

Patientsäkerhet

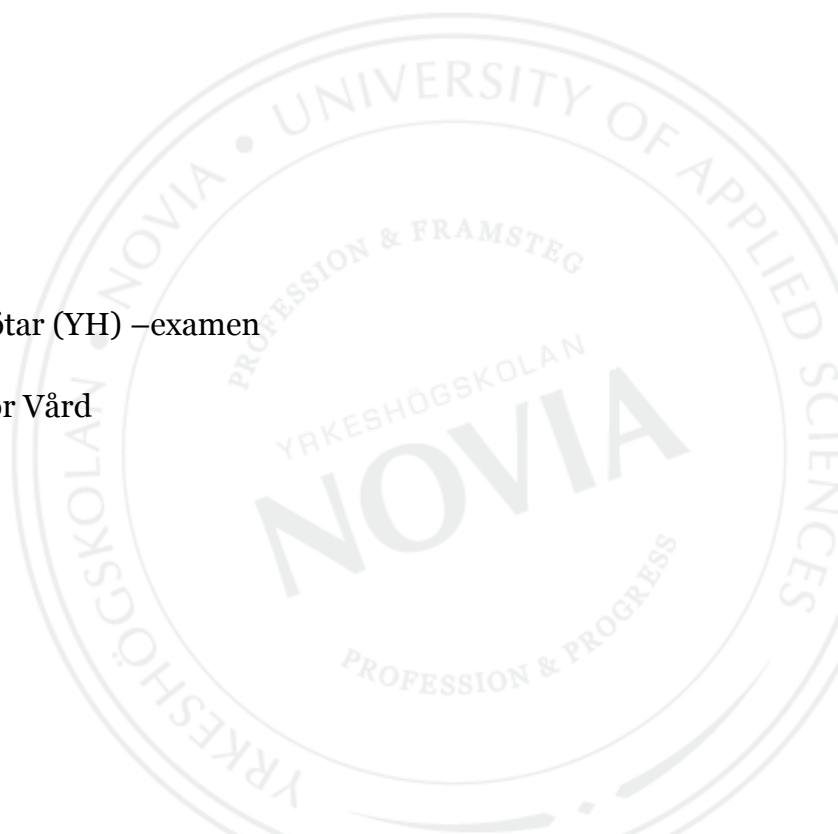
En kvalitativ litteraturstudie om patienters säkerhet gällande fallolyckor och dess prevention

Ann-Marie Knip

Examensarbete för sjukskötar (YH) –examen

Utbildningsprogrammet för Vård

Vasa 2014



EXAMENSARBETE

Författare: Ann-Marie Knip
Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa
Inriktningalternativ: Vårdarbete
Handledare: Anna-Lena Nieminen

Title: Patientsäkerhet: En kvalitativ litteraturstudie om patienters säkerhet gällande fallolyckor och dess prevention

Datum: Oktober 2014

Sidantal: 33

Bilagor: 2

Abstrakt

Syftet med respondentens examnesarbete är att genom en litteraturstudie öka kunskapen inom fallolyckor och hur de påverkar patienten. Respondenten ville också ha reda på vad man som vårdare kan göra för att förebygga fallolyckor. Frågeställningarna är: Vad orsakas fallolyckorna av? Hur kan jag som sjukskötare förebygga fallolyckor?

Som teoretisk utgångspunkt har respondenten valt att använda Lena Wiklunds bok *Vårdvetenskap i klinisk praxis*, som utgår från Katie Erikssons vårdteori om lidande men respondenten kommer också att använda Katie Erikssons teori om vårdetik. Den teoretiska bakgrunden består av litteratur gällande ämnet. De artiklar som används i resultatet är presenterade i en tabell. Metoden som används för att analysera artiklarna är innehålls-analys.

I resultatet kom respondenten fram till hur viktigt det är att jobba för patientsäkerhet och att minska på fallolyckorna. Orsaker till fallolyckorna kan vara mångmedicinering och dålig miljö för patienten. Skador som uppkommer vid fallolyckor kan vara mindre allvarliga eller till och med leda till döden. Slutligen orsakar fallolyckorna patienterna och deras familjer lidande och oro. Olika instrument finns också tillgängliga för att mäta risken för fallolycka hos en patient.

Språk: Svenska

Nyckelord: Fallolyckor, lidande, smärta, frakturer, läkemedel, miljö,

BACHELORS' THESIS

Author: Ann-Marie Knip
Degree programme : Nursing, Vasa
Specialization: Nursing practice
Supervisor: Anna-Lena Nieminen

Titel: Patientsäkerhet: En kvalitativ litteraturstudie om patienters säkerhet gällande fallolyckor och dess prevention

Date: October 2014

Number of pages: 33

Appendices:2

Summary

The aim of this thesis is to through a literature study increase the respondents knowledge about falling accidents and how they influence on the patient. I also wanna know what the respondent as a nurse can do to prevent falling accidents. The research questions are: What causes the falling accidents? How can I as a nurse prevent falling accidents?

In the theoretical starting points, the respondent chosed to use Lena Wiklunds book *Vårdvetenskap I klinisk praxis*, the theory proceeds from Katie Erikssons theory of suffering, the respondent is going to use also Katie Erikssons theory of careing ethics. In the theoretical background the respondent choosed to use material that concern the topic. Articles that are used in the results are presented in a table. The method that is used to analyse the articles is content analysis.

In the results the respondent came to an conclusion how important is it to work for patient safety and to prevent falling accidents. Reasons for falling accidents is multi-medications and the enviroment around the patient. The injuries, the falling accidents can cause the patient harms like bruises, wounds and bleedning from the wounds, but in worst case senario the patient can die from the accident. Falling accidents causes the patient and their families anxiety and suffering. Different instruments are available for how to measure the risk of falling for a patient.

Language: Swedish

Key words: Falling accidents, suffering, pain, fractures, medicines, enviroment,

Innehållsförteckning

1	Introduktion	1
2	Syfte och frågeställning	2
3	Teoretisk bakgrund	2
3.1	Läkemedel.....	2
3.2	Akut smärta.....	4
3.3	Delirium	5
3.4	Skador och sjukdomar i rörelseapparaten	6
3.4.1	Överarmsfraktur.....	7
3.4.2	Underarmsfraktur.....	7
3.4.3	Höftfraktur	7
3.4.4	Ryggfrakturer	8
3.5	Försämrad syn.....	8
4	Teoretisk utgångspunkt	9
4.1	Lidande	9
4.1.1	Sjukdomslidande	10
4.1.2	Vårdlidande	11
4.1.3	Livslidande	11
4.2	Vårdetik	12
5	Metod.....	13
5.1	Beskrivning av kvalitativ metod	13
5.2	Beskrivning av litteraturstudie	13
5.3	Beskrivning av innehålls-analys	14
5.4	Praktiskt genomförande	15
6	Resultatredovisning	15
6.1	Fallolyckor	16
6.2	Vad kan man göra för att undvika fallolyckor	20
7	Tolkning av resultat	22

8	Kritisk granskning	28
8.1	Perspektivmedvetandehet	28
8.2	Intern logik.....	29
8.3	Etiskt värde	30
8.4	Innebördsrikedom och struktur.....	30
8.5	Validetskriterier	31
9	Diskussion	32

Källförteckning

Bilagor

1 Introduktion

När man blir äldre är fallolyckorna mycket vanliga, gången förändras när åldern stiger. Gången blir mera oregelbunden och stegen blir kortare. När man blir äldre blir kroppen svagare och det tar längre tid att återhämta sig än när man var yngre. Även om man inte skadar sig vid en fallolycka blir rädslan kvar för att man skall falla på nytt. Om man inte vågar ta sig fram utan att ta stöd av till exempel väggen blir fallrisken större. Det är olika faktorer som påverkar fallandet, omgivningen, den egna aktiviteten och individuella riskfaktorer. De individuella riskfaktorerna kan vara kognitiva funktionsnedsättningar, motoriska och sensoriska. Också läkemedel och vissa medicinska tillstånd ökar fallrisken. (Vasa centralsjukhus, 2012)

Det är viktigt att personalen är medveten om preventionen av fallolyckor, sådana faktorer som att kolla att nattbelysningen är i skick, att kläder och tofflor är av passlig storlek, sänghöjd och att saker som patienten kan behöva ligger nära till hands. Patienter behöver ha de hjälpmedel som de behöver nära till hands och det är bra om det finns t. ex. larmmattor eller demenslarm. (Vasa sjukvårdsdistrikt, 2012).

Personalen skall identifiera riskerna gällande fallolyckor, när man placerar patienten på avdelningen skall man ta i beaktande patientens fallrisk. Det är viktigt att patienten är bekant med den nya miljön, att man visar patienten runt så de lätt hittar till toaletten som exempel. Patienter som rör sig osäkert är det viktigt att erbjuda stöd och uppmäna dem att ringa på klockan när de vill röra på sig. Det är viktigt att ta i beaktande patientens läkemedel, de läkemedel som påverkar de centrala nervsystemet, sinnet, opioidiska smärtmediciner och läkemedel som används vid behandling av hjärt- och blodcirkulationsorgan, påverkar patienten och detta utgör en fallrisk. (Vasa sjukvårdsdistrikt, 2012)

Respondenten är sjukskötarstuderande och har jobbat några år inom äldrevården och sett hur vanliga fallolyckor är och hur mycket skada och lidande de kan orsaka patienten. Syftet med detta examensarbete är att öka vårdarnas kunskap om

fallolyckor och hur mycket skada och lidande de orsakar patienten. Fallolyckor är vanligare bland äldre patienter speciellt de som är över 65 år. Respondenten kommer också att ta upp olika faktorer om prevention av fallolyckor.

2 Syfte och frågeställning

Syftet med detta examensarbete är att lära sig mera om patientsäkerhet inom fallolyckor och hur man skall jobba för att dessa olyckor inte skall ske. Eftersom det är mycket vanligt inom patientvården med fallolyckor, speciellt med patienter över 65 år. Fallolyckorna orsakar lidande och smärta för patienterna eftersom det ofta leder till en collumfraktur eller andra frakturer.

Frågeställningar:

- Vad orsakas fallolyckorna av?
- Hur kan sjuksköterskan förebygga fallolyckor?

3 Teoretisk bakgrund

Respondenten har valt att i den teoretiska bakgrunden tydliggöra orsakerna till fallolyckor, som kan orsakas av ett medicinskt tillstånd, delirium, dålig balans, försämd syn eller försämrat minne och biverkningar av läkemedel. Respondenten kommer också i detta kapitel att ta upp de vanligaste skador som fallolyckor orsakar. Den vanligaste bland äldre patienter är collumfraktur, smärta och andra frakturer.

