

Vårdprogram för fallprevention



**Gemensamt vårdprogram för Landstinget
och länets kommuner**

Inledning

Vårdprogrammet för fallprevention har tagits fram av en tvärprofessionell länsgrupp vars medlemmar arbetar i Landstinget eller kommuner i Jönköpings län. Innehållet i programmet riktar sig mot hela befolkningen utifrån dess behov och insatserna sker i olika verksamheter både av enskilda, personal och organisationer.

Sammanfattning

Hälsan för äldre har stadigt förbättrats men fall och fallskador är på väg att bli ett stort folkhälsoproblem. Enligt Räddningsverket förväntas fallolyckorna bland äldre öka med 65 procent från år 2000 till år 2035. Fall kan orsaka rädsla, frakturer, smärta, nedsatta funktioner, försämrad livskvalitet och för tidig död; med andra ord ett mänskligt lidande. Det medför dessutom samhällskostnader med mer än 4,8 miljarder kronor per år. Den kostnaden fördelas ganska lika mellan landsting och kommun.

Det är vanligt att fysiskt aktiva personer faller utomhus och i situationer där risker i omgivningen spelar stor roll. Människor med funktionsnedsättning faller däremot oftast inomhus i vardaglig aktivitet. Det är relationen mellan aktivitetens art, omgivningens utformning och individens förutsättningar som avgör om ett fall inträffar eller ej.

Syfte med vårdprogrammet är att minska antal fall och fallskador bland befolkningen i Jönköpings län. Målet är att minska antalet med 10% till år 2006 och med 20% till år 2007. Mätetal är antal höftfrakturer i åldersgruppen 65 år och äldre. Från och med år 2008 ska vårdprogrammet för fallprevention vara infört som rutin i samtliga verksamheter.

Det är den individens behov som är avgörande för vilka insatser som ska göras och av vem. Fallolyckor kan förebyggas på bred front på olika nivåer och arenor med ganska enkla metoder. Målgruppen har här delats in i fyra olika grupper nämligen befolkningen, äldre, individer med risk för fall och individer med risk för fallskador. Åtgärder för att möta de olika målgruppernas behov beskrivs i behovsnivåerna A, B, C och D.

Det måste ibland göras etiska överväganden mellan individens säkerhet och de risker som individen, närstående och personal är beredda att acceptera.

Innehållsförteckning

Gemensamt vårdprogram för Landstinget och länets kommuner	1
Inledning	2
Sammanfattning	2
Innehållsförteckning	3
Bakgrund	4
Riskfaktorer för fall och fallskador	5
Icke påverkbara riskfaktorer	5
Påverkbara riskfaktorer	6
Etiska överväganden	7
Syfte och mål	8
Förebyggande åtgärder	8
Individens behov	8
Målgrupper	8
Befolkningen	8
Äldre	8
Individer med risk för fall	8
Individer med risk för fallskador	9
Behovsnivåer	9
Behovsnivå A	9
Behovsnivå B	11
Behovsnivå C	12
Behovsnivå D	14
Vårdutvärdering	15
Genomförande	16
Länsgruppen fallprevention	16
Ordlista	16
Remissinstanser	17
Arbetsgrupp	17
Referenser	18
.....	
Bilagor	20

Bakgrund

Hälsan för de äldre i Sverige har stadigt förbättrats och vi lever längre. Ett undantag utgör fallskadorna som är på väg att bli ett av våra stora folkhälsoproblem. Fall kan orsaka rädsla, frakturer, smärta, nedsatta funktioner, försämrad livskvalitet och för tidig död; med andra ord ett mänskligt lidande. Fall är ofta en känslig signal på oidentifierade och oupptäckta hälsorisker och vårdbehov hos en äldre individ (1).

Konsekvenserna av fall blir oftast större för äldre människor beroende på skörhet orsakad av åldersförändringar, funktionsnedsättningar, sjukdom och viss behandling. Även fall som ej leder till skada under en ettårsperiod är förenat med en tre gånger så hög risk för att bli beroende av särskilda boendeformer (2).

Enligt Räddningsverket förväntas antalet personer över 65 år som vårdas inom slutenvården efter en fallolycka öka med 65 procent från år 2000 till år 2035 d v s från 40 700 till 67 000. Fallolyckor medför samhällskostnader med mer än 4,8 miljarder kronor om året (3).

Definitionen på ett fall är ”en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken oavsett om fysisk skada uppstått eller inte och oavsett orsak”. Forskning visar att av de som faller ådrar sig 30 % en lindrig skada och 10 % en allvarlig skada (4). Med denna forskning som underlag kan fallskador i länet beräknas till 12 000 lindriga skador och 4 000 allvarliga skador. Nästan alla som faller drabbas av rädsla att falla igen, vilket kan leda till inaktivitet och isolering (5).

Räddningsverket har med 2002 års prisnivå gjort en beräkning att en allvarlig skada kostar i genomsnitt 112 500 kronor och en lindrig skada 2 700 kronor. Kommuner och landsting delar kostnaderna ungefär lika. Räddningsverkets definition på en allvarlig skada är att den leder till sjukhusvård i minst ett dygn. En lindrig skada innebär ett polikliniskt besök på akutmottagning (3). Jönköpings läns årliga kostnader för fallolyckor bland äldre blir med Räddningsverkets beräkningsgrund ca 480 miljoner kronor.

Detta länsomfattande vårdprogram för fallprevention har målsättningen att minska antalet fall och fallskador och avser insatser av kommuner, landsting, föreningar, organisationer och enskilda.

