



Gemensamt program för fallprevention i Sörmland

Närvård i Sörmland

Kommuner - Landsting i samverkan

2010

Närvård i Sörmland

Kommuner – Landsting i samverkan

Det länsgemensamma programmet för fallprevention är framtaget i samverkan mellan landstinget och länets kommuner och syftar till att minska antalet fall och fallskador hos äldre personer i Sörmland. För att uppnå målet med en halvering av antalet höftfrakturer till ~~2008~~ 2012 krävs ett målinriktat arbete i den riktning som beskrivs i programmet i såväl kommunernas som landstingets verksamheter.

2007-06-01

Eskilstuna kommun
Chef för vuxenförvaltningen
Thure Morin

t.f. förvaltningschef Lars-Göran Hellqvist
Lars-Göran Hellqvist

Flens kommun
Socialchef
Eva Öhlander

Eva Öhlander

Gnesta kommun
Socialchef
Susanne Sandlund

Susanne Sandlund

Trosa kommun
Vård- och omsorgschef
Jeanette Sander

Jeanette Sander

Vingåkers kommun
Förvaltningschef socialförvaltningen
Ingvar G Wahlström

Ingvar G Wahlström

Landstinget Sörmland
Chef för division närvård
Hans Tanghøj

Hans Tanghøj

Katrineholms kommun
Vård- och omsorgschef
Kristina Ekstrand

Kristina Ekstrand

Oxelösunds kommun
Socialchef
Monika Agnedal

Monika Agnedal

Nyköpings kommun
Chef för division vård- och omsorg
Ann Malmström

Ann Malmström

Strängnäs kommun
Socialchef
Bengt Gustafsson

Bengt Gustafsson

Innehållsförteckning

Inledning	4
Syfte	4
Mål	4
Bakgrund.....	5
Riskfaktorer för fall och fallskador.....	6
Utlösande faktorer.....	7
Faktorer och symtom som påverkar risk för fall.....	7
Registrering – rapportering.....	9
Enhetlig registrering	9
Rapportering	9
Uppföljning.....	9
Förebyggande åtgärder	10
Både generella och individuella insatser behövs	10
Målgrupper och behov av insatser	11
Nivå A.....	12
Nivå B + C	13
Nivå D.....	16
Samhällsansvar	18
Intresseorganisationer	18
Personalansvar	20
Tvärprofessionell samverkan av största betydelse.....	21
Yrkesuppdrag.....	21
Verksamhetsuppdrag	24
Ordlista.....	27
Referenser	27
Bilagor	28

Inledning

Programmet har tagits fram på uppdrag av Länsstyrgrupp för Närvård i Sörmland. Det har skett i samverkan mellan kommuner och landsting. En grupp bestående av personer med olika professioner från både kommuner och landstinget samt pensionärsorganisationer har arbetat fram programmet som blev klart 2007. Programmet reviderades hösten 2009 för att fyllas på med goda exempel och ny kunskap.

Programmet är inriktat på fallolyckor för personer över 65 år. Visserligen faller många barn och ungdomar också men eftersom de inte är så sköra i övrigt, har starkare skelett och färre andra sjukdomar blir konsekvenserna mindre. Äldres fallolyckor leder till 10 gånger fler sjukhusinläggningar och ger 8 gånger högre risk att då till följd av fallolyckan, jämfört med fallolyckor bland barn. (34)

Forskning både i Sverige och utomlands har visat på att det går att minska och förhindra fall genom insatser på bred front, på olika nivåer och med hjälp av ganska enkla metoder. Viktigt i arbetet med fallprevention är att identifiera individer med stor fallrisk, att rikta insatser mot flera riskfaktorer samtidigt och att arbeta över yrkes- och organisationsgränser.

Nationella riktlinjer för att förebygga fallolyckor finns i England och USA men saknas hittills i Sverige. Vårt program strävar efter att underlätta för både vårdpersonal och befolkning att få en sammanställning av risker och möjliga påverkansområden.

Syfte

Syftet med programmet är

- att minska antalet fall och fallskador bland befolkningen i Sörmland över 65 år.
- att ta fram enhetliga riktlinjer för registrering av fall, både på särskilt boende, sjukhus och inom primärvården (vårdcentral och hemsjukvård).



Mål

Målet är att halvera antalet höftfrakturer till 2012. Registrering av höftfrakturer sker i landstingets journalsystem BMS och kan även följas genom Rikshöft. Utfallet kan följas på www.landstingetsormland.se/fallprevention.

Definition av fall

En händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken oavsett orsak och oavsett om skada inträffar eller inte.

Bakgrund

Fall är ett mycket vanligt och allvarligt problem som många äldre drabbas av. Fallolyckorna ökar i absoluta tal och framför allt hos äldre. Ökningen är störst hos de allra äldsta, beroende på att andelen äldre ökat. Mellan 1970 och 1997 hade andelen över 80 år av befolkningen fördubblats, från 2,4 procent till 4,8 procent. År 2002 var 17,5 procent av befolkningen över 65 år. 2020 beräknas andelen ha ökat till 20 procent. (1)

Ett fall kan orsaka lidande, fysisk skada och även dödsfall. Ca 1500 personer dör varje år av fallolyckor i Sverige (34) Man kan få en nedsatt rörelseförmåga, nedsatt förmåga att sköta sina aktiviteter i dagliga livet (ADL), vilket hämmar individens levnadsvillkor och livskvalitet. Många blir rädda och begränsar därför sina aktiviteter mer än tidigare både fysiskt och socialt. En del behöver därför flytta till särskilt boende. Även fall som inte leder till skada är förenat med en tre gånger så hög risk att få behov av att flytta till särskilda boendeformer. (23)

Fallolyckor är den vanligaste orsaken till skada hos personer över 60 år. Ungefär en tredjedel av alla hemmaboende över 65 år faller någon gång varje år. Hälften av dem som faller gör det mer än en gång. Aktiva personer faller mer sällan än inaktiva. Fallolyckor är tre gånger så vanliga hos individer som vistas på institution jämför med hemmaboende (3). Av dem som faller blir ca 40 procent lindrigt eller måttligt skadade. Tio procent av fallen söker sjukhus för allvarligare skada och 1-2 procent ådrar sig frakturer (4).

Fallolyckor kostar samhället ca 5 miljarder kronor per år (33). Varje år drabbas omkring 19 000 äldre personer av höftfrakturer, de allra flesta (95 procent) till följd av fall (2). En höftfraktur kostar samhället ca 250 000 kr det första året. Enligt Räddningsverket väntas antalet personer som vårdas inom slutenvården efter en fallolycka öka från 40 700 år 2000 till 67 000 år 2035. Det är en ökning med 65 procent.

I Sörmland drabbas årligen ca 500 personer över 65 år av höftfraktur, av dessa är ca 75 % är kvinnor. Antalet personer över 65 år som läggs in på sjukhus till följd av fallskada har minskat från ca 1200 personer år 2003 till ca 900 personer år 2008, varav ca 70 % är kvinnor. Minskningen kan bero på minskat antal vårdplatser men också satsning på fallförebyggande insatser och arbetet med läkemedelsgenomgångar. Som jämförelse vårdas ca 350 personer för trafikolyckor. (21)

Risikfaktorer för fall och fallskador

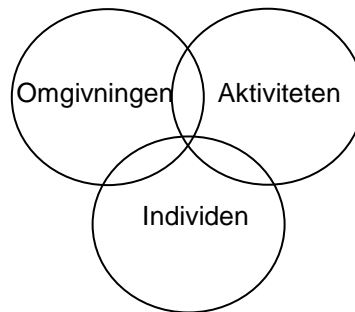
Det är vanligt att friska och fysiskt aktiva faller utomhus och i situationer där risker i omgivningen spelar stor roll. Människor med motorisk och kognitiv nedsättning faller däremot oftast inomhus på plan mark i en vardaglig aktivitet. Detta är också det vanligaste, troligen beroende på att äldre och sjukare personer mest vistas inomhus.