3.1 Läkemedel

När man blir äldre ökar också risken för att insjukna i långvariga sjukdomar, som ger upphov till att man behöver använda flera läkemedel. De vanligaste

receptbelagda läkemedel som används är mot hjärt- och kärlsjukdomar och läkemedel som påverkar det centrala nervsystemet. (Kivelä, 2005, s. 11)

Läkemedelstoleransen blir sämre desto äldre man blir, och man kan lättare få biverkningar av läkemedlet. De vanligaste biverkningar som många mediciner och förhöjd dos av läkemedlet kan orsaka är : fallolyckor, delirium, försämrat minne och svindel. Om man inte känner igen biverkningen kan det lätt skrivas ut ett nytt läkemedel och då medicinerar man en biverkning av ett annat läkemedel. Rätt sätt att behandla detta är att man minskar dosen av det läkemedel som orsakar biverkningen eller att man tar bort läkemedlet eller byter ut den till ett annat läkemedel. (Kivelä, 2005, s. 13-14)

Hos äldre människor är de allmänna läkemedels störningar annorlunda än hos en medelålders människa, eftersom organen har börjat fungera sämre som hör till de normala åldrandet. De är vanligt att läkemedel påverkar den åldrande människans hjärna, detta kan påverka åldringens möjlighet att klara sig i de dagliga rutinerna. Detta kan leda till en försämrad funktionsförmåga och till en total oförmåga. De vanligaste störande effekter som läkemedel kan tillföra en äldre person är: försämring av minnet, trötthet, rastlöshet, yrsel, fallolyckor, darrningar, styvhet i kroppen, sömnlöshet och många flera symtom. (Kivelä, 2010, s. 68-69)

När man stiger upp ur sängen kan det orsaka blodtryckssänkning eller från sittande ställning till stående, detta kan orsaka yrsel, dimsyn, fallande och till och med avsvimmning dessa är vanliga störande effekter som läkemedel kan ge en äldre person. För en person över 80 år är det lågt blodtryck redan då blodtrycket går under normala värden, när man blir äldre blir blodkärlsväggarna styva och därmed är det svårare att transportera socker, syre och andra näringsämnen till hjärnan. Följderna för detta kan vara yrsel, trötthet och försämring av de kognitiva förmågorna. Detta kan lätt leda till en fallolycka. Forskare har kommit fram till att var tredje 75 år fyllda som hamnar ut för en fallolycka har minst som del orsak en störande effekt av läkemedel. (Kivelä, 2010, s. 70)

De mediciner som ger mest störande effekter för åldringar är benzodiazepiner, antipsykotiska läkemedel, opiatanaletika och antikolinergiska läkemedel. Dessa mediciner borde undvikas hos en äldre person och speciellt att använda flera olika preparat av dessa på samma gång. (Kivelä, 2010, s. 72)

3.2 Akut smärta

Akut smärta kan vara allt från en vävnadsskada, en medicinsk åtgärd eller ett postoperativt tillstånd. Det är en nödvändig och ändamålsenlig varningssignal som sätter igång en kedja av händelser. Först aktiveras autonoma nervsystemet, människan blir mera medveten om händelsen och tar till behövliga åtgärder, t.ex. att tillkalla hjälp. Hjälparen kan relativt fort, genom att observera den skadades kroppsspråk och förklaringar, få reda på orsaken till smärtan. En annan naturlig reaktion till akut smärta är vila och försiktighet, vilket hjälper läkningsprocessen i kroppen. Människan lär sig också av smärtupplevelsen och undviker situationer där man möjligtvis kan utsättas för smärta igen. (Estlander, A-M. 2003 s 16-17).

Det är viktigt att effektivt behandla akut smärta av etiska skäl och p.g.a. dess skadliga psykologiska och fysiologiska verkan. Akut smärta påverkar nästintill alla organ i kroppen. (Kalso, E. Haanpää, M & Vainio, A. 2009, s 278).

I figuren nedan beskriver Kalso, Haanpää och Vainio (2009, s 279) de skadliga effekterna som akut smärta har på människans organ.

Cirkulationsorganen och hjärta	Takykardi, rytmstörningar, hypertension, lungemboli, ventrombos, syreförbrukningen i hjärtmuskeln ökar
Andningsorganen	Andningsutrymmet minskar, atelektaser, svag hostreflex, hypoxi, infektioner
Matsmältningsorgan och urinvägarna	Försvagning av magsäckens och tarmens motilitet, urinretention
Endokrinologisk och metabolisk stress	Ökad utsöndring av katabolisk hormon, minskad utsöndring av anabolisk hormon
Muskulaturen	Muskelspasmer, immobilisation
Psykologiska	Ångest, rädsla, sömnlöshet

Fördröjd smärta	Fördröjd återhämtning, smärtan blir kronisk
-----------------	---

Man vet att intensiv kortvarig akutsmärta kan utveckla kroniska förändringar i centrala nervsystemet. Smärtnervsändan kan bli mera sensitiv om irritationen är kraftig och långvarig. Effektiv smärtbehandling i akutfasen kan förhindra att kronisk smärta utvecklas. Man kan även förhindra att smärtan blir kronisk genom att effektivt behandla psykiska och psykosociala dimensioner. (Estlander, A-M. 2003, s.17)

3.3 Delirium

Vid akut eller kritisk sjukdom kan patienten utveckla akut förvirringstillstånd kallas också konfusion eller tillfällig förvirringstillstånd som kan utlösas av psykiska och fysiska påfrestningar. Tillståndet känns igen av förändrad kognition eller förändringar i medvetandegraden. Igenkännande symtom är desorientering, minnesstörningar, progressierande preceptionsstörningar eller störningar i talet. Tillståndet kan komma tidigt, bara efter några timmar eller så kan de utvecklas under några dagar. En person som tidigare haft förvirringstillstånd har lättare att få det pånytt vid akut sjukdom eller skada och vid läkemedelspåverkan. Konfusion kan förekomma hos alla åldrar men är mest vanligt hos patienter vid 70-80 års åldern, skärskilt utsatta är personer som lider av demens eller någon annan kognitiv svikt. (Almås H. m.fl. 2011, s. 395)

Personer som lider av kroniskt alkoholmissbruk kan vid alkoholabstinens också framkalla konfusion eller såkallat delirium tremens. Efter sista alkoholintaget kan tillståndet uppstå mellan 2-4 dygn. Patienten med delirium lider av de allmänna symtomen för konfusion men också hypertoni, takykardi, ökad svettning och feber. Patienten som lider av delirium får psykosliknande symtom, symtomen kan förändras under ett dygn ganska radikalt. Patienten har svårt att koncentrera sig och lever mer eller mindre i sin egen värld, patienten kan också uppleva syn- och hörselhallucinationer. Problem med sömn- och vakenhetsstörningar är också vanligt för patienter med delirium, de kan vara mycket trötta och dåsiga eller tvärtom. Patienten kan ha beteendestörningar och vara aggressiv, patienten kan

försöka ta sig ur sängen hela tiden eller riva av sig övervakningsutrustning. (Almås H. m.fl. 2011. s. 398)

Om patienten verkar otrygg och aggressiv är det viktigt att man ger utrymme till patienten. Att hålla fast eller binda fast patienten gör situationen värre. Man skall hålla sängen lågt och se till så det inte finns fysiska hinder som kan skada patienten. Det är bäst att låta patienten hålla på med sitt och inte tvinga till någonting, att mobilisera patienten så fort som möjligt är av nytta. (Almås H. m.fl. 2011. s. 401)

3.4 Skador och sjukdomar i rörelseapparaten

Rörelseapparaten är i kroppen muskel- och skelettsystemet, skador och sjukdomar i rörelseapparaten kan uppstå i alla åldrar. Sjukdomar och skador i rörelseapparaten kan vara medfödda eller orsakade av olika trauman och olyckor. Enligt Almås H. m.fl. (2011) inträffar det i Sverige 18 000 höftfrakturer varje år som är orsakade av fallolyckor. Frakturer hos äldre människor är ett stort hälsoproblem och flera av dessa beror på osteoporos dvs. benskörhet. Behandlig av skador i rörelseapparaten kan ske både kirurgiskt och icke kirurgiskt beroende på skadans omfattning. (Almås H. m.fl. 2011. s. 133)

Äldre människor utgör en stor del av patienter som råkar ut för skador i rörelseapparaten. Ca. 30 % av de äldre som fortfarande bor hemma hamnar ut för en fallolycka ungefär 1 gång per år, hos 10 % av dessa råkar ut för en allvarlig skada. Hos ungefär 5 % av dessa som råkar ut för en fallolycka leder det till en fraktur. De vanligaste frakturerna som fallolyckorna orsakar är handleds-, höft- och ryggfrakturer. Många som läggs in på sjukhus är multisjuka, lider av någon kronisk sjukdom och funktionssvikt och är för det mesta över 75 år fyllda. De ovannämnda faktorerna påverkar ofta patientens rörlighet och har därför ofta nedsatt funktion i rörelseapparaten. Dessa patienter har ofta påsatt flera olika läkemedel, en eller flera av dessa faktorer kan tillsammans leda till fallolyckor. (Almås H. m.fl. 2011. s. 134)

3.4.1 Överarmsfraktur

Denna typ av fraktur är vanlig hos äldre personer med osteoporos. Skadan orsakas ofta av fall på rak arm eller också om man får ett trauma rakt mot överarmen. Konsekvenserna för denna typ av skada är smärta, svullnad och svårigheter att röra på armen. Behandling vid denna typ av skada är gips eller operation beroende på skadans omfattning, det är viktigt att patienten kommer i gång med mobiliseringen så fort som möjligt och efter hur smärtsamt det är. (Almås H. m.fl. 2011. s. 146)

3.4.2 Underarmsfraktur

Frakturer i underarmen förekommer flest hos äldre kvinnor med osteoporos och orsakas av fallolycka med utsträckt arm. Frakturen kan förekomma i armbågsbenet eller strålbenet, frakturen kan vara i båda benen också. Symtom är ofta smärta, speciellt när man använder armen. Svullnad kan förekomma och en blånad där frakturen är lokaliserad, felställningar på benet är normalt. Man försöker som första behandling bara reponera och gipsa handen, om det är en större fraktur med svår felställning kan den behöva opereras. Patienten med en fraktur i underarmen kan börja använda armen så fort smärtan tillåter det men man får inte lyfta något eller utsätta armen för tyngre aktiviteter. (Almås H. m.fl. 2011. s. 146)

3.4.3 Höftfraktur

Höftfrakturer innefattar frakturer i lårbenshalsen, i trokanter och under trokanter. Symtom eller typiska tecken för höftfraktur är smärta, benet är kortare och är i felställning och att patienten inte kan belasta benet. Vissa höftfrakturer kan vara inkilade det vill säga att frakturändarna sitter fast kilade i varandra. Vid dessa frakturer kan vissa patienter till och med gå på benet och har inte lika mycket smärtor. Dödligheten vid höftfrakturer är relativt stor hos äldre och svaga patienter, upp till 7-8% dör inom 30 dagar. De flesta som drabbas av höftfraktur är kvinnor (69%) och medelåldern ligger på 84,2 år. (Almås H. m.fl. 2011. s. 147)