Riskfaktorer för fall och fallskador

Det är vanligt att friska och fysiskt aktiva faller utomhus och i situationer där risker i omgivningen spelar stor roll. Människor med motorisk och kognitiv funktionsnedsättning faller däremot oftast inomhus i en vardaglig aktivitet. Fallolyckor på sjukhus eller annan institution inträffar ofta när aktiviteten på avdelningen är hög, när individen är engagerad i något eller när hon träffar på ett fysiskt hinder (6). Predisponerande för fall är oftast demografiska, fysiska och medicinska faktorer. Akuta sjukdomar, aktivitet och omgivningsfaktorer är ofta utlösande faktorer (7). En studie visade att akut sjukdom bedömdes ha utlöst fall för 32 % av individerna (8). För att kunna förhindra fall måste man upptäcka, förebygga och behandla både predisponerade och utlösande faktorer (8, 9).

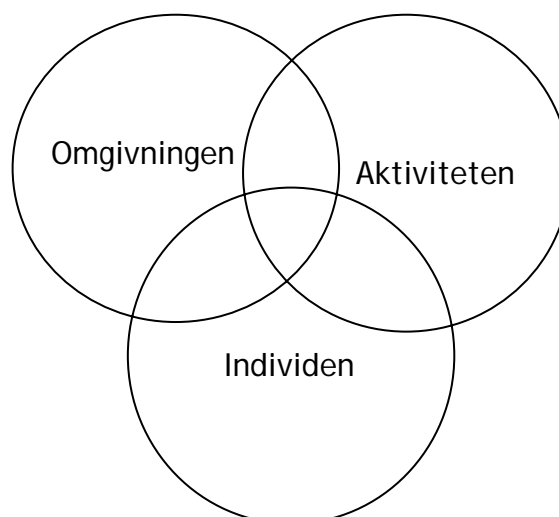


Bild 1. Olika faktorer samspelar och påverkar risken för fall.

I en given situation är det relationen mellan aktivitetens art, omgivningens utformning och individens förutsättningar som avgör om ett fall inträffar eller ej (10). I individens förutsättningar ingår motorik, balans, syn, hörsel, känsel, orientering och bedömning. En kombination av nedsatt funktion och krav på uppmärksamhet vid en aktivitet kan överstiga individens kapacitet, med fallolycka som följd. Flera riskfaktorer kan var för sig eller i kombination med varandra orsaka fall (5). Risken för fall ökar med antal riskfaktorer.

Icke påverkbara riskfaktorer

Icke påverkbara riskfaktorer för fall är hög ålder (11, 12), tidigare fall (12) och fraktur. Exempelvis är risken för fall och höftfraktur mer än fördubblad för den som redan haft en sådan fraktur (5). Kvinnligt kön, tidig menopausålder, ärftlighet, etnicitet och kroppslängd påverkar risk för osteoporos och fraktur vid fall (5).

Risken för osteoporos är större hos kvinnor mellan 60 och 80 år som har nästan dubbelt så stor förlust av bentäthet som jämnåriga män. Kvinnors risk för höftfraktur och kotkompression är nästan fördubblad i förhållande till mäns. Åren efter menopaus (sista menstruationen) sker en signifikant minskning av bentätheten. Kvinnor med menopaus före 45 års ålder har lägre bentäthet och tredubblad risk för frakturer p g a benskörhet än jämnåriga kvinnor med normal menopaus. För kvinnor utgör ärftlighet också en riskfaktor för osteoporos. Olika etniska grupper har olika maximal benmassa och olika snabb minskning av bentäthet efter menopaus. Norska och svenska kvinnor har högst risk i världen att drabbas av höftfraktur. Långa kvinnor (över 170 cm) riskerar i högre grad än korta kvinnor att drabbas av osteoporos och fraktur (5).

Påverkbara riskfaktorer

Påverkbara riskfaktorer för fall och fallskador är fysisk inaktivitet, låg vikt och för litet matintag, problem med urin och avföring, sömnsvårigheter, påverkan av läkemedel, kortisonbehandling, kroniska sjukdomar, oro och rädsla, förvirring, tobaksrökning, hög alkoholkonsumtion, låg exponering av dagsljus, nedsatt syn och hörsel och låg bentäthet (5).

Fysisk aktivitet minskar ofta med stigande ålder. Äldre kvinnor är mer inaktiva än äldre män. Inaktivitet leder till nedsatt balans, nedsatt gång- och rörelseförmåga (1). Kvinnor och män med låg vikt och lågt BMI riskerar i högre grad frakturer. För lite mat, problem med urin och avföring och för lite vila och sömn kan medföra fallrisk i sig. Exempelvis om man äter för lite - vilket är vanligt bland äldre, sköra personer - leder detta till mental apati, muskelatrofi och reducerad muskelstyrka, liksom försämrad hjärtfunktion. Alla dessa funktioner hindrar rörlighet.

I alla miljöer dvs. i ordinärt och särskilda boende, sjukhus och rehabiliterings-avdelningar finns ett samband mellan vissa mediciner och fall (4,6,12).

Kallin visade i en studie på ett särskilt boende att 9 % av fallen orsakades av läkemedelsbiverkningar. Det var dels nyinsatta läkemedel, doshöjningar eller sömntabletter som gavs för tidigt innan sänggåendet. De vanligaste läkemedel som ger fallrisk är benzodiazepiner, analgetika, antidepressiva läkemedel (selektiva serotonin-återupptagshämmare, SSRI), psykiatriska läkemedel (neuroleptika) och diuretika (8, 9).

De vanligaste sjukdomarna som ökar risken för fall är de som ger cirkulatoriskt och/ eller neurologisk påverkan i hjärnan (t.ex. epilepsi, demens, sinus caroticus (13), parkinsons sjukdom, cerebrovasculär sjukdom (1, 13), cirkulatorisk påverkan mer generellt i kroppen (t.ex. diabetes, hjärtarytmier (13), postural hypotension (1), neurologisk och/ eller muskulär påverkan i övriga kroppen (tex. perifera neuropatier, myopatier, cervikal spondylos (13), samt degenerativa sjukdomar i benen (1). Genomgången fraktur ökar också fallrisken.