Fallolyckor på sjukhus eller annan institution inträffar ofta när aktiviteten på avdelningen är hög, när individen är engagerad i något eller när hon eller han träffar på ett fysiskt hinder. (3)

Fallrisker kan beskrivas i två delar: predisponerande och utlösande, där predisponerande är mer kroniska och utlösande mer akuta riskfaktorer. (3,13)

Predisponerande faktorer för fall är oftast demografiska, fysiska och medicinska faktorer. Akuta sjukdomar, aktivitet och omgivningsfaktorer är ofta utlösande faktorer som kan få en äldre person med sårbarhet att komma över gränsen till sin förmåga så att hon faller.

Sambanden är komplexa genom att omgivningen, den egna aktiviteten och individuella riskfaktorer samverkar till uppkomsten av fall.



Individuella riskfaktorer innefattar bland annat motoriska, sensoriska och kognitiva funktionsnedsättningar samt vissa medicinska tillstånd och läkemedel(16). En kombination av nedsatt funktion och krav på uppmärksamhet kan överstiga en persons kapacitet, med fallolycka som följd.

Fallskadornas omfattning bestäms av såväl fysiska som medicinska förutsättningar. Skaderisken ökar hos personer med exempelvis osteoporos (1) eller som står under behandling av Waran. Då fysiskt våld kan ligga bakom en fallskada är det viktigt att ha rutiner för hur man upptäcker och omhändertar detta.

Fallriskfaktorerna skiljer sig åt

Risikfaktorerna för fall skiljer sig mellan män och kvinnor, mellan dag och natt, mellan inomhus- och utomhusfall, mellan hemmaboende och de på institution, mellan personer med och utan demenssjukdom, mellan strokedrabbade och icke drabbade, mellan äldre och yngre etc.

Vi vet till exempel att fallrisken ökar med stigande ålder och att kvinnor faller lika ofta som män men att kvinnor skadar sig i högre utsträckning (34). Vissa studier visar dock att den skillnaden jämnar ut sig i högre åldrar och till och med att män faller mest bland de allra äldsta på institutioner och på sjukhus (15).

Utlösande faktorer

Utlösande faktorer kan i vissa fall vara akut sjukdom, till exempel urinvägsinfektion, stroke eller epilepsi. Det har i studier visat sig utlösa 5-30 procent av fallen. Läkemedel orsakar 5-9 procent av fallen enligt vissa studier (13). Det kan till exempel vara sömnmedicin givet vid fel tillfälle, lugnande läkemedel eller muskelavslappande.

På sjukhus inträffar en mycket stor andel av fallen på grund av akuta förvirringstillstånd, som i sin tur oftast är orsakade av olika akuta sjukdomstillstånd eller läkemedelsbiverkningar (2). Även ny ovan miljö inverkar.

Höftfrakturpatienterna har ofta multipla sjukdomar: stroke (>25 procent), demens (>25 procent), depression (>25 procent), näringsbrist, inklusive lågt kalcium- och D-vitaminintag (>65procent), diabetes (>20 procent), synnedsättning (>50procent). Många är rädda för att falla (>50procent) (2).

Vid ankomst till sjukhus är inte mindre än ca 30 procent av höftfrakturpatienterna akut förvirrade. Detta skall alltid betraktas som en varningssignal för ökad fallrisk.

Människor som drabbats av stroke utvecklar ofta en halvsidig osteoporos och har dessutom en ökad fallrisk på grund av pareser, nedsatt balans och nedsatt perception. Människor som har haft stroke har upp till fyra gånger ökad risk att drabbas av höftfraktur, och frakturen drabbar ofta den paretiska sidan.

Många har ramlat i samband med ett akut förvirringstillstånd. Eftersom ett akut förvirringstillstånd definitionsmässigt alltid har en utlösande orsak är det viktigt att utreda den förvirrade höftfrakturpatienten (2,17).

Det krävs en strukturerad analys av varje händelse för att kunna hitta rätt åtgärd. Se bilaga 7.

Faktorer och symtom som påverkar risk för fall

Tidigare fall	En av de starkaste faktorerna i alla studier och grupper.
Muskelsvaghet	Leder till balans och gångsvårigheter som i sig leder till fallrisk. Kan ibland delvis vara orsakad av undernäring/malnutrition eller medicinering (bensodiazepin).
Gångsvårigheter	Långsam gånghastighet är en riskfaktor i sig själv (3) När en person inte klarar att föra ett samtal under gång utan stannar är det en riskfaktor för fall. En enkel test är ”Stops walking when talking” (6).
Balanssvårigheter	Yrsel och balansproblem är vanliga. Orsaker till yrsel och ostadighet kan vara kärlförändringar, eller infektiösa, neurologiska, eller genetiska faktorer samt naturligt åldrande. Balansförmågan avtar med stigande ålder. Patienter med osteoporos, särskilt de med kotfrakturer, har större svajning vid balanstest, vilket tyder på sämre balansförmåga än hos personer utan osteoporos. (1)

Användande av hjälpmedel	Det är enligt flera studier en riskfaktor (5). Otillfredsställande eller felaktigt använda gånghjälpmedel är också en fallrisk.
Artros	Artros kan ge smärta som i sig påverkar funktionsförmågan. Det kan även innebära medicinering som påverkar fallrisken.
Nedsatt ADL	Behöver man hjälp vid till exempel förflyttningar eller hjälp vid bad/dusch är detta en riskfaktor.
Nutrition	Otillräckligt näringsintag eller för långt mellan måltider, till exempel lång nattfasta, kan ge risk för yrsel och fallrisk. Även vätskebrist kan leda till yrsel och ostadighet. Se bilaga 5 om kost.
Nedsatt syn	Nedsatt syn av olika orsaker, exempelvis katarakt (grumling i ögonlinsen), samt att man med stigande ålder får sämre förmåga till omställning mellan ljus och mörker kan ge ökad fallrisk. Låsglasögon kan påverka avståndsbedömningen om man går omkring med dem på sig.
Läkemedel	Att använda flera läkemedel samtidigt (polyfarmaci) ökar risken att falla. Vissa läkemedelsgrupper, till exempel psykofarmaka och intensiv blodtrycksbehandling utgör särskild risk för fall. Se bilaga 6 om läkemedel.
Omgivningsfaktorer	Blöta golv, sladdar, dålig belysning, trappor med mera är riskfaktorer. Detta är främst studerat i miljö hos hemmaboende. Även olämplig fotbeklädnad, placering av ringklockor samt medpatienter som råkar stöta till individen kan påverka. Se checklista i bilaga 2.
Depression	Inaktivitet på grund av depression kan medföra att fallrisken ökar. Även medicineringen kan öka fallrisken. Deprimerade äldre har ofta ökad förekomst av osteoporos vilket är en riskfaktor för höftfraktur.
Nedsatt kognitiv förmåga	Nedsatt kognitiv förmåga och demenssjukdom innebär att man inte alltid uppfattar omgivningen på rätt sätt och missbedömer situationer med följd att fallrisken ökar. Insikten om den egna förmågan samt även den fysiska förmågan påverkas på sikt av en demenssjukdom. Ett akut förvirringstillstånd är också en stor riskfaktor för fall.
Hjärt- och kärlsjukdom	Ortostatiskt blodtrycksfall och rytmrubbningar kan ge fallrisk. Ortostatism har visat sig vara en oberoende riskfaktor för upprepade fall. (13)
Alkohol	Alkohol påverkar även i relativt små mängder både balans och omdöme. Alkoholintag i samband med användning av vissa läkemedel kan öka risken för exempelvis dåsighet och yrsel. (30)
Rädsla att falla	Osäkerhet och rädsla att falla på grund av minskad balansförmåga kan leda till minskad fysisk aktivitet, vilket i sin tur leder till sämre balansförmåga. (3) Rädsla för att falla är en riskfaktor i sig och den som har fallit är oftast också rädd för att falla på nytt.