95% av de som får en höftfraktur har varit med om en fallolycka, de flesta är som sagt kvinnor men detta förklaras med att de är fler kvinnor än män som lider av osteoporos. Behandlingen för höftfraktur är operation och det sätts nästan alltid in en protes. (Almås H. m.fl. 2011. s. 147-148)

3.4.4 Ryggfrakturer

Man kan dela in ryggfrakturer i två olika kategorier, stabila frakturer där nervvävnaden inte är skadad och instabila delas in i instabila frakturer med skada på nervvävnaden och frakturer med risk för skada på nervvävnaden. Om man varit med om ett trauma som lett till att man fått smärtor i ryggen skall detta behandlas som ryggfraktur tills annat kan påvisas. Symtomer som patienten får är smärtor, eventuellt neurologiska symtom och deformitet. Ryggfraktur konstateras med röntgen och DT (Data tomografi) och vid misstanke om nervvävnads skador tas MR. (Almås H. m.fl. 2011. s. 156)

Orsaken till ryggfrakturer är ofta att man varit med om ett trauma, det vill säga en fallolycka, trafikolycka och idrottsskador. Det är vanligast att unga människor hamnar ut för ryggfrakturer. Kompressionsfraktur innebär att ryggkotan har pressats tillsammans i ländriktning, detta är en vanlig fraktur för personer med osteoporos och det är vanligtvis äldre personer som råkar ut för denna typ av skada. Vid stabila ryggfrakturer är det oftast vila och korsett för ryggen som används som behandling. Det är viktigt att förse patienten med tillräcklig smärtlindring för att patienten så småningom skall kunna börja mobilisera sig. (Almås H. m.fl. 2011. s. 156)

3.5 Försämrad syn

Synnedstättningar är vanliga hos äldre människor, de lider ofta av någon obotlig ögonskada som katarakt eller åldersrelaterade makuladegeneration. De som lider av försämrad syn blir ofta begränsade i sitt liv, de kan inte utföra samma hobbies som förr och de sociala livet blir mera passivt, detta gör att deras livskvalitet blir

sämre. Äldre människor som lider av syn nedsättning är mera utsatta för att falla och därmed få en höftfraktur. (Almås H. m.fl. 2011. s. 283)

Synnedsättning medför problem i de vardagliga livet, man kan inte köra bil mera, man kan inte läsa och det kan bli svårt att klara av vanliga rutiner. Härmed blir personen beroende av daglig hjälp. Psykosociala konsekvenser i form av depression, ångest och rädsla att bli helt och hållet blind. Det är viktigt att tillgodse patienten med den hjälp som hon kan behöva, hjälp med ADL, hjälp med de dagliga sysslorna, hjälpmedel och omskolning till de nya livet. (Almås H. m.fl. 2011. s. 299)

4 Teoretisk utgångspunkt

I detta kapitel kommer respondenten att använda Lena Wiklunds *Vårdvetenskap i klinisk praxis* som baserar sig på Katie Erikssons vårdteori. Men också av Katie Erikssons syn på vårdetik. Respondenten har valt att skriva om lidande och vårdetik eftersom de är centrala ämnen när det gäller fallolyckor. Att vara med om en fallolycka kan vara både fysiskt och psykiskt lidande, man drabbas av smärtor av själva fallet och om man skadar sig kan man ha långvariga smärtor. Psykiskt lidande genom smärtor, och socialt lidande eftersom man kanske på grund av rädsla att falla på nytt isolerar sig och inte vågar röra på sig som förr.

4.1 Lidande

Lidandet handlar om en inre process, inte bara om att se de yttre symtomen. Ofta beskrivs lidandet som någon sort av förlust av människans sig, hot eller kränkning. Lidandet kan också vara en känsla av att mista kontrollen säger forskare inom området. Den lidande människan kan också känna skuld känslor. För den som lider kan det vara svårt att prata om sitt lidande och berätta om sina känslor för andra människor, detta gör att man känner sig ensam och avskuren från andra människor. Detta gör att människan som lider blir tyst och sluter sig inom sig själv. (Wiklund, 2003, s. 96-97)

Vårdarens roll är att få patienten att prata om sitt lidande. Vårdare kommer dagligen i kontakt med lidande men sällan pratar de om det, det verkar som att inte bara den lidande personen har svårt att prata om sitt lidande men också vårdarna har svårt att prata om lidande. Vårdare får lära sig att betrakta situationer neutralt så att inte personliga åsikter och värderingar inverkar på patientens vård. Detta kan innebära att vårdaren ifrånsätter patientens lidande och fokuserar sig på patientens symtomlindring. Detta kan uttrycka sig i att vårdaren fokuserar sig bara på det yttre i vårdandet istället för att vårda patienten ur ett helhetsperspektiv och prata med patienten om känslor och lidande. Det är viktigt att vårdaren redan i sin utbildning lär sig om lidande, dess natur och hur de som vårdas kan uppleva lidande. Vårdaren måste också få möjlighet att prata om lidande och hur de upplever det. (Wiklund, 2003, s. 97)

4.1.1 Sjukdomslidande

De problem och symptom som sjukdomen framkallar kan leda till sjukdomslidande enligt Eriksson (1993,1994). Till sjukdomslidande hör de fysiska symptom som sjukdomen framkallar, symptomen för med sig begränsningar och orsakar lidande för patienten. (Wiklund, 2003, s. 102)

”Just det här att vara begränsad. Det var svårt. Mycket svårt. För att man var ju hemma, man kunde inte göra vad som helst. Jag dansade ju, och det fick jag sluta med. Det var bara så. Men det tog väldigt hårt personligt på mig att inte få dansa. Det var ju den största motgången egentligen. Och det är en väldig smärta att konstatera att >> Nähä pysen, du orkar inte dansa längre<<.” (Wiklund, 2003, s. 102)

Att inte kunna göra aktiviteter som man förr gjorde och att vara fysiskt begränsad gör att människan känner lidande. Sjukdomslidande ger begränsningar i livet, inte bara gällande enskilda aktiviteter utom det påverkar livskvaliten och livet som en helhet. Patienten försöker då hitta andra saker för att hantera lidande och hitta harmoni i sin tillvaro. Att hitta en lugnare aktivitet istället för fysisk ansträngning, till exempel att läsa en bok. (Wiklund, 2003, s. 103)

4.1.2 Vårdlidande

Vårdlidande är något som patienten upplever som en följd av behandling eller vård, eller om det finns brister i behandlingen eller vården. Vårdaren har en stor roll i detta och kan ta bort denna typ av lidande genom att uppmärksamma vårdlidande. Det är därför viktigt att vårdaren uppmärksammar detta och tänker efter om patienten upplever vårdlidande. Vårdlidande innebär att patienten upplever brist på kontroll och känner sig kränkt. (Wiklund, 2003, s. 104)

Vårdlidande uttrycks speciellt när det är brister i vårdens organisation och hur man genomför vården, dessa två faktorer ökar patientens vårdlidande. Utebliven eller felaktig vård kan leda till att de problem eller symtom som är vanliga för sjukdomen förvärras. Detta kan handla om att man inte lyssnar på patienten när patienten beskriver sina symtom eller att en patient med värk inte får smärtmedicin. Att inte bli tagen på allvar när man berättar om sina symtom till exempel smärta, patienten tappar kontrollen och upplever sig kränkt. Andra exempel på vårdlidande är när till exempel en operation blir uppskjuten, detta kan patienten uppleva som att man fråntar hennes värde. (Wiklund, 2003, s. 105)

4.1.3 Livslidande

Livslidandet påverkar hela människans liv, livslidande blir speciellt aktuellt när en människa blir sjuk. Sjukdomslidandet innebär de symtom som en sjukdom medför medan livslidandet påverkar hela människans existens. Livslidandet kan gemföras med begreppet aktivitet, livslidandet handlar inte bara om de symtom som sjukdomen medför utom de handlar om de hela perspektivet som följer med dessa symtom. De handlar om en grundläggande hållning till livet, där prestation, aktivitet och "att göra rätt för sig i livet" är en central roll i livet. (Wiklund, 2003, s. 108)

Livslidandet kan gemföras med att man upplever att man inte kan prestera fullt och att man inte kan leva upp till sin roll. Rädslan att inte kunna fungera som förr i arbetslivet eller de sociala livet. Personens tankar kring liv och död blir aktuella, man funderar på vem man är, vad man har hoppats att bli eller förbli. Man funderar på vad man har gjort för att få sjukdomen, om det är ett straff av något slag. (Wiklund, 2003, s. 109)

4.2 Vårdetik

Vårdetik används som en allmän betydelse för olika etiska perspektiv som finns inom vårdarbetet, det kan vara bland annat sjukskötarens etik eller den medicinska etiken. Vårdandets etik innebär den djupaste mening i vårdandet, det vill säga den vårdrelation som skapas mellan vårdare och patient. Vårdetik handlar om den etiken som aktualiseras varje gång mellan mötet av vårdaren och patienten. Varje gång vårdaren möter en patient väljer hon själv djupet i vårdetiken omedvetet eller medvetet när vårdaren är beredd att ta hand om sin patient. (Eriksson, 1995, s. 1-2)

Studier tyder på att det finns vårdare som undviker att ta ansvar i den djupaste mening för patienten, om vården inte grundar sig på att ta djupaste ansvar för patienten kan man inte säga att det är god vård man utför. Att utreda sina djupaste tankar är etikens uppgift. De alldagliga frågorna är de mest centrala i vårdandets etik. Att om och om igen möta en äldre människa vars vård ofta består av vanliga rutiner och vårdaren orkar bringa glädje och söka efter nya möjligheter för åldringen kan kallas för vårdarens etik. Etik innebär att man vågar se de goda och de onda och att man har en realistisk verklighetsbild. I vårdandet av patienter innebär det att man att man ser verkligheten ur patientens syn. (Eriksson, 1995, s. 2)

Vårdandets etik som även kan kallas den naturliga etiken innebär den hållning som vi intar till människan och människans vårdande oberoende de etiska regler som finns i professionen. Man utgår från att innerst inne vill vårdarna alltid gott trots att man inte alltid gör det av olika orsaker. Utgångspunkten i vårdandet skall vara patientens upplevelse av smärta, lidande, sorg, skuld m.fl. När man pratar om god vård kan man säga att uppfattningen av god vård är bunden till det etiska. Den goda vården hotas alltid av olika situationer, främst för att vi som vårdare känner det onda i vårdandet. Som Eriksson skriver "Den goda vården är etisk och det är den vård som har sitt ursprung i spontan kärlek och barmhärtighet." (Eriksson, 1995, s. 11, 22-23)

5 Metod

Examensarbetet är en kvalitativ litteraturstudie, respondenten kommer att använda sig av innehållsanalys för att analysera den data som respondenten har fått fram. I detta kapitel kommer respondenten att ta upp vad för sorts studie respondentens arbete är och vilken datainsamlingsmetod som kommer att användas i studien.

