- och gångförmåga, reaktionsförmåga, muskelstyrka och syn. Ett exempel på en yttre riskfaktor är att den äldre tar många olika läkemedel. Risker i hemmiljön är också vanliga bidragande orsaker till fall (Lundebjerg, 2001), de flesta fallolyckor bland äldre inträffar just i den egna bostaden eller bostadsmiljön (Matsson, 2000).

Benskörhet är en av de viktigaste faktorerna som bidrar till skador vid fall, och det är också ett utbrett folkhälsoproblem i Skandinavien (Socialstyrelsen, 2007b). Oförmåga att resa sig upp från golvet är en annan faktor som kan bidra till skada eller död efter ett fall. Denna faktor är naturligtvis särskilt viktig om personen blir liggande en längre tid utan hjälp (Rogowski, 2005).

Syfte

Utbildning i förebyggande arbete mot fallskador (fallskadeprevention) har vanligen som övergripande mål att förhindra att äldre (≥ 65 år) faller, och framför allt att förhindra skador som följer på fall. Många kommuner har prioriterat att utbilda vård- och omsorgspersonal i just fallskadeprevention under de senaste åren. T.ex. ansökte 32 kommuner om statliga medel för detta inom ramen för Kompetensstegen. Det är intressant att belysa utbildning i fallskadeprevention, eftersom fallolyckor och påföljande skador är både vanliga och allvarliga bland äldre.

Denna delstudie syftade till att undersöka i vilken utsträckning personalens kunskaper har ökat efter utbildning, samt om det går att se en minskning av antalet fallskador. Frågeställningarna var:

- Vilken effekt har de två nedan beskrivna utbildningarna på personalens kunskapsnivå?
- Har utbildning i fallskadeprevention någon effekt på antalet fallskador bland äldre?

Metod

Enligt uppgift från Kompetensstegens kansli hade 32 kommuner ansökt om att få bedriva utbildning i fallskadeprevention. Initialt genomfördes en inventering av vilka av dessa kommuner som också fått anslag. Inventeringen genomfördes via e-brev och telefonkontakt med kontaktpersoner i respektive kommun. Samtliga 32 kommuner hade i april eller maj 2007 tillfrågats om de bedrev, eller skulle komma att bedriva, utbildning i fallskadeprevention inom ramen för Kompetensstegen.

Inventering av utbildning

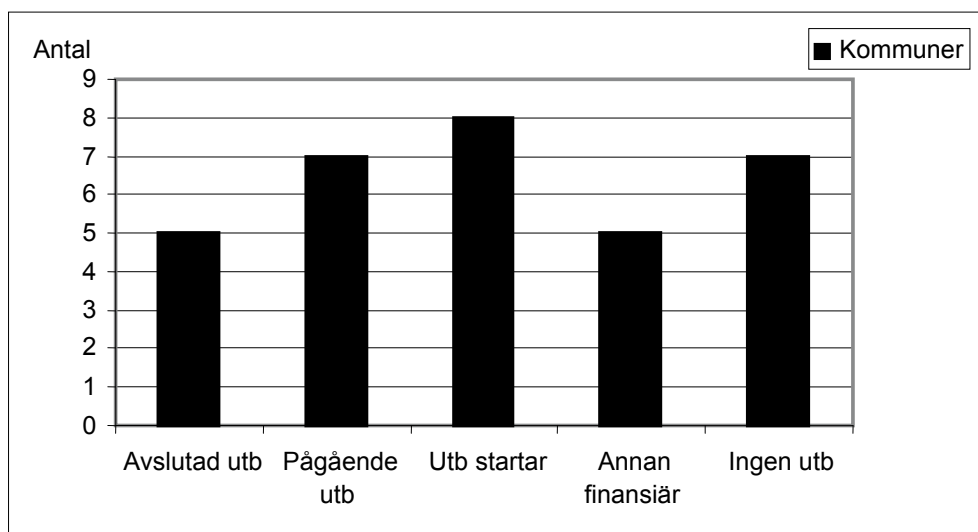
7 av de 32 kommuner som enligt ansökningarna hade sökt medel för utbildning i fallskadeprevention hade inte planerat eller startat någon sådan utbildning. Skälen till detta var antingen att ansökan egentligen inte innehöll någon tydlig önskan om att bedriva utbildning i fallprevention (trots klassificeringen av Kompetensstegens kansli), eller att kansliet inte hade beviljat dem medel till just detta ändamål. Av de 7 kommunerna uppgav 2 att de bedrev fallförebyggande arbete, men inte organiserad utbildning.

Vidare uppgav 5 kommuner att de hade bedrivit utbildning i fallskadeprevention, men att utbildningen hade avslutats. Ytterligare 5 kommuner bedrev utbildning i fallprevention, men med annan finansiering.

15 kommuner bedrev för närvarande utbildning i fallprevention inom ramen för Kompetensstegen. Av dessa planerade 8 kommuner att utbilda nya personalgrupper under den resterande projektiden (dvs. från hösten 2007 till och med december 2008) (se figur 7).

Dessa 8 kommuner tillfrågades om de ville delta i en studie om personalens kunskaper i ämnet. 2 av kommunerna valde dock senare att inte genomföra utbildningen. Skälen till detta var dels personalbrist (att genomföra utbildning vid den aktuella tidpunkten skulle ha äventyrat den ordinarie verksamheten), dels en ändrad inriktning (man kunde konstatera att fallskador inte var något lokalt problem och man prioriterade därför ett annat ämne i stället). Detta innebar att det återstod 6 kommuner som tackade ja till att delta i studien.

Figur 7. Status för utbildning i fallskadeprevention (2007) i de kommuner som ansökt om finansiering för detta från Kompetensstegen (antal, n = 32).



Utbildning

Ett flertal pedagogiska metoder användes i de 25 kommuner som bedrev utbildning i fallskadeprevention under 2006–2008. Några kommuner erbjöd personalen en föreläsning antingen under ett par timmar eller under en dag. Endagsföreläsningarna kombinerades vanligen med tid för diskussion eller föreläsning i andra ämnen (t.ex. demenssjukdomar eller nutrition).

I de 6 kommuner som ingick i studien användes två skilda pedagogiska metoder. Dessa var:

- 1) Räddningsverkets (SRV:s) utbildning ”Systematiskt arbete för äldres säkerhet inom vård och omsorg”, som omfattade 2 dagar.
 - a) Utbildningen genomfördes i form av föreläsningar och grupparbeten.
 - b) Utbildningen innehöll ämnena
 - i) systematiskt säkerhetsarbete
 - ii) etik
 - iii) åtgärder (Haddons matris, olycks- och händelseutredning, fallrapporter, checklistor)
 - iv) erfarenhetsutbyte.
- 2) Nestor FoU-centers utbildning ”Fall och fallprevention”, som omfattade 13 utbildningstillfällen under ca 5 månader.
 - a) Utbildningen genomfördes i form av föreläsningar och grupparbeten. 4 heldagar med s.k. lärandeseminarier varvades med 9 träffar i studiecirkelform på arbetsplatsen samt 3 frivilliga examinationsuppgifter som den kommunala vuxenskolan granskat.
 - b) Utbildningen innehöll ämnena
 - i) åldersförändringar, miljö och fallolyckor
 - ii) sjukdomar och fallolyckor
 - iii) läkemedel, kost och aktivitet.

Datainsamling

För att samla in två skilda typer av data valdes två tillvägagångssätt. Dels en datainsamling via frågeformulär vid två tillfällen, för att mäta om personalens kunskaper om fallskadeprevention förändrats efter utbildning. Dels en datainsamling genom registerutdrag från Patientregistret om antalet allvarliga fallskador, för att få en bild av utvecklingen av fallskadorna under de senaste tio åren. Se nedan för en mer detaljerad beskrivning.