Registrering – rapportering

Enhetlig registrering

Fall som sker på sjukhus, särskilt boende, korttidsboende och fall som sker hos personer inom hemtjänst/hemsjukvård ska registreras i befintligt avvikelssystem. Antal fall ska sedan följas varje månad på enhetsnivå.

Senior alert är ett kvalitetsregister som rekommenderas för att följa fallstatistik såväl som det fallpreventiva arbetet.

Rapportering

Länstyvergrupp för Närvård har en överenskommelse om följande ansvarsfördelning för framtagande av statistik och uppföljning av fallpreventionsarbetet i Sörmland.

Nivå	Mått	Redovisas	Ansvar
Län	Antal höftfrakturer	Årsvis på www.landstingetsormland.se/fallprevention	Lands- tinget
Kommun	Antal fallskador som leder till sjukhusinläggning	Årsvis på www.landstingetsormland.se/fallprevention	Lands- tinget
Verksamhet	Antal fallrapporter	Per enhet och månad till ansvarig verksamhetschef	Kommun och lands- ting

På riksnivå redovisas antal fall som leder till sjukhusinläggning varje år i Öppna jämförelser inom äldreomsorgen. Dessa siffror redovisas för personer över 80 år och i Sörmland redovisas samma indikator för personer över 65år.

Uppföljning

Målet med förbättringsarbetet är att minska antalet fall på enheten/verksamheten till ett minimum. Detta görs genom att följa antalet fall/månad per enhet/verksamhet. Utöver detta finns andra indikatorer som följer processer och som påverkar resultatet. Exempel på indikatorer:

Antal utskrivna Fysiska Aktivitet på Recept (FAR)

Antal/andel personer som har risk för undernäring

Antal/andel personer med BMI under 22

Antal läkemedelsgenomgångar

Antal personer med fler än 10 läkemedel

Antal utskrivna höftskyddsbyxor

Antal genomförda fördjupade fallutredningar

Förebyggande åtgärder

Både generella och individuella insatser behövs

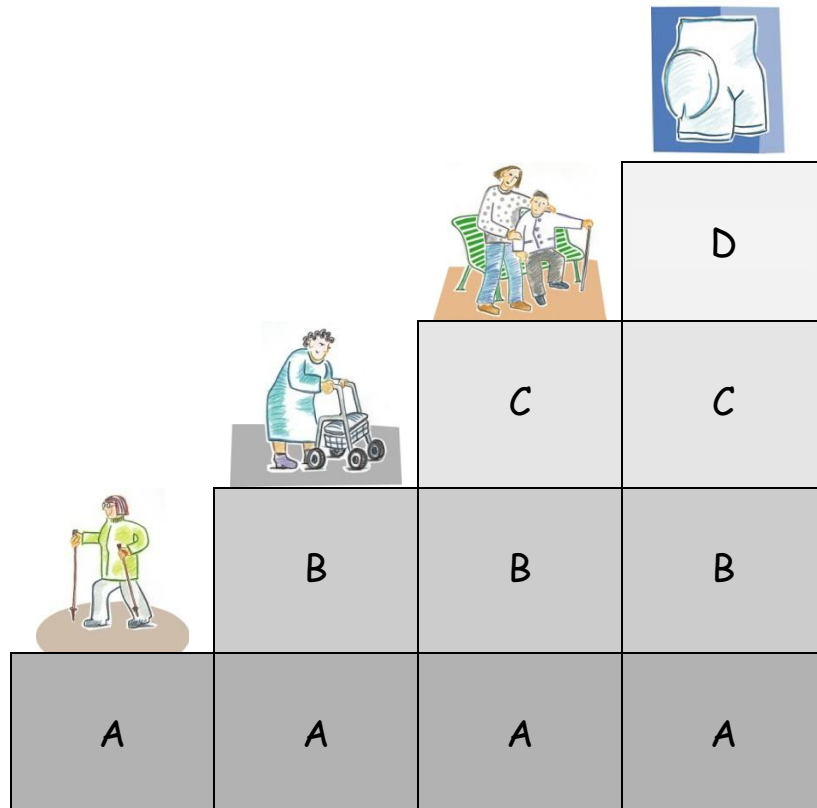
Kommuner och landsting har ett gemensamt ansvar att skapa förutsättningar för alla människor att leva ett aktivt och hälsosamt liv. Studier har visat att det går att förebygga fallrelaterade skador.

Insatserna som skapar dessa förutsättningar skiljer sig dock beroende på individens aktuella fysiska och sociala förutsättning. På individnivå krävs en strukturerad analys av riskfaktorer. För att vara effektiva måste fallpreventiva åtgärder fokusera på olika riskfaktorer samtidigt. (se bilaga 7)



Samarbete över yrkes- och huvudmannaskapsgränser, så kallat teamarbete, är nödvändigt.

Målgrupper och behov av insatser



**Individer
över 65 år**

**Individer
med risk för
fall**

**Individer
som faller**

**Individer
med flera
fall**

**Individer över
65 år**

Personer över 65 år som bor hemma och är aktiva. Samhället skapar förutsättningar för att leva ett aktivt och hälsosamt liv genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Nivå A

**Individer med
risk för fall**

Individer som är aktiva och bor i eget boende med ökad risk för fall. Insatserna fokuserar på primärprevention dvs. hindra att fall uppstår. Detta sker genom egenvård, eventuellt med uppföljning av professionell personal.

Nivå B

**Individer som
faller**

Individer som drabbats av sjukdom eller funktionsnedsättning. Viktig riskgrupp att identifiera är de som söker vård på grund av fall, även där ingen skada kan påvisas. Insatserna fokuserar på sekundär prevention.

Nivå C

**Individer med
flera fall**

De som faller trots förebyggande insatser. En speciell riskgrupp är individer med akut förvirring eller med demenssjukdom. Fokus ligger på individuella skyddsåtgärder.

Nivå D

Nivå A

Syftet är att skapa förutsättningar för seniorer att leva ett bra och aktivt liv. Att stödja människors egen livskraft och friskfaktorer. Detta minskar att fallrisk uppstår.

Samhällsnivå

Samhällsinsatser för att förebygga fallolyckor minskar antalet fall och fallrelaterade skador hos äldre. Befolkningsbaserade program, exempelvis WHO:s ”Safe community” (En säker och trygg kommun) som ger vägledning hur man kan samordna arbetet med att förbättra säkerheten och minska skador bland äldre. Healthy ageing-projektet pekar på vikten av att äldre involveras i planering och genomförande av insatser, och att tillgången till säkra, trygga och stimulerande inom- och utomhusmiljöer säkras för äldre. (29)

En bra policy/handlingsplan för hälsofrämjande arbete riktat mot äldre bör vara heltäckande och inkludera hälsoaspekter även inom politikområden som miljö, ekonomi, transport och bostadspolitik. ”Den behöver visa hur olika samhällssektorer kan arbeta tillsammans med ett gemensamt angreppssätt.” (29)

En yttre miljö som minimerar risken att råka ut för en halkolycka är också viktigt. Som exempel kan nämnas underhåll och konstruktion av trottoarer och gångbanor, planering av trafikmiljö och belysning av miljöer som är tänkta för gångtrafikanter.