En av de vanligaste rädslorna hos äldre personer är just rädslan för att falla. Rädslan leder i sin tur till inaktivitet, mer beroende och minskad självkänsla. Ett fall kan öka känslan av sårbarhet hos den som fallit och särskilt om han eller hon lever ensam. Downton har beskrivit ett syndrom som kan uppkomma efter det att en person råkat ut för fallolycka. Syndromet kännetecknas av ängslan, tvekan och en tendens att gripa tag i något när personerna ombeds att gå. Detta syndrom är mycket handikappande för den som drabbas (13).

Demens, nedsatt kognitiv förmåga och förvirring är associerad med en ökad risk för att falla. En femtedel av de som drabbas av höftfraktur lider av demens (14). Förvirring drabbar framför allt äldre människor i samband med akuta sjukdomstillstånd. Efter akut operation för höftfraktur drabbas 30-60 % av förvirring och 15-30 % av äldre människor som inlägges akut på invärtesmedicinsk avdelning drabbas av delirium. På särskilda boenden drabbas 20-50 % av de boende, särskilt de med demenssjukdom eller stroke, av förvirring ofta på grund av t.ex. infektioner eller läkemedelsbiverkningar (15). Nedsatt syn är också en riskfaktor för fall och fraktur bland äldre (16).

Högt dagligt alkoholintag utgör en påtaglig risk för ökad fraktur hos båda könen. Tobaksrökning påverkar omsättningen i skelettet både indirekt via vissa hormonsystem men också genom direkt toxiskt effekt på benvävnaden. Rökning leder till nedsatt bentäthet och ökad frakturrisik hos både män och kvinnor (17). Nedsatt syn är en oberoende riskfaktor för fall och fraktur bland äldre (6).

Miljöfaktorer så som exempelvis sladdar, mattor, hala golv och dåligt ljus är påverkbara riskfaktorer. Även personlig utrustning såsom dåliga skor och för långa byxben kan utlösa fall (13,18).

Låg exponering av dagsljus på grund av den låga nordiska solvinkeln kan leda till låga D-vitamnivåer och därmed osteoporos (5). Kortisonbehandling ökar risken för osteoporos och frakturer beroende på dos och behandlingstid. Detta avser t ex inte inhalationssteroider för astma i låga och måttliga doser. Var tredje kvinna i åldern 70-79 år konstateras ha osteoporos vid bentätsmätning. Låg bentäthet är en stark riskfaktor för framtida frakturer. Varje år inträffar cirka 70 000 frakturer som har samband med osteoporos. De frakturer som drabbar höfter, kotor, handleder, underarmar, axlar och överarmar räknas som osteoporosrelaterade.

Etiska överväganden

Vårdprogram fallprevention är inriktat på att göra gott d.v.s. att främja människors hälsa och livskvalitet. Det kan ändå upplevas som integritetskränkande att försöka påverka en persons levnadsvanor och miljö, även om det sker i gott syfte. Vårdpersonal kan uppleva att det är lättare att föreslå ett hjälpmedel än att exempelvis rekommendera den äldre att ta bort mattor. Det krävs ett professionellt förhållningssätt med respekt för individens autonomi d.v.s. självbestämmande.

Det måste göras en avvägning mellan säkerhet, rörlighet samt de risker som den äldre, närstående och personal är beredda att acceptera. Genom att basera åtgärdsförslag på kunskap och samverka i team går det att fatta svåra beslut efter ett etiskt övervägande.

Syfte och mål

Syfte och mål med vårdprogrammet är att minska antal fall och fallskador i Jönköpings län med 10 % till år 2006 och med 20 % till år 2007. Mätetalet är antalet höftfrakturer i gruppen 65 år och äldre. Revidering av målen ska göras år 2007. Från och med år 2008 ska vårdprogrammet för fallprevention vara infört som rutin i samtliga verksamheter.

Förebyggande åtgärder

Individens behov

Det är individens behov som är avgörande för vilka insatser som ska göras och av vem. I olika kommuner, primärvård och på sjukhus kan det skilja på vem som är ansvarig för vad. Grundtanken i detta vårdprogram är att individen har samma behov oavsett var man befinner sig i vårdkedjan. Att tillgodose behoven är ett gemensamt ansvar för hälso- och sjukvård och omsorg.

Fallolyckor kan förebyggas på bred front på olika nivåer och arenor med ganska enkla metoder. Både mänskliga och samhällsekonomiska hänsyn talar för att det är viktigt att försöka förebygga fall och mildra följderna av de fall som inte går att förhindra.

Målgrupper

Målgruppen som vårdprogrammet riktar sig till har här delats in i fyra grupper med allt större behov d.v.s. befolkningen, äldre, individer med risk för fall och individer med risk för fallskador.

Befolkningen

För att minska antal fall och fallskador hos befolkningen är det hälsofrämjande arbetet viktigt. Insatser för befolkningen, se behovsnivå A.

Äldre

I målgruppen äldre avses de äldre samt individer med begynnande funktionsnedsättningar som bor hemma och är aktiva. Gruppen behöver både hälsofrämjande och förebyggande insatser för att hindra att fallrisk uppstår. Primärprevention innebär åtgärder i miljön och åtgärder riktade mot individen. Insatser för äldre, se behovsnivå A + B.