Kunskaper

Utbildningsdeltagarna fick besvara ett frågeformulär före respektive ett år efter utbildningen. Deltagarna fick information om studien (muntligt och skriftligt) samma morgon som utbildningen startade. Därefter tillfrågades de om de ville medverka i studien. De som ville delta besvarade då det första frågeformuläret (se bilaga 1). Ett år senare skickades det andra formuläret (se bilaga 2) via post till den adress som var och en i personalen uppgivit (hem- eller arbetsplatsadress). Två påminnelser skickades, båda med nytt formulär och svarskuvert. Den första påminnelsen skickades till alla som inte svarat på det första utskicket. Därefter kontaktades de arbetsplatser som var aktuella via telefon för att undersöka om personerna fortfarande fanns kvar i tjänst. Sedan skickades en andra påminnelse.

Formuläret bestod av några bakgrundsfrågor, en faktadel där den svarande tog ställning till ett antal påståenden samt några attitydfrågor (se bilaga 1 och 2). Faktadelen, som ger information om vilka kunskaper den svarande har, bestod av totalt 20 påståenden, varav hälften var fel och hälften var rätt. Svarsalternativen var rätt, fel respektive vet ej. 6 påståenden handlade allmänt om fallskador, medan 2–3 påståenden vardera rörde områdena balans- och styrketräning, läkemedel, kost, hjälpmedel och bostadsanpassning.

Formuläret, som är utarbetat på IMS, är delvis baserat på det formulär som användes i projektet ”Randomiserad och kontrollerad studie om arbete för att förebygga fallskador” i Örebro. 8 oberoende personer har granskat det aktuella formuläret, varav 4 med särskild kunskap i ämnet (3 sjukgymnaster och 1 läkare). 10 undersköterskor och vårdbiträden i äldreomsorgen har också besvarat formuläret för att testa frågornas formuleringar och svarsalternativ.

Resultatet redovisas beskrivande (med summa, medelvärde och procent), inklusive en jämförelse av resultaten från faktadelen i frågeformuläret från de två mättillfällena. Skillnader mellan och inom grupper prövades först med variansanalys, och därefter prövades skillnader inom grupper ytterligare med t-test för upprepad mätning.

Fallskador

Epidemiologiskt Centrum (EpC) på Socialstyrelsen bidrog med uppgifter ur Patientregistret om antalet äldre personer (≥ 65 år) som lagts in på sjukhus efter fallolyckor under åren 1998–2007. Antalet var fördelat kommunvis. Avsikten var att få en bild av utvecklingen av antalet allvarliga fallskador i de kommuner som bedrivit utbildning i fallskadeprevention. Dessa siffror kan senare kompletteras med uppgifter om fallskador fram till t.ex. år 2009

(dvs. året efter den senaste utbildningen inom ramen för Kompetensstegen), som blir tillgängliga på EpC under hösten 2010.

För att kunna jämföra fallskadestatistiken i dessa kommuner med något, gjordes ett urval av ett antal kommuner som uppgett att de inte utbildade sin personal inom vård och omsorg i skadeförebyggande arbete för äldre (totalt ca 35 procent av landets 290 kommuner). Dessa uppgifter kom från en enkät som Sveriges Kommuner och Landsting hade skickat ut till landets samtliga kommuner under 2007 (SKL, 2008). Urvalet av jämförbara kommuner gjordes här främst med avseende på uppskattad kostnad för äldreomsorgen, antal invånare samt andel äldre i befolkningen (se tabell 1).

Uppgifterna från EpC bearbetades och resultaten redovisas här beskrivande (summa, procent samt antal per 1 000 äldre invånare) för de aktuella kommunerna. Måttet ”antal per 1 000 äldre invånare” valdes för att göra olika stora kommuner jämförbara med varandra.

Tabell 1. Antal invånare i december 2006, andel äldre personer (≥ 65 år) i procent samt klassificering av standardkostnad (SK) för äldreomsorgen kombinerat med kommunstorlek*

– beskrivningen rör dels de kommuner som genomfört personalutbildning i fallskadeprevention inom ramen för Kompetensstegen, dels jämförbara kommuner som inte genomfört motsvarande utbildning

<i>Utbildning inom Kompetensstegen</i>	<i>Antal invånare</i>	<i>% äldre</i>	<i>SK</i>	<i>Ingen mot- svarande utb.</i>	<i>Antal invånare</i>	<i>% äldre</i>	<i>SK</i>
Haninge	72 956	12	7	Sundsvall	94 516	18	7
Södertälje	81 791	15	7				
Hallstahammar	15 042	21	5	Hedemora	15 380	21	5
Tyresö	41 476	13	4	Sigtuna	36 976	13	4
Nynäshamn	24 992	17	4				
Kungsör	8 221	19	2	Östra Göinge	13 886	19	2

* Standardkostnad är ett mått som Socialstyrelsen har tagit fram för att jämföra vården och omsorgen om de äldre (Socialstyrelsen, 2007c). Samtliga kommuner har grupperats i tre nivåer: låg, mellan och hög standardkostnad. Klassificeringen grundas på faktorer som har betydelse för resursanspråken på äldreomsorgen: främst ålders- och könsfördelning, yrke, civilstånd och utomnordisk bakgrund. Standardkostnaden kan vidare relateras till antal invånare (< 15 000, 15 000–50 000, > 50 000), vilket totalt ger nio grupper av kommuner.

Resultat

Deltagare

Totalt besvarade 107 personer frågeformuläret före utbildningens start, vilket var samtliga tillfrågade. Ett år efter utbildningens start svarade 83 personer på det andra formuläret. Det innebär att ca 78 procent deltog i båda mätningarna. Resultatet nedan är baserat enbart på dessa 83 personer, vilka representerade de 6 kommuner med utbildning som anges i tabell 1. Samtliga personer var kvinnor. De hade en medelålder på 47 år och hade i genomsnitt arbetat i 16 år inom äldreomsorgen. Utbildning och typ av arbetsplats fördelade sig på de två utbildningsmetoderna enligt tabell 2.

Tabell 2. Antal personer per utbildning – utbildning under 2 dagar (Räddningsverket) respektive 13 dagar under 5 månader (Nestor FoU-center) – fördelat på grundutbildning, typ av arbetsplats samt ålder och arbetslivserfarenhet (n = 83)

	2 dagars utb. (n = 31)	13 dagars utb. (n = 52)
<i>Grundutbildning</i>		
Vårdbiträde	5	7
Undersköterska	21	39
Sjuksköterska	0	1
Sjukgymnast	2	0
Arbetsterapeut	1	0
Annat	2	5
<i>Arbetsplats</i>		
Hemtjänst/hemsjukvård	11	6
Särskilt boende	11	34
Annat	5	2
Flera verksamheter	1	10
Ålder, m (min–max)	48 (35–62)	46 (19–64)
Arb.livserf., år, m (min–max)	19 (4–39)	14 (1–41)

Bortfallet skiljde sig inte nämnvärt från den grupp som redovisas här (med avseende på ålder, utbildning, arbetslivserfarenhet och arbetsplats). Vid den andra mätningen framkom det att 9 personer hade slutat på sina arbetsplatser, medan resterande 18 personer inte besvarade formuläret trots två påminnelser.

Kunskaper

På det första kunskapsprovet, före utbildningen, svarade deltagarna ($n = 83$) i medeltal rätt på 14,1 av de 20 påståendena ($sd = 2,9$). Dvs att ca 70 procent av svaren var rätt. Ett år efter utbildningens start var motsvarande siffra 15,9 ($sd = 2,2$), vilket innebar att ca 80 procent av svaren var rätt. Denna skillnad visar att kunskaperna om fallskador och fallskadeprevention totalt sett har ökat bland dem som utbildats ($F = 13,6$; sannolikhet, $p = < 0,001$).

Andelen rätta svar per påstående redovisas i tabell 3. Här framgår att andelen rätta svar är fler vid 18 av de 20 påståendena, ett år efter utbildningens start. I synnerhet har kunskapen om synens betydelse och effekten av höft-skyddsbyxor ökat. De två undantagen från ökningen av andelen rätta svar gäller påståendena om benskörhet och balansträning.