- Förutsättningar för fysisk aktivitet i närområdet
- Sittplatser utomhus (oavsett årstid) för möjlighet till sittande vila
- Tillgång till natur- och kulturupplevelser
- Goda kommunikationer, tillgång till affärer och offentliga platser
- Separata cykelbanor och gångbanor
- Stadsplanering i miljö- och boende frågor
- Bra mat för äldre



Ensamhet och en passiv livsstil ökar risken för fall. (31) Forskning har visat att frivillig- arbete ger ökat välbefinnande både hos den äldre om utför tjänsterna som den som tar emot hjälpen. Studiecirklar och grupper som erbjuder sociala aktiviteter kan förebygga social isolering och ensamhet bland äldre människor. (29) Läs mer om samhällsansvar på sid 23.

Nivå B + C

För dessa två nivåer handlar det om att identifiera personer med fallrisk, kartlägga orsaker samt att vidta för individen lämpliga åtgärder för att förhindra fall och skador.

Identifiera personer med fallrisk

Fråga personer över 65 år och äldre om de fallit under det sista året. Tidigare fall indikerar hög fallrisk. (34)

Personer över 65 år som kommer i kontakt med vård och omsorg ska riskbedömas med hjälp av Downton fallrisk index. Studier visar att Downtons index är enkelt och inte tidskrävande 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 stor specificitet. Se bilaga 3.

Fördjupad fallutredning

Fördjupad fallutredning görs på personer med risk för fall och alltid på personer som sökt vård till följd av fallskada eller flyttat in på särskilt boende.

En fördjupad fallutredning innebär att personal med olika professioner gör bedömningar av orsaker till fallrisken och att riskerna sammanställs. Se bilaga 7.

Den innehåller tre arbetssteg:

1. Bedöm fallrisken, dvs hitta bakomliggande orsaker
2. Sätt in multifaktoriella åtgärder
3. Utvärdering och uppföljning av insatta åtgärder

Fyra centrala åtgärdsområden framstår på både individ och generell nivå. Dessa är fysisk aktivitet, kost, läkemedel och omgivningsfaktorer.

Fysisk aktivitet – Stimulera till största möjliga rörelse

Det är en grundläggande åtgärd som inte kan betonas tillräckligt. Forskning visar att aktiva personer faller mindre än inaktiva (3). Vilken form av aktivitet som passar den enskilde är förstås mycket individuellt, men enkelt uttryckt är alla sätt bra bara de blir av.

En fördel är om det i kommunerna finns grupper för äldre som tränar balans och styrka på olika sätt. Det kan ske genom pensionärsorganisationer, motionsföreningar eller andra intresseorganisationer. Exempel på aktiviteter är stavgång, styrketräning, tai-chi, linedance eller annan dans.



Även hos mycket gamla och sköra människor kan gång- och balansförmågan, koordinationen, kroppskänedom, reaktionsförmåga och muskelstyrka förbättras med träning.

Träning av styrka och balans

Träning har visat sig reducera antal fall hos de personer som förbättras av träningen. I en doktorsavhandling från Umeå har intensiv träning även visat sig ha effekt för demenssjuka, något som inte tidigare har kunnat påvisas (14).

Fysisk aktivitet på recept

Läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och annan legitimerad personal kan skriva ut recept på fysisk aktivitet. På vissa orter finns möjlighet till uppföljning med hjälp av en koordinator.

Översyn av förflyttningar

Att se över att förflyttningar är säkra är en annan viktig del. Sjukgymnast och arbetsterapeut kan vara behjälpliga med detta.

Översyn av hjälpmedel

Det är viktigt att se över hjälpmedel som gånghjälpmedel, ADL-hjälpmedel, rullstolar etc. De påverkar säkerheten för individen.

Kost – Skapa goda måltidsvanor

Landstinget Sörmland och länets nio kommuner har kommit överens om *Rekommendationer för nutrition inom vård och omsorg om äldre med inriktning mot undernäring 2009*. De finns på www.landstingetsormland.se/narvard. Där finns beskrivet hur riskbedömning, behandling och uppföljning genomförs.



Systematiken i nutritionsutredningen följer i stora delar hur en fördjupad fallutredning går till och kan med fördel samordnas.

Hitta personer med risk för undernäring

Det är viktigt att identifiera riskgrupper för undernäring. Detta görs genom att väga och beräkna BMI regelbundet. Ett rekommenderat riskbedömningsinstrument är Mini Nutritional Assessment (MNA).

Nutrition och fall

Mycket forskning görs inom detta område. I dagsläget har forskningen kommit fram till att viktstabilitet genom hela livet är viktig för att förebygga fall och fraktur. De näringsämnen som framförallt framhålls som speciellt viktiga vid fall och fraktur är D-vitamin, kalcium och protein, oftast i en kombination. För vissa personer är supplementering av dessa näringsämnen en lösning för att förebygga fall och fraktur. Se även bilaga 5.

Översyn av matsituationen

Behöver personen information om vad som är bra mat för äldre? Hur ser måltidsmiljön ut? Är matvanorna regelbundna? Hur lång är nattfastan? Innehåller maten tillräckligt med näring? Finns ätsvårigheter, nedsatt aptit, tugg eller sväljbesvär? Behöver personen hjälpmedel i samband med ätandet? Vilken tandstatus har personen? Se även bilaga 5.

Läkemedel – Må bra med läkemedel på äldre da'r

Läkemedelsöversyn

Många äldre äter flera olika läkemedel som kan påverka bland annat balansförmågan. Sömntabletter kan ge risker att falla nattligt om man till exempel behöver gå upp på toaletten och är lite omtöcknad av tabletterna. Se bilaga 6.



Det är viktigt att det finns rutiner i vården för regelbunden strukturerad uppföljning och omprövning av äldres läkemedelsanvändning för att minska onödig medicinering och risk för interaktioner, biverkningar och fall.

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar för individer med många mediciner är en viktig fråga. Apotekare kan här bidra med viktig kunskap. Det pågår ett utvecklingsarbete inom Läkemedelskommittén i Sörmland där apotekare tillsammans med läkare, sjuksköterskor och vårdpersonal gör systematiska genomgångar av läkemedel för personer med ApoDos både på särskilda boenden och i ordinärt boende. (19,20) Se även bilaga 6 om läkemedel.

Bokad rådgivning

På apoteken kan man boka tid för kostnadsfri rådgivning om sina läkemedel. Syftet är att få ökad säkerhet i läkemedelsanvändningen. Bokad rådgivning utförs av specialutbildad farmaceut.

Omgivningsfaktorer - Skapa en riskfri miljö

Gör en översyn av omgivningsfaktorer.

Här handlar det om att se över risker med mattor, belysning, skor, sladdar, att ha en bärbar telefon lätt nåbar, att ha ett vattenglas vid sängen etc. Se foldern bilaga 4.

Att utomhus använda broddar vid halka samt reflexer i mörker är andra enkla förebyggande åtgärder.



I foldern *Goda vanor förebygger fall* (Bilaga 4) finns information om hur man själv kan förebygga fall och som kan fungera som en checklista. Andra tips är:

- ha en halkmatta i duschen eller badkaret,
- ta bort nivåskillnader, exempelvis trösklar,
- fästa upp sladdar,
- ordna med bättre (starkare) belysning
- återkommande synundersökningar
- införskaffa en bärbar telefon.

Osteoporosbehandling

Personer 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.