Individer med risk för fall

I målgruppen individer med risk för fall avses de som drabbats av sjukdom och/eller funktionsnedsättning. En lätt identifierbar riskgrupp är de patienter som söker vård p g a fall, även om ingen skelettskada påvisats. Till individer

med risk för fall behövs ytterligare insatser som innebär att identifiera och kartlägga riskfaktorer för fall samt sätta in för individen lämpliga åtgärder. Insatser för individer med risk för fall, se behovsnivå A + B + C.

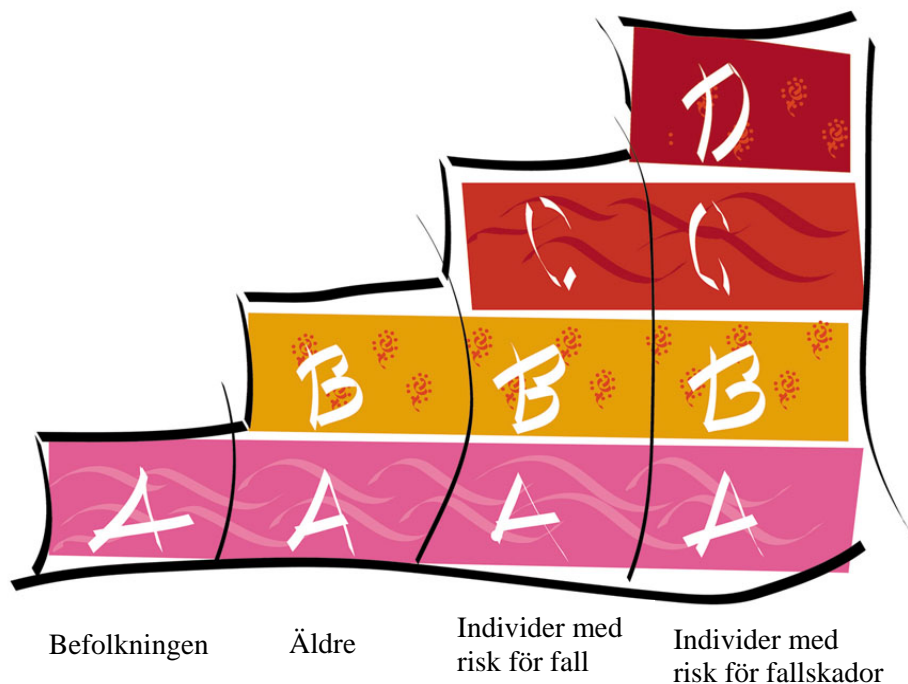
Individer med risk för fallskador

I målgruppen individer med risk för fallskador avses de som faller trots insatser för att förebygga fall. En speciell riskgrupp är individer med akut förvirring och/eller demens.

För den här gruppen krävs de mest intensiva insatserna. Det innebär ytterligare åtgärder för att skydda från skador vid fall. Insatser för individer med risk för fallskador, se behovsnivå A + B + C + D.

Behovsnivåer

Åtgärder för att möta de olika målgruppernas behov beskrivs nedan i behovsnivå A, B, C och D.



Behovsnivå A

Behovsnivå A har till syfte att skapa förutsättningar för människor att leva ett bra och aktivt liv. Nyckelord för hälsofrämjande är samverkan, stödjande miljö, möjliggörande, delaktighet, helhetssyn, gemensamt ansvar och känsla av sammanhang. Det innebär enkelt uttryckt att stödja människors egen livskraft och friskfaktorer. Dessa insatser behövs till hela befolkningen i alla åldrar oavsett om man är frisk, sjuk eller har funktionshinder (19, 20, 21, 22, 23, 24, 25).

Arbetet med att bygga upp barns och ungdomars hälsa bör vara prioriterat. Uppbyggnaden av den maximala benmassan sker före 30 års ålder. Hos både barn och vuxna har daglig fysisk aktivitet under minst 30 minuter positiv effekt på bentätheten (26). Det kan vara viktbärande träning, aerobisk träning, uthållighets- och styrketräning. Som lämplig träning för äldre föreslås snabb promenad, gå upp och ner för trappor, dans samt allmän äldregymnastik (26, 27). Kanske ska stå under B Äldre? Balansen kan troligtvis förbättras med hjälp av någon form av träning som ökar den egna kroppskänedom, till exempel QiGong eller Tai Chi. En tidigare studie har visat att träning med hjälp av Tai Chi kan reducera antalet fallolyckor bland äldre personer (29). Även hos mycket gamla och sköra människor kan gång- och balansförmågan, koordinationen, kroppskänedom, reaktionsförmågan och muskelstyrkan förbättras med träning (30, 31).

Kannus hävdar i en översiktsartikel att tidigare forskning visar tydliga bevis för att regelbunden fysisk aktivitet, särskilt om den påbörjas i barndomen och tidig vuxen ålder, är det enda billiga, säkra, hittills kända och allmänt erkända sättet att både förbättra bentätheten och reducera benägenhet att falla (32). De studier som analyserat kostens betydelse för uppbyggnad av benmassan under barn- och uppväxtåren talar entydigt för goda matvanor med tillräckligt innehåll av protein, kalcium i form av mjölkprodukter och D-vitamin. Regelbunden utomhusvistelse rekommenderas för att D-vitamin ska kunna bildas med hjälp av solljus.

Vidare är det viktigt att skapa en yttre miljö i samhället som minimerar risken för att råka ut för en halkolycka (13) som exempel kan nämnas underhåll och konstruktion av trottoarer och gångbanor, planering av trafikmiljö och belysning av miljöer som är tänkta för gångtrafikanter.