Tabell 3. Påståenden i kunskapsprov (bilaga 1 och 2) och andel rätta svar (i procent) vid mätning före respektive efter utbildning, samt skillnad i andel rätta svar mellan mätningarna (diff)* för samtliga deltagare (n = 83) (kursiverade påståenden är felaktiga)

Påstående nr	Före utb. Diff. %	Efter utb. %	
Allmänt			
1. Fler äldre människor dör som en följd av ett fall än av en trafikolycka	79,5	94,0	14,5
2. Synfel är en av de vanligaste orsakerna till fall	39,8	69,9	33,0*
3. Inkontinens kan ha ett samband med risken för att falla	78,3	86,7	8,4
4. <i>Alla kvinnor som är äldre än 70 år lider av benskörhet</i>	65,1	62,7	-2,4
5. <i>Rädsla för fall har inget samband med risken för att falla</i>	66,3	69,9	3,6
6. <i>Höftfrakturer är lika vanliga bland män som bland kvinnor</i>	50,6	65,1	14,5
Balans och styrketräning			
7. Fysisk träning som förbättrar balansen är dokumenterat effektiv	89,2	96,4	7,2
8. <i>Muskelstyrkan kan tränas och därmed stärkas, men högst till 75 års ålder</i>	74,7	75,9	1,2
9. <i>Balans kan tränas och därmed förbättras, men högst till 80 års ålder</i>	68,7	68,7	0
Läkemedel			
10. Behandling med psykofarmaka kan öka risken för fall	86,7	96,4	9,3
11. Att använda många läkemedel innebär en ökad risk för biverkningar	89,2	95,2	6,0
12. <i>Äldre personer är i allmänhet mindre känsliga för läkemedel än yngre</i>	68,7	77,1	8,4
Kost			
13. D-vitamin är nödvändigt för att kunna lagra kalcium i skelettet	7,3	80,7	88,0
14. <i>Kosten har ingen betydelse för risken att falla och få en fraktur</i>	2,4	89,2	91,6
15. <i>Kroppsvikten har ingen betydelse för skaderisken vid ett fall</i>	6,0	68,7	74,7
Hjälpmedel			
16. Forskning har visat att höftskyddsbyxor kan minska antalet höftledsfrakturer hos äldre som bor på särskilda boenden	72,3	91,6	19,3
17. <i>Alla som får höftskyddsbyxor gratis använder dem</i>	42,2	59,0	16,8
Bostadsanpassning			
18. En nattlampa kan bidra till att fallrisken minskas	94,0	98,8	4,8
19. Att anpassa hemmiljön hos fallbenägna personer kan minska fallrisken	97,6	98,8	1,2
20. <i>Forskning har visat att fysiska restriktioner (t.ex. brickbord, bälten) minskar fallrisken för äldre personer</i>	9,6	13,3	3,7

* p < 0,001. Endast denna konservativa signifikansnivå redovisas pga. risken för masssignifikans.

För att undersöka närmare vilken betydelse arbetslivserfarenhet och typ av arbetsplats hade för personalens kunskaper delades de svarande upp. Uppdelningen rörde dels tjänstgöringstid inom äldreomsorgen (över respektive

under median, md = 15 år), dels arbetsplats (inom hemtjänst eller särskilt boende).

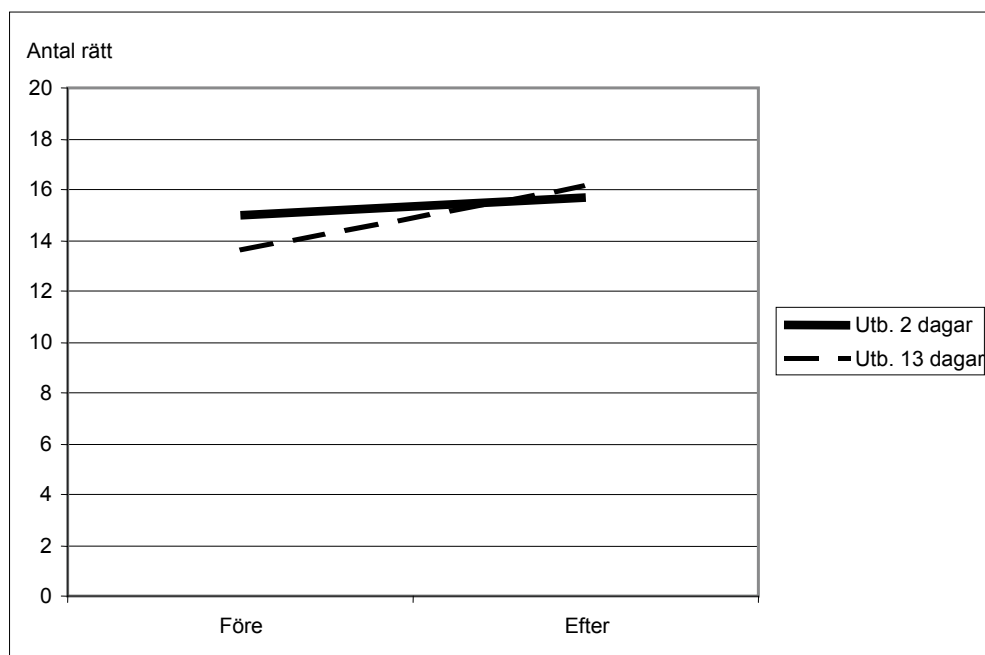
De som hade relativt kort arbetslivserfarenhet (≤ 15 år, $n = 41$) hade 13,5 respektive 15,9 rätt före respektive ett år efter utbildningens start. Motsvarande siffror för dem med lång arbetslivserfarenhet (≥ 16 år, $n = 42$) var 14,7 respektive 16,0. När det gäller arbetsplatser hade personalen inom hemtjänsten ($n = 17$) 15,0 respektive 15,9 rätt före respektive ett år efter utbildningens start. Motsvarande siffror för personalen på särskilda boenden ($n = 47$) var 13,4 respektive 15,6.

Arbetslivserfarenheten på de respektive arbetsplatserna var marginellt lägre på de särskilda boendena (medeltal, $m = 15$ år), jämfört med hemtjänsten ($m = 16$ år). Dessa relativt små skillnader var inte heller statistiskt signifikanta. Det innebär att varken arbetslivserfarenhet ($F = 0,39$; $p > 0,05$) eller typ av arbetsplats ($F = 1,27$; $p > 0,05$) hade någon inverkan på provresultatet.

Kunskap per utbildningsmetod

När det gäller de två skilda utbildningarna visar resultatet att det inte var några skillnader mellan de båda grupperna i antalet rätt på kunskapsprovet ($F = 0,87$; $p = > 0,05$). Båda personalgrupperna fick fler rätt vid den andra mätningen. Däremot var ökningen inom gruppen statistiskt signifikant enbart för deltagarna med 13 dagars utbildning ($t = 7,18$; $p = < 0,001$), och inte för deltagarna som utbildats under två dagar ($t = 1,72$; $p = > 0,05$). Spridningen var dessutom större bland de deltagare som gått den längre utbildningen (före $sd = 3,3$; efter $sd = 2,4$) jämfört med dem som gått den längre utbildningen (före $sd = 1,7$; efter $sd = 2,0$) (se figur 8).

Figur 8. Antal rätt svar i medeltal (m) per utbildning, vid mätning före respektive efter utbildning.



Förändringar i attityd

Deltagarna besvarade också några frågor om hur de ser på fallskadeprevention (se bilaga 1 och bilaga 2). Totalt sett tyckte sig flertalet svarande ha ett stort behov av kunskap om fallskadeprevention före, men inte efter, utbildningen. Det allmänna intresset för fallprevention beskrevs också som högre före utbildningen, både för den närmaste arbetsledaren, kollegorna och den svarande själv. Däremot uppgav deltagarna att den egna uppmärksamheten på läkemedelsanvändning hade ökat efter utbildningen.