Insamlingen av data sker genom att hitta artiklar som använts i den senaste forskningen om fallolyckor, men också artiklar som kan vara upp till 10 år för att hitta tillräckligt med forskning som passar studien.

5.1 Beskrivning av kvalitativ metod

Om man använder sig av kvalitativ metod innebär det att forskaren undersöker systematiskt sitt datamaterial och arrangerar det systematiskt för att komma fram till sitt resultat. Det som är utmanande med kvalitativ forskning är att skapa en mening genom en stor del av data. (Fejes & Thornberg, 2011, s. 32)

När man använder sig av kvalitativ forskning vill man veta mera om de mänskliga fenomenen, det vill säga människors uppfattningar, erfarenheter, tankar, upplevelser, motiv, förväntningar och attityder. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, s. 73)

5.2 Beskrivning av litteraturstudie

Att gå igenom den litteratur som redan finns inom området man forskar är en naturlig del av forskningsprocessen. När man planerar sin studie innebär det att man först sammanställer det material som redan finns inom det område man forskar om. Det finns två olika typer av litteraturstudie, den systematiska och den allmänna. I den allmänna litteraturstudien brukar man inte göra någon kritisk granskning, man analyserar och skildrar artiklarna utan att ta i beaktande hur

artiklarna valts ut eller varför man just har valt dem. Detta försvårar läsaren att bedöma resultatets giltighet. En systematisk litteraturstudie däremot baseras på primärkällor som är publicerade artiklar eller rapporter. En primärkälla innebär att när skribenten av rapporten/artikeln är samma person som genomfört undersökningen. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, s. 173)

För att man skall kunna göra en systematisk litteraturstudie krävs det att det finns tillräckligt med studier som är av god kvalitet, och kan fullgöra ett gott underlag för slutsatser och bedömningar. Man skall ha en tydlig formulerad fråga i sin studie som sedan besvaras systematiskt genom att välja, identifiera, analysera och värdera relevant forskning. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 16-17)

Att göra en systematisk litteraturstudie innebär att systematiskt söka efter litteratur, att kritiskt granska litteraturen och sedan sammanställa den valda litteraturen inom problemområdet eller det valda ämnet. Den systematiska litteraturstudien bör vara fokuserad på färsk forskning inom de aktuella området. Den mängd studier som väljs beror på vad som finns att hitta ,men det finns inga regler på hur många studier bör inkluderas. I studien skall ingå vilka sökord och hurudan sökstrategi man använt sig av, man skall använda sig av vetenskapliga artiklar, kritiskt värdera, analysera och diskutera resultatet. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 30-32)

5.3 Beskrivning av innehålls-analys

Respondentens examensarbete kommer att vara en kvalitativ litteraturstudie och har därför valt att använda innehålls-analys för att analysera den data som respondenten fått fram.

När man kommit så långt att man har fått sitt material ihop samlat som man vill använda sig av i sin studie, är det viktigt att man noga läser igenom sitt material och sammanställer det i en tabell. När man läser igenom sitt material kan man på samma gång göra anteckningar för att lättare sedan sammanställa materialet i en tabell. När man sammanställer till en tabell är det viktigt att ha med artikelns syfte, metoden som använts för undersökningen, urval samt det viktigaste resultatet. Genom att göra denna sammanställning får man en bra överblick av materialet

och ett bra redskap när man skall sammanställa resultatet i litteraturstudien. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, s. 180-181)

Det finns två olika typer av innehålls-analys, den ena kallas manifest innehålls-analys som innebär att man gör en analys av direkt synliga teman eller mönster som är lätta att se. Medan vid latent innehålls-analys är målet att man går in djupare i texten för att hitta olika teman som inte är lika synliga, här kan man behöva hjälp av kodning för olika kategorier för att kunna tydligöra texten. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 151)

5.4 Praktiskt genomförande

Datainsamlingsmetoden har bestått av artiklar som är vetenskapligt granskade artiklar. Respondenten har använt sig av artiklar från åren 2004-2014, de flesta artiklar som respondenten valt är högst 4 år gamla, men det finns några stycken vetenskapliga artiklar som är ännu äldre med i studien. Sökningen av de vetenskapliga artiklarna har skett elektroniskt. Databaser som respondenten använt är Cinahl, Academic search elite och svemed+. För att hitta artiklarna har respondenten använt som sökord patient safety, falling accidents och fallolyckor.

15 vetenskapliga artiklar hittades och de presenteras i en resume'artikel (bilaga 1), i resume'artikeln får läsaren en översikt av artiklarna. Genom att använda sig av innehållsanalys har respondenten hittat olikheter och likheter i materialet för att sedan kunna bilda olika kategorier. Genom dessa kategorier presenteras resultatet för att det skall vara lättare för läsaren. Resultatet har tolkats mot den teoretiska referensramen och slutligen har en kritisk granskning gjorts för att kontrollera examensarbets tillförlitlighet.

6 Resultatredovisning

I detta kapitel kommer respondenten att presentera de resultat som respondenten har hittat i de vetenskapliga artiklarna. Respondenten har läst igenom artiklarna och sammanställt dem i en resume'artikel. I resume'artikeln framkommer författare, titel, syftet med studien, metod och vilka resultat som de kommit fram till

i studien. Metoden som använts är innehålls-analys. Resultatet kommer att presenteras i huvudkategorier och underkategorier. För att tydliggöra resultatet är huvudkategorier skrivna med rubriker och kapitel nummer, underkategorierna är skrivna med **fet stil**.

6.1 Fallolyckor

Patient på sjukhus

Fallolyckor är en allvarlig och ett vanligt problem bland äldre personer. Fallolyckor kan leda till rädsla, smärta och till små eller stora skador. Fallolyckorna kan orsaka patienten obehag, livskvaliteten kan bli sämre och sjukhusvistelsen kan bli längre på grund av fallet. Ungefär 30% av de som fyllt 65 år och ca. 50% av dem som fyllt 80 år är med om en fallolycka ungefär 1 gång i året. Fallolyckor är ett stort problem på sjukhus. (Kerzman C. mfl. 2004, s. 224)

Fallolyckorna är ett stort problem runt omkring i världen. Största delen av fallen som rapporteras händer i åldringshem som är menade för långvarigt boende. Det är viktigt att man gör upp en vårdplan för patienter som flyttar till dessa hem, planen skall innehålla: Fallrisk evaluering för alla patienter, identifierande av de patienter som lider av stor risk för att falla, det skall finnas en strategi för att man skall kunna förebygga fallolyckorna t.ex. larmmattor och hjälpmedel och avdelningen skall ha en strategi för prevention av fallolyckor, planen skall konstant vara uppdaterad. (Tingle J, 2011, s. 694)

Fall definieras som "an unexpected event in which the participant comes to rest on the ground, floor, or lower level" (Healey O. & Darowski A., 2012, s. 170). Fallolyckor på sjukhus definieras när en patient snubblar, halkar, kollapsar eller svimmar och faller till golvet. Fallolyckor är de mest rapporterade incidenterna gällande patient säkerhet. I över 80 % av de rapporterade fallen är patienten över 65 år och de som skadar sig mest är patienten över 80 år gammal. (Healey O. & Darowski A., 2012, s. 170)

Tzeng H-M & Yin C-H (2012) s. 372 beskriver fall som en plötslig, ovillig rörelse av kroppen neråt mot marken eller annan yta, när en patient faller har hon risk för att skada sig allvarligt, bli invalidiserad eller till och med dö.

Risikfaktorer gällande fallolyckor är tidigare fallolyckor, svårt att röra sig, muskel svaghet, delirium, demens, läkemedel som ökar risken för fall, urininkontinens, ortostatiskt blodtryck det vill säga att blodtrycket sjunker när man stiger upp. (Healey O. & Darowski A., 2012, s. 170)

Tidigare studier har visat att det finns vissa riskfaktorer som man bör ta i beaktande när man bedömer fallrisken för en patient. Det man skall tänka på är patientens ålder, agitation, confusion, allmän muskelsvaghet eller svaghet i benen, osäker gång, urininkontinens, tidigare fall, synförsämring och biverkningar av läkemedel. (Aranda- Gallardo M., m.fl., 2013 s. 2)

Fallolyckorna orsakar patienten fysiologiska men också psykologiska skador, men det kostar också mycket för befolkningen med fallolyckor. Fallolyckor är ett seriöst problem bland vårdgivare. Man försöker komma på olika metoder som skulle vara effektiva att förebygga fallolyckor vårdare borde följa ett datoriserat program som förutser vem som kommer att falla och vilka patienter som är mest troligt att de kommer att falla. Bättre kommunikation mellan patient och personal, bra belysning, inte ha hala ytor och handtag i korridorer borde finnas för att minska på fallolyckorna. Riskfaktorerna för att falla är hög ålder, över 65 år, de som fallit tidigare, personer med svårigheter att röra på sig, confusion eller depression. Andra riskfaktorer är urinkontinens eller svårigheter att urinerna, lågt blodtryck, dålig syn och hörsel och förändringar i läkemedel. Man kan säga med andra ord att de flesta åldringar som blir intagna på sjukhus har en större fallrisk. (Sherrod M.M. & Good J. A., 2006, s. 25-26)

Patient i hemmiljö

Risikfaktorerna för fallolyckor är i princip de samma som för de som är inlagda på sjukhus eller bor på ett äldreboende.

Upp till hälften av den åldrande populationen som fortfarande bor hemma faller ca. 1 gång per år. I den här åldern är det lätt att få skador i form av frakturer och skador på mjuka delar av kroppen. De som faller har ofta problem med balansen, kvinnligt kön, hög ålder, tidigare fallolyckor, försämrad styrka i de lägre extremiteterna, sämre syn, nedsatt kognitiv funktion, svindel, depression, rädsla av

att falla, urininkontinens och sämre psykiskt mående. Patienter med olika sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar, svindel och parkinsonism har en större tendens att vara med om en fallolycka. (Linattiniemi S., m.fl. 2009, s. 25)

De personer som har många mediciner utgör en större risk för fallolyckor, speciellt de som har psykotropiska-, flimmer-, digoxin- och diuretiska mediciner har en större fallrisk. De som föll hade de tidigare året lidit av en psykisk sjukdom som till exempel depression, och de hade problem med synen och någon psykisk medicin. (Linattiniemi S., m.fl. 2009, s. 25, 27)

Skador

8 % av Sveriges befolkning bor i äldre boenden, 40 % av alla höftfrakturer som inträffat i Sverige skedde på åldringshem. Åldringar som bor på åldringshem är sjuka, sköra och oftast dementa. Läkemedels påverkan och till exempel urinvägsinfektioner kan leda till ett annorlunda beteende och därtill leda till en fallolycka. En stor del av fallolyckorna på sjukhus är orsakade av förvirringstillstånd som i sin tur är orsakade av akuta sjukdomar eller läkemedels biverkningar. De flesta som bor på ett åldringsboende lider oftast av en grundsjukdom som exempel synnedsättning, stroke, demens, depression och rädsla för att falla. (Gustafson Y., m.fl. 2006, s. 2997)