Erfarenheter från studier visar att man når bäst resultat med hälsofrämjande insatser genom tvärsektoriellt samarbete där varje samhällssektor tar ansvar och utnyttjar kompetensen inom sitt område. Ska det bli ett genomslag i hela målgruppen krävs ett befolkningsperspektiv. Viktiga samarbetspartner är de föreningar/organisationer som arbetar med barn, vuxna och/eller äldre. De bedriver redan idag många aktiviteter som stärker, bevarar och bygger upp befolkningens hälsa (18, 24). I Jönköpings län finns mycket hälsofrämjande arbete för barn och unga med gemensam inriktning med detta vårdprogram. (33, 34).

Behovsnivå A innefattar behov av bra boende och miljö, näringsriktig mat, social gemenskap, natur och kultur, aktivitet efter förmåga och rökstopp. Individen har ett eget ansvar för sin hälsa men goda förutsättningar kan skapas på samhälls-, grupp- och individnivå (23, 24, 25).

Behovsnivå A, hälsofrämjande åtgärder

På samhällsnivå:

- Förutsättningar för ökad fysisk aktivitet i närområdet.
- Sittplatser utomhus för att kunna vila.
- Tillgång till natur- och kulturupplevelser.
- Goda kommunikationer, tillgång till affärer och offentliga toaletter.
- Separata cykelbanor och gångbanor.
- Stadsplanering i miljö- och boendefrågor.

På gruppnivå:

- Hälsofrämjande omsorg och hälso- och sjukvård där det är naturligt att ge förutsättningar till att bevara och stärka hälsan.
- Gruppverksamhet som innehåller social gemenskap, aktivitet och kunskap om goda levnadsvanor.

På individnivå:

- Samtal om näringsriktig kost, alkoholkonsumtion samt träning av skelett och muskler.
- Rökslutarstöd (det aldrig är för sent att sluta röka).
- Egenvård med hjälp av Foldern: Goda vanor för att förebygga fallskador. Se bilaga 1.

Behovsnivå B

Behovsnivå B syftar till att förhindra att fallrisk uppstår. Åldrandet innebär ofta nedsatt funktion inte minst nedsatt syn och hörsel, vilket innebär behov av kunskap och vägledning om användbara hjälpmedel. Mycket kan den enskilde kan göra själv med lite vägledning, t. ex. reflexer, broddar och halkmatta i dusch/badkar, ta bort nivåskillnader och andra risker i närmiljön (18, 25). Flera kommuner har anställt eller diskuterar att anställa personer som kan ge service i hemmet med att byta lampor, byta gardiner och annat som kan medföra fallrisk.

Behovsnivå B, förebygga risker för fall

Översyn och råd om hjälpmedel för:

- Syn- och hörselproblem och andra funktionsnedsättningar.
- Minska olycksrisken i miljön.

Samtal om:

- Boende och boendemiljö angående framtida behov.
- Egenvård: Räddningsverkets ”Håll dig på benen.”

Behovsnivå C

Behovsnivå C är att identifiera fallrisk, kartlägga orsak samt att vidta för individen lämpliga åtgärder för att förhindra fall och skador.

Riskidentifiering ska utföras med hjälp av Downton fall riskindex. Det huvudsakliga syftet är att identifiera individer med fallrisk före fallet har inträffat. De studier som finns visar i stort att Downton fall risk index är ett enkelt och ej tidskrävande instrument att använda. Instrumentet får fram de som har risk att falla, men det är många som hamnar i gruppen med hög fallrisk och därför har instrumentet inte så hög specificitet. En studie omfattade att man provade att höja poängen för fallrisk från 3 till 4 som gräns för fallrisk men då missades en del personer som senare föll (13, 35, 36, 37, 38, 39).

Vid varje fall skrivs en fallrapport av den som först kommer till den som fallit. Rapporten förs vidare till ansvarig enligt gällande lokala rutiner. När någon har bedömts ha fallrisk eller har fallit bör en utredning göras och en vårdplan upprättas.

Grundläggande är att åtgärderna till dem som bedöms ha risk för fall är individuella och att de syftar till att stärka individens självförtroende och egna resurser att möta sin situation. Genom samtal kan den enskilde få kunskap om möjligheter att anpassa miljön såsom exempelvis belysning, trösklar och nivåskillnader, golv, mattor och möblering. Det kan behövas en tänd lampa på toaletten (en ljusdetektor är ännu bättre), bra placering av telefon, ringklocka och vattenglas. Råd om personlig utrustning kan vara bra stadiga skor med hälkappa och ej för långa byxben. Det är också viktigt att individen har kunskap om sin sjukdom, funktionsnedsättning, behandling och hjälpmedel.

Om individen ej kan påverka sina riskfaktorer själv p.g.a. funktionsnedsättning ska hjälp erbjudas att åtgärda dessa. Vid fallrisk och fall ska individens medicinering gås igenom. Speciell uppmärksamhet ska göras till äldre personer med fyra eller fler mediciner.

Patienter med osteoporos är en underbehandlad grupp vad avser läkemedelsbehandling och andra åtgärder för att förebygga nya frakturer. SBU påtalar att diagnosen osteoporos sällan finns med vid in- eller utskrivning av patienter med höftfraktur och därmed får få patienter adekvat behandling med läkemedel eller andra åtgärder för att förhindra nya frakturer (5). Kalcium och D-vitaminbehandling ska erbjudas till personer med osteoporos (5, 6). Några studier har visat att Kalcium och D-vitamin inte bara reducerar antal frakturer utan även antal fall, troligtvis genom att stärka både muskler och skelett (40).

