

Fallolyckor bland äldre personer i Jämtlands län

Analys av orsakssamband

Ingegerd Skoglind-Öhman
Suzanne Göransson
Anna Kerstin Lejonklou

FALLOLYCKOR I JÄMTLANDS LÄN

©FOU JÄMT, ÖSTERSUND 2018

ISSN:1651-7253

FÖRFATTARE: SKOGLIND-ÖHMAN, GÖRANSSON,
LEJONKLOU

Sammanfattning

Sociala vård- och omsorgsgruppen (SVOM) beslutade 2016-10-14 uppdra till Fredagsgruppen att se över möjligheter till region-/och länsövergripande arbete för en bred analys avseende fallolyckor i Jämtlands län. Detta för att finna orsakssamband och möjliga förklaringar till att fallskador som leder till sjukhusvård är högt i länet jämfört med andra län i landet. Målgruppen var personer 65 år och äldre. En del i arbetet var att identifiera framgångsfaktorer och effektiva åtgärder i det gemensamma fallpreventiva arbetet.

Deskriptiv metod användes vid analysarbetet. Datainsamling gjordes genom kvantitativa och kvalitativa metoder. Data har insamlats via statistik från regionens hälso- och sjukvård och nationella datakällor, samt via webbenkät, intervjuer och dialogmöten.

Resultaten pekar på att fallpreventivt arbete berör såväl makro-, meso- som mikronivå. Fallförebyggande arbete har pågått i Jämtlands län under ett antal år, inom såväl kommunernas respektive regionens verksamheter. Samverkansprojekt har pågått till exempel under den nationella satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre” som pågick under åren 2010–2014. Direkta orsakssamband till fallolyckorna i Jämtlands län kunde ej påvisas i denna avgränsade studie. De fynd som gjordes står i överensstämmelse med nationell statistik. Journalgranskning vid Östersunds sjukhus avseende höftledsfrakturer bland personer 65 år och äldre under månaderna januari, april, juli och oktober 2016 visar bland annat att 49 av de 109 personer som var aktuella bodde ensamma i ordinärt boende. Flertalet fall hade skett inomhus (83 %) och största andelen var kvinnor (70 %).

Möten med personal inom kommuner och pensionärsorganisationer visar på lokala goda exempel på fallpreventivt arbete, men samarbetet mellan huvudmännen behöver utvecklas och förbättras. Även samverkan med ideella organisationer och olika samhällsliga aktörer är ett viktigt utvecklingsområde. Tvärprofessionellt och systematiskt arbete samt samarbete mellan huvudmännen är framgångsfaktorer i fallpreventivt arbete.

Det länsövergripande arbetet genomfördes av forskningsledare Ingegerd Skoglund-Öhman och forskningsassistent Suzanne Göransson vid FoU Jämt samt vårdstrateg Anna Kerstin Lejonklou vid Region Jämtland Härjedalen.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Innehållsförteckning	4
Förteckning över figurer i rapporten	6
Förteckning över tabeller i rapporten	6
Inledning	7
Gemensamt analysarbete region/kommuner	7
Bakgrund	8
Litteratur- och evidenssökning	8
Systematisk översikt av fallpreventivt arbete	9
Fallpreventivt arbete internationellt	12
Fallpreventivt arbete i Norden.....	13
Fallpreventivt arbete i Sverige	14
Fallpreventivt arbete i Jämtlands län	15
Systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete	16
Faktorer med orsakssamband till fall- och fallrisk	17
Konsekvenser av falloolyckor i Jämtlands län.....	19
Demografi Jämtlands län.....	20
Metod	25
Resultat	27
Resultat från regionens hälso- och sjukvård.....	27
Statistiska data över höftledsfrakturer 2016.....	27
Resultat från kommunerna i Jämtlands län.....	29
Enkätresultat; enhetschefers syn på möjliga fallorsaker samt åtgärder för att utveckla fallpreventivt arbete	29
Kommunernas fallpreventiva åtgärder; resultat från dialoggrupper.....	30
Möten med pensionsorganisationer.....	32
Goda exempel i Sverige	32
Dialog med Region Jämtland Härjedalens jämställdhetsstrateg	34

Diskussion	35
Resultatdiskussion	35
Metoddiskussion	39
Avslutande reflektioner	40
<i>Rekommendationer</i>	40
Referenslista.....	42
Elektroniska referenser.....	46

Förteckning över figurer i rapporten

- Figur 1** Befolknings-spridning i Jämtlands län, SCB 2015
Figur 2 Ansvar för fallprevention, olika ansvarsnivåer

Förteckning över tabeller i rapporten

- Tabell 1** Antal personer 80 år och äldre per 1000 invånare som under 2013–2015 i Jämtlands län som vårdades i slutenvård till följd av fallskada.
Tabell 2 De fyra norrlänens medelvärden av fallskador per 1000 äldre som vårdades i slutenvård till följd av fallskada.
Tabell 3 Folkmängd, antal och andel personer 65 år och äldre i Jämtlands län
Tabell 4 Antal personer 65 – 99 år boende i småort, tätort och utanför dito
Tabell 5 Andel personer 65 – 99 år boende i småort, tätort och utanför dito
Tabell 6 Antal personer 65 – 99 år fördelat per hustyp
Tabell 7 Andel av totalen personer 65 – 99 år i hustyp
Tabell 8 Befolkning efter kommun, ålder fördelat i/utanför småort respektive tätort
Tabell 9 Antal höftledsfrakturer per åldersgrupp, kvinnor och män
Tabell 10 Antal höftledsfrakturer per månad fördelat kvinnor och män
Tabell 11 Antal höftledsfrakturer hos personer 65 år och äldre per månad och per kommun
Tabell 12 Antal höftledsfrakturer per månad på grund av fall inom-/utomhus
Tabell 13 Boendeform respektive eventuellt beslut om hemtjänst

Inledning

Gemensamt analysarbete region/kommuner

Sociala vård- och omsorgsgruppen (SVOM)¹ beslutade 2016-10-14 uppdra till den så kallade Fredagsgruppen som är SVOM:s beredande organ, att undersöka möjligheter till region-/och länsövergripande arbete för att göra en bred analys avseende fallolyckor i Jämtlands län. Detta för att finna orsakssamband och möjliga förklaringar till det faktum att Jämtlands län innehar toppplacering i andelen fallolyckor jämfört med andra län i landet. Trots ett flertal satsningar inom kommunerna i länet och hälso- och sjukvården inom Region Jämtland Härjedalen är antalet fallhändelser som leder till sjukhusvård högt i länet. Fredagsgruppen gav FoU Jämt och vårdstrateg vid Region Jämtland Härjedalen uppdraget att påbörja analysarbetet under 2017.

Arbetet genomfördes av forskningsledare Ingegerd Skoglund-Öhman och forskningsassistent Suzanne Göransson vid FoU Jämt samt regionens vårdstrateg Anna Kerstin Lejonklou. Delrapporter presenterades vid SVOM:s sammanträden 1 december 2017 respektive 9 februari 2018.