En skillnad mellan de två utbildningarna var att de som hade deltagit i två-dagarsutbildningen i högre grad än tidigare tyckte att träning för äldre var viktigt. De ansåg även att arbetsledarnas intresse för fallskadeprevention hade ökat under året (se tabell 4).

En annan skillnad var att den allmänna motivationen för att delta i utbildningen från början verkar ha varit högre hos dem som skulle delta i den längre utbildningen. Dessa deltagare uppgav i högre grad att det egna behovet av mer kunskap var stort eller mycket stort, liksom arbetsledares och kollegors förmodade intresse för fallskadeprevention.

Tabell 4. Andel svar (i procent) för uppfattningar om fallskadeprevention vid mätning före respektive efter utbildning, samt skillnad mellan mätningar (diff), per utbildning och för totalt antal deltagare.

Utbildning	2 dagar, n = 31				13 dagar, n = 52				Totalt, n = 83			
Uppfattningar %	Före utb.		Efter utb.		Diff.		Före utb.		Efter utb.		Diff.	
Behovet att veta mer om fallprevention är stort/ganska stort	93,6		45,2		-48,4*		94,2		26,5		-67,5*	
Mitt intresse för att förebygga fall bland äldre är stort/mycket stort	100		90,4		-9,6		96,2		90,4		-7,1	
Min närmsta arbetsledares intresse för fallprevention är stort/mycket stort			45,4		58,0		12,6		65,1		54,2	
10,9												
Mina närmsta kollegors intresse för fallprevention är stort/mycket stort			58,1		67,8		7,9		73,5		73,4	
0,1												
Träningsinsatser för riskpersoner har stor/största tänkbara betydelse	80,6		93,5		12,9		84,6		86,8		3,6	
Min uppmärksamhet på läkemedelsanvändning är stor/största tänkbara			51,7		61,3		9,6		21,1		67,4	
16,8												
Det går att minska antalet fall på den egna arbetsplatsen	83,9		83,9		0		86,5		84,3		-1,2	

* p < 0,001. Endast denna konservativa signifikansnivå redovisas pga. risken för masssignifikans.

Före utbildningen beskrev deltagarna också med egna ord vad de ansåg att man i allmänhet bör göra när en vårdtagare fallit. Svaren kan huvudsakligen delas in i sex kategorier (se tabell 5). Dessa visar att personalen både före och efter utbildningen ansåg att det man främst bör göra vid en fallolycka är att fråga hur den äldre mår och undersöka om han eller hon skadat sig. Före utbildningen ansåg flertalet att den näst viktigaste åtgärden var att kontakta en sjuksköterska, en läkare eller tillkalla ambulans.

Ett år efter utbildningen valde färre personer att beskriva vad de tyckte att man bör göra vid en fallolycka. Resultatet från dem som svarat visar dock att de nu ansåg att den näst viktigaste åtgärden var att de själva skulle försöka förebygga ytterligare fall. Dessutom nämnde några nu att läkemedelsgenomgångar kan vara viktiga som ett led i fallskadepreventivt arbete.

Tabell 5. Andel förslag (i procent) på vad man i allmänhet bör göra vid en fallolycka, vid mätning före respektive efter utbildning, n = 83.

Förslag	Före utb. %	Efter utb. %
Fråga hur den äldre mår och undersöka om han eller hon skadat sig	70	43
Kontakta sjuksköterska, läkare eller ambulans	57	26
Försöka ta reda på varför den äldre föll	29	30
Försöka förebygga ytterligare fall	38	40
Skriva en fallrapport	20	18
Föreslå läkemedelsgenomgång	0	9

Vad uppges ha skett i praktiken?

Vid den andra mätningen tillfrågades de som genomgått utbildningarna om vad som skett på deras arbetsplatser efter att utbildningen startat (se bilaga 2).

En majoritet (n = 83) uppgav att

- det fanns rutiner för vad som bör göras vid en fallolycka (75 %)
- de var mer uppmärksamma på risker för fall efter utbildningen (89 %)
- de hade varit med om att någon äldre fallit under året (70 %).

De som varit med om att någon äldre fallit under året uppgav, med egna ord, i huvudsak tre orsaker till dessa fallolyckor:

- individrelaterade orsaker (t.ex. att den äldre inte ville använda hjälpmedel, var påverkad av sömntablett, missbrukade alkohol, var yr eller inte ville besvära personal genom att be om hjälp)
- orsaker i bostaden (t.ex. dålig belysning eller att den äldre snavat på trösklar, sladdar eller mattor)
- problem med hjälpmedel (t.ex. slitna skor eller att den äldre gick i strumplästen, inget armstöd vid toalett eller felplacerade hjälpmedel).

Dessutom uppgav 32 procent att de hade kunnat bidra till att färre äldre fallit under året, medan 51 procent uppgav att de kanske hade gjort det. De huvudsakliga konkreta bidragen hade varit att

- föreslå olika åtgärder i hemmet (t.ex. att sätta in halkskydd, ordna bättre belysning, ta bort sladdar eller mattor, möblera om, installera larm, sätta upp en ledstång)
- rekommendera eller se över hjälpmedel (t.ex. höftskyddsbyxor, bättre skor, nya glasögon, sänggrind, placering av rullator när den inte används)
- allmänt informera personal eller vårdtagare om fallskadeprevention
- delta i fallriskbedömning
- föreslå läkemedelsöversyn.

Fallskador

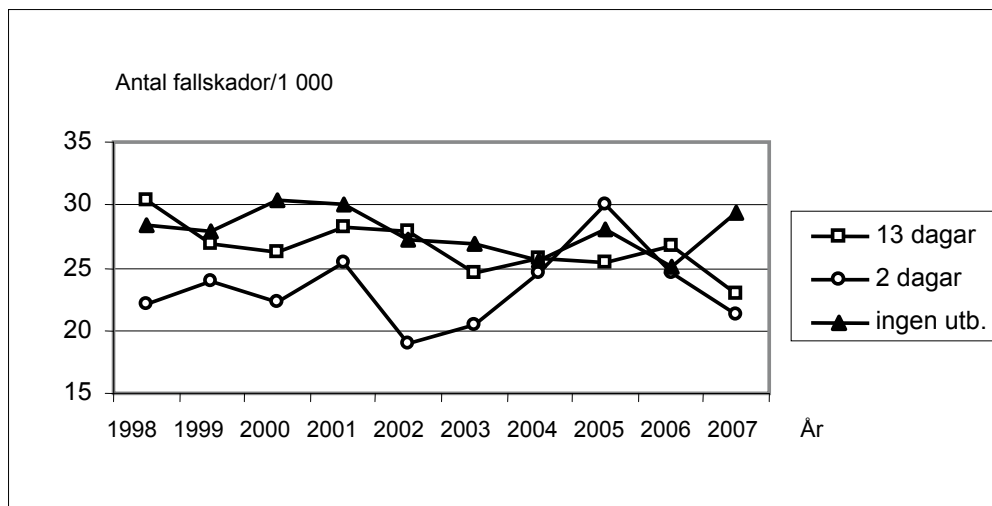
Fallskador per kommun

I de 10 kommuner som valts ut till denna studie har mellan 20 och 30 allvarliga fallskador per 1 000 äldre invånare skett årligen. Detta avviker inte från riksgenomsnittet, vilket var 26–27 fall per 1 000 äldre invånare under samma tidsperiod, även om variationen var större.

Figur 9 visar antalet allvarliga fallskador i de kommuner som bedrivit utbildning för sin personal i fallskadeprevention under 13 dagar (4 kommuner) eller 2 dagar (2 kommuner). Dessutom visas samma sak för de 4 kommuner som inte bedrivit motsvarande utbildning (jämförbara kommuner enligt SK, se tabell 1).

