

Datum: uppdaterad 2010-02	Version nr: 2
Utarbetad av: Margareta Skog, Eva Göthson	Godkänd av: Chefläkare Erna Pettersson Omvårdnadschef Marie-Louise Orton

Fallprevention

Inledning

Fall orsakar skador såsom sårskador, frakturer, hjärnskakning, skador på inre organ, och i värsta fall dödsfall. Även fall utan kroppsskada ger konsekvenser eftersom den som fallit ofta begränsar sina aktiviteter i rädsla för att falla igen (1). Det sker ett fall varje minut i Sverige (2). Fall är den vanligaste skadeorsaken i alla åldrar men drabbar i synnerhet äldre (3). Fallskador utgör cirka 12 procent av vårdtillfällena och är efter hjärt- och kärlsjukdom den främsta orsaken till sjukhusvård (4). Cirka 1400 personer avlider varje år av fallskador i Sverige (4).

Regionalt vårdprogram Fallprevention (5), riktlinjer i Handbok för hälso- och sjukvård (6) samt SKL:s nationella satsning på ökad patientsäkerhet (7) betonar samma strategier för att minska antal fall och fallskador.

Definition – Fall och fallskada

Fall - En händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller ej. Det innebär att det inte bara är när någon snubblar eller halkar som anses som fall, utan även när någon rullar ur sängen eller glider ner på golvet från en stol.

Fallskada - En fysisk konsekvens som uppstår vid ett fall. (5).

Etiska aspekter

Patientens integritet måste beaktas i det förebyggande arbete

Det kan upplevas som integritetskränkande när vårdpersonal föreslår förändringar eller försöker påverka en persons livsstil även om det sker i syfte att förhindra eller förebygga fall och fallskador (8).

Begränsnings-/frihetsinskränkande åtgärder får inte förekomma slentrianmässigt

Begränsningsåtgärder kan i värsta fall uppfattas av patienten som ett övergrepp som dessutom kan öka risken för trycksår, immobilisering och skador i samband med att patienten försöker ta sig loss.

Alla i riskzonen för fall ska få förebyggande information

Information om risker för fall och fallskador bör även ges till patientgrupper som riskerar att bli eftersatta.

Riskpatienter och riskfaktorer

Fall bör ses som ett eventuellt symptom på sjukdom eller effekt av läkemedel till dess att motsatsen är bevisad. Ju fler riskfaktorer patienten har, desto större risk för fall. Om patienten står på mer än fyra läkemedel är det en ökad risk för fall oberoende av preparat.

Riskpatienter utifrån diagnos	Riskpatienter utifrån symtom
<ul style="list-style-type: none"> • Akut hjärtsjukdom • Demens • Depression • Epilepsi • Hjärtsvikt • Kronisk obstruktiv lungsjukdom • Ledsjukdomart t.ex. artros • Osteoporos • Parkinson • Stroke 	<ul style="list-style-type: none"> • Blodtrycksfall • Förvirring • Lågt Hb • Nedsatt kognitiv funktion • Nedsatt motorik och mobilitet • Nedsatt syn • Nykturi • Påverkan av läkemedel • Yrsel och störd balans • Undernäring

Riskfaktorer kan vara muskelsvaghet, tidigare fall, användande av hjälpmedel, nedsatt ADL, omgivningsfaktorer, depression och rädsla för att falla (9). Individrelaterade faktorer är vanligare på institution som har dålig belysning eller hala, blöta golv. Olämplig fotbeklädnad, medpatient som stöter omkull patienten, rullstolar och hjulförsedda bord är vanliga orsaker till fall (5).

När och var inträffar fall?

Fallen sker främst i den inledande delen av vårdtiden beroende på dåligt allmäntillstånd, ovana att vistas i den nya miljön eller förvirring (10). Fallfrekvensen är som störst under den tid som patienterna är som aktivast dvs. under förmiddag och eftermiddag. Mörker och intag av sömn- och lugnande läkemedel kan vara en orsak till fall kvällar och nätter (11). Dålig syresättning kan vara en riskfaktor hos äldre för att falla nattetid. De flesta fall inom vården tycks ske inne på patientens rum kanske beroende på de tillbringar mesta tiden där (12). Det är också vanligt med fall på väg till och från toaletten.