Uppdragets syfte

Arbetet syftar till att göra en bred analys av fallolyckor hos personer 65 år och äldre i Jämtlands län. *En* del i arbetet är att identifiera framgångsfaktorer i kommunernas åtgärder för att förebygga fallolyckor hos äldre, samt att finna effektiva åtgärder i det gemensamma fallpreventiva arbetet.

¹ Sociala vård- och omsorgsgruppen (SVOM) är en politiker- och tjänstemannaarena bestående av representanter från Region Jämtland Härjedalen och kommunerna.

Bakgrund

Litteratur- och evidenssökning

Med *fallolycka* avses en händelse som leder till att en person oavsiktligt hamnar på marken eller golvet (SBU 2014, Socialstyrelsen 2017). Äldre personer är skörare än yngre personer och drabbas därför hårdare vid fall. Fallolyckor är ett ökande folkhälsoproblem och medför såväl personliga lidanden som kostnader för samhället (Hopewell et al, 2016; elektronisk referens Kunskapsguiden, 2017).

Begreppet *riskfaktor för fall* har bred betydelse inkluderande det som karakteriserar såväl individerna som deras miljö. Begreppet innefattar många olika typer av riskfaktorer, exempelvis motoriska, sensoriska och kognitiva faktorer, sjukdomar, läkemedel och omgivningsfaktorer (SBU, 2014). En tidigare fallhändelse är en stark riskfaktor, vilken bör uppmärksamma den äldre personen, anhöriga samt omvårdnads- och/eller hälso-och sjukvårdspersonal på risken för framtida fall. Risken för fallhändelser ökar med antalet riskfaktorer (Tinetti & Kumar, 2010; Lundin Olsson, 2012; Hopewell, 2016).

Fallolyckor är ett växande samhällsproblem. Årligen faller ungefär 30 % av Sveriges äldre befolkning². I jämförelse med trafikolyckor hamnar fem gånger fler på sjukhus och fyra gånger fler dör efter fallolyckor än efter trafikolyckor. Ungefär 10 % av fallolyckorna resulterar enligt svensk statistik i allvarlig skada och 1–2 % resulterar i höftfraktur (Elektronisk referens Kunskapsguiden, 2017).

Den diagnosgrupp som i Sverige leder till flest vårddagar är lårbensfraktur, som utgör nästan 40 % av samtliga vårddagar. 115 000 personer i åldern 65 år och äldre uppskattas uppsöka en akutmottagning efter att ha skadats. 65 000 av dem skadas i bostaden, varav 25 000 män och 40 000 kvinnor. 15 000 skadas på sjukhus och särskilda boenden, varav 5 000 män och 10 000 kvinnor. Ungefär 15 000 personer (6 000 män och 9 000 kvinnor) skadas årligen på trottoarer, gångbanor, vägar, gator, cykelvägar så att de behöver uppsöka akutsjukvård (MSB 2014a).

Statistik visar att de flesta faller i sitt eget hem. Fallolyckorna sker oftast i sovrummet eller i badrummet. Åldersgruppen 65–74 år skadar sig oftast i och kring bostaden, följt av transportområden det vill säga trottoarer, gångbanor, vägar, gator, cykelvägar etcetera. I åldrarna 75–84 år dominerar skador i den ordinarie bostaden

² Med äldre personer avses personer från 65 år och uppåt.

och i transportområden, men i nämnda grupp tillkommer sjukhus, särskilda boendeformer och servicehus som den plats där nästan lika många skadas som i transportområdena. (MSB 2014a, MSB 2014b).

Socialstyrelsen beskriver i lägesrapport om vård- och omsorg om äldre 2017 att cirka 70 000 personer årligen vårdas på sjukhus efter att ha fallit. Cirka 70 % av fallskadorna i slutenvården gäller personer 65 år och äldre. Fallolyckor är en av olyckstyperna som leder till flest dödsfall i Sverige. Rädslan för att falla kan öka risken för stillasittande, social isolering och i förlängningen leda till försämrad livskvalitet. Att förebygga fallhändelser kan förbättra levnadsvillkor för äldre personer och deras anhöriga. Ett antal faktorer bidrar till ökad fallrisk, men några av de mest avgörande är nedsatt gång- och balansförmåga (Socialstyrelsen, 2017a).

De direkta kostnaderna för äldres fallolyckor bedöms uppgå till cirka 12,6 miljarder kronor årligen, varav den största kostnadsposten är vård i hemmet. Med direkta kostnader avses medicinska- och rehabiliteringskostnader, materiella, administrativa och övriga kostnader (Gyllensvärd, 2009; MSB, 2010; SOU 2017:21).

Olycksprevention behöver ske utifrån en faktabaserad problembild. 2012 investerade samhället 43,7 miljarder kronor i att förebygga trafikolyckor medan motsvarande siffra för fallolyckor var 3,4 miljarder. Detta måste ses i relation till de 24,6 miljarder som fallolyckorna kostade samma år³ menar Jan Schyllander från MSB i en intervju i Svensk Geriatrik. Fem gånger fler dör och sju gånger fler måste läggas in på sjukhus i olyckor relaterade till fall jämfört med olyckor i trafiken (Forslin, 2014).

Tre specialister med lång erfarenhet i geriatrik och ortopedi påtalar i en debattartikel i Dagens medicin att det är värt att lägga resurser på att minska fallskador hos äldre. De menar att myndigheterna gör väldigt lite för att förebygga fallskador hos äldre, trots att de medför funktionsnedsättning och stort lidande. Att inriktning görs på helheten och inte enbart enskilda delmål betonas. En viktig del är att registrera upprepade fall för att därefter göra multiprofessionella bedömningar som ligger till grund för förebyggande åtgärder (Bergström, Bucht & Svensson, 2018).

Systematisk översikt av fallpreventivt arbete

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har sammanfattat en systematisk översikt från Cochrane Collaboration, som utvärderat betydelsen av olika typer av insatser för att förhindra fall hos personer äldre än 60 år och boende i

³ Kostnaden avser samtliga åldrar, ej att förväxla med kostnader för äldres fallolyckor som nämns i föregående stycke.

ordinärt boende eller i seniorboende⁴. I översikten ingår 159 randomiserade kontrollerade studier med 79 193 deltagare varav 70 % är kvinnor, i 21 olika länder (Gillespie et al, 2012). De flesta studier har utvärderat fysisk träning i grupp och multifaktoriella åtgärder. Jämförelsegrupperna i studierna får oftast ingen insats alls, eller en insats som inte antas förebygga fall.

Cochrane-rapporten visar att olika typer av interventioner förebygger fall hos äldre. Personer med demenssjukdom har exkluderats från många av studierna, varför det är oklart om interventionerna har effekt på denna grupp. Rapporten visar på stark evidens för att fysisk träning syftande till att förbättra balans- och gångförmåga samt muskelstyrka, rörlighet eller uthållighet, minskar fallfrekvensen. Träning minskar även risk för frakturer. Förändring av hemmiljön har effekt, särskilt när en person har nedsatt rörelseförmåga och när interventionen utförs av arbetsterapeut. Översikten påvisar även att multifaktoriella åtgärder⁵ minskar fallfrekvensen, samt att risken för fall minskar vid användning av broddar under skorna vid ishalka (SBU, 2014, Gillespie et al, 2012). Generellt är gruppbaserad motion effektiv, både för äldre med förhöjd fallrisk och för dem som inte har det. Gruppbaserad Tai Chi minskar risken för fall, men verkar mindre effektivt för dem med hög fallrisk (Socialstyrelsen, 2013).