Kalcium och D-vitamin har visats ge minskad risk för höftfraktur och andra frakturer utom kotfrakturer hos äldre kvinnor. (1) 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. (8)



Läs mer om osteoporos i det vårdprogram som landstinget Sörmland tagit fram(19).

Syn och hörsel

Åldrandet innebär ofta nedsatt funktion av syn och hörsel, vilket medför behov av kunskap och vägledning om användbara hjälpmedel.

Nivå D

Behovsnivå D syftar till att förhindra att skador uppkommer hos personer som, trots förebyggande åtgärder, ändå faller ibland. Exempel är personer med nedsatt kognitiv förmåga eller akut förvirringstillstånd.

Här kan man använda:

- Höftskyddsbyxor
- Larm
- Utredning av oro hos förvirrade personer
- [Skyddsåtgärder](#)
- Tryckutjämnande golv

Höftskyddsbyxor

För personer där andra åtgärder inte är tillräckliga är höftskyddsbyxor ett alternativ.

De fall som orsakar höftledsfraktur är ofta fall i sidled mot övre delen av lårbenet. Tanken med en höftskyddsbyxa är att minska kraften av fallet just mot detta område, bland annat genom att fördela ut kraften till mjukdelarna i låret. Skyddet består vanligen av en byxa med fasta eller löstagbara plastskal över höften. Det finns flera olika modeller, även med mjuka skydd.



Höftskyddsbyxor med stötdämpande inlägg över höften har i olika studier visat sig kunna minska antalet höftfrakturer med 50-80 procent hos fallbenägna, sköra äldre med nedsatt kognition på institution

Följsamhet är ett problem i vissa fall. Svårigheten att ta av och på byxan, 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 byxorna är effektiva hos äldre med nedsatt kognitiv förmåga. (1,3,9,12)

Subventionerad förskrivning av höftskyddsbyxan finns i Sörmland för personer med tydliga kriterier sedan januari 2009. Dessa byxor förskrivs av legitimerad personal via hjälpmedelscentralen se bilaga 8.

Larm

Det finns olika typer av trygghetslarm.

- A. **Passagelarm:** Om individer inte kan använda ringklocka för att tala om att de går upp och behöver hjälp, kan en larmmatta läggas i eller bredvid sängen. Patientens samtycke krävs.
- B. **Påkallningslarm:** Det används om individen har behov av hjälp men inte kan förmedla till någon i närmiljön. Brukaren kan själv påkalla hjälp med detta hjälpmedel.

Det är passagelarm som i detta fall avses kunna hindra fallolyckor eller minska risk att personen som fallit får ligga en längre tid utan upptäckt.

Hjälpmiddelscentralen i Sörmland har kunskap om olika hjälpmedel och kan kontaktas för rådgivning.

Tryckutjämnande golv

De flesta fallolyckor sker på öppen plan inomhusyta, på golvet, när personer är aktiva (34). Att minska risken för skada vid fall genom att utveckla skyddande underlag har tidigare prövats för barn. Vid lekplatser och i vissa offentliga miljöer är detta numera en vedertagen förebyggande åtgärd. Internationella försök håller på att utvecklas för att även kunna överföra den här erfarenheten för äldre. En studie visade nästan 50 procent reducering av höftfraktur med ett anpassat mjukare golvunderlag. (34)

Utredning av oro hos personer med förvirring

Oro hos individer med nedsatt kognitiv förmåga bör leda till en ”utredning” av basala behov som syftar till att upptäcka hunger, törst, smärta, infektion t ex urinvägsinfektion, förstoppning med mera.

Skyddsåtgärder

Den 15 juni 2010 upphörde Socialstyrelsens kungörelse (SOSFS 1980:87) med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1992:17) om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad att gälla. Föreskrifterna och de allmänna råden kommer inte att ersättas av nya föreskrifter och allmänna råd.

Föreskrivning av hjälpmedel, tex sänggrindar, rullstolsbord, positioneringsbälte, kan indirekt medföra en begränsning för individen. Det är av vikt att syftet med hjälpmedlet är tydligt dokumenterat samt att individens samtycke har inhämtats. Lokala rutiner inom respektive verksamhet ska upprättas och följas.

Samhällsansvar

Kommuner och landsting har tillsammans ett ansvar att utveckla det regionala och lokala folkhälsoarbetet, där det skadepreventiva arbetet ingår.

Regeringen har förutom det övergripande folkhälsomålet - samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen - tagit fram elva målområden (28). Däribland ingår till exempel sunda och säkra miljöer (målområde 5), en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård (målområde 6) samt ökad fysisk aktivitet (målområde 9) och goda matvanor och säkra livsmedel (målområde 10).

Målen nås bäst genom tvärsektoriell samverkan, där olika myndigheter inom kommun och landsting är huvudaktörer. I *Fallskador bland äldre* (31) finns en checklista för samarbetet mellan kommuner och landsting.

Intresseorganisationer

Intresseorganisationer, som exempelvis pensionärsföreningar, studieförbund, kyrkan och motionsföreningar, har en mycket viktig funktion att fylla när det gäller det fallpreventiva arbetet. De möter många äldre människor och kan sprida information, kunskap och skapa förutsättningar för fysisk träning genom sina kontaktnät även till dem som ännu inte drabbats av fallolyckor.

Det är angeläget att frågan tas upp i respektive föreningar och den kompetens och engagemang som finns tas till vara. Det går att jobba med frågan på olika sätt, exempelvis genom studiecirklar, motionsverksamhet, informationskvällar eller annat.

Intresseorganisationer som har behov av praktiskt stöd i arbetet för att minska antalet fallolyckor kan vända sig till kommunerna i Sörmland.