Av figur 9 framgår att antalet personer som vårdats på sjukhus till följd av en fallolycka har minskat *under det senaste året* i de kommuner som utbildat sin personal, oavsett typ av utbildning. Denna minskning kan givetvis vara en del i den naturliga statistiska variationen över tid, vilket framgår om man ser till variationen under hela den aktuella tidsperioden. Kompetensstegen startade först 2006, och för att kunna avgöra om skillnaden är beständig krävs uppgifter för de närmast kommande åren. Det är dock intressant att motsvarande minskning inte kan urskiljas i de kommuner som inte bedrivit utbildning i skadeförebyggande arbete.

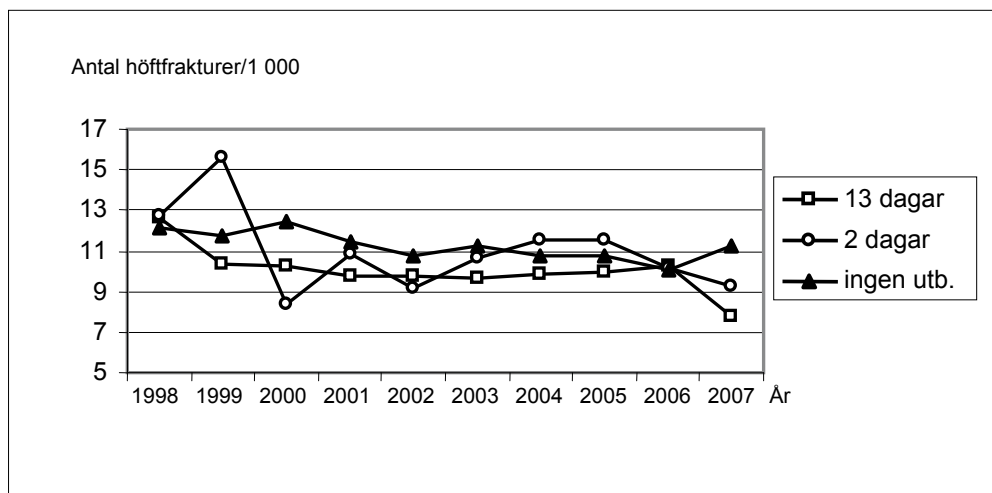
Figur 9. Antalet äldre personer (> 65 år) per 1 000 äldre invånare som vårdats på sjukhus efter en fallolycka – sammanslagna värden för kommuner där personalen under 2006–2008 utbildats i 13 dagar (4 kommuner), 2 dagar (2 kommuner) eller inte fått någon utbildning (4 kommuner) i skadeförebyggande arbete (EpC, 2008).



Höftfrakturer

Höftfrakturer utgjorde en relativt stor andel av de fallskador som ledde till att äldre lades in på sjukhus. Figur 10 illustrerar antalet höftfrakturer per 1 000 äldre invånare i de kommuner som utbildat respektive inte utbildat vård- och omsorgspersonal i skadeförebyggande arbete. Sammantaget visar figur 10 överlag en minskande trend för höftfrakturer i samtliga 10 kommuner under det senaste decenniet. I de kommuner som utbildat sin personal fortsatte minskningen även under år 2007, till skillnad från i de kommuner som inte utbildat sin personal. Även här bör det dock påpekas att minskningen kan vara en del i den naturliga statistiska variationen.

Figur 10. Antalet äldre personer (≥ 65 år) per 1 000 äldre invånare som vårdats på sjukhus för en höftfraktur, som följt av en fallolycka – sammanslagna värden för kommuner där personalen under 2006–2008 utbildats i 13 dagar (4 kommuner), 2 dagar (2 kommuner) eller inte fått någon utbildning (4 kommuner) i skadeförebyggande arbete (EpC, 2008).



Diskussion

Kunskaper

Resultatet visar, totalt sett, att personalen hade 70 procent rätt på kunskapsprovets 20 frågor innan utbildningen startade. Detta tyder på att personalen redan kunde en hel del om fallskadeprevention. Här kan sannolikt både grundutbildningen (majoriteten av deltagarna var undersköterskor) och arbetslivserfarenheten spela en roll. Fallskadeprevention är inte något nytt område, utan kan tidigare ha diskuterats lokalt. Deltagarna kan också ha förvärvat kunskap från kollegor som utbildats i andra sammanhang, genom andra egna fortbildningar eller på tidigare arbetsplatser. Ett år efter utbildningen hade antalet rätt på provet ökat med 10 procent, vilket också kunde styrkas statistiskt. Med andra ord hade personalen över lag fått nya kunskaper efter utbildningen, enligt kunskapsprovet.

När det gäller de enskilda påståendena i kunskapsprovet visar resultatet på en ökning av antalet rätt för samtliga påståenden utom två. Dessa två påståenden rör benskörhet och balansträning. En möjlig förklaring är att utbildningarna inte betonat dessa områden. När det gäller fysiska restriktioner (t.ex. brickbord eller bälten) var det mycket få deltagare som från början kände till att sådana inte självklart förhindrar fallskador. Det var även få som kände till det efter utbildningen. Detta tyder på att man inte tagit upp, eller i vart fall inte betonat, innebörden av fysiska restriktioner i utbildningen.

När det gäller de två skilda utbildningsmetoderna kunde ingen statistiskt säkerställd skillnad i kunskapsnivå påvisas mellan personalen i de båda utbildningarna, varken före eller efter utbildningen. Däremot visade analyserna inom grupperna att den längre utbildningen ledde till att deltagarna kunde mer om fallskadeprevention efter utbildningen än före. Kunskapsnivån här var från början lägre i absoluta tal (se figur 8) och spridningen var större, vilket tyder på en mer heterogen personalgrupp, särskilt före utbildningen. Samma resultat kunde inte påvisas för dem som deltog i den kortare utbildningen.

Vidare hade utbildningarna olika innehåll och omfattning. Bl.a. tog den ena 2 dagar i anspråk, medan den andra tog 13 dagar (under 5 månader). Ändå kan man inte se någon statistisk skillnad i förbättrade kunskaper mellan grupperna. Detta kan antingen förklaras av (a) att det var för få deltagare i studien för att den ska kunna visa på en statistiskt signifikant skillnad i resultat på kunskapsprovet, (b) att en längre utbildning inte är nödvändig för att deltagarna ska få kunskaper om fallskadeprevention, eller (c) att grupperna inte var helt jämförbara. T.ex. var medelvärdet för antalet år i yrket något högre bland dem som gick den kortare utbildningen.

Studien kunde inte heller visa på någon nämnvärd skillnad i kunskapsnivå mellan dem som arbetat kortare respektive längre tid inom äldreomsorgen,

eller mellan dem som arbetade på särskilda boenden respektive inom hemtjänsten.

Attityder

Totalt sett visar studien att deltagarnas eget behov av ytterligare kunskap om fallskadeprevention minskade kraftigt efter avslutad utbildning (se tabell 4). Dessutom framgår att deltagarnas eget intresse, liksom deras uppskattning av arbetsledarnas och kollegornas intresse, minskade efter utbildningen. En möjlig förklaring till det senare, något oväntade, resultatet kan vara att flertalet deltagare från början var motiverade att gå utbildningen och kan ha sett positivt på att få en chans till fortbildning. Kanske uppfattade de även att deras arbetsledares intresse var stort inför utbildningen, när det gavs utrymme att delta i en utbildning på arbetstid. Om de båda utbildningarna betraktas separat framträder dock en annan bild. Deltagarna i den kortare utbildningen uppgav nämligen att intresset för fallprevention ökat både hos de närmaste arbetsledarna och hos kollegorna, medan deltagarna i den längre utbildningen uppgav motsatsen.