SBU (2014) pekar på att tillgången till fallförebyggande träning är låg i Sverige, och att sådan träning skulle kunna utvecklas ytterligare såväl inom hälso- och sjukvård som inom andra organisationer (till exempel pensionärsorganisationer, gymnastik- och idrottsföreningar). Fysisk träning i form av balans- och styrketräning för nedre extremiteterna samt muskelstyrka, rörlighet och uthållighet minskar fallfrekvensen (SBU, 2014). Tai Chi har visat sig förbättra balansförmåga och förmåga att hantera rädsla för att falla (Li et al, 2005; Lundin Olsson, 2012). Rädsla för att falla och upprepade fallhändelser har ett samband. Såväl rädsla för att falla och avsaknad av sådan rädsla utgör riskfaktor för upprepade fall (Lundin Olsson, 2012).

Otago är ett hembaserat, individuellt anpassat balans- och styrketräningsprogram. Studier har visat att Otago-övningar kan minska fall och fallskador hos äldre personer som bor i eget boende. En meta-analys⁶ visar att effekten av Otagoprogram gav en minskning med 35 % av antalet fall och en minskning på 35 % av fallrelaterade skador. Effekten var större för de som var äldre än 80 år jämfört

⁴ Med seniorboende avses här ett seniorboende för äldre personer men vars fokus primärt inte inkluderar vård eller rehabilitering.

⁵ Med multifaktoriella åtgärder avses en individanpassad sammansättning av olika åtgärder beroende på individuella riskfaktorer. Åtgärderna kan utgöras av en eller flera olika interventioner.

⁶ I en meta-analys görs en samlad bedömning av ett antal studier med hjälp av statistisk analys

med 65–79 år, särskilt avseende förebyggande av fallskador (Gillespie et al, 2001; OTAGO Sverige, 2015).

En prototyp till en träningsapplikation för mobiltelefon har utvecklats vid ett samarbetsprojekt mellan Luleå tekniska universitet och Umeå universitet. Arbetet har gjorts i nära samarbete mellan forskare med kompetenser från fysioterapi, informatik och datavetenskap, e-hälsa, teknik och genus, samt 18 medborgare i åldersgruppen 70–80 år. Applikationen innehåller träningsprogram med övningar för egen träning, enskilt eller i grupp. Forskning pågår i praktisk tillämpning av applikationen, varför den inte finns tillgänglig på marknaden förrän studierna är klara (elektronisk referens Luleå tekniska universitet; samt Sandlund et al, 2014).

Förebyggande hembesök

Resultat från en stor studie “Äldre personer i riskzon” som genomfördes i Göteborg 2007–2011 visar att de personer som får ett förebyggande hembesök eller deltar i seniorträffar upplever förbättrad hälsa och behöver mindre hjälp i vardagen. Totalt 459 personer äldre än 80 år deltog i en randomiserad kontrollerad studie och var indelade i tre grupper. Den första gruppen fick ett cirka 1 ½ timmes förebyggande hembesök av utbildad personal från ”det multiprofessionella teamet”. Vid besöket användes en checklista innehållande bland annat information om samhällets utbud och service för äldre personer, kontroll av säkerheten avseende till exempel fallrisk samt information om möjlighet till hjälpmedel och/eller anpassning av bostaden. Den andra gruppen deltog i en studiecirkel innefattande fyra seniorträffar om cirka 1 ½ timme och fick dessutom ett uppföljande hembesök. Seniorträffarna leddes av multiprofessionella teamet, där arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska respektive socionom ansvarade för en seniorträff vardera. Tredje gruppen; kontrollgruppen, erhöll inte några åtgärder utöver dem som personen på eget initiativ hade sökt upp. De som fick förebyggande hembesök eller deltog i seniorträffar skattade sin hälsa högre än kontrollgruppen efter tre månader. Vid en uppföljning två år senare var de mindre beroende av vardagshjälp än de som ingått i kontrollgruppen. De som fick förebyggande hembesök men inte deltog i seniorträffar var mindre beroende av hjälp i vardagsaktiviteter än kontrollgruppen upp till ett år efter deltagandet (Gustafsson, 2012). Ovan beskrivna Göteborgsstudier visar att det är möjligt att hos personer 80 år och äldre fördröja hälsoförsämring i upp till två år efter interventionen (SOU 2017:21). Flera stadsdelar i Göteborg har efter studiernas avslut implementerat alternativen förbyggande hembesök respektive seniorträffar i sin ordinarie verksamhet.

Förebyggande hembesök har av de äldre beskrivits som ett stöd i vardagen, dels för informationen om säkerhetstänkande avseende exempelvis fallprevention,

information om praktiskt stöd (så kallad fixartjänst⁷) för att hänga upp gardiner, byta glödlampor, skotta snö, sanda eller salta vintertid etcetera. Dessutom har hembesöken ökat medvetenheten om att personen själv kan påverka framtida hälsa genom praktiska råd om hur fysisk funktion och förmågor kan stärkas och behållas (Behm, Dahlin Ivanoff & Zidén, 2013).

Danska studier fastslår att äldre personer bör ges hälsoinformation via förebyggande hembesök vilket kan stärka deras möjligheter att använda sina egna resurser för att vidta åtgärder i den egna tillvaron (Vass et al, 2007). Att hembesöken ger resultat kan förklaras av att den enskilde tas på allvar och görs delaktig i beslut, att det finns en trygghet i att känna till ”systemet” och att möjligheten att handla ändamålsenligt utvecklas (Hendriksen & Vass, 2004). Den äldre personen ska ses i en social och psykosocial kontext som inkluderar familj, vänner och omgivning (Vass et al, 2005).

Kompetens och multidisciplinär approach konstateras vara viktiga faktorer för att uppnå positivt resultat av förebyggande hembesök. Av vikt är även att besökens utförande ska planeras gemensamt och att hembesöken görs av arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska eller socialarbetare. Nämda approach anses väsentlig inom förebyggande hälsofrämjande arbete (Yamada et al, 2011; Vass et al, 2007).

Storbritannien har sedan 1990 en nationell policy om att erbjuda förebyggande hembesök hos äldre personer (Sherman et al, 2007) och i Danmark är kommunerna sedan två decennier skyldiga att genomföra förebyggande hembesök hos personer äldre än 75 år. Motion om att regeringen i Sverige bör se över olika möjligheter att stödja kommunerna i deras arbete med förebyggande hembesök för personer äldre än 75 år är inlämnad av en riksdagsperson (Sveriges riksdag, 2017). I motionen anges inget om landstingens-, eller regionernas arbete, inte heller angående eventuell samverkan mellan huvudmännen.