Behovsnivå C, förebygga fall

Vårdteamen arbetar med:

- Fallpreventivt arbete bör ske i team som har regelbundna träffar och består av olika yrkeskategorier beroende på verksamhetsområde. Det kan vara undersköterska, vårdbiträde, biståndsbedömare, enhetschef, arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska, distriktssköterska och läkare.
- Vid inskrivning i någon form av vård/omsorg görs bedömning av fallrisk med Downton Fall Risk Index (DFRI), se bilaga 2. Kriterierna för bedömning är ohälsa/funktionsnedsättning som kan påverka risken att falla. Förnyad bedömning ska göras när individen faller och/eller blir försämrad i sitt allmäntillstånd. Lokala rutiner ska ange vem i teamet som initierar utredning av fallrisk.
- Upprätta vårdplan vid fallrisk och fall efter individens behov se exempel från Jönköpings kommun i bilaga 3
- Vid varje fall ska en fallrapport skrivas, se bilaga 4.
- Utredning av lämpliga åtgärder för individen.

Exempel på åtgärder i vårdplanen:

- Åtgärder enligt behovsnivå A och B.
- Individuell, anpassad träning av styrka, balans och rörelsebeteende vid behov. Exempel kan vara styrketräning och gruppverksamhet med Tai Chi-övningar.
- Ge individen kunskap om hur fallrisken kan minskas.
- Ge individen kunskap om aktuell sjukdom, behandling, egenvård samt eventuella begränsningar, som tillståndet leder till i det dagliga livet.
- Diagnostisering och behandling av akut/ kronisk sjukdom tex. osteoporos
- Översyn av läkemedel för att minska fallrisk när personen behandlas med mer än tre läkemedel
- Se över personlig utrustning och miljö
- Ordination av hjälpmedel

Uppföljning:

- Resultatet av åtgärderna följs upp i vårdteamet och ändras vid behov. Se exempel på flöde vid teamarbete på Kristinedal, Jönköpings kommun, se bilaga 5.
- Fallrapporten följs upp efter lokala rutiner.
- Dokumentation om fallrisk och fall samt planerade och vidtagna åtgärder skall följa individen genom vårdkedjan.

Behovsnivå D,

Behovsnivå D syftar till att förhindra att skador uppstår även om man inte kan förhindra alla fall. Frågeställningar som är aktuella då fall inte kan undvikas är: Finns riskaktiviteter som kan undvikas eller förändras? Finns underaktivitet som kan leda till yrsel, svaghet, desorientering och oro? Har individen säkra strategier i gång och förflyttning eller kan de förbättras genom träning? Då fall inte kan undvikas är det viktigt att individen får det hjälpmedel och de insatser som behövs.

Ett forskningsprojekt i Umeå riktat mot högriskpersoner i särskilt boende resulterade i minskat antal fall och fallskador. Åtgärderna bestod av fysisk träning, övervakning samt justering av mediciner, hjälpmedel och omgivningsfaktorer. Särskilt utsatta personer fick höftskyddsbyxor. Personalen fick dessutom utbildning om fallolyckor (4).

Höftskyddsbyxor med stötdämpande inlägg över höften har i olika studier visat sig kunna minska antalet höftfrakturer med mellan 50 till 80 procent hos fallbenägna, sköra, äldre med nedsatt kognitiv förmåga på institution. De fall som orsakar höftfraktur är ofta fall i sidled mot övre delen av lårbenet. En höftskyddsbyxa minskar kraften av fallet mot höftbenet. Det finns flera typer av höftskydd och skyddet består vanligen av en byxa med fasta eller löstagbara plastskal över höfterna. Svårigheter att ta av och på byxorna, obehagskänsla och risk för hudskador liksom att vård med extra plagg tar längre tid gör att byxorna inte används på ett optimalt sätt. Det finns dock starkt vetenskapligt stöd att höftskyddsbyxor är effektiva till äldre med nedsatt kognitiv förmåga (5, 6). Höftskyddsbyxan förskrivs av sjukgymnast eller arbetsterapeut enligt kriterier från Hjälpmedelscentralen i Jönköpings län.

Om individen inte kan använda ringklocka för att tala om att de går upp och behöver hjälp kan en larmmatta läggas bredvid sängen. Den signalerar på en display att personen är på väg upp och personalen kan skynda till hjälp. Larmmatta med annan färg än golvet kan upplevas som ett hål i golvet av dementa och förvirrade personer. Detta kan avhjälpas med fodral eller tunn matta över larmmattan. En larmdetektor vid sängen kan ha samma funktion som en larmmatta. Hjälpmedelscentralen har kunskap om de hjälpmedel som finns för olika miljöer och kan kontaktas för rådgivning i enskilda fall.

En förebyggande tillsyn bör utgå från individens behov och syfta till att tillfredsställa behoven innan ett fall inträffar. Det innebär ställningstagande till vilka tider på dygnet denna tillsyn bäst behövs(4). Oro hos individer med nedsatt kognitiv förmåga bör leda till en ”utredning” av basala behov som syftar till att upptäcka hunger, törst, smärta, infektion, urinvägsinfektion, förstoppning mm.

Det kan i särskilda fall bli tvunget att kortvarigt använda åtgärder som exempel bälte eller brickbord för att förhindra att en agiterad, orolig patient faller. Observera att det krävs läkarordination för användning av bälte och brickbord i syfte att förhindra fall och att användningen ska följas upp. För att motverka allvarliga konsekvenser av immobilisering måste individen få möjlighet till regelbunden fysisk aktivitet (4).

Behovsnivå D, förhindra skador vid fall

Identifiera behov/ordination av:

- Höftskyddsbyxa, se kriterier i bilaga 6.
- Grindar, sänkt säng, larm och/eller larmmatta eller detektor vid sängen.
- Förebyggande tillsyn när den äldre inte själv kan bedöma sin förmåga och utsätter sig för stora risker.
- Begränsa den äldres rörlighet i speciella fall och efter läkarordination.
Om rörligheten begränsas måste individen få regelbunden fysisk aktivitet.