30 % av de som är med om en fallolycka skadar sig och den vanligaste skadan som uppkommer är frakturer. De som är med om en fallolycka och skadar sig så allvarligt och får en fraktur, hamnar då att vara en längre tid på sjukhuset än planerat och för vissa kan en fallolycka vara de sista de råkar ut för. Patienter som faller och inte skadar sig eller skadar sig bara lite, kan istället råka ut för ångest och stress, rädsla att falla pånytt. När patienten är rädd för att falla kan det orsaka att patienten rör sig osäkert och har problem med att flytta sig från ställe till ställe. Då kan patienten hamna att vara längre på sjukhuset och kanske bli tvungen att flytta till ett åldringshem. (Healey O. & Darowski A., 2012, s. 170)

För patienter som är intagna på sjukhus är fallolyckor ett stort problem, fallolyckorna påverkar deras livskvalitet och livslängd. Äldre människor hamnar

att vara en längre tid på sjukhus på grund av en fallolycka. Fallolyckor är den dominerande orsaken till skador för personer över 65 år fyllda. Studier visar att 30% av de som faller får någon skada och 4-6 % av de som faller lider av en större skada på grund av fallet, en allvarlig skada kan vara en fraktur, subdural hematoma (blödning i hjärnan), blödning och till och med döden. Skador som fallolyckor kan medföra är höftfrakturer, skall frakturer och andra frakturer. (Aranda-Gallardo M., m.fl., 2013, s. 2)

Fallolyckor orsakar smärta, skador, försämrat självförtroende och självständigheten blir lidande dessutom ångest åt patienten, familjen och vårdpersonalen på sjukhuset. Patienter i alla åldrar kan vara med om en fallolycka men det är mera troligt att en äldre patient faller och skadar sig allvarligt. Dålig syn och demens är faktorer som man måste ta hänsyn till eftersom när de är borta från sin normala miljö är de troligt att de faller. (Healey F., 2010, s. 16)

Skador bland äldre människor orsakade av fallolyckor är ett växande problem, fallolyckorna kan leda till långvarig smärta, svårigheter att klara sig själv och nedsatt självförtroende och död. Både de faktorer och skador som fallolyckorna medför är inte endast enstående utom ett komplex av flera olika faktorer. För att förebygga fallolyckor är det viktigt att man individuellt evaluerar varje patient för sig för en överblick av den individuella patientens fallrisk. (Hayakawa T., m.fl. 2014, s. 1)

Mediciner

Mediciner är en stor riskfaktor gällande fallolyckor. En äldre person lider ofta av flera olika somatiska sjukdomar och därtill måste använda flera olika mediciner. Om man använder flera olika mediciner på samma gång har studierna visat att de ökar risken för att vara med om en fallolycka. Fast man har undersökt att om man använder flera mediciner på en och samma gång utgör en större risk för att vara med om en fallolycka, har man inte specifika studier på att vilka läkemedels grupper som är största orsaken till fallolyckor. Man har hittat studier på att mediciner som neuroleptika, sedativa och antidepressiva läkemedel utgör en fallrisk för patienten med dessa läkemedel. (Bergland A, 2012, s. 154)

Gällande benzodiazepiner var det en skillnad mellan kortvarig och långvarigt användande. Patienter som varit med om ett eller flera fall använde diuretika,

flimmer- och digoxin medicin. Patienter som använde 3-4 eller flera mediciner på samma gång hade en större fallrisk. Speciellt användande av mediciner som påverkade psyket, benzodiazepiner, antipsykotiska och antidepressiva läkemedel hade en större fallrisk. (Bergland A, 2012, s. 154)

6.2 Vad kan man göra för att undvika fallolyckor

Miljö

Många av fallolyckorna på sjukhus hände när patienten skall stiga upp ur sängen. Många patienter har skadat sig när de stigit upp ur sängen och den har varit för högt uppe, därför är det viktigt att patient sängen läggs till en lämplig nivå för patienten och att vårdaren kommer ihåg att ställa tillbaka sängen efter vårdåtgärder. Patient sängen bör ställas efter hur lång patienten är eller om sängen inte går tillräckligt lågt borde den ställas isåfall så lågt som möjligt. Patienter som hade en större risk för att falla hade vårdaren lämnat sängen i en högre position för att patienten inte skall komma bort från sängen, men istället när patienten försökte komma upp ur sängen föll patienten på grund av att sängen var för högt. (Tzeng H-M., m.fl. 2012, s. 271-272)

Det är flera olika faktorer som påverkar risken för att falla. Det är viktigt att man har på avdelningen en plan för att förebygga fallolyckor och att vårdpersonalen får tillräckligt skolning om detta. Det är viktigt att vårdteamet använder sig av olika larmsystem, monitorerar läkemedelseffekter och vid behov minskar dosen, ändrar på miljöfaktoer som kan utgöra en fallrisk för patienten. Att hjälpa patienten till toaletten och att vara extra noggrann med patienter som till exempel lider av dålig syn, diabetes eller anemi. Att sänka sängen till en lämplig nivå och att använda höftbyxor som skydd åt äldre patienter, medicinera patienter med osteoporos. En stor del av fallolyckorna sker när patienten går på toaletten på egen hand. (Tzeng H-M. & Yin C-H., 2012, s. 372-373)

I sjukhus miljö är det viktigt att ta i beaktande patientens individuella problem och hinder. Det är viktigt att ta i beaktande ytan på golvet, belysningen; belysningen får inte ändra drastiskt i olika rum, ringklockor; patienten skall ha ringklockan i närheten och så att den är lätt att se, avstånden mellan sängen och handtag, toalett och dylikt skall vara på nära håll, det får inte finnas saker som man kan

snubbla på i vägen för en patient, patienten skall ha möjlighet till hjälpmedel och de skall vara individuellt anpassade och på räckhåll för patienten. (Healey F., 2010, s. 18)

Instrument

På grund av alla fallolyckor som sker, finns det olika instrument som har utvecklats för att man skall kunna bedöma risken för fall hos en patient. Olika instrument som har utvecklats är bland annat: Downtown scale, the morse fall scale, the st. thomas risk assessment tool in falling elderly inpatients (STRATIFY), The tinetti test, the conley scale, the Hendrich fall risk model and the hendrich fall risk model II (HFRM II). Några av dessa instrumenten har blivit testade i miljöer som de inte är menade för och därför kan man inte ge ett riktigt resultat på dem. (Aranda-Gallardo M., m.fl., 2013, s. 2)

Resultatet av fallrisk instrumenten är baserade på sjukskötarens kliniska bedömning. För att komma fram till vad en patient har för fallrisk ger sjukskötaren poäng enligt vissa parametrar enligt hur patienten är. Enligt HIFRM instrumentet bedömer sjukskötaren patientens mentala status eller om patienten har mindre än 17 poäng på minimal testet kan man bedöma enligt det, medan i andra instrument frågar man patienten själv. Dessa instrument förlitar sig mycket på sjukskötarens professionalitet att värdera patienten rätt. I HIFRM modellen bestämmer sjukskötaren patientens rörelseförmåga. HIFRM fallrisk modellen har använts sedan 1988 och används runt om i världen. (Swartzell K. L., m.fl. 2013, s. 180-183)

Målet med patientsäkerhet är att minimera risken för att det skall hända olyckor i sjukvården. NHS safety thermometer är utvecklad för att mäta patientsäkerhet. (Buckley C., m.fl. 2014, s. 268)

Vårdaren

De naturliga sambandet mellan god vård och patientsäkerhet är inte lätt att beskriva. Patient säkerhets incidenter kan orsaka psykiska och emotionella skador för patienten och patientens familj. Kan orsaka vårdaren att känna skuld och stress. Patientsäkerhets frågor där någonting gått fel kan kosta ett sjukhus mycket

pengar och orsaka patienten mycket lidande. Humanistiska faktorer har inflytande på hur man beter sig. På jobbet är de humana faktorerna som miljö, organisations- och jobb relaterade faktorer som har inflytande på hurdan man är som person på jobbet. När det händer en patientsäkerhets olycka är det viktigt att man reflekterar över vad som hänt och vad som orsakade det. (McCaughan D. & Kaufman G., 2013 s. 48-49, 51)

7 Tolkning av resultat

I det här kapitlet kommer respondenten att tolka de resultat som framkommit till den teoretiska bakgrunden och den teoretiska utgångspunkten. De teoretiska utgångspunkterna är Lena Wiklunds teori om lidande som baserar sig på Katie Erikssons lidande teori, respondenten valde också att använda Katie Erikssons vårdetik som en av de teoretiska utgångspunkterna. I den teoretiska bakgrunden har respondenten beskrivit om läkemedel, smärta, synförsämring, delirium och sjukdomar och skador i rörelseapparaten. Huvudkategorier och underkategorier är skrivna med **fet stil** och den teoretiska referensramens begrepp är skriven med *kursiv stil*.

Patient

Av resultatet framkom att en **patient** som är med om en fallolycka upplever ofta smärta på grund av de skador de får när de faller och upplever då lidande. Det är lika vanligt att **patienter** över 65 år faller i hemmet så som i sjukhus miljö. **Patienterna** som är med om fallolyckor beror på olika faktorer, tidigare sjukdomar eller andra orsaker på grund av miljön i hemmet eller sjukhuset.

De problem och symtom som sjukdomen framkallar kan leda till *sjukdomslidande* enligt Eriksson (1993,1994). Till *sjukdomslidande* hör de fysiska symtom som sjukdomen framkallar, symtomen för med sig begränsningar och orsakar *lidande* för **patienten**. (Wiklund, 2003, s. 102)

Det är viktigt att effektivt behandla *akut smärta* av etiska skäl och p.g.a. av dess skadliga psykologiska och fysiologiska verkan. *Akut smärta* påverkar nästintill alla organ i kroppen. (Kalso, E. Haanpää, M & Vainio, A. 2009, s 278)

Skador

Av resultatredovisningen framkom att patienter som råkar ut för en fallolycka och **skadar** sig, kan få en fraktur som orskar smärta och *lidande* för patienten. Många patienter som kommer in på sjukhus pga. akut **skada** kan hamna ut för ett så kallat förvirringstillstånd. **Skadorna** som patienten får orskar *lidande* och kan förlänga sjukhusvistelsen. De flesta patienter som råkar ut för en fallolycka och **skadar** sig är över 65 år.