Fallpreventivt arbete internationellt

Att minska äldre personers skadehändelser är en stor utmaning och ett viktigt säkerhetsarbete och följaktligen en internationellt viktig fråga. Arbete med hälsofrämjande processer där systematiskt säkerhetsarbete är en del i detta. Det finns ett samhällsansvar att skapa system och strukturer för att minska de äldres skador. De äldre kan ha behov stöd för att medvetandegöras om sitt eget ansvar, och de mest utsatta som inte själv kan vidta olycksförebyggande åtgärder ska ges stöd till detta från samhället.

⁷ Fixartjänst är en tjänst som innebär praktisk hjälp i hemmet som inte är biståndsbedömd och som riktar sig till vissa målgrupper för att bland annat förebygga fall och skador (SOU 2017:21).

WHO:s ”Safe communities” (2009) beskriver en modell för olyckspreventiv inriktning på samhällig nivå, där hälsofrämjande perspektiv och stödande omgivningar poängteras. En strategi- och handlingsplan för hälsofrämjande åldrande i Europa 2012–2020 (WHO, 2012) fokuserar på interventioner och områden som beskrivs i Hälsa 2020 (europeisk policy för hälsa och välbefinnande). Att främja fysisk aktivitet och förebygga fall återfinns bland de prioriterade interventionsområdena i strategi- och handlingsplanen.

Som ett exempel på ett land med nationell strategi för fallpreventivt arbete är Skottland. Förhållningssättet inom effektiv fallprevention bygger på antagandet att insatserna bidrar till att stödja människor att arbeta för att stärka sin egen hälsa och välmående, samt att leva ett gott långt liv. Insatserna ska dessutom stärka möjligheterna att leva självständigt i eget boende, samt bibehålla och/ eller förbättra livskvaliteten. En nationell handlingsplan är vägledande i arbetet (elektronisk referens Scottish Government, 2016).

Fallpreventivt arbete i Norden

En nationell satsning på fallpreventivt arbete genomfördes i Norge i början av 2000-talet. Detta på grund av att Norge hade bland den högsta höftfrakturefrekvensen i världen under 1990-talet. En nationell äldresäkerhetsplan 2002 – 2006 togs fram. Arbetet enligt framtagen plan fortsatte till 2009. Målet med satsningen var att minska andelen fallolyckor med 10 % genom insatser såsom; information, undervisning, fysisk träning, fallregistrering och förebyggande hembesök. 16 norska kommuner deltog i ett särskilt projekt i den så kallade ”Trygg Eldre”-satsningen. Kommunerna representerade Norges befolkning väl avseende både urbana områden och landsbygdsområden. Målsättningen att reducera höftfraktursincidensen med 10 % i ”Trygg Eldre-kommunerna” uppnåddes bland kvinnorna med en minskning på 12,5 %, medan detta inte var fallet i övriga Norge. Studier indikerar att lokala preventiva åtgärder kan ha en höftfrakturens minskande betydelse. Studier visar även att risken för höftfrakturer är större i urbana områden jämfört med landsbygden samt att höftfraktursincidensen är högre bland kvinnor än bland män samt högre i de äldre åldersgrupperna, vilket stöds av tidigare forskning (Nilson et al, 2012).

I den norska rapporten ”Fallforebygging i kommunen” skiljer man på inre och yttre riskfaktorer. Med inre riskfaktorer avses i rapporten ålder, kön, sjukdom/-tillstånd, bruk av läkemedel, alkoholbruk, undernäring och aktivitetsnivå. Yttre faktorer inkluderar faktorer i hem- och utemiljö. Riskfaktorer för en fallskada i form av höftfraktur konstateras vara; lågt BMI, nedsatt fysisk kapacitet, dålig allmänhälsa samt åldersrelaterade sjukdomar och tillstånd (Helsedirektoratet, 2013).

Danmark är ett exempel på nation som år 1996 har lagstiftat om att personer äldre än 75 år ska ha rätt till två förebyggande hembesök per år. Besökaren ska vara medicinskt eller socialt utbildad. Syftet med hembesöken är att förebygga ohälsa och

vårdbehov (MSB, 2013; SOU 2017). I Danmark poängteras fallförebyggande insatser för att komma tillrätta med fallolyckor- och skador. Där tillämpas en så kallad ”Faldpakke”, som inriktas på strategin att rikta insatser till den grupp som upplevt fallhändelser (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2015; elektronisk referens ”I sikre hænder”, 2016). Uppbyggnaden av ”Pakken” är inspirerad av bland annat danska Sundhedsstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt nationella norska förbättringsarbetet enligt patientsäkerhetsprogrammet ”I Trygge Hender” 2014–2018.

I Finland betonas att fallprevention i äldre omvårdnads- och vardagsmiljöer kräver gemensamma insatser och vilja av beslutsfattare, vårdgivare och övriga involverade. Det finska programmet för förebyggande av fallolyckor, benämnt ”IKINÄ”, syftar bland annat till att öka medvetenheten och kunskapen om fallolyckor och fallpreventivt arbete, stödja och öka spridningen av evidensgrundade förebyggande åtgärder och implementation av hållbara förebyggande åtgärder. I den fallriskbedömning som görs ingår bland annat en kort screening av en äldres alkoholanvändning (Terveyden ja hyvinvoinnen laitos THL, 2017).

Fallpreventivt arbete i Sverige

Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) syftar till att göra hälso- och sjukvården säkrare. I lagen anges att vårdgivaren har ett ansvar att bedriva ett systematiskt förebyggande arbete för att förhindra vårdskador. Vårdgivaren ska årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse där det ska framgå hur patientsäkerheten har utövats under föregående kalenderår. Det ska även framgå vilka åtgärder som har genomförts, vilka resultat som har uppnåtts samt vilka utvecklingsbehov som finns. Vårdgivaren ska enligt SOSFS 2011:9 ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” planera, leda, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Detta möjliggör och underlättar för bland annat Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att utföra tillsyn av verksamheten.

Nationella riktlinjer för fallprevention saknas i Sverige. Fallprevention ingår som del av ”Rekommendationer vid osteoporos” i Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012 (Elektronisk referens Socialstyrelsen, 2012). I ”Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 - stöd för styrning och ledning” ingår fallprevention som egen rubrik och där finns bland annat åtgärdslista och rekommendationer (elektronisk referens Socialstyrelsen, 2010). I remissversion från 2016 återfinns dock inte fallprevention som egen rubrik (elektronisk referens Socialstyrelsen, 2016).

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att ta fram och utföra en informations- och utbildningssatsning för att förebygga fallolyckor. Uppdraget består dels av en informationssatsning riktad till äldre om hur de själva kan förebygga fallolyckor, dels aktiviteter som anordnas regionalt och lokalt. Nationell kampanjvecka har tidigare

anordnats under vecka 40 av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). Under 2017 genomfördes kampanjen under temat ”mat, motion och medicin” då Socialstyrelsen tog fram material i form av en ”kampanjkatalog” som innehåller olika delar. Informationsmaterialet ”Balansera mera” finns utgivet på lättläst svenska, punktskrift samt ett tjugotal skilda språk. Samarbetspartners i aktiviteterna är äldreomsorgen i kommunerna, anhörigcentrum eller kommunernas motsvarande och andra kommunala verksamheter såsom bibliotek, räddningstjänst, fritidsförvaltning, vård och omsorg, folkhälsan, kulturansvariga med flera. Även landstinget, pensionärsföreningar, patientföreningar, civilförsvarsföreningar, invandrarföreningar och studieförbund deltar i samarbetet.