Vidare uppgav deltagarna att de själva var mer uppmärksamma på äldres läkemedelsanvändning efter utbildningen. Dessutom nämnde flera spontant i sina kommentarer att de tyckte att läkemedelsöversyn hade betydelse för att förhindra fallskador. Kan detta innebära att äldres läkemedelskonsumtion numera uppmärksammas mer av personal som varken har huvudansvaret för läkemedlen eller direkt kan påverka förskrivningen? Det är i så fall en lyckad effekt av utbildningen, eftersom vård- och omsorgspersonal är de som tidigt kan se effekter av äldres läkemedelsanvändning.

Deltagarna besvarade även några frågor om vad som hänt på deras arbetsplatser under det senaste året. En majoritet uppgav att de varit med om att någon äldre fallit, att det fanns rutiner för vad man ska göra vid en fallolycka och att de känt sig mer uppmärksamma på risker för fall. Dessutom uppgav ett flertal att de ansåg att det går att förebygga fall och fallskador. Samtidigt betonade flera av dem i sina kommentarer att det krävs mer personal än vad som finns i dag för att det ska kunna skapas utrymme för förebyggande arbete. Som någon uttryckte det: "Kunskap utan adekvat bemanning räcker inte." Sammantaget antyder resultatet att fallskadeprevention kan ha blivit en del av det vardagliga arbetet på de arbetsplatser där personalen utbildats.

Fallskador

En närmare granskning av fallskadestatistiken för de 6 kommuner som bedrivit fallskadepreventiv utbildning inom ramen för Kompetensstegen, samt för 4 jämförbara kommuner utan motsvarande utbildning. Granskningen visade att mellan 20 och 30 allvarliga fallskador inträffat varje år under det senaste decenniet i samtliga 10 kommuner. Intressant nog kunde man se en minskning i antalet fallskador (per 1 000 äldre) mellan år 2006 och 2007 i de kommuner som utbildat sin personal, men inte i de 4 jämförelsekommunerna (se figur 9). Motsvarande minskning kunde även skönjas när det gäller höftfrakturer (se figur 10). Dessa minskningar kan antingen vara ett led i den

naturliga statistiska variationen över tid eller början på en trend, men för att veta vilket är det nödvändigt med data från de kommande åren.

Som visats ovan har det totala antalet allvarliga fallskador bland äldre ökat under det senaste decenniet. Men eftersom även antalet äldre personer ökat innebär det att andelen allvarliga fallskador varit relativt konstant under samma tidsperiod. Det vill säga att problemet både har ökat och inte ökat, beroende på hur man framställer de statistiska uppgifterna.

Däremot framgår entydigt att både det totala antalet och andelen höftfrakturer har minskat bland äldre i Sverige. Eftersom fallskadeprevention inte är något nytt som introducerats i och med Kompetensstegen, ger dessa siffror på nationell nivå intryck av att kommunernas och landstingens arbete inte lyckats minska andelen fallskador mellan år 1998 och 2007. Däremot kan arbetet naturligtvis ha bidragit till att andelen höftfrakturer minskat bland de äldre invånarna.

Sammantaget kan resultatet tolkas som att tidigare satsningar på fallskadeprevention kanske inte har förhindrat att äldre fallit och skadat sig, men satsningarna kan ha bidragit till att konsekvenserna blivit mindre allvarliga. En av de åtgärder som riktas just mot höftfrakturer är höftskyddsbyxor, vilket flera kommuner erbjuder eller rekommenderar sina äldre att använda. Förebyggande insatser mot benskörhet (t.ex. råd om kost, motion och solexponering) minskar också risken för att frakturer uppstår vid ett fall.

Begränsningar

En svårighet med uppdraget var att de flesta utbildningar redan startat när utvärderingen påbörjades, och att det därför saknat möjlighet att kunna jämföra personalens kunskaper före och efter Kompetensstegen på bred front. Vidare kunde endast två pedagogiskt skilda utbildningar utvärderas, fastän den ursprungliga planen var att utvärdera tre skilda utbildningar. Ett av skälen till detta var att en kommun beslutade att inte genomföra den planerade utbildningen på grund av personalbrist, som hade kunnat äventyra den ordinarie verksamheten. Detta är givetvis en helt giltig anledning, vilken illustrerar den verklighet som äldreomsorgen befinner sig i. Ett annat skäl var att en kommun avsåg att starta en utbildning om fallskadeprevention, men ändrade inriktning då den kunde konstatera att fallskador inte var något lokalt problem.

Bortfallet vid den andra datainsamlingen var större än vad som var önskvärt, 22 procent, trots två skriftliga påminnelser och vissa telefonkontakter. Några brev kom i retur på grund av att den adress som uppgetts inte längre stämde. I andra fall hade deltagaren slutat på sin arbetsplats. För de övriga är det inte känt varför de valde att inte svara på frågeformuläret.

Kring representativiteten finns det två osäkerhetsfaktorer. För det första är studiens urval avgränsat till de kommuner som genomfört utbildning inom ramen för Kompetensstegen. Här kan tilläggas att andra kommuner som bedrivit utbildning om t.ex. hälsofrämjande arbete kan ha utbildat personal i fallskadeprevention, trots att Kompetensstegens kansli inte klassificerat dem som utbildare inom det området. För det andra saknar ca 40 procent av personalen i kommunerna formell utbildning i vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2006), men i de här studerade utbildningarna hade en majoritet av deltagarna

formell utbildning, dvs. att de var undersköterskor. Detta innebär att slutsatserna generellt bör tolkas med viss försiktighet.

Att kunskaperna ökat efter utbildningarna är givetvis ett både bra och förväntat resultat. Däremot ger dessa resultat ingen direkt information om huruvida de ökade kunskaperna också lett till att något skett i praktiken, dvs. om personalen i högre grad än tidigare arbetar fallpreventivt på den egna arbetsplatsen. Det har t.ex. tidigare visats att ökad kunskap om munhälsa hos personalen inte självklart lett till förbättrade arbetssätt (Reed, Broder, Jenkins, Spivack & Janal, 2006). För att i någon mån möta denna brist i studiens utformning fick personalen svara på några attitydfrågor om sitt intresse för fallskadeprevention, samt på frågor om vad som hänt på deras respektive arbetsplatser under det senaste året (se ovan). Dessutom beskrivs även fallskadeutvecklingen under det senaste decenniet i rapporten. Det senare ger en konkret bild av det preventiva arbetets mest väsentliga effekt, dvs. om antalet fallskador minskat eller inte.

Vidare var inte kunskapsprovet, dvs. de 20 påståendena i frågeformuläret (se bilaga 1 och 2), konstruerat efter undervisningens innehåll. Provet skapades för att kontrollera kunskaper om fallskadepreventionens centrala aspekter. Teoretiskt sett behöver därför inte ett dåligt resultat betyda att deltagarna inte tillägnat sig kunskaper, utan det kan lika gärna betyda att utbildningen inte berört alla de aspekter som tas upp i provet. Men eftersom resultatet på gruppnivå visade på ökade kunskaper, bör tolkningen vara att utbildningen både innehöll flertalet av de centrala aspekterna och att flertalet deltagare tillägnat sig undervisningen. När det gäller attitydfrågor finns det givetvis alltid en risk att den svarande lockas till att ge svar som den uppfattar som socialt önskvärda.

Ett sätt att få tag på uppgifter om utvecklingen av antalet fall och fallskador är att undersöka de enskilda kommunernas registrering av avvikelser inom äldreomsorgen. De 15 kommuner som uppgett att de bedrivit (eller bedrev) utbildning i fallskadeprevention när denna utvärdering startade, lämnade i början uppgifter om den lokala fallskadestatistiken. Denna statistik redovisas dock inte här. Dels var det nämligen stor skillnad på vilka år det fanns uppgifter från, dels visade statistiken i flertalet fall på ett kraftigt ökat antal fall och fallskador. Det är oklart i vilken mån denna trend beror på en faktisk ökning eller på att personalen i allt högre grad rapporterar fall och fallskador. Med tanke på att den kommunala registreringen är relativt ny, är det troligt att ökningen beror på det sistnämnda. När registreringen och efterföljande sammanställningar blivit mer etablerade bör man kunna sätta större tilltro till den kommunala statistiken om fall och fallskador.