Att inte kunna göra aktiviteter som man förr gjorde och att vara fysiskt begränsad gör att människan känner *lidande*. *Sjukdomslidande* ger begränsningar i livet, inte bara gällande enskilda aktiviteter utom det påverkar livskvaliten och livet som en helhet. Patienten försöker då hitta andra saker för att hantera *lidande* och hitta harmoni i sin tillvaro. Att hitta en lugnare aktivitet istället för fysisk ansträngning, till exempel att läsa en bok. (Wiklund, 2003, s. 103)

Vid akut eller kritisk sjukdom kan patienten utveckla akut förvirringstillstånd kallas också konfusion eller tillfällig förvirringstillstånd som kan utlösas av psykiska och fysiska påfrestningar. Tillståndet känns igen av förändrad kognition eller förändringar i medvetandegraden. Igenkännande symtom är desorientering, minnesstörningar, progressierande preceptionsstörningar eller störningar i talet. Tillståndet kan komma tidigt, bara efter några timmar eller så kan de utvecklas under några dagar. En person som tidigare haft förvirringstillstånd har lättare att få det pånytt vid akut sjukdom eller **skada** och vid läkemedelspåverkan. Konfusion kan förekomma hos alla åldrar men är mest vanligt hos patienter vid 70-80 års åldern, skärskilt utsatta är personer som *lider* av demens eller någon annan kognitiv svikt. (Almås H. m.fl. 2011, s. 395)

Äldre människor utgör en stor del av patienter som råkar ut för **skador** i rörelseapparaten. Ca. 30 % av de äldre som fortfarande bor hemma hamnar ut för en fallolycka ungefär 1 gång per år, hos 10 % av dessa råkar ut för en allvarlig **skada**. Hos ungefär 5 % av dessa som råkar ut för en fallolycka leder det till en fraktur. De vanligaste frakturerna som fallolyckorna orsakar är handleds-, höft- och ryggfrakturer. Många som läggs in på sjukhus är multisjuka, lider av någon kronisk sjukdom och funktionssvikt och är för det mesta över 75 år fyllda. De ovannämnda faktorerna påverkar ofta patientens rörlighet och har därför ofta nedsatt funktion i rörelseapparaten. Dessa patienter har ofta påsatt flera olika läkemedel, en eller flera av dessa faktorer kan tillsammans leda till fallolyckor. (Almås H. m.fl. 2011. s. 134)

Mediciner

Patienter som använder flera **mediciner** på en och samma gång utgör det en större risk för fallolyckor. Studier har visat att vissa grupper av **mediciner** utgör en större risk att falla. Använder patienten 3-4 olika **mediciner** utgör det en större risk för att falla.

Vårdetik används som en allmän betydelse för olika *etiska* perspektiv som finns inom vårdarbetet, det kan vara bland annat sjukskötarens *etik* eller den **medicinska etiken**. *Vårdandets etik* innebär den djupaste mening i vårdandet, det vill säga den vårdrelation som skapas mellan vårdare och patient. *Vårdetik* handlar om den *etiken* som aktualiseras varje gång mellan mötet av vårdaren och patienten. Varje gång vårdaren möter en patient väljer hon själv djupet i *vårdetiken* omedvetet eller medvetet när vårdaren är beredd att ta hand om sin patient. (Eriksson, 1995, s. 1-2)

När man blir äldre ökar också risken för att insjukna i långvariga sjukdomar, som ger upphov till att man behöver använda flera **läkemedel**. De vanligaste receptbelagda **läkemedel** som används är mot hjärt- och kärlsjukdomar och **läkemedel** som påverkar det centrala nervsystemet. (Kivelä, 2005, s. 11)

Hos äldre människor är de allmänna **läkemedels** störningar annorlunda än hos en medelålders människa, eftersom organen har börjat fungera sämre som hör till de

normala åldrandet. De är vanligt att **läkemedel** påverkar den åldrande människans hjärna, detta kan påverka åldringens möjlighet att klara sig i de dagliga rutinerna. Detta kan leda till en försämrad funktionsförmåga och till en total oförmåga. De vanligaste störande effekter som **läkemedel** kan tillföra en äldre person är: försämring av minnet, trötthet, rastlöshet, yrsel, fallolyckor, darrningar, styvhet i kroppen, sömnlöshet och många flera symtom. (Kivelä, 2010, s. 68-69)

De **mediciner** som ger mest störande effekter för åldringar är benzodiazepiner, antipsykotiska läkemedel, opiatanaletika och antikolinergiska läkemedel. Dessa mediciner borde undvikas hos en äldre person och speciellt att använda flera olika preparat av dessa på samma gång. (Kivelä, 2010, s. 72)

Miljö

I resultat redovisningen tas det upp olika faktorer som är viktiga att ta i beaktande i sjukhus **miljö** för att förebygga fallolyckorna. Sängar skall vara på lämplig nivå och man skall se till att patienten lätt hittar till toaletten och har exempelvis ringklockan nära. Andra **miljö** faktorer som kan påverka att patienten faller är hala golv, patienten ser inte hinder som kan finnas. En obekant **miljö** ökar alltid på fallrisken hos en äldre.

Livslidandet påverkar hela människans liv, *livslidande* blir speciellt aktuellt när en människa blir sjuk. Sjukdomslidandet innebär de symtom som en sjukdom medför medan *livslidandet* påverkar hela människans existens. *Livslidandet* kan gemföras med begreppet aktivitet, *livslidandet* handlar inte bara om de symtom som sjukdomen medför utom de handlar om de hela perspektivet som följer med dessa symtom. De handlar om en grundläggande hållning till livet, där prestation, aktivitet och "att göra rätt för sig i livet" är en central roll i livet. (Wiklund, 2003, s. 108)

Synnedläggningar är vanliga hos äldre människor, de lider ofta av någon obotlig ögonskada som katarakt eller åldersrelaterade makuladegeneration. De som lider av försämrad syn blir ofta begränsade i sitt liv, de kan inte utföra samma hobbyer som förr och de sociala livet blir mera passivt, detta gör att deras livskvalitet blir sämre. Äldre människor som *lider* av syn nedsättning är mera utsatta för att falla och därmed få en höftfraktur. (Almås H. m.fl. 2011. s. 283)

Synnedstättning medför problem i de vardagliga livet, man kan inte köra bil mera, man kan inte läsa och det kan bli svårt att klara av vanliga rutiner. Härmed blir personen beroende av daglig hjälp. Psykosociala konsekvenser i form av depression, ångest och rädsla att bli helt och hållet blind. Det är viktigt att tillgodse patienten med den hjälp som hon kan behöva, hjälp med ADL, hjälp med de dagliga sysslorna, hjälpmedel och omskolning till de nya livet. (Almås H. m.fl. 2011. s. 299)

Instrument

I resultatredovisningen kommer det fram olika **instrument** som har blivit utvecklade för att bedöma fallrisken hos en patient. Men **intrumenten** är inte ännu så prövade hos patienter utom sjukskötaren mera förlitar sig på sin professionalitet för att bedöma fallrisken hos patienter. Men om dessa **instrument** skulle utvecklas mera skulle man spara patienten *lidande* och vårdaren skulle inte känna skuld känslor för att patienten faller.

Vårdlidande är något som patienten upplever som en följd av behandling eller vård, eller om det finns brister i behandlingen eller vården. Vårdaren har en stor roll i detta och kan ta bort denna typ av *lidande* genom att uppmärksamma *vårdlidande*. Det är därför viktigt att vårdaren uppmärksammar detta och tänker efter om patienten upplever *vårdlidande*. *Vårdlidande* innebär att patienten upplever brist på kontroll och känner sig kränkt. (Wiklund, 2003, s. 104)

Studier tyder på att det finns vårdare som undviker att ta ansvar i den djupaste mening för patienten, om vården inte grundar sig på att ta djupaste ansvar för patienten kan man inte säga att det är god vård man utför. Att utreda sina djupaste tankar är *etikens* uppgift. De alldagliga frågorna är de mest centrala i vårdandets *etik*. Att om och om igen möta en äldre människa vars vård ofta består av vanliga rutiner och vårdaren orkar bringa glädje och söka efter nya möjligheter för åldringen kan kallas för *vårdarens etik*. Etik innebär att man vågar se de goda och de onda och att man har en realistisk verklighetsbild. I vårdandet av patienter innebär det att man att men ser verkligheten ur patientens syn. (Eriksson, 1995, s. 2)

Rörelseapparaten är i kroppen muskel- och skelettsystemet, skador och sjukdomar i rörelseapparaten kan uppstå i alla åldrar. Sjukdomar och skador i

rörelseapparaten kan vara medfödda eller orsakade av olika trauman och olyckor. Enligt Almås H. m.fl. (2011) inträffar det i Sverige 18 000 höftfrakturer varje år som är orsakade av fallolyckor. Frakturer hos äldre människor är ett stort hälsoproblem och flera av dessa beror på osteoporos dvs. benskörhet. Behandling av skador i rörelseapparaten kan ske både kirurgiskt och icke kirurgiskt beroende på skadans omfattning. (Almås H. m.fl. 2011. s. 133)

Vårdaren

Vårdaren är också en viktig del av fallolyckorna. **Vårdaren** kan känna skuldkänslor och få stress när patienter råkar illa ut på deras skift. Speciellt om **vårdaren** känner att de inte hinner med allt som de skall hinna med på jobbet kan de orsaka dem ännu större stress och skuldkänslor om en patient skadar sig och därför råkar ut för *lidande*.

Vårdlidande uttrycks speciellt när det är brister i vårdens organisation och hur man genomför vården, dessa två faktorer ökar patientens *vårdlidande*. Utebliven eller felaktig vård kan leda till att de problem eller symptom som är vanliga för sjukdomen förvärras. Detta kan handla om att man inte lyssnar på patienten när patienten beskriver sina symptom eller att en patient med värk inte får smärtmedicin. Att inte bli tagen på allvar när man berättar om sina symptom till exempel smärta, patienten tappar kontrollen och upplever sig kränkt. Andra exempel på *vårdlidande* är när till exempel en operation blir uppskjuten, detta kan patienten uppleva som att man fråntar hennes värde. (Wiklund, 2003, s. 105)

Vårdandets etik som även kan kallas den naturliga *etiken* innebär den hållning som vi intar till människan och människans vårdande oberoende de *etiska* regler som finns i professionen. Man utgår från att innerst inne vill **vårdarna** alltid gott trots att man inte alltid gör det av olika orsaker. Utgångspunkten i vårdandet skall vara patientens upplevelse av smärta, *lidande*, sorg, skuld m.fl. När man pratar om god vård kan man säga att uppfattningen av god vård är bunden till det *etiska*. Den goda vården hotas alltid av olika situationer, främst för att vi som **vårdare** känner det onda i vårdandet. Som Eriksson skriver "Den goda vården är *etisk* och det är den vård som har sitt ursprung i spontan kärlek och barmhärtighet." (Eriksson, 1995, s. 11, 22-23)

Om patienten verkar otrygg och aggressiv är det viktigt att man ger utrymme till patienten. Att hålla fast patienten eller binda fast patienten gör situationen värre. Man skall hålla sängen lågt och se till så det inte finns fysiska hinder som kan skada patienten. Det är bäst att låta patienten hålla på med sitt och inte tvinga till någonting, att mobilisera patienten så fort som möjligt är av nytta. (Almås H. m.fl. 2011. s. 401)

8 Kritisk granskning

I detta kapitel kommer respondenten att kritiskt granska sin kvalitativa litteraturstudie utifrån Larsson (1994) kvalitetskriterier gällande kvalitativa studier. Respondenten valde att använda kvalitets kriterier som perspektivmedvetande, intern logik och etiskt värde. För att granska kvaliteter i resultatet har innebördsrikedom och struktur valts. Till sist väljer respondenten att använda validitetskriterium för resultatet.