I uppdraget från regeringen ingick att Socialstyrelsen ska ta fram en webbaserad utbildning om fallprevention för verksamheter inom hälso- och sjukvård och inom social omsorg. Webbutbildning är framtagen och tillgänglig på Kunskapsguiden, se länken <http://www.kunskapsguiden.se/utbildning/Ett-fall-for-teamet-en-utbildning-om-att-forebygga-fallolyckor/Sidor/Default.aspx> (Socialstyrelsen, 2017).

Fallpreventivt arbete i Jämtlands län

Fallpreventivt arbete bedrivs sedan ett antal år i Jämtlands läns kommuner och inom regionens hälso- och sjukvård. Program för träning vid fallrisk används för att bland annat förbättra balans och benstyrka. Informationsmaterial med tips och råd för att förebygga fallolyckor delas ut i kontakter med de äldre hos vård- och omsorgsgivarna och på olika mötesplatser i samhället. Ett särskilt informationshäfte ”Stå på dig – goda vanor för att inte ramla” är under första decenniet av 2000-talet framtaget av dåvarande Jämtlands län landsting och Östersunds kommun, se länken <http://regionjh.se/download/18.726f411d1383835530b71/1368729181713/Broschyr+Stå+på+dig.pdf>

Fysioterapeut Maria Niles Sundby vid Östersunds kommun är en av dem som aktivt har arbetat med att utveckla det fallpreventiva arbetet. Hon menar att det gemensamma för lyckade program har varit det faktum att flera yrkesgrupper är involverade i riskbedömning och i förebyggande arbete, det vill säga att en bred kompetens ökar möjligheten för att bättre ”möta upp” fallolyckornas mångfacetterade orsaksbakgrund (Niles Sundby, 2009; Niles Sundby, 2011).

I en del av kommunerna används egna informationsblad och checklistor för att identifiera fallrisker i hemmiljö och utemiljö i anslutning till bostaden. Dessa går i linje med nationellt evidensbaserat material. Fallpreventivt arbete bedrivs inom regionens hälso- och sjukvård. Informationskampanjer har skett till exempel i anslutning till nationell kampanjvecka avseende fallprevention. Gemensamt arbete har pågått mellan en del kommuner och primärvårdens hälsocentraler. Bräcke kommun är ett exempel på samarbete mellan primärvårdens fysioterapeuter och

kommunens fysio- och arbetsterapeuter som höll balansskolor i syfte att minska antalet fallskador i hemmet och inom omvårdnaden (Elektronisk referens Länstidningen, 2013). Under nationella satsningen kring ”Bättre liv för sjuka äldre” som pågick under åren 2010–2014 pågick också ett antal gemensamma förbättringsarbeten i länet.

Systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete

Förebyggande arbete handlar om ett systematiskt utvecklingsarbete där man planerar och vidtar förebyggande åtgärder, följer upp resultat och analyserar fakta, utvärderar resultat och vidtar förbättringsåtgärder (MSB, 2013). Fallprevention ingår i patientsäkerhetsarbetet och syftar till att förebygga fall (primärprevention) och att förhindra att nya fallolyckor sker (sekundärprevention). Det förebyggande arbetet är ett gemensamt ansvar inom omsorgen och de särskilda boendeformerna för äldre. Eftersom fallpreventivt arbete ingår i säkerhetsarbetet ska fallhändelser registreras som avvikelser på äldreboenden, och på sjukhus.

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som används i det preventiva arbetet. Via Senior Alert görs riskbedömningar, åtföljande åtgärder och uppföljningar inom områdena trycksår, undernäring, fall, munhälsa och blåsdysfunktion. Områdena hänger samman. Exempelvis: en person som har problem med munhälsan äter mindre – får därigenom i sig mindre näringsmängd vilket i sin tur medför ökad risk för skörhet och fall. Trycksår kan bli följderna om en person blir sängliggande på grund av skada (elektronisk referens Senior Alert).

Handlingsplaner och riktlinjer samt förebyggande träningsprogram finns utarbetade och antagna i många av landets kommuner. Dessa är ofta publicerade på kommunernas officiella hemsidor under flikar för Äldre, Vård och omsorg etcetera.

Inom en del kommuner har granskning av kommunens fallförebyggande arbete genomförts av externa utredare på uppdrag av kommunrevisorer. Ett exempel på sådan granskning genomfördes i Luleå kommun 2015 för att bedöma om kommunen bedriver ett ändamålsenligt förebyggande arbete mot fallolyckor. Sammanfattningsvis konstaterades att kommunens arbete bedrivs ändamålsenligt, men att fördjupad analys och mätning av fallpreventivt arbete är önskvärt. Rutiner och riktlinjer finns för fallförebyggande arbete inom kommunens äldreomsorg, ansvar och befogenheter är tydliga, uppföljningar görs av antalet fallolyckor- och orsaker, förebyggande åtgärder utförs i teamet kring den enskilde etcetera (elektronisk referens, Luleå kommun, 2015).

Vård- och omsorgsnämnden i Östersunds kommun följer sedan 2013 ett strategidokument för att möta framtida utmaningar. En handlingsplan för Hälsofrämjande arbetsplatser inom Vård- och omsorgsförvaltningen 2017–2018 är antagen. I planen ingår bland annat riktlinjer för förebyggande av fall och fallskada i

ordinärt boende, särskilt boende och korttidsvistelse samt LSS-bostad. Likaså program för träning vid fallrisk (elektronisk referens, Östersunds kommun, 2017). Det påbörjade hälsofrämjande arbetet pågår till och med 2018 varför effekter av handlingsplanen inte kan presenteras innan utvärdering är gjord.

Faktorer med orsakssamband till fall- och fallrisk

Risikfaktorer har kartlagts i vetenskapliga studier såväl nationellt som internationellt. I inledningen till bakgrundskapitlet omnämns faktorer i generella ordalag. Utöver exempelvis tidigare fall, nedsatt syn, kognitiva svårigheter, munhälsa, nedsatt gångförmåga, nedsatt balans och rörlighet samt blodtrycksfall ger vissa sjukdomstillstånd olika konsekvenser vilka kan medföra fallrisk. Dessutom har riskfaktorer som inte går att påverka identifierats, som till exempel kvinnligt kön och hög ålder (Tinetti & Kumar, 2010; Lundin Olsson, 2012; Ekvall Hansson, 2014; Hopewell, 2016).

Ett antal olika faktorer hänger alltså samman och bildar orsakssamband till fall- och fallrisk. I nedanstående beskrivs ett antal påverkbara faktorer och anknytning görs till utvalda relevanta studier och datakällor.