OBS

Oro kan leda till fall och bero på oidentifierade behov. Om en person ej kan uttrycka sina behov måste vårdarna identifiera behoven som kan vara hunger, törst, smärta, urinvägsinfektion eller annan infektion (feber) mm.

Varje ställningstagande/ ordination ska vara grundat på etisk bedömning, helst i teamsamverkan, om att den vidtagna åtgärden bidrar till ökad eller bibehållen livskvalitet för den enskilde. När individen har nedsatt kognitiv förmåga är de närstående samtalspartner.

Vårdutvärdering

Mått	Mål	Kommentar/Ansvar
Enheter som följer vårdprogrammet	Alla enheter som arbetar med äldre ska arbeta utifrån vårdprogrammet Fallprevention.	Ansvar: Länsgruppen fallprevention Uppföljning år 2008 Enkät/ fokusgrupper
Antal höftfrakturer bland gruppen 65 år och äldre invånare boende i länet uppdelat på tre sjukvårdsområden.	Minska antalet höftfrakturer med 10% år 2006 och 20% år 2007.	Ansvar: Länsgruppen fallprevention

Genomförande

Länsgruppen fallprevention

Inger Ahlström, arbetsterapeut, verksamhetschef, Rehab. klin. Nässjö
Leif Andreasson, läkare, Rehab. klin. Nässjö
Linda Bjödstrup, sjukgymnast, Vetlanda kommun
Marie Kemi, sjukgymnast, utvecklingsledare, Jönköpings kommun
Anna Jernbom, arbetsterapeut, primärvården, Huskvarna
Rose-Marie Johansson, sjuksköterska, Länssjukhuset Ryhov
Ulla Lindström, folkhälsoplanerare, Landstingets kansli
Birgitta Palm, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Vaggeryds kommun
Therese Rostedt, folkhälsoplanerare, Folkhälsoavdelningen
Kerstin Samuelsson, arbetsterapeut, Primärvården, Nässjö
Yvonne Sköld, sjukgymnast, Gnosjö kommun
Karolina Strid, distriktssköterska, Primärvården, Vetlanda
Eva Stråth, sjukgymnast, Vaggeryds kommun
Inga-Lill Wernvik, arbetsterapeut, Samrehab, Värnamo

Länsgruppens handlingsplan

- Under 2005-2006 förankras och implementeras programmet. Workshops anordnas för nyckelpersoner inom sjukhus, äldreomsorg och primärvård. Utbildningstillfällen kommer att ordnas på respektive arbetsplats av nyckelpersonerna för att alla som arbetar med äldre ska få kunskap om programmet och vad som kan göras.
- Information med inriktning på hälsofrämjande insatser ges till pensionärsföreningar.
- Samverka med stadsplanering i miljö- och boendefrågor under år 2006-2007 och med frivilliga organisationer när det gäller aktiviteter för äldre.
- Uppföljning kommer att göras under år 2007 hur programmet är genomfört inom alla verksamheter som arbetar med äldre. Efter utvärdering kommer mål och handlingsplan att revideras.

Ordlista

Friskfaktorer är en beteckning på förhållanden som leder till att hälsan förbättras eller att man undgår att bli sjuk.

Prevention är åtgärder för att förebygga ohälsa. I det här programmet innebär det att förebygga fall och fallskador.

Kognitiva funktioner är färdigheter som har med intellektuella funktioner att göra som tänkande, varseblivning, minne mm.

Menopaus är den sista menstruationsblödningen och uppträder under perioden klimakterium.

Osteoporos (benskörhet) är ett tillstånd där benets hårda beståndsdelar minskar samtidigt som de porösa ökar, vilket ger ett svagt och bräckligt ben. Osteoporos är vanligt bland äldre, särskilt hos kvinnor när östrogenproduktionen minskar och det leder till ökad risk för benbrott.

Remissinstanser

Vårdprogrammet tas fram av Länsgruppen fallprevention hösten 2004 och fastställs i Medicinsk programgrupp primärvård. Under framtagningen av programmet har arbetsgrupperna för fallprevention på Höglandet och i Jönköpings sjukvårdområde varit referenter. För övrigt har representanter för primärvårdens FoU-enhet, Luppens kunskapscentrum, Länsstyrelsen samt äldreomsorgen i Jönköpings kommun, fått möjlighet att lämna synpunkter.

Vårdprogrammet revideras våren 2006 efter synpunkter från bl. a. länets medicinskt ansvariga sjuksköterskor och antas av gruppen socialchefer i Jönköpings län.

Arbetsgrupp

Arbetsgrupp och ansvariga för denna uppdatering

Ulla Lindström, folkhälsoplanerare, Landstingets kansli
Rose-Marie Johansson, sjuksköterska, Geriatriska kliniken, Länssjukhuset
Ryhov
Länsgruppen fallprevention