8.1 Perspektivmedvetandehet

Larsson (1994, s. 165-168) menar att sanningen alltid är relativ och att det finns ett perspektiv bakom varje verklighet som man beskriver. Bakom meningsfullt tänkande finns alltid en tolkning, begreppet fakta är perspektivsberoende ständigt. Vi har redan vid första överblicken en förförståelse för vad det betyder det som skall tolkas. Denna förförståelse förändras konstant när man tolkar sin studie. Genom att uttrycka tydligt förförståelsen får man utgångspunkterna för tolkningen gjort tydligt. Detta bygger på att studien är till hands för kritisk granskning.

Respondenten fick en förförståelse för detta arbete genom att själv jobbat inom vården och sett hur vanliga fallolyckorna är och hur mycket skada de kan orsaka patienten. När respondenten började söka fakta om ämnet till denna studie fick hon en djupare inblick i vad fallolyckor innebär för patienten. I den teoretiska referensramen har respondenten utgått från Lena Wiklunds teori om lidande som baserar sig på Katie Erikssons teori om lidande. Respondenten hade svårigheter att bestämma vem annan hon skulle använda som teoretiker i den teoretiska referensramen, men kom sist och slutligen på att använda Katie Eriksson och hennes teori om vårdetik. Den teoretiska bakgrunden skulle ha kunnat innehålla mera, men respondenten beslöt sig att ta upp de allra viktigaste och hålla sig till det som är mest aktuellt.

8.2 Intern logik

Enligt Larsson (1994, s. 168-170) är den interna logiken den mest använda kriterien. En orsak till att den används så flitigt kan vara att forskaren behöver inte ha någon djupare sakkunskap i innehållet. Detta kriterium beskrivs som en harmoni mellan analystekniken, datainsamlingsmetoden och forskningsfrågorna. Man behöver inte binda sig till en viss metod utom "forskningsfrågor bör vara styrande för datainsamlingstekniker och analyser" (Larsson, 1994, s. 168).

Respondentens examensarbete är en kvalitativ litteraturstudie och respondenten har skrivit detta examensarbete för att hon är intresserad av ämnet. Syftet med detta examensarbete var att lära sig mera om patientsäkerhet och fallolyckor. Respondenten ville veta vad som orskar fallolyckorna, vem som är mest i riskzonen och vad man kan göra för att förebygga att fallolyckor inte skall ske.

Respondenten vill med sitt examensarbete öka all vårdpersonals kunskap om fallolyckor. Forskningsfrågorna var: Vad orsakas fallolyckorna av? Hur kan sjuksköterskan förebygga fallolyckor? Examensarbetet utformades enligt dessa forskningsfrågor, respondenten ville få fram viktigheten med att vad som fallolyckorna orsakas av och vad de kan orsaka. Och hur man som blivande vårdare kan förebygga fallolyckorna. Respondenten önskar att vårdare skulle bli mera uppmärksamma på de faktorer som kommit fram i examensarbetet.

Respondenten valde att använda kvalitativ litteraturstudie och samlade in artiklar genom datainsamlings metod. Respondenten använde sig av vetenskapliga artiklar som var upp till 10 år gamla, men de flesta av vetenskapliga artiklarna var skrivna inom de senaste 3 åren. För att lättare kunna urskilja artiklarna skrevs de i en resume'artikel efter att de noggrant blivit igenom lästa.

8.3 Etiskt värde

Det är viktigt när man gör en vetenskaplig studie att den visar upp god etik. Det är viktigt att man anonymiserar platser, institutoner och människor i sin studie så att de inte kan på något vis bli igen kända. Man skall inte skriva lögnen i sin forskning, kvalite i vetenskapliga arbeten är när man inte fuskar med sådana saker som man själv anser att är sant. Författaren får inte tuga om något som han känner till och man får inte lägga till något som inte har med saken att göra. (Larsson, 1994, s. 171-172)

Respondenten har utgått enligt föreskrifter hur man behandlar de vetenskapliga forskningarna. De som försvårade arbetet med de vetenskapliga artiklarna var att de flesta var skrivna på engelska. Respondenten har själv erfarenhet om fallolyckor från egen arbetsplats men har inte kommit med egna åsikter om detta i sitt examensarbete. Utom respondeten såg det mera som en styrka att ha kunskap om fallolyckor när hon skrev sitt examnesarbete.

8.4 Innebördsrikedom och struktur

Larsson (1994, s. 172-175) menar att när det handlar om kvalitativa studier handlar resultatet för det mesta om att utforma något så att nya innebörder skapas. Därför skall man fästa uppmärksamheten på hur innebörden utformas. Beskrivningen skall vara fylliga, om man inte ger en fylig beskrivning mister analysen sin innebörd. Stukturen däremot är som motsats till innebördsrikedom eftersom resultatet skall ha god struktur. Man skall göra sitt resultat med största möjliga enkelhet men resultaten får inte vara suddiga. Reultatet kan se ut på lite olika sätt. (Larsson, 1994, s. 172-175)

Examensarbetes struktur borde vara lätt läsligt eftersom det är indelat i huvud- och underkategorier. Ämnet fallolyckor är ganska lätt läsligt enligt respondentens åsikt, men för att göra det ännu tydligare har respondenten i texten förklarat några svåra ord. Respondenten gjorde en struktur över arbetet före respondenten började att skriva, de hjälpte respondenten att följa den röda tråden i arbetet.

8.5 Validetskriterier

Heuretiskt värde innebär att när man gör en kvalitativ forskning handlar det ofta om en forskning där man vill kategorisera upptäckandet av något nytt i forskningen. Heuretiskt värde innebär att man har en lyckad analys och ger ett nytt perspektiv inom det man forskat om och ökar på kunskapen inom området. (Larsson, 1994, s. 179-180)

Respondenten önskar att examensarbetet ger läsaren nya kunskaper inom området och att läsaren blir intresserad av ämnet. Respondenten hoppas att resultatet kan användas för blivande vårdare och de som redan jobbar inom vårddyrket.

9 Diskussion

Syftet med detta examensarbete var att genom en litteraturstudie ta reda på information och fakta om fallolyckor. Vilka faktorer som bidrar till att patienter råkar ut för en fallolycka och vad konsekvenserna kan vara. Syftet med examensarbetet var att sjukskötaren skall lära sig mera om fallolyckor och hur de kan påverka patienten. Frågeställningarna för detta examensarbete var: Vad orsakar fallolyckorna av? och hur kan sjuksköterskan förebygga fallolyckor?

I resultatredovisningens delades resultatet upp i huvud- och underkategorier för att underlätta läsningen. Huvudkategorierna var fallolyckor och vad kan man göra för att undvika fallolyckor. Underkategorierna i detta examensarbete var patient på sjukhus, patient i hemmiljö, skador, mediciner, miljö, instrument och vårdaren.

I resultatet fick respondenten fram de olika patient grupper som är mest troligt att de råkar ut för en fallolycka och i vilka sammanhang. Det är inte så stor skillnad på om patienten bor i hemmet eller om patienten är intagen på en vårdanstalt. Skadorna som uppkommer för patienten när de faller kan man inte förutse på förhand, men det kan uppkomma mindre allvarliga skador som utgör blåmärken och små sår och blödningar. Men patienten kan också hamna ut för en allvarligare skada som till exempel en höftfraktur eller en handledsfraktur.

Mediciner utgör en avgörande faktor i fallolyckorna och mångmedicinering är många gånger boven bakom fallet. Miljön spelar sin roll i att det kan finnas olika hinder som gör att patienten faller, eller så kan patienten halka eller liknande. Speciellt okänd miljö ökar risken för att falla. Man kan med hjälp av olika instrument avgöra patientens fallrisk, som man kan använda på vårdaanstalter. Vårdaren kan känna skuld känslor för att patienten råkat ut för en fallolycka och hon inte hade resurser att hindra detta.

Respondenten har fått en inblick i hur viktigt det är med att jobba preventiv för att förebygga fallolyckor tack vare detta examensarbete. Respondenten önskar att andra vårdare också skulle vara uppmärksamma på att förebygga fallolyckorna.

Fallolyckor är dyrt för samhället och det orskar patienten onödigt lidande och kan förlänga sjukhusvistelsen för patienten eller till och med leda till döden.

Respondenten kan påstå att hon skulle kunna handleda patienter, anhöriga och andra vårdare efter att skrivit detta examensarbete i hur man skall gå till väga för att minska på fallolyckorna. Respondenten önskar att det kommer mera forskning kring detta ämne och att man skulle börja uppmärksamma fallolyckor mera på vårdanstalter , sjukhus och för äldre patienter som fortfarande bor kvar i hemmet

Litteratur

Internet:

Vasa sjukvårdsdistrikt. 2012. *Åtgärder som bör vidtas för att förebygga fallolyckor på vasa centralsjukhus.*[online]

http://www.vaasankeskussairaala.fi/Pa_Svenska/Rekrytering_och_professionella/Patientsakerhet/Patientsakerhetsplan/Metoder_och_praxis_som_framjar_patientsakerhet [hämtad: 19.10.2014]

Vasa Centralsjukhus. 2012. *Identifiera riskerna och förebygg fallolyckor.* [Online]

http://www.vaasankeskussairaala.fi/Pa_Svenska/Rekrytering_och_professionella/Patientsakerhet/Patientsakerhetsplan/Metoder_och_praxis_som_framjar_patientsakerhe [hämtad: 19.10.2014]

Böcker:

Almås H., Stubberud D-G. & Gronseth R. 2011. *Klinisk omvårdnad 1.* Stockholm: Liber AB.

Almås H., Stubberud D-G & Gronseth R. 2011. *Klinisk omvårdnad 2.* Stockholm: Liber AB.

Eriksson K., 1995. *Mot en caritativ vårdetik.* Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi

Estlander A-m., 2003. *Kivun psykologia.* Juva: WSOY.

Fejes A. & Thornberg R., 2011. *Handbok i kvalitativ analys.* Stockholm: Liber AB.

Forsberg C. & Wengström Y., 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier.* Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Granskär M. & Höglund-Nielsen B., 2008. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* Hungary: Författarna och studentlitteratur.

Kalso E., Haanpää M. & Vainio A. 2009. *Kipu.* Helsinki.

Kivelä S-L. 2010. *Vi äldre människor och våra mediciner*. Vantaa: Kustannus-Osakeyhtiö Kotimaa/ Kirjapaja

Kivelä S-L. 2005. *Vanhuslääkehoito*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Larsson S. 1994. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Wiklund L., 2003. *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Lena Wiklund och bokförlaget Natur och Kultur.