Nutrition

Med åldrandet följer en förlust av muskelmassa till följd av försämrad proteinomsättning. Tillväxten av muskelprotein stimuleras av proteinintag och av fysisk aktivitet, även i hög ålder (Tieland et al, 2012; Westergren, 2014). Malnutrition⁸ i kombination med låg fysisk aktivitet innebär minskad muskelmassa. Undernäring är bland annat relaterat till funktionell försämring, skörhet, nedsatt livskvalitet, ökat vård- och omsorgsbehov, ökade kostnader, sjuklighet och dödlighet (Westergren, 2014). Hos äldre som flyttar in till särskilt boende har förekomst av undernäring (enligt Mini Nutrition Assessment, MNA, visat sig vara 35 % (Wikby et al, 2006; Westergren, 2014). Malnutrition och fallrisk bör ses som ett folkhälsoproblem bland äldre personer.

Läkemedel

Förskrivningen av olämpliga läkemedel har minskat hos personer 75 år och äldre under åren 2005–2015. Andelen som har 10 eller fler läkemedel utskrivna ökar dock, efter att ha minskat 2011–2012. 10, 6 % av personer över 75 år har tio eller fler läkemedel. Det är viktigt att översyn av läkemedelsanvändning görs, inte minst avseende antidepressiva och smärtstillande opioider, som enskilt eller i kombination med varandra kan öka fallrisken. Förskrivning av denna typ av läkemedel ökar med ålder och är vanligare bland kvinnor än bland män (Socialstyrelsen, 2017a). Den mest omfattande förskrivningen påvisades hos kvinnor 85 år och äldre, och

⁸ Med malnutrition avses här ”felnäring” generellt och omfattar såväl undernäring, fetma som andra näringsbrister.

utgjordes av antidepressiva i kombination med sömnmedel, följt av antidepressiva i kombination med lugnande medel och opioider (Socialstyrelsen, 2016a).

Alkohol

Allt fler äldre får vård för diagnoser relaterade till alkoholmissbruk. Andelen kvinnor ökar mest; i den specialiserade öppenvården har exempelvis kvinnor 65–84 år som får vård för alkoholdiagnoser fördubblats mellan 2006 och 2015 (Socialstyrelsen, 2017a). Att alkoholkonsumtionen ökar bland äldre antas leda till ökade alkoholrelaterade problem eftersom biologiska förändringar kopplat till åldrande förefaller öka känsligheten för alkohol. Äldre tål alkohol sämre än yngre och äter dessutom ofta mediciner som inte bör kombineras med alkohol. Från 2004 till 2015 har andelen riskkonsumenter i åldersgruppen 65–84 år ökat bland både män och kvinnor. Bland männen från åtta till tio procent och bland kvinnorna från tre till sex procent. Skadligt bruk och missbruk av alkohol ökar mest bland äldre. Andelen kvinnor och män som fått vård med en diagnos som indikerar pågående alkoholmissbruk har ökat kontinuerligt de senaste tio åren (MSB, 2013). I en forskningsöversikt om alkohol och missbruk konstateras att forskning om äldre, åldrande och alkohol är begränsad, samt att behandlingsinsatser behöver utvecklas för att möta äldre med missbruksproblem. I Norden har forskning bedrivits främst i Finland där den allt större alkoholkonsumtionen bland äldre har uppmärksamats (Ahlström, 2008; elektronisk referens Accent, 2015).

Osteoporos

Osteoporos i sig är ingen riskfaktor för fall, men tillståndet ökar sannolikheten för allvarliga skador vid fall. Osteoporos är vanligare hos kvinnor än män, kvinnor blir också i högre utsträckning än män inskrivna på sjukhus på grund av fallskador (Forslin, 2014). Personer som drabbas av stroke utvecklar ofta halvsidig osteoporos (Ramnemark et al, 2000). Osteoporos ger i sig inga symtom och upptäcks oftast i samband med benbrott i en olycka som normalt inte borde orsaka en fraktur (SBU, 2017).

Fallriskmedvetenhet

De flesta fallolyckorna sker som tidigare nämnts i bostaden eller i dess närmaste omgivning. Det finns ett samband mellan omgivningsfaktorer och individens beteende. Fallhändelser inträffar ofta när den äldre misslyckas med att bemästra risker, eller när omgivningens utformning ställer krav som inte motsvaras av individens förmågor. Det finns stark evidens för att multifaktoriella insatser och specifik träning kan förebygga fall. En stödjande insats för att stärka de äldre personerna att hantera fallrisker och att träna sin förmåga att bemästra riskerna är en viktig grund i fallpreventivt arbete (Pohl et al, 2015). Kunskap om preventiva åtgärder ger större självförtroende hos de äldre och deras anhöriga (Schoenfelder, 2000).

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) tillhandahåller ett informationsmaterial "Säkerhet i vardagen. Tips och råd på äldre dar!" som är nedladdningsbart i PDF-form. Materialet är avsett att delas ut till äldre personer för att höja medvetenheten om risker i vardagen. I häftet beskrivs risker tillsammans med lösningar för hur man minskar dem (elektronisk referens, MSB, 2012).

Konsekvenser av fallolyckor i Jämtlands län

I Jämtlands län dog 27,6 personer per 100 000 invånare till följd av fall år 2015. Det var mer än fem gånger så många som i Gotlands län där cirka fem dödsfall per 100 000 invånare redovisades, medan Värmland ligger tvåa på listan med 12,97 registrerade dödsfall. Rikets genomsnittliga värde är 10,78 dödsfall per 100 000 invånare. Siffrorna bygger på åldersstandardiserat värde, det vill säga ett värde där man tagit hänsyn till om länet har många äldre (Socialstyrelsen 2016b). Bland personer 65 år och äldre vårdades 50 % fler i slutenvård på grund av fallskada i Jämtland jämfört med Uppsala län. Även i Västerbotten och i Stockholms län vårdades fler i slutenvård än genomsnittet av personer över 65 år (Socialstyrelsen 2017).

Öppna jämförelser 2016 vård och omsorg om äldre visar att i genomsnitt 884 per 100 000 personer 65 år och äldre drabbas av frakturer på lår eller höft. Antalet har minskat sedan föregående jämförelse då antalet var 910 personer per 100 000 invånare. Bland män drabbas 590 personer per 100 000 invånare, medan 1 134 kvinnor drabbas av fraktur. Antalet har minskat hos såväl män som kvinnor sedan föregående jämförelse (Socialstyrelsen, 2017b).

Indikatorn fallskador 80 år och äldre, bygger på hur många personer 80 år och äldre per 1 000 invånare som vårdats i slutenvård för fallskada. I riket vårdades i genomsnitt 60 personer per 1 000 invånare 80 år och äldre. Variationen är stor på kommunnivå. Lägsta antal återfinns i Ödeshög med 33 personer per 1 000 invånare, vilket kan jämföras med Stockholm och Ragunda där 83 personer per 1000 invånare drabbades av fallskada. Medelvärde för Jämtlands län är 65 (Socialstyrelsen, 2017b, sid 90). Av nedanstående tabell framgår skillnader mellan kommunerna i Jämtlands län. Uppgifterna nedan är hämtade från Socialstyrelsens patientregister och bygger på personer 80 och äldre som vårdats inom slutenvård för fallskada under åren 2013 – 2015 per 1000 invånare (tabell 1).

FALLOLYCKOR I JÄMTLANDS LÄN

Tabell 1. Antal personer 80 år och äldre per 1000 invånare som under 2013–2015 i Jämtlands län som vårdades i slutenvård till följd av fallskada.