Hur inträffar fall?

Här räknas några exempel upp som kan öka medvetenheten om var i vårdmiljön risker finns.

Individ

- Patienten når inte personliga ägodelar.
- Patienten saknar skor eller har dåliga skor som inte ger tillräckligt stöd
- Inget kvällsmål med risk för dålig nattsömn.
- Övrumplingsmoment till exempel om någon ropar på patienten som blir skrämmd eller gör en hastig rörelse.
- Hörapparat eller glasögon används inte eller är trasiga.

Kognitiv svikt

- Demenssjuka kommer inte ihåg att de ska ligga kvar i sängen efter till exempel höftoperation.

Miljö

- Dålig, svag och bländande belysning.
- Dålig kontrast mellan mörkt och ljust och tvärt om, eller i färgsättning
- Stolar saknar karmar och patienten sätter sig fel.
- Hala golv på grund av spill eller i samband med golvvtorkning, boning eller att golven torkas över hela golvytan istället för längs med ena halvan av korridoren.
- Föremål står i vägen i korridorer, till exempel rullstolar.
- Hjulen på sängen, rullstolen eller sängbordet är inte låsta eller hjullåsen är trasiga.

- Mörka mönster eller fläckar på golvet kan uppfattas av till exempel demenssjuka som hål och påverkar deras gång.

Toalettbesök och personlig hygien

- Långt till toaletten eller patienten hinner inte vänta på hjälp.
- Antihalksockor och höftskyddsbyxor används inte vid toalettbesök nattetid.
- Duschraderier klarar inte av patientens kroppstyngd om de tar tag i det.
- Patienten halkar till i duschen, avsaknad av halkmatta och stödhandtag på väggen.

Rörlighet och mobilisering

- Patienten går iväg med droppställning och ramlar till exempel över hjulen.
- TV-apparater på hjul, droppställningar, bordsben osv. skjuter ut med risk för att snubbla
- Hjälpmedel sätts inte in, används inte, används inte rätt, är trasiga eller inte anpassade till patienten.

Begränsnings-/frihetsinskränkande åtgärder

- Patienten försöker ta sig loss i samband med begränsningsåtgärder.
- Patienten klättrar över sänggrindar.