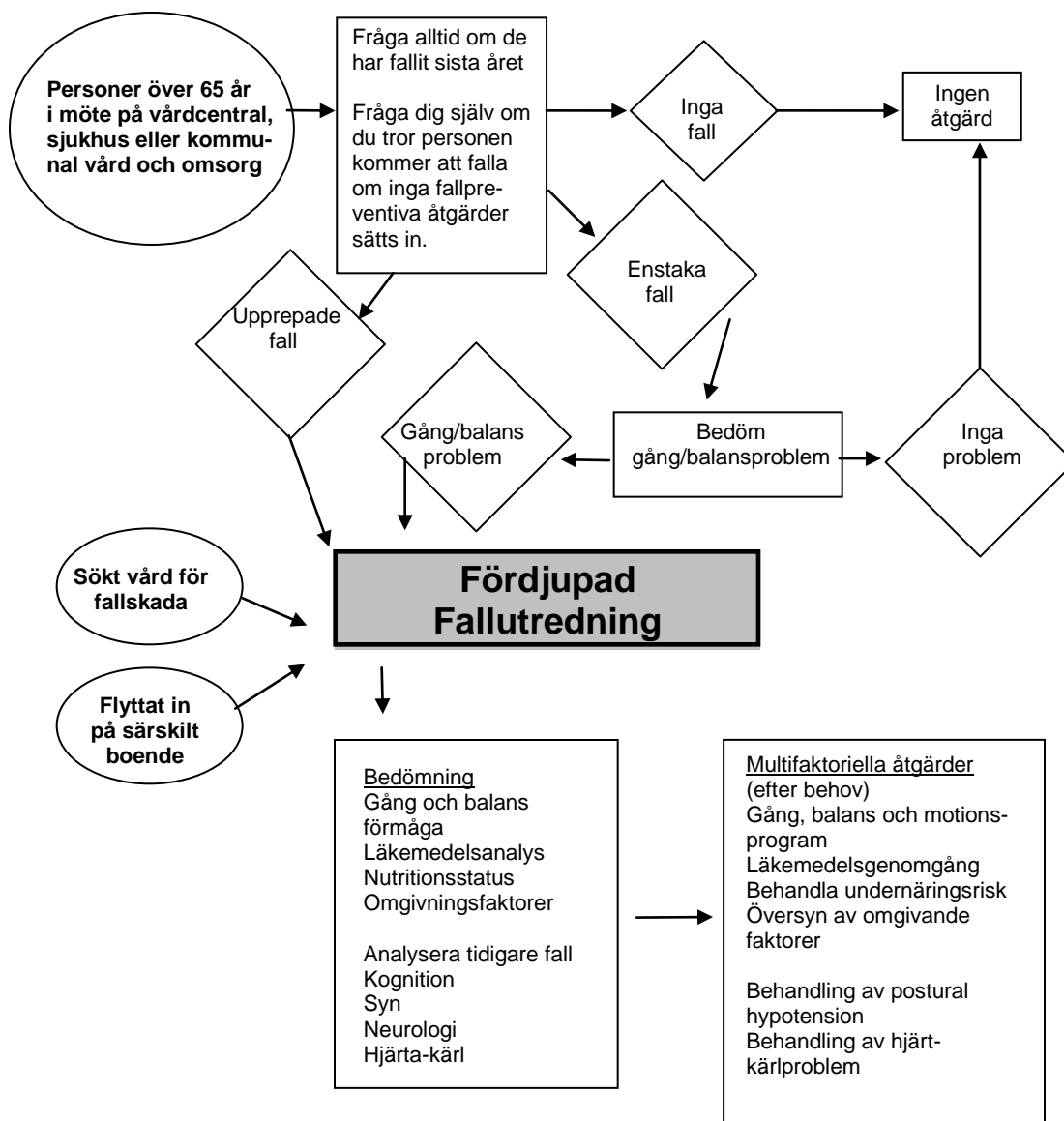
Åtgärder som testats i Sörmland

- *Passion för livet*, ett program som stöder livsstilförändringar för seniorer med målet att ge ett gott och hälsosamt liv. Detta har genomförts i samarbete mellan kommuner, landsting och länsbildningsförbundet i Sörmland.
www.landstingetsormland.se/fallprevention
- Ett förslag till vinterannons som uppmanar seniorer att vara ute och röra på sig för att förhindra fall med en uppmaning att skaffa broddar.
- I Strängnäs har PRO tillsammans med kommunen ett gym där pensionärer styrke-tränar tillsammans flera gånger i veckan.
- Information till pensionärsföreningar
- Rollatorrally i Malmköping och Nyköping. Se www.rollatorrally.se
- Hälsans stig, den ska vara sandad och plogad under vintern.
- Fixartjänster av vaktmästarkaraktär.
- Uppsökande verksamhet till personer i en viss ålder.

Personalansvar

Mycket av programmet bygger på individens eget ansvar för sin hälsa. För vårdpersonal kan det finnas en fördel att veta vilket ansvar och vilka åtgärder som förväntas av dem. I nedanstående avsnitt presenteras olika personalgruppers ansvarsområden och tänka insatser. Lokala rutiner behöver utarbetas för att detta ska bli genomfört på ett systematiskt sätt.

Som grund för alla insatser ligger följande schema:



Fritt översatt och lätt modifierat efter "Guideline for the Prevention of falls in older persons" av American Geriatrics Society, British Geriatrics Society and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on falls prevention.

Tvärprofessionell samverkan av största betydelse

Programmet visar att ett lyckat fallpreventionsarbete sker på breddfront dvs av alla yrkeskategorier och alla verksamheter som möter personer över 65 år. Det är summan av vad vi åstadkommer tillsammans, över verksamhets och yrkesgränser som ger effekt. Ofta är det flera mindre åtgärder som behöver genomföras av flera olika funktioner men för att få effekt behöver det ske samtidigt. Behovet av ett systematiskt arbetssätt går inte nog att poängtera, och kanske framför allt vid övergångar mellan olika omsorg- eller vårdgivare.

Kvalitetsregistret Senior alert stödjer ett systematiskt fallpreventivt arbetssätt och stämmer väl överens med intentionerna för Gemensamt program för fallprevention i Sörmlands. Det gör att du kan vara säker på att uppfylla fallprogrammets intentioner med stöd av Senior alert. (se www.senioralert.se)

I SKL's (Sveriges Kommuner och Landsting) åtgärdspaket för fallprevention lyfts dessa två frågor fram som en lämplig *första* bedömning för om ökad fallrisk föreligger eller ej:

- Fråga patienten, dennes närstående eller tidigare vårdenhet:
”Har du/patienten fallit under det senaste året?”
- Fråga personalen/dig själv:
”Tror du/jag att denna patient kommer att falla under sin vistelse på vårdavdelningen eller inom kort om inga förebyggande åtgärd satts in?”

Jakande svar på någon av frågorna indikerar en förhöjd fallrisk, vilket ska föranleda en omedelbart påbörjad utredning på sjukhuset (akuten/vårdavdelning), i hem-sjukvården eller på vårdcentral. (35)

Här följer en uppräknig av ansvar utifrån yrke och därefter utifrån verksamhetstyp.

Yrkesuppdrag

Undersköterskor/Kontaktpersonal

Denna personalkategori finns oftast närmast individen och är de som först ser förändringar i fallrisk eller uppdagar när ett fall har skett. De ger fallpreventions information och initierar och genomför insatta förebyggande åtgärder tillsammans med den enskilda individen.

- Riskbedöma nya brukare/vårdtagare. (bilaga 2)
- Gå igenom fallförebyggande information med alla brukare/vårdtagare. (bilaga 4)
- Skriva fallrapporter och rapportera till ansvarig områdeschef och sjuksköterska.
- Observera förändringar i individens allmäntillstånd som ger ökad fallrisk t ex infektion, gång och balanssvårigheter, nedsatt aptit, minnesproblematik etc.
- Initiera förebyggande åtgärder i vardagen genom att stimulera till största möjliga rörelse, läkemedelsgenomgång (bilaga 6), goda måltidsvanor (bilaga 5) och säkra en riskfri miljö i vardagen (bilaga 2).
- Delta i fördjupade fallutredningar

Sjuksköterska/Distriktsköterska

Denna yrkesgrupp är de som kan initiera en fördjupad fallutredning har en samordningsfunktion för att en tvärprofessionell bedömning görs.

- Riskbedöma individer över 65 år. (bilaga 2)
- Mottagare av fallrapporter (bilaga 1) och för att sammanställa dessa tillsammans med enhetschefen.
- Följa områdets/verksamhetens/enhetens fallrapporter varje månad bidrar i analysen av dessa.
- Initiera och delta i fördjupade fallutredningar (bilaga 7), där de har en samordnande roll för att en tvärprofessionell bedömning görs.
- Initiera förebyggande åtgärder i vardagen genom att stimulera till största möjliga rörelse, läkemedelsgenomgång (bilaga 6), goda måltidsvanor (bilaga 5) och säkra en riskfri miljö i vardagen (bilaga 2).
- Följa upp insatta egenvårdsåtgärder.

Sjukgymnaster och arbetsterapeuter

Dessa yrkesgrupper har ett huvudansvar för att stimulera till rörelse och balansträning i vardagen och i samband med den fördjupade fallutredningen (bilaga 7). De har också möjlighet att identifiera personer med fallrisk t ex i samband med utskrivning av gånghjälpmedel.

- Riskbedöma individer över 65 år i samband med utskrivning av gånghjälpmedel (bilaga 3).
- Gå igenom fallförebyggande information till personer med fallrisk. (bilaga 4)
- Bidra i analys av områdets/verksamhetens/enhetens fallrapporter varje månad.
- Delta i fördjupad fallutredning (bilaga 7) med speciellt ansvar för gång och balansförmåga.