KOMMUN	ANTAL
Berg	54
Bräcke	66
Härjedalen	53
Krokom	60
Ragunda	83
Strömsund	60
Åre	55
Östersund	72

Variation kan även ses mellan de fyra nordligaste Norrlandslänen. I tabell 2 nedan ses länsmedelvärdet för dessa län avseende andel fallskador per 1000 invånare 80 år och äldre som vårdats i slutenvård för fallskada åren 2013–2015 per 1000 invånare. Kommunerna i Jämtlands län har spännvidden 95:e till 288:e plats i ranking bland landets kommuner, medan exempelvis Norrbotten innehar platserna 2–61 i densamma (Socialstyrelsen, 2017b).

Tabell 2. De fyra norrlänens medelvärden av fallskador per 1000 äldre som vårdades i slutenvård till följd av fallskada.

LÄN	MEDELVÄRDE
Norrbotten	40
Västerbotten	67
Västernorrland	56
Jämtland	65

Indikatorn frakturer på lår och höft utgår från antal personer med frakturer på lår och höft per 100 000 invånare 65 år och äldre. I riket är värdet 884 frakturer per 100 000 invånare, 65 år och äldre. Av dessa är 590 män, medan antalet kvinnor är 1 134. Antalet har gått ned för både män och kvinnor. Medelvärde för Jämtlands län är 1 044 (Socialstyrelsen, 2017b, sid 90).

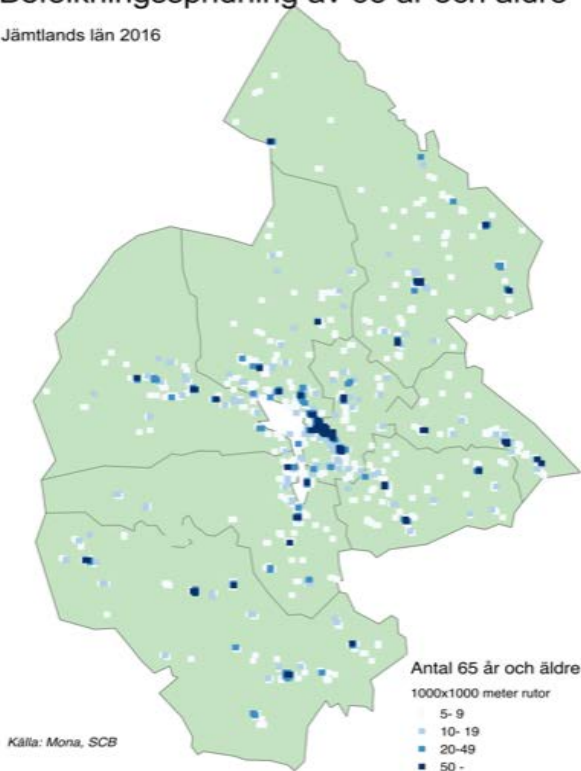
Demografi Jämtlands län

Jämtlands län är glest befolkat och ungefär 35 % av befolkningen bor på landsbygden fördelat över hela länets yta, se figur 1. Det kan jämföras med till exempel Norr- och Västerbotten där befolkningen i stora delar är koncentrerad kring älvdalarna. Kommunfördelning av invånarna redovisas i tabell 3 (SCB, 2016). Uppgifter avseende 2017 publiceras den 21 februari 2018 och kan därför ej redovisas i föreliggande rapport. Andelen personer 65 år och äldre uppgår i länet som helhet till 25 % medan andelen för riket är knappt 20 %. I Ragunda och Strömsunds kommuner uppgår andelen 65 år och äldre till cirka 29 %. Även andelen

75 år och äldre är högre i Jämtlands län än riket som helhet (elektronisk referens Länsstyrelsen Jämtlands län 2016, Region Jämtland Härjedalen 2016).

Befolknings-spridning av 65 år och äldre

Jämtlands län 2016



Figur 1. Befolknings-spridning i Jämtlands län, SCB 2016

Andelen äldre i befolkningen är högre än riksgenomsnittet i sju av länets åtta kommuner, se tabell 3. Att befolkningen bor utspridd över länets yta innebär att många personer 65 år och äldre är bosatta i och utanför småort, se tabeller 4–5. Detta i sin tur medför att många, 64 %, bor i småhus (tabell 6–7). Tabell 8 beskriver andelen boende i småort, utanför småort⁹ respektive boende i tätort fördelat efter kommun. Inom åldersgruppen 70–79 år bor nästan var tredje utanför småort i Härjedalens kommun, medan 39–45 % bor utanför småort i Berg, Bräcke, Krokom,

⁹ Med småort avses enligt SCB:s definition minst 50–199 personer i ett område med sammanhängande bebyggelse. Här ingår även de fall där de flesta byggnader är fritidshus.

Ragunda, Strömsund och Åre kommuner. I Östersunds kommun bor endast 8 % utanför småort. I åldersgruppen 80–89 år bor 7 % utanför småort i sistnämnda kommun. Motsvarande andelen inom åldersgruppen 80–89 år är 27–38 % i alla övriga kommuner förutom Härjedalen där en fjärdedel fortfarande bor i småhus.

Tabell 3. Folkmängd, antal och andel personer 65 år och äldre i Jämtlands län

Kommun	Folkmängd	Antal 65 år och äldre	Andel av folk­mängd
Berg	7 081	1 984	28,0 %
Bräcke	6 492	1 791	27,6 %
Härjedalen	10 200	2 945	28,9 %
Krokom	14 843	3 104	20,9 %
Ragunda	5 415	1 539	28,4 %
Strömsund	11 809	3 403	28,8 %
Åre	11 088	1 957	17,6 %
Östersund	61 745	12 903	20,9 %
Riket	9 995 153	1 976 857	19,8 %

Källa: SCB 2016-11-30

Tabell 4. Antal personer 65 – 99 år boende i småort, tätort och utanför dito

Boendeort	Antal män	Antal kvinnor	Totalt
Småort	1 225	1 125	2 350
Utanför småort och tätort	3 993	3 215	7 208
Tätort	8 847	11 221	20 068
Summa	14 065	15 561	29 626

Källa; Mona, SCB, 2016

Tabell 5. Andel personer 65 – 99 år boende i småort, tätort och utanför dito

Boendeort	Andel män	Andel kvinnor	Totalt
Småort	9 %	7 %	8 %
Utanför småort och tätort	28 %	21 %	24 %
Tätort	63 %	72 %	68 %
Summa	100 %	100 %	100 %

Källa; Mona, SCB, 2016

Tabell 6. Antal personer 65 – 99 år fördelat per hustyp

Hustyp	Antal män	Antal kvinnor	Summa
Småhus	9 933	8 998	18 931
Flerbostadshus	3 386	5 255	8 641
Specialbostad, övriga hus	551	1 047	1 598
Uppgift saknas	189	260	449
Summa	14 059	15 560	29 619
Källa; Mona, SCB, 2016			