Artiklar:

Aranda-Gallardo M., Morales-Asencio J., Canca-Sanchez J., Barrero-Sojo S., Perez-Jimenez C., Morales-Fernandez A., Enriquez de Luna-Rodriguez M., Moya-Saurez A. & Mora-Banderas A. 2013. Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalizes patients: systematic review and meta-analysis. *Aranda-Gallardo et al. BMC Health services research*. 13(122): s. 1-15

Bergland A., 2012. Fall risk factors in community-dwelling elderly people. *Norsk Epidemiologi*. 22(2): s. 151-164

Buckley C., Cooney K., Sills E. & Sullivan E. 2014. Implementing the safety thermometer too in one NHS trust. *British journal of nursing*. 23(5): s. 268-272

Gustavfson Y., Jarlno G-B. & Nordell E., 2006. Fall och höftfraktur hos äldre går att förebygga. *Läkartidningen*. 40(103): s. 2997-2999

Healey F. 2010. A guide on how to prevent falls and injury in hospitals. *Nursing older people*. 22(9): s. 16-22

Healey F. & Darowski A. 2012. Older patients and falls in hospital. *Clinical risk*. 18: s.170-176

Linattiniemi S., Jokelainen J. & Luukinen H., 2009. Fall risk among a very old home-dwelling population. *Scandinavian Journal of primary health care*. 27: s. 25-30

Kerzman H., Chetrit A., Brin L. & Toren O. 2004. Characteristics of falls in hospitalized patients. *Blackwell publishing Ltd*. 47(2): s. 223-229.

McCaughan D. & Kaufman D., 2013. Patient safety: threats and solutions. *Nursing standard/ RCN Publishing*. 27(44): s. 48-55

McIntrie-Sherrod M. & Good J-A. 2006. Crack the code of patient falls. *Nursing management*. Augusti. s. 25-29

Swartzell K-L., Fulton J-S. & Friesth B-M. 2013. Relationship between occurrence of falls and fall-risk scores in an acute care setting using the Hendrich II fall risk model. *Medsurg nursing*. 22(3): s. 180-187.

Takehito H., Shigeatsu H., Hideyuki K., Noriko H., Yumi K., Takako K., Tetsuhito F., 2014. Risk factors of falls in inpatients and their practical use in identifying high-risk persons at admission: Fukushima Medical University Hospital cohort study. *Hayakawa T. et. al. BMJ open*. 4:e005385

Tingle J. 2011. International patient safety experience: sharing the lessons. *British journal of nursing*. 20(11): s. 694-695.

Tzeng H-M. & Yin C-Y. 2012. Toileting-related inpatient falls in adult acute care settings. *medsurg nursing*. 21(6): s. 372-377

Tzeng H-M., Yin C-Y., Anderson A. & Prakash A. 2012. Nursing staff's awareness of keeping beds in the lowest position to prevent falls and fall injuries in an adult acute surgical inpatient care setting. *Medsurg nursing*. 21(5): 271-274

Bilaga 1

Resume'artikel

Författare och år	Titel	Syfte	Metod	Resultat
1. Kristen L. Swartzell Janet S. Fulton Barbara M. Friesth 2013	Relationship Between Occurrence of falls an fall-risk scores in an acute care setting using the hendrich II fall risk model	Syftet med denna studie var att undersöka sambandet mellan orsakerna om använder HIIFRM metoden och förekomsten av fallolyckor för patienter med diagnosen diabetes, stroke, hjärtfel på en akutvårdsavdelning.	För att undersöka om det fanns ett samband användes en patient grupp som var slumpmässigt valda och en kontrollgrupp.	Studien visade att använda si av HIIFRM inte passar bra till alla patient grupper. De flesta patienter som föll betraktades som lågrisk patienter enligt HIIFRM. Nyckeln till att förebygga fallolyckor är att koncentrera sig på sjukhus miljön.
2. Hana Kerzman Angel Chetrit Luna Brin Orly Toren 2003	Characteristics of falls in hospitalized patients	Syftet med denna studie är att rapportera om fallolyckor på patienter som var på sjukhus under 1998 och jämföra dem med fallolyckor från 1978-1981.	Gjordes på ett stort sjukhus med 2000 sängplatser. 1998 rapporterades 711 fall medan 1978-1981 rapporterades 328 fall. Patient informationen innehöll, ålder, kön, avdelning, skift, orsaker, Vad patienten fick för skador, vad som gjordes efteråt dvs. behandling.	Det var mera rapporterade fall under 1998. De flesta fallolyckorna hände på morgonskiftet. De flesta fallolyckorna hände utanför patientens rum.
3. Marta Aranda-Gallardo Jose M Morales-Asencio Jose C Canc-Sanchez Silvia Barrero-Sojo Claudia Perez-Jimenez Angels Morales-Fernandez Margarita Enriquez de Lun-Rodriguez Ana B Moya-Suarez Ana M Mora-Banderas	Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis	Syftet med denna studie är att bestämma pålitligheten av de instrument som finns för att bestämma risken för fallolyckor och förutse fall av patienter som är inlagda på sjukhus.	Metoden som anänts är systematisk översikt och meta-analys.	Fallrisk modellerna som undersöktes var MF5, STRATIFY och HIIFRM. STRATIFY modellen var den bästa. Patienter som undersöktes var över 65 år fyllda.

2013				
4. John Tingle 2011	International patient safety experience: sharing the lessons	Syftet med denna studie är att undersöka två olika rapporter från Kanada och Australien.	Man undersökte hur olika miljöfaktorer, mediciner, Man undersökte också olika institutioner och boenden.	Patient säkerheten är bristande, för att kunna förbättra patient säkerheten borde säkerheten tänkas på mera.
5. Melissa McIntrie Sherrod Janet Ann Good 2006	Crack the code of patient falls	Syftet med denna studie är att reducera fallolyckorna med olika metoder som minskar fallen.	-	Att få fram en data program för att kunna analysera fallrisken. Vem som lider av störst risk för att falla, när det är störst risk att falla och varför.
6. Huey-Ming Tzeng Chang-Yi Yin Allison Anderson Atul Prakash 2012	Nursing staff's awareness of keeping beds in the lowest position to prevent falls and fall injuries in an adult acute surgical inpatient care settings	Syftet med denna studie var att öka vårdpersonalens uppmärksamhet på att hålla patient sängar så lågt som möjligt för att minska på fallolyckorna.	En kvalitativ studie som baserar sig på intervjuer gjorda för att svara på frågeställningen.	Intervjuerna gjordes på morgonskift, kvällskift och nattsift. Viktigheten av att ha sängarna så låg som möjligt kom fram i intervjuerna.
7. Chaterine Buckley Katarina Cooney Elleen Sills Eamonn Sullivan 2014	Implementing the safety thermometer tool in NHS trust	Syftet med denna studie är att reducera patient olyckor genom att använda sig av en parameter.	Metoden som används är NHS parameter.	NHS mätaren har utvecklats för att förbättra patient säkerheten.
8. Frances Healey Adam Darowski 2012	Older patients and falls in hospital	Syftet med denna studie är att undersöka fallolyckor och hur de skadar patienten.	Metoden som används är systematisk översikt av studier som redan finns om ämnet.	De första stegen i att förebygga fallolyckor är att vara medveten om det. Att genom ett multiprofessionellt sätt jobba för att förebygga fallolyckorna.
9. Huey-Ming Tzeng Chang-Yi Yin 2012	toileting-related inpatient falls in adult acute care settings	Syftet med denna studie är att hur man kan förutse hur stor risk det är för att en patient skall falla under ett toalettbesök, falla när man stiger upp ur sängen eller hur sannolikt när patienten stiger upp själv och går själv till toaletten hur trovärdigt det är att patienten kan hamna ut för en fallolycka.	Metoden som används är litteratur översikt. Man undersökte fyra olika avdelningar som har vuxna patienter.	Medelåldern för patienter som var med om en fallolycka är 75,59 år. De flesta som var med om en fallolycka skadade sig, andra mindre andra fick värre skador.
10. Dorothy McCaughan Gerri	Patient safety: threats and solutions	Syftet med denna studie är att informera	Är en litteraturstudie. Materialet som	De flesta patienter upplever att de får säker vård.

Kaufman 2013		vårdpersonalen om patient säkerhet när patienten får vård.	använts är peer-reviewd.	
11. Frances Healey 2010	A guide on how to prevent falls and injury in hospitals	Syftet med denna studie är att undersöka sannolikheten för fallolyckor att orsaka skador. Och att värdesätta viktigheten av patientsäkerhet.	Systematisk litteratur översikt	Vårdaren har en kritisk roll gällande fallolyckorna, att kommunicera med patienten och bygga ett förtroende är en viktig roll i att förebygga fallolyckorna.
12. Astrid Bergland 2012	Fall risk factors in community-dwelling elderly people.	Syftet med denna studie är att undersöka riskfaktorerna för äldre som fortfarande bor hemma.	Metoden som används är systematisk litteratur översikt.	I resultatet presenteras olika faktorer som är av högrisk när det gäller fallolyckor, ex. multimedcinering. Patienter som tidigare fallit har en större risk att falla på nytt.
13. Takehito Hayakawa Shigeatsu Hashimoto Hideyuki Kanda Noriko Hirano Yumi Kurihara Takako Kawashima Tetsuhito Fukushima 2014	Risk factors of falls in inpatients and their practical use in identifying high-risk persons at admission: Fukushima Medical University Hospital cohort study.	Syftet med denna studie är att identifiera riskerna för personer som har lätt att hamna ut för en fallolycka i sjukhus miljö.	Informationen är samlad från olika patient journaler och intervjuer.	För att kunna förebygga fallolyckorna är det viktigt att bedöma vilka patienter som är högrisk patienter för fallolyckor. Ålder, historia av fallolyckor och om de behöver hjälp med ADL är viktiga faktorer som påverkar fallrisken.
14. Yngve Gustavsson Gun-Britt Jarlno Eva Nordell 2006	Fall och höftfrakturer hos äldre går att förebygga	Syftet med denna studie är att förebygga fallolyckor och minska på patienters höftfrakturer och lidande.	Systematisk litteratur studie.	Identifiera högrisk patienter, medicinska fallriskfaktorer, fallriskfaktorer i omgivningen, individuella fallriskfaktorer, hjälpmedel, förebyggande tillsyn.
15. Sari Iinattiniemi Jari Jokelainen Heikki Luukinen 2009	Falls risk among a very old home-dwelling population	Syftet med denna studie är att undersöka fallriskerna för den äldre populationen som fortfarande bor hemma.	Genom att undersöka äldre människor som fortfarande bor hemma och är över 85 år. Personerna blev intervjuade där hemma.	49% av dem som bodde hemma hade varit med om en fallolycka de senaste året.

Bilaga 2

Sökhistorik

Databas	Datum	Sökord	Antal träffar	Antal valda
Cinahl, Academic search elite (ebSCO)	23.4.2014	Patient safety AND falling accidents	36	11
Svemed+	20.08.2014	Fallolyckor	107	4