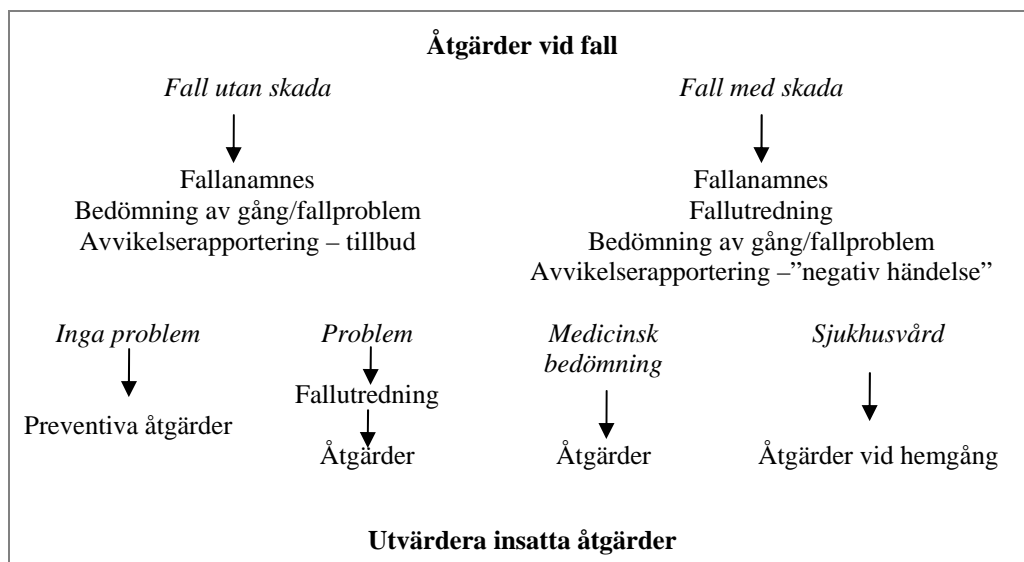
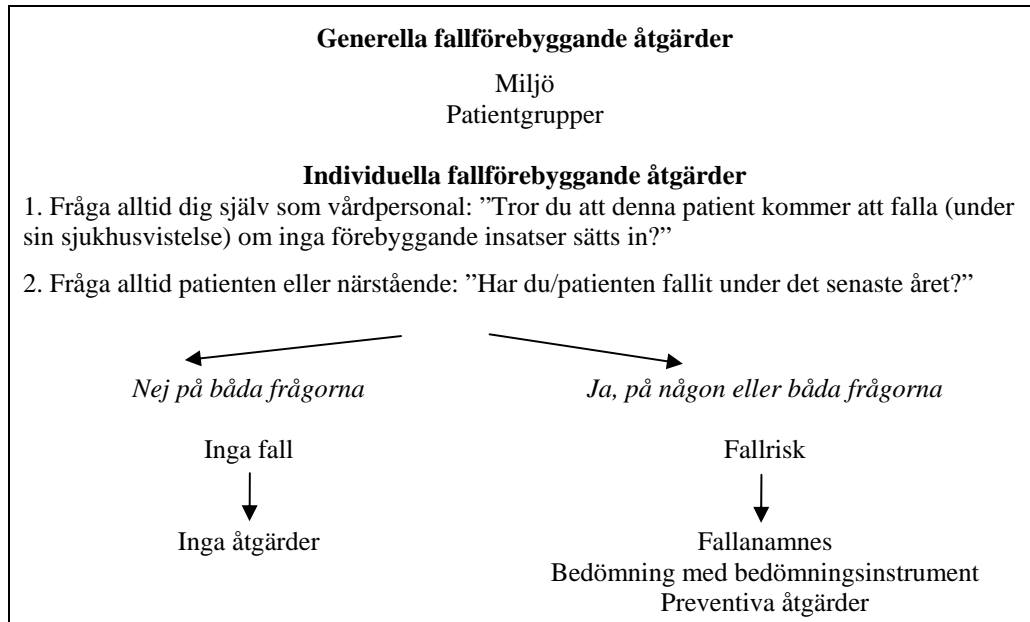
Övrigt

- Bristande information till patient och närstående
- Stressad personal kan vara en riskfaktor för fall. Ge patienten den tid som behövs. (5)

Åtgärder

Flödesschema för åtgärder

Som vårdpersonal bör man alltid ställa sig frågan ”finns risk för fall?” och vid redan uppkomna fall ”vad orsakade fallet?” Fall skall alltid betraktas som ett symptom på en förändring hos patienten till dess motsatsen är bevisad.



Åtgärder enligt Sveriges Kommuner och Landstings åtgärds paket (7)

Fallriskbedömning

Bedömning ska göras av alla patienter som är 65 år eller äldre och andra vuxna som har neurologiska eller kognitiva sjukdomstillstånd. Detta ska göras inom ett dygn efter inskrivningen genom att följande frågor ställs.

- Fråga alltid dig själv som vårdpersonal: Tror du att denna patient kommer att falla (under sin sjukhusvistelse) om inga förebyggande insatser sätts in?"
- Fråga alltid patienten eller närstående: Har du/patienten fallit under det senaste året?

Riskidentifiering, planering och genomförande av fallförebyggande åtgärder

- Identifiera aktuella fallriskfaktorer
- Bedöm åtgärder som behöver vidtas för att minska risken för att falla på alla patienter som bedömts ha förhöjd fallrisk.
- Planera och genomför de fall- och skadepreventiva åtgärderna
- Upprepa bedömning av fallrisk så snart patientens status eller faktorer i omgivningen förändras.

Uppföljning av fall under vårdtiden

- Registrera och analysera orsaker till fall som sker under vårdtiden.
- Informera patient och närstående om fallrisk, fallriskfaktorer och fallförebyggande åtgärder.