Biståndshandläggare

Biståndshandläggare ska beakta fallrisk i samband med att man gör hembesök ex vid bedömning eller start av hemtjänst.

- Riskbedöma individer över 65 år. (bilaga 2)
- Gå igenom fallförebyggande information till personer med fallrisk. (bilaga 4)
- Rapportera personer med fallrisk till sjuksköterska eller annan berörd personal (bilaga 1).
- Beakta rörelse och måltidsvanor genom att se över förutsättningarna för att skapa goda måltidsvanor (bilaga 5) och största möjliga rörelse i vardagen t ex genom att behovsbedöma förebyggande promenader eller stöd vid måltiderna

Läkare

- Riskbedöma individer över 65 år (bilaga 2)
- Gå igenom fallförebyggande information till personer med fallrisk. (Bilaga 4)
- Delta i fördjupade fallutredningar (bilaga 7) med huvudansvar för området läkemedel.
- Genomföra läkemedelsgenomgångar (bilaga 6).

Enhetschefer

- I ledningsansvaret ingår att se över utbildningsbehovet hos personalen avseende fallprevention, med huvudfokus på områdena muskelstyrka och motion, goda måltidsvanor och riskfrimiljö i vardagen.
- Mottagare av fallrapporter (bilaga 1) och för att sammanställa dessa tillsammans med sjuksköterskan.
- Följa fallrapporter per månad och andra föreslagna indikatorer.
- Ansvar för framtagandet av lokala rutiner för det tvärprofessionella arbetet. Tex skapa möjlighet till teamträffar.

Verksamhetsuppdrag

Lokala handlingsplaner

Varje kommungeografiskt område ska ta fram en plan för hur man avser att uppnå målet med att halvera höftfrakturerna fram till 2012. Planen lämnas till Länsstyrgrupp för Närvård i Sörmland. Befintliga lokala handlingsplaner finns att läsa på www.landstingetsörmland.se/fallprevention.

Att skapa en hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande vardag som stimulerar till rörelse, bra måltidsvanor, riskfri miljö och samtidigt ha god kontroll på givna läkemedel har avgörande betydelse i preventionsarbetet.

Andra åtgärder kan vara mer verksamhetsspecifika och presenteras nedan.

Tydliga rutiner

Varje verksamhet behöver tydliga rutiner som stöd för att få in fallpreventionsarbetet i det vardagliga arbetet. Exempel visar att det går att minska antalet fall genom att se över följande rutiner:

- Inskrivningsrutiner där riskbedömning ingår (bilaga 3) och ge information om fallprevention dvs vad personen själv kan göra för att förhindra fall (bilaga 4).
- Hantering av fallrapporter (bilaga 1) dvs hur fallrapporter skrivs, dokumenteras, registreras, sammanställs och analyseras.
- Följa sammanställningen av antal fall per månad på och analysera dem på t ex arbetsplatsträffar.
- Genomförande av fördjupade fallutredningar (bilaga 7) med betoning på tvärprofessionell bedömning, multifaktoriella åtgärder och uppföljning.
- Tvärprofessionella mötesplatser där individer med risk för fall kan diskuteras.
- Utskrivsrutiner dvs säkerställ att fortsättning/uppföljning av vidtagna preventionsåtgärder görs vid flytt till annan verksamhet (bilaga 2).

Vårdcentral

Vårdcentralerna får pga växling av hemsjukvård från och med 2010 ett ändrat uppdrag. Ansvaret att riskbedöma (bilaga 3) personer över 65 år och vid behov genomföra fördjupade fallutredningar (bilaga 7) kvarstår. Vid behov av hembesök för fortsatt utredning planeras detta i samarbete med kommunens legitimerade personal. Tyngdpunkten av åtgärderna ligger på egenvård men uppföljningsansvaret finns kvar hos professionen. Vårdcentralerna är också mottagare av riskbedömningar eller överrapportering om fortsatt utredningsbehov från akuten och vårdplatsenheter på personer som skadats till följd av fall och inte är inskrivna i hemsjukvården.

Vårdcentralerna har också möjlighet att identifiera riskgrupper för att genomföra riktade insatser och/eller information t ex till personer med benskörhet, minnessjukdomar, KOL och stroke.

Hemtjänst/hemsjukvård i kommunen

I hemtjänsten är det viktigt att vid behov motivera äldre till små förändringar i vardagen t ex avseende rörelse, matvanor och att skapa en riskfri hemmiljö. Ett hälsofrämjande-

och sjukdomsförebyggande arbete har stor betydelse för att en enskild individ ska fatta beslut om att ändra vanor i sin egen vardag eller hem.

Fördjupad fallutredning (bilaga 7) ska genomföras på alla som flyttar in på ett särskilt boende. Många särskilda boenden i Sörmland har sedan tidigare utarbetat fallpreventiva arbetsmetoder, men genom att rutinerna standardiseras kan arbetet kvalitetssäkras och ytterligare förbättringar nås.



Detta har visat sig vara framgångsrika förbättringsåtgärder på särskilt boende:

- Grupp gymnastik
- Fem uppresningar i samband med medicin givning (32).
- Riskbedömning avseende undernäring.
- Nattfasta max 11 timmar.
- Regelbundna läkemedelsgenomgångar (bilaga 6)
- Tydliga rumsliga markeringar av t ex toaletten.
- Riskronder där funktion av hjälpmedel, lampor går igenom.
- Halksockar och höftskyddsbyxa skrivs ut och används.

Det finns goda möjligheter på det särskilda boendet att stimulera till rörelse i vardagen, skapa goda måltidsrutiner, regelbundna läkemedelsgenomgångar och se över den inre miljön.

Sjukhus

Sjukdom och miljöombyte är två riskfaktorer för äldre personer avseende fallrisk. Risken för konfusion/tillfällig förvirring ökar markant och är en stark riskfaktor för fall.

Tänk proaktivt: förhindra att sköra personer blir förvirrade dvs. undvik stress, hunger onödiga läkemedel etc.

Uppmärksamma förvirrade patienter, även sådana som inte är motoriskt oroliga, dvs. även de tysta. Skilj förvirring från demens.

Är patienten förvirrad, analysera orsaken och åtgärda, t ex UVI (urinvägsinfektion, utgör ca 10% av alla förvirrade), förstoppning ect. (17)

Smärtstillande och lugnande mediciner kan dölja möjligheten att hitta den egentliga orsaken till förvirring (bilaga 6).

Bedöm behovet av extravak till förvirrade personer, exempelvis nyopererade.



Alla sjukhusavdelningar som satt upp mål om att minska antal fall har nått goda resultat.

Förutom tidigare genomgångna verksamhetsrutiner har dessa varit särskilt framgångsrika:

- Grupp gymnastik
- Fem uppresningar i samband med medicin givning (32).
- Riskbedömning avseende undernäring, (MNA, bilaga 5).
- Översyn av måltidsordningen med en nattfasta på max 11 timmar.
- Läkemedelsgenomgångar (bilaga 6)
- Lättillgänglig skrift och muntlig information om fallprevention (bilaga 4) och provexemplar av halksockar och höftskyddsbyxa.
- Tydliga rumsliga markeringar av t ex toaletten.
- Riskronder där funktion av hjälpmedel, lampor går igenom.

Fallprevention har varit ett av sex prioriterade områden i den nationella patientsäkerhets-satsningen riktad till sjukhus under 2007-2009. www.skl.se/patientsakerhet.