Datum för uppdatering:
2008-

Referenser

- [1] Swift CG. Care of older people: falls in late life and their consequences- implementing effective service. *BMJ* 2001;322(7290):855-7.
- [2] Tinetti ME, Williams CS. Falls injuries due to falls and the risk of admission to a nursing home. *N Engl J Med* 1997;337(18):1279-84.
- [3] Räddningsverket: Fallolyckor bland äldre - samhällets direkta kostnader. Karlstad 2003
- [4] Jensen J, Lundin-Olsson L, Nyberg L (1999) Faktaunderlag: Fall hos äldre, Umeå universitet
- [5] SBU Osteoporos - prevention, diagnostik och behandling. Göteborg 2003.
- [6] Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av höftfraktur. Stockholm 2003
- [7] Tinetti ME. Factors associated with serious injury during falls by ambulatory nursing home residents. *J Am Geriatric Soc* 1987;35:644-8 [12]
- [8] Kallin K.- Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y., Predisposing and precipitating factors for falls among older people in residential care. *Public Health* 2002;116:263-71.
- [9] Kallin K., Gustafsson Y., Sandman PO., Karlsson S. Drugs and falls in older people in geriatric care settings. *Aging Clin Exp Res*, accepted 2004
- [10] Nyberg L. Falls in the frail elderly. Dissertation New series No 483- ISSN 0346-6612-ISBN 91-7191-323-0 Umeå University; 1996.
- [11] Myers AH, Baker SP, Van Natta ML, Abbey H, Robinson EG, Risk factors associated with falls and injuries among elderly institutionalized persons. *Am J Epidemiol* 1991;133:1179-90.
- [12] Americans Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention Guideline for the prevention of falls in older persons *JAGS* 49:664-672, 2001.
- [13] Downton JH. Falls in the elderly. London. Edward Arnold 1993.
- [14] Lundström M, Edlund A, Bucht G, Karlsson S, Gustafson Y. Dementia after delirium in patients with femoral neck fractures. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1002-6.
- [15] Bucht G, Gustafson Y, Sandberg O. Epidemiology of delirium. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999;10:315-8.
- [16] Lord SR, Dayhew J. Visual risk factors for falls in older people. *J Am Geriatric Soc* 2001;49:508-15.
- [17] Law M R, Hackshaw A K, A meta-analysis of cigarette smoking, bone mineral density and risk of hip fracture: recognition of a major effect. *BMJ* 1997;315:841-846.
- [18] Hökby A., Sadigh S. Säkra seniorer, en metodbok för att förebygga fall hos äldre. Centrum för skadeprevention. Stockholms läns landsting. Stockholm 2002
- [19] Janlert U., Folkhälsovetenskapligt lexikon, Natur och Kultur, Stockholm 2000.
- [20] Medin J, Alexandersson K. Begreppen Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie. Studentlitteratur Lund 2000.
- [21] Berleen G., Bättre hälsa hos äldre! Folkhälsoinstitutet 2003

- [22] Thille A., Hamerslag A. Folkhälsoarbete för äldre - varför och hur? Folkhälsoinstitutet 2003.
- [23] SOU 2000:91 Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan. Stockholm 2000.
- [24] Folkhälsorapport 2005, Socialstyrelsen 2005
- [25] Agahi N., Lagergren M., Thorslund M., Wånell S. Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar – en kunskapssammanställning. Statens folkhälsoinstitut. Stockholm 2004.
- [26] Frändin K, Grimby D, Mellström D, Svanborg. Walking habits and health related factors in a 70-year-old population. *Gerontology* 1991;37:281-8.
- [27] Joakimsen RM, Magnus JH, Fönnebö. V. Physical activity and predisposition for hip fractures: a review. *Osteoporoses Int* 1997; 7:503-13
- [28] Slemenda C. Prevention of hip fractures: risk factor modification. *Am J Med* 1997;103:65-73.
- [29] Wolf SL, Barnhart HX, Kutner NG, McNeely E, Coogler C, Xu T. Reducing frailty and falls in older persons: an investigation of Tai Chi and computerized balance training. *J Am Geriatr Soc.* 1996; 44(5):489-97.
- [30] Nelson ME, Fiatarone MA, Morganti CM, Trice I, Greenberg RA, Evans WJ. Effect of high intensity strength training on multiple risk factors for osteoporotic fractures: a randomised controlled trial. *JAMA* 1994;272:1909-14
- [31] Heinonen A, Kannus P, Sievanen H, Oja P, Pasanen M, Rinne M et al. Randomised Controlled trial of effect of high-impact exercise on selected risk factors for osteoporotic fractures. *Lancet* 1996;348:1343-7.
- [32] Kannus P. Preventing osteoporosis, falls, and fractures among elderly people: promotion of lifelong physical activity is essential. *BMJ* 1999;318:205-6.
- [33] Landstinget i Jönköpings län: Hälsopolitiskt program. Jönköping 1998. www.lj.se
- [34] Landstinget i Jönköpings län: Vårdprogram för övervikt och fetma 2003. www.lj.se
- [35] Downton J H., Andrew K. Prevalence, Characteristics and factors associated with falls among the elderly living at home
- [36] Nyberg L., Gustafsson Y. Using the downtown index to predict those prone to falls in stroke rehabilitation. *Stroke A Journal of cerebral circulation* Volyme 27 (10) october 1996 pp 1821-1824
- [37] Rosendahl E., Lundin-Olsson, Kallin K. Jensen J., Gustafson Y Predictions of falls among older people in residential care facilities by the downtown index *Aging Clin Exp Res*, Vol. 15 No2, 2002
- [38] Karlsson S., Nyberg L, Sandman P.O. The use of Physical restraint en elder care in relation to fall risk *Scand J caring sci* 1997
- [39] Perell K.L., Nelson A., Goldman R.L., Luther S. L., Prieto-Lewis N., Rubenstein L.Z. Fall risk assessment measures: An Analytic review *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 2001 Vol. 56 A, No 12, M761-M766
- [40] Dukas L, Biscoff HA, Lindpaintner LS, Schacht E, Birkner- Binder D, Damm TN, et al. Alfacalcidol reduces the number of fallers in community-dwelling elderly population with a minimum calcium intake of more than 500 mg dandily. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:230-6.

Bilagor

1. Folder: Goda vanor för att förebygga fallskador.
2. Downton Fall Risk Index med vägledning.
3. Vägledande vårdplan
4. Exempel på Fallrapport.
5. Exempel på flödesschema från äldreboende.
6. Kriterier för höftskyddsbyxa.