Information och eventuell överrapportering

- Informera patient och närstående om fallrisk, fallriskfaktorer och fallförebyggande åtgärder
- Informera eventuella övriga vårdgivare om detsamma.

Åtgärder enligt Regionalt Vårdprogram Fallprevention SLL

I Regionalt Vårdprogram Fallprevention SLL (5) finns specifika fallförebyggande riktlinjer för slutenvård, geriatrik, akutmottagning och mottagning med förslag åtgärder. Där beskrivs också roller och ansvar inom teamet. *Varje vårdenhet väljer den riktlinje som bäst passar verksamheten. Riktlinjerna bygger på SKL:s obligatoriska åtgärder och ska tillämpas i första hand eftersom de är anpassade till olika verksamheter och ingår i sjukhusets avtal.*

Riktlinjer för fallprevention

Den samlade forskningen visar på att multifaktoriella åtgärder som utgår från patientens behov bör sättas in. Varje verksamhet bör utifrån generella riktlinjer anpassa åtgärderna till egna patientgrupper och vårdformer. Vilka åtgärder som ska genomföras, vilka som ska vara generella och vilka som ska vara individuella för den enskilde patienten måste diskuteras. Enkla lösningar kan betyda stora förbättringar till exempel märkning av rollator, förhöjd säng, att erbjuda någon armen, stadiga skor, nattlampa, kvällsmål för att förbättra nattsömnen och minska muskelsvaghet.

Varje riktlinje innehåller följande rubriker:

<ul style="list-style-type: none"> • Fallriskbedömning • Läkemedel • Vid kognitiv svikt • Nutrition • Vårdmiljö • Rörlighet och mobilisering 	<ul style="list-style-type: none"> • Gånghjälpmedel • Toalettbesök och personlig hygien • Sängläge • Dokumentation • Information och rapportering mellan vårdgivare • Utbildning och patientinformation
--	---

Downton Fall Risk Index – Förstahandsval som bedömningsinstrument

För att identifiera riskpatienter innan ett fall inträffar bör ett bedömningsinstrument användas.

- Bedömning med instrument ökar personalens medvetenhet inom vilka områden risk föreligger (synnedsättning, gångsvårigheter, läkemedel osv.).
- Samtalet är ett bra tillfälle att involvera patienten att själv ta ansvar och bedöma risker.
- Det är viktigt att inte bara fokusera på totalsumman. Poängen inom de olika delområdena ger viktig information om riskområden där åtgärder ska sättas in (13).

I det nationella kvalitetsregistret Senior Alert ingår bedömningsinstrument Downton Fall Risk Index vilket gör att detta förordas som förstahandsval.

Referenser

1. Rosendahl E, Lundin-Olsson L, Åberg AC. Förebygga fall och dess konsekvenser inom slutenvård. 2008. SKL.
2. Räddningsverket. Fallolyckor bland äldre – samhällets direkta kostnader. Karlstad; 2003. Rapport No.: 199-1047/03.
3. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. Report No.: 2005-111-2.
4. <http://www.socialstyrelsen.se>.
5. Regionalt vårdprogram Fallprevention 2008. Stockholms läns landsting. Medicinskt programarbete.
6. Handbok för hälso- och sjukvård. www.vardhandboken.se.
7. Förebygg fall och fallskador i samband med vård. SKL. Sveriges Kommuner och Landsting. www.skl.se/patientsakerhet.
8. Hökby, A & Sadigh, S. Säkra Seniorer – En metodbok för att förebygga fallskador hos äldre, 2002. Centrum för skadeprevention. Stockholms läns landsting.
9. Sörmlands landsting och kommuner. I alla fall. Gemensamt program för fallprevention i Sörmland. 2007. Närvård i Sörmland, Kommuner–Landsting i samverkan.
10. Gustafson Y, Nyberg L, Ramnemark A. Skador bland äldre, förekomst, orsaker, prevention. Socialmedicinsk tidskrift 1994, 71:e årg.
11. <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet>.
12. Svensk sjuksköterskeförening. Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad 2007. Stockholm: Gothia förlag.
13. Downton, J.H. Falls in the elderly. 1993, London: Edward Arnolds.