Akut mottagning

Akut mottagningar har stora möjligheter att upptäcka personer i riskzon för fallolyckor och ska därmed ha tydliga rutiner i hur dessa fångas upp och ansvarar för att en fortsatt utredning kommer till stånd. Patientens medgivande krävs vid informationsöverföringen.

Personalen ska också informera om fallrisker samt lämna ut egenvårdsfoldrar (bilaga 4)

Andra mottagningar

Mottagningar som riktar sig till målgrupper med fallrisk, t ex bensköra, stroke, reumatiker, yrsel etc kan göra stora insatser genom att:

- uppmärksamma fallrisk
- ge information (bilaga 4)
- initiera fördjupad fallutredning (bilaga 7), eventuellt i samarbete med hemsjukvården eller vårdcentralen vid behov.

Ambulansen

Ambulanspersonalen har stora möjligheter i att upptäcka personer i riskzon för fallolyckor och ska därmed ha tydliga rutiner i hur dessa fångas upp. Vid indikation på ökad fallrisk rapporteras detta till mottagande enhet (akuten/vårdavdelning) som tar över ansvaret att identifiera aktuella fallriskfaktorer för patienten. (35)

För all personal överallt gäller att man ska fokusera på att minska så kallade ställtider, eller ledtider, mellan olika vårdåtgärder. När en äldre människa får vänta mellan en fallolycka, ankomst till sjukhus, bedömning och eventuell operation ökar risken för förvirringstillstånd som i sig är en risk för nya fall.

Ordlista

Prevention	= åtgärder för att förebygga ohälsa. I det är programmet inne- bär det att förebygga fall och fallskador.
Kognitiva funktioner	= färdigheter som har med intellektuella funktioner att göra som tänkande, varseblivning, minne m m.
Osteoporos	= benskörhet, ett tillstånd där benets hårda beståndsdelar minskar samtidigt som de porösa ökar, vilket ger ett svagt och bräckligt ben. Osteoporos är vanligt hos äldre, särskilt hos kvinnor när östrogenproduktionen minskar och det leder till ökad risk för benbrott.
MAS	= Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska.
Artros	= sjukliga ledförändringar som kan leda till smärta och funk- tionshinder.
Demografi	= läran om befolkningars tillstånd och förändringar.
UVI	= urinvägsinfektion.
Neuroleptika	= läkemedel mot psykoser och ångest
Ortostatisk	= upprättstående
Nutrition	= näring, näringsupptagning eller –tillförsel.
Predisponerande	= ha anlag, fallenhet eller vara mottaglig för något.
ADL	= Aktiviteter i Dagliga Livet.

Stort tack till Ulla Lindström på folkhälsoenheten i Jönköping som generöst delat med sig av erfarenheter och material.

Stort tack också till professor Yngve Gustafson i Umeå som lämnat värdefull information och inspiration.

Referenser

1. SBU-Osteoporos- prevention, diagnostik och behandling. Nr 165/1 Oktober 2003
2. Gustafson Y, Jarnlo G-B, Nordell E Fall och höftfraktur hos äldre går att förebygga Läkartidningen nr 40 volym 103 2997-2999
3. Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling vid höftfraktur, Stockholm 2003
4. Samverkan och vaksamhet ger färre fall. Forskning för äldre, sept 2003;6-7
5. Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society , and American Academy of Orthopaedic Surgeon panel on Falls Prevention Journal of the American Geriatrics Society 2001;49:664-672
6. Lundin-Olsson L., Nyberg L., Gustafson Y. "Stops walking when talking" as a predictor of falls in elderly people The Lancet Vol 349: March 1, 1997:617
7. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Cumming RG, Rowe BH, Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Database System. Rev. 2003; (4): CD000340
8. Vårdprogram för fallprevention, Jönköpings läns landsting 2006 www.lj.se/folkhalsa
9. Parker MJ, Gillespie WJ, Gillespie LD, Hip protectors for preventing hip fractures in the elderly (review) The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006
10. Tinetti, ME. "Preventing falls in the elderly" New England Journal of Medicine 2003;348: 42-49
11. Jacqueline C. T. Close "Prevention of falls in older people" Disability and Rehabilitation, 2005; 27(18-19): 1061-1071
12. Kannus P, Sievänen H et al "Prevention of falls and consequent injuries in elderly people" the Lancet 2005, volume 366:1885-93
13. K Kallin avhandling Falls in Older people in geriatric care settings Umeå universitet 2004 New serie no 902

14. E Rosendahl avhandling Fall prediction and a high-intensity functional exercise programme to improve physical functions and to prevent falls among older people living in residential care facilities. Umeå universitet 2006 New serie no 1024
15. M Stenvall avhandling Hip fractures among old people. Their prevalence, consequences and complications, and the evaluation of a multi-factorial intervention program designed to prevent falls and injuries and enhance performance of activities of daily living Umeå universitet 2006 New series no 1040
16. Rundgren Å, Dehlin O Äldresjukvård – medicinsk äldresjukvård av multisjuka patienter. Studentlitteratur 2004
17. Gustafson Y, Edlund A, Lundström M, Bucht G. "Akuta förvirringstillstånd hos äldre inom akutsjukvården kan förebyggas och behandlas" SFAI tidningen 9:50-55;2003 (SFAI = Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård)
18. Jensen J, Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y, "Fall and Injury Prevention in older people living in residential care facilities" Annals of Internal Medicine 2002;136(10);733-741
19. www.landstingetsörmland.se/narvard, Läkemedelskommittén
20. www.apoteket.se vårdpersonal, tjänster, läkemedelsgenomgång.
21. Patientregistret, Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen, 2006-04-10
22. Säkerhet i vardagen Tips och råd på äldre dar! Räddningsverket 2005 Nationella skadeförebyggande programmet.
23. 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
24. Waern Eva, Nordisk Geriatrik nr 6 dec 2005 årgång 8, sid 32-34
25. Otago exercise programme to prevent falls in older adults. Otago medical School, University of Otago March 2003 (John Cambell MD, FRACP och M C Robertson PhD)
26. Sahlén K G, Löfgren K, Lindholm L En kostnadsnyttoanalys av förebyggande hembesök i Nordmaling. Statens folkhälsoinstitut Rapport A 2005:1
27. Fallolyckor bland äldre – samhällets direkta kostnader 2004 www.raddningsverket.se
28. Statens folkhälsoinstitut www.fhi.se
29. Hur planerar vi för en åldrande befolkning? Länsstyrelserna 2008 Jönköping.
30. Äldres hälsa. En utmaning för Europa Statens Folkhälsoinstitut 2007.
31. Fallskador bland äldre – en sammanfattning av en kunskapsöversikt om fallskador. 2009 www.skl.se
32. Flood J, Rolfsson S Effekter av funktionell träning på balans, benstyrka och self-efficacy hos äldre, 2009, C-uppsats, Sjukgymnastprogrammet Mälardalens Högskola.
33. Harald Gyllensvärd, Fallolyckor bland äldre en samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder. Rapportnummer R 2009:01 från Statens Folkhälsoinstitut
34. Helene Hjalmarsen & Ragnar Andersson Karlstad Universitet, Att förklara kommunala skillnader i fallskador bland äldre – en kunskapssammanställning 2009 Sveriges Kommuner och Landsting.
35. Sveriges Kommuner och Landsting. Förebygg fall och fallskador i samband med vård.2008 http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39219_1.pdf

Bilagor

1. Fallrapport
2. Checklista preventiva åtgärder samt förklaringstext
3. Downtons fallriskindex samt vägledning
4. Fallfolder
5. Kost
6. Läkemedel
7. Fördjupad fallutredning
8. Kriterier för höftskyddsbyxor