Den fallskadestatistik som Epidemiologiskt centrum har tillhandahållit har också sina begränsningar. Den är ett grovt mått eftersom statistiken är på gruppnivå och det inte finns några uppgifter om vilka äldre som fallit. Det är därför oklart i vilken mån de äldre som döljer sig bakom siffrorna har träffat kommunal vård- och omsorgspersonal före fallolyckorna. Resultaten redovisas dessutom på nationell eller kommunal nivå. Det gör att uppgifterna inte direkt kan sättas i samband med den vård- och omsorgspersonal som utbildats i fallskadeprevention inom ramen för Kompetensstegen. Däremot ger statistiken en allmän bild av fallskadeutvecklingen bland äldre, som borde kunna påverkas av de kommunala satsningarna på fallskadeprevention.

Slutsats

Resultaten kan sammanfattas i två delar. (a) Utbildning i fallskadeprevention ökade kursdeltagarnas kunskaper inom området, trots att kunskapsnivån var relativt hög redan från början. De två skilda utbildningar som studerats här hade olika omfattning, men man kan inte se någon tydlig skillnad i effekt på kunskapsnivån mellan de båda pedagogiska ansatserna. (b) Den nationella statistiken antyder en trend där antalet allvarliga fallskador minskade under år 2007 i de kommuner som utbildat sin personal inom ramen för Kompetensstegen. För att få reda på om detta inte är en del i den naturliga statistiska variationen är det nödvändigt att följa utvecklingen av antalet fallskador under de närmast kommande åren.

Referenser

- EpC. (2008). Epidemiologiskt Centrum. from [www.socialstyrelsen.se/ Statistik/statistik_amne/sluten_vard/Patientregistret.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistik_amne/sluten_vard/Patientregistret.htm)
- Gyllensvärd, H. (2009). Fallolyckor bland äldre. En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder. Rapport 2009:01, Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
- Lundebjerg, N. (2001). Guideline for the prevention of falls in older persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 49, 664-672. ≥
- Matsson, S. (2000). *Falloolyckor bland äldre - en rapport om produkters inverkan på äldres fallolyckor* (No. 2000:4). Stockholm: Konsumentverket.
- Reed, R., Broder, H., Jenkins, G., Spivack, E., & Janal, M. (2006). Oral health promotion among elderly persons and their care providers in a nursing home facility. *Gerodontology*, 23, 73-78.
- Regeringskansliet. (2007). Kompetensstegen. from www.kompetensstegen.se
- Rogowski, P. (2005). *Gång med framgång - Att förebygga fallskador bland äldre i Malmö* (No. 2005:3). Malmö: Malmö FoU-enhet.
- Räddningsverket. (2003). *Falloolyckor bland äldre - samhällets direkta kostnader*. Karlstad: SRV.
- Räddningsverket. (2004). *Olyckor i siffror. En rapport om olycksutvecklingen i Sverige* (No. NCO 2004:2). Karlstad: SRV.
- SCB. (2008). Statistiska Centralbyrån. from www.scb.se
- SKL. (2007). *Öppna jämförelser. Äldreomsorg*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL. (2008). *Skadeförebyggande arbete för äldre. Enkät till kommuner 2007*: Sveriges Kommuner och Landsting, Räddningsverket.
- Socialstyrelsen. (2006). *Vård och omsorgsassistenters kvalifikationer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2007a). *Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2005* (No. 2007:6). Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2007b). *Systematiskt arbete för äldres säkerhet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2007c). *Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre*. Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2008). *Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2006*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Fallskadeprevention

IMS vid Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att utvärdera effekten av den utbildning som ges inom ramen för Kompetensstegen. Ett angeläget område, som flera kommuner valt att prioritera, är fallskadeprevention. Ett sätt att få en bild av utbildningens effekt är att mäta personalens kunskap om fallskador bland äldre.

Därför ber vi Dig nu besvara några frågor. De första frågorna i formuläret rör Din bakgrund, därefter följer ett antal påståenden om risker och åtgärder för att förhindra fall och fallskador. Slutligen ber vi Dig besvara några frågor om förebyggande arbete mot fallskador.

Den senare delen av formuläret kommer vi att be Dig besvara ytterligare en gång, om ca ett år.

För att Dina första svar ska kunna kopplas ihop med dina senare svar, ber vi Dig uppge Ditt namn. När den andra insamlingen av formulären är avslutad oidentifieras materialet. Resultatet kommer att hanteras anonymt och inga enskilda personers svar kommer att kunna urskiljas i redovisningen.

Om du har några frågor, kontakta Elizabeth Åhsberg,
Tel: 0752- 47 35 24
E-post: 1HElizabeth.ahsberg@socialstyrelsen.se

Namn

Adress

Några frågor om Dig och Din yrkesbakgrund

1. Födelseår 19_____
2. Ange kön
 - ☐ Man
 - ☐ Kvinna
3. Vilken kommun arbetar Du i?

4. Vilken utbildning har Du? (ange högsta utbildning)
 - ☐ Vårdbiträde
 - ☐ Undersköterska
 - ☐ Sjuksköterska
 - ☐ Sjukgymnast
 - ☐ Arbetsterapeut
 - ☐ Annat _____
5. I vilken typ av verksamhet arbetar Du?
 - ☐ Hemtjänst/hemsjukvård i ordinärt boende
 - ☐ Särskilt boende (inkl. servicehus och korttidsboende)
 - ☐ Dagrehab/dagvård
 - ☐ Annat _____
6. Hur länge har Du arbetat inom äldreomsorgen?
_____ år

Nedan följer några påståenden om fall bland äldre personer. En del påståenden är korrekta, andra felaktiga. Sätt ett kryss i den ruta Du finner lämplig.

	Rätt	Fel	Vet ej
7. Fler äldre människor dör som en följd av ett fall än av en trafikolycka	☐	☐	☐
8. Synfel är en av de vanligaste orsakerna till fall	☐	☐	☐
9. Inkontinens kan ha ett samband med risken för att falla	☐	☐	☐
10. Alla kvinnor som är äldre än 70 år lider av benskörhet	☐	☐	☐
11. Rädsla för fall har inget samband med risken för att falla	☐	☐	☐
12. Höftfrakturer är lika vanliga bland män som bland kvinnor	☐	☐	☐
13. Fysisk träning som förbättrar balansen är dokumenterat effektiv	☐	☐	☐

14. Muskelstyrkan kan tränas och därmed stärkas, men högst till 75 års ålder	☐	☐	☐
15. Balans kan tränas och därmed förbättras, men högst till 80 års ålder	☐	☐	☐
16. Behandling med psykofarmaka kan öka risken för fall	☐	☐	☐
17. Att använda många läkemedel innebär en ökad risk för biverkningar	☐	☐	☐
18. Äldre personer är i allmänhet mindre känsliga för läkemedel än yngre	☐	☐	☐
19. D-vitamin är nödvändigt för att kunna lagra kalcium i skelettet	☐	☐	☐
20. Kosten har ingen betydelse för risken att falla och få en fraktur	☐	☐	☐
21. Kroppsvikten har ingen betydelse för skaderisken vid ett fall	☐	☐	☐
22. Forskning har visat att höftskyddsbyxor kan minska antalet höftledsfrakturer hos äldre som bor på särskilda boenden	☐	☐	☐
23. Alla som får höftskyddsbyxor gratis använder dem	☐	☐	☐
24. En nattlampa kan bidra till att fallrisken minskas	☐	☐	☐
25. Att anpassa hemmiljön hos fallbenägna personer kan minska fallrisken	☐	☐	☐
26. Forskning har visat att fysiska restriktioner (t ex brickbord, bälten) minskar fallrisken för äldre personer	☐	☐	☐

Avslutningsvis en fråga:

Vad anser Du att man i allmänhet bör göra när en vårdtagare fallit?

Svar: _____

☐ Vet ej

Vad tycker Du? Sätt ett kryss i den ruta som bäst stämmer överens med Din uppfattning.

Vid fråga 28-32 är svarsalternativen från 1 (inget intresse/betydelse/uppmärksamhet) till 6 (mycket stort intresse/betydelse/uppmärksamhet).

27. Vad anser Du om Dina kunskaper i fallprevention?

- ☐ Stort behov av att veta mer
- ☐ Ganska stort behov av att veta mer
- ☐ Ganska litet behov av att veta mer
- ☐ Inget behov av ytterligare kunskap

28. Hur stort är *Ditt intresse* av att förebygga fall bland äldre?

	1	2	3	4	5	6	
Inget intresse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Mycket stort intresse

29. Hur bedömer Du *Din närmaste arbetsledares* intresse för att förebygga fall bland äldre?

	1	2	3	4	5	6	
Inget intresse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Mycket stort intresse

30. Hur bedömer Du *Dina närmaste kollegors* intresse för att förebygga fall bland äldre?

	1	2	3	4	5	6	
Inget intresse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Mycket stort intresse

31. Vilken betydelse har träningsinsatser för äldre som löper risk att falla, enligt Din bedömning?

	1	2	3	4	5	6	
Ingen betydelse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Största tänkbara betydelse

32. Hur stor är Din uppmärksamhet på äldres läkemedelsanvändning när det gäller mediciner som kan öka risken för fall?

	1	2	3	4	5	6	
Ingen uppmärksamhet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Största tänkbara uppmärksamhet

33. Anser Du att det går att minska antalet fall där Du arbetar?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet ej

34. Övriga synpunkter eller kommentarer

Tack för Din medverkan!

Id nr:

Fallskadeprevention

IMS vid Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att utvärdera effekten av den utbildning som ges inom ramen för Kompetensstegen. Med anledning av detta bad vi Dig, som deltog i en utbildning om fall och fallskador för ett år sedan, att besvara några frågor innan utbildningen startade.

Nu är det dags för den andra, och sista, omgången av frågor och vi ber Dig återigen att besvara några frågor. Det ifyllda formuläret skickar Du tillbaka i det svarskuvert som bifogas. Svarskuvertet är frankerat, så inget frimärke behöver sättas på.

Vi är tacksamma för att Du tar Dig tid att svara på frågorna. Ditt deltagande är mycket viktigt, för att undersökningens resultat ska vara tillförlitligt.

När Ditt svar nått oss kommer en biobiljett att skickas till dig.

När denna insamling av formulär är avslutad, och biobiljetterna skickade, avidentifieras materialet. Resultatet kommer att hanteras anonymt och inga enskilda personers svar kommer att kunna urskiljas i redovisningen.

Om du har några frågor, kontakta Elizabeth Åhsberg,

Tel: 075 - 247 35 24

E-post: 2Helizabeth.ahsberg@socialstyrelsen.se

Nedan följer några påståenden om fall bland äldre personer. En del påståenden är korrekta, andra felaktiga. Sätt ett kryss i den ruta som bäst stämmer överens med Din uppfattning.

	Rätt	Fel	Vet ej
1. Fler äldre människor dör som en följd av ett fall än av en trafikolycka	☐	☐	☐
2. Synfel är en av de vanligaste orsakerna till fall	☐	☐	☐
3. Inkontinens kan ha ett samband med risken för att falla	☐	☐	☐
4. Alla kvinnor som är äldre än 70 år lider av benskörhet	☐	☐	☐
5. Rädsla för fall har inget samband med risken för att falla	☐	☐	☐
6. Höftfrakturer är lika vanliga bland män som bland kvinnor	☐	☐	☐
7. Fysisk träning som förbättrar balansen är dokumenterat effektiv	☐	☐	☐
8. Muskelstyrkan kan tränas och därmed stärkas, men högst till 75 års ålder	☐	☐	☐
9. Balans kan tränas och därmed förbättras, men högst till 80 års ålder	☐	☐	☐
10. Behandling med psykofarmaka kan öka risken för fall	☐	☐	☐
11. Att använda många läkemedel innebär en ökad risk för biverkningar	☐	☐	☐
12. Äldre personer är i allmänhet mindre känsliga för läkemedel än yngre	☐	☐	☐
13. D-vitamin är nödvändigt för att kunna lagra kalcium i skelettet	☐	☐	☐
14. Kosten har ingen betydelse för risken att falla och få en fraktur	☐	☐	☐
15. Kroppsvikten har ingen betydelse för skaderisken vid ett fall	☐	☐	☐
16. Forskning har visat att höftskyddsbyxor kan minska antalet höftledsfrakturer hos äldre som bor på särskilda boenden	☐	☐	☐
17. Alla som får höftskyddsbyxor gratis använder dem	☐	☐	☐
18. En nattlampa kan bidra till att fallrisken minskas	☐	☐	☐
19. Att anpassa hemmiljön hos fallbenägna personer kan minska fallrisken	☐	☐	☐
20. Forskning har visat att fysiska restriktioner (t ex brickbord, bälten) minskar fallrisken för äldre personer	☐	☐	☐

Vad tycker Du?

Sätt ett kryss i den ruta som bäst stämmer överens med Din uppfattning.

21. Vad anser Du om Dina kunskaper i fallprevention?

- ☐ Mycket stort behov av att veta mer
- ☐ Ganska stort behov av att veta mer
- ☐ Ganska litet behov av att veta mer
- ☐ Inget behov av att veta mer

22. Hur stort är *Ditt intresse* av att förebygga fall bland äldre?

	1	2	3	4	5	6	
Inget intresse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Mycket stort intresse

23. Hur bedömer Du *Din närmaste arbetsledares* intresse för att förebygga fall bland äldre?

	1	2	3	4	5	6	
Inget intresse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Mycket stort intresse

24. Hur bedömer Du *Dina närmaste kollegors* intresse för att förebygga fall bland äldre?

	1	2	3	4	5	6	
Inget intresse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Mycket stort intresse

25. Vilken betydelse har träningsinsatser för äldre som löper risk att falla, enligt Din bedömning?

	1	2	3	4	5	6	
Ingen betydelse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Största tänkbara betydelse

26. Hur stor är Din uppmärksamhet på äldres läkemedelsanvändning när det gäller mediciner som kan öka risken för fall?

	1	2	3	4	5	6	
Ingen uppmärksamhet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Största tänkbara uppmärksamhet

27. Anser Du att det går att minska antalet fall bland äldre där Du arbetar?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet ej

28. Vad anser Du att man i allmänhet bör göra när en vårdtagare fallit?

☐ Vet ej

Hur är det nu på Din arbetsplats, ett år efter det att utbildningen startade?

29. Finns det rutiner på Din arbetsplats för vad som ska göras när en äldre fallit?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet ej

30. Har Din uppmärksamhet på risker för fall förändrats under det senaste året?

- ☐ Ja, jag tänker mindre på risker för fall
- ☐ Nej, min uppmärksamhet är oförändrad
- ☐ Ja, jag tänker mer på risker för fall

31. Har Du kunnat bidra till att färre äldre drabbas av ett fall under det senaste året?

- ☐ Nej
- ☐ Ja, kanske
- ☐ Ja
- ☐ Vet ej

Om Du svarat ja, beskriv gärna på vilket sätt.

32. Har du varit med om att någon äldre fallit under det senaste året?

- ☐ Nej
- ☐ Ja

Om Du svarat ja, beskriv gärna om och hur fallen hade kunnat förhindras.

33. Har Du kunnat ge förslag för att minska antalet fall och fallskador under det senaste året? Det kan även gälla sådant som ska åtföras av andra yrkesgrupper.

- ☐ Nej
- ☐ Ja

Om Du svarat ja, beskriv gärna Ditt förslag.

34. Slutligen, har Du några övriga synpunkter eller kommentarer?

Stort tack för Din medverkan!