Tabell 7. Andel av totalen personer 65 – 99 år i hustyp

Hustyp	Andel män	Andel kvinnor	Summa
Småhus	71 %	58 %	64 %
Flerbostadshus	24 %	34 %	29 %
Specialbostad, övriga hus	4 %	7 %	5 %
Uppgift saknas	1 %	2 %	2 %
Summa	100 %	100 %	100 %
Källa; Mona, SCB, 2016			

Tabell 8. Befolkning efter kommun, ålder fördelat i/utanför småort resp. tätort (SCB, 2016). (Avrundat till heltal)

	65–69 år	70–79 år	80–89 år	90–99 år
Bergs kommun				
Småort	19 %	18 %	17 %	15 %
Utanför småort	46 %	45 %	34 %	31 %
Tätort	35 %	37 %	49 %	54 %
Bräcke kommun				
Småort	9 %	9 %	11 %	..C
Utanför småort	46 %	45 %	38 %	..C
Tätort	45 %	47 %	51 %	69 %
Härjedalens kn				
Småort	16 %	13 %	11 %	9 %
Utanför småort	32 %	30 %	24 %	15 %
Tätort	52 %	57 %	64 %	75 %
Krokoms kn				
Småort	10 %	10 %	10 %	20 %
Utanför småort	40 %	40 %	34 %	29 %
Tätort	50 %	50 %	56 %	51 %
Ragunda kn				
Småort	11 %	11 %	10 %	..C
Utanför småort	49 %	42 %	33 %	..C
Tätort	40 %	48 %	57 %	73 %
Strömsunds kn				
Småort	8 %	8 %	7 %	7 %
Utanför småort	40 %	39 %	28 %	20 %
Tätort	53 %	53 %	64 %	73 %
Åre kommun				
Småort	16 %	12 %	14 %	5 %
Utanför småort	37 %	40 %	27 %	20 %
Tätort	48 %	48 %	59 %	74 %
Östersunds kn				
Småort	4 %	3 %	3 %	2 %
Utanför småort	10 %	8 %	7 %	3 %
Tätort	86 %	88 %	91 %	95 %

Definition (SCB)

Tätort: minst 200 personer i ett område med sammanhängande bebyggelse (där högst 50 % är fritidshus)

Småort: minst 50 – 199 personer i ett område med sammanhängande bebyggelse. Här ingår även de fall där de flesta byggnaderna är fritidshus

Utanför: de övriga utanför tätort och småort

Övrig definition: ..C för få värden, det vill säga färre än fem personer

Metod

Deskriptiv metod (Backman, 2015) eftersom uppdraget var att finna orsakssamband och möjliga förklaringar till den stora andelen fallolyckor bland äldre personer jämfört med övriga län i landet. Datainsamling gjordes genom kvalitativa och kvantitativa metoder. Triangulering (Malterud, 2001) är tillämpad avseende datainsamling från kommunerna. Att triangulera innebär att använda flera datakällor för att öka tillförlitligheten. Det kan ske genom att se på problemet eller fenomenet ur flera synvinklar eller perspektiv, exempelvis genom att tillfråga/intervjua personer med olika relation till problemet.

Webbenkät till kommunerna i länet. Målgrupp för enkätundersökningen är enhetschefer för särskilt boende, hemtjänst och LSS inom i länets kommuner. Avgrensning: Enkäten avser fallpreventivt arbete för personer 65 år och äldre; i ordinärt boende med insats i form av servicetjänst, hemtjänst och/eller hemsjukvård, i särskilt boende respektive i LSS-bostad. Vid önskemål om fullständig enkät hänvisas till kontakt med FoU Jämt.

Dialoggrupper med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i samtliga kommuner samt medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) i en kommun, och med arbets- och fysioterapeuter samt sjuksköterskor angående det praktiska fallpreventiva arbetet inom verksamheterna.

Dialog med pensionärsorganisationer, PRO respektive SPF.

Kontakt med andra kommuner i landet, till exempel Ödeshög och Kiruna för att ta del av deras preventiva arbete och framgångsfaktorer.

Inhämtning av data från patientjournaler via Region Jämtland Härjedalens dokumentationssystem Cosmic avseende sjukhusvård efter fallskada 80 år och äldre, frakturer lår och höft. Godkänd behörighet för inhämtning av register- och journaldata är inhämtad.

Verksamhetschef för område Patientsäkerhet har under senhösten 2017 fått uppdrag från hälso- och sjukvårdsdirektör att arbeta med fallskador och fallprevention. I detta arbete ingår att undersöka enhetscheferns uppfattningar om fallförebyggande arbete inom både specialiserad vård och primärvård, och kommer att ske som ett led i framtida utvecklingsarbete inom området.

Dialog med jämställdhetsstrateg inom projektet Jämställd regional tillväxt, Region Jämtland Härjedalen, för att addera jämställdhets- och genusaspekt i analysarbetet kring fallolyckorna i länet.

Analys inspirerad av fenomenografisk ansats. Fenomenografi beskriver ”det som visar sig” vilket innebär att olika uppfattningar och variationer om ett fenomen åskådliggörs och kategoriseras för att uppnå en helhet (Marton, 1981; Starrin & Svensson 1994).

Resultat

I sammanställning av resultaten beskrivs kvantitativa data i form av diagram, tabeller och förklarande text. Kvalitativa data åskådliggörs genom kategorisering av faktorer och belysande beskrivningar från webbenkät, dialogträffar och övriga samtal.

Resultat från regionens hälso- och sjukvård

Statistiska data över höftledsfrakturer 2016

Journalgranskning av höftledsfrakturer hos personer 65 år och äldre aktuella på Östersunds sjukhus under månaderna januari, april, juli och oktober 2016 visar att cirka 70 % som av de drabbade var kvinnor, tabell 9. Antalet höftfrakturer var totalt 109 under de fyra nämnda månaderna, det vill säga nästan ett fall per månad som resulterade i höftledsfraktur (tabell 10–11). De flesta fallen hade skett inomhus (tabell 12). Flest antal fall som ledde till höftledsfraktur skedde bland personer som bodde ensamma i eget boende, 49 av 109 personer. 45 % av dessa hade beslut om hemtjänst, omfattning dock ej möjligt att utläsa ur journalerna. 30 av de 109 bodde i särskilt boende (tabell 13).

Tabell 9. Antal höftledsfrakturer per åldersgrupp, kvinnor och män

Åldersgrupp	Antal kvinnor	Antal män	Totalt
65 – 69 år	2	4	6
70 – 74 år	9	2	11
75 – 79 år	8	4	12
80 – 84 år	12	5	17
85 – 89 år	22	8	30
90 – 94 år	18	6	24
95 – 99 år	5	4	9
Summa	76	33	109

FALLOLYCKOR I JÄMTLANDS LÄN

Tabell 10. Antal höftledsfrakturer per månad fördelat kvinnor och män

	Jan	Apr	Juli	Okt	Antal (procent)
Totalt antal höftledsfrakturer	28	27	22	32	109
– varav kvinnor	20	21	15	20	76 (70 %)
– varav män	8	6	7	12	33 (30 %)

Tabell 11. Antal höftledsfrakturer hos personer 65 år o äldre per månad och per kommun

Kommun	Jan.	Apr	Juli	Okt	Totalt per kommun
Berg	2	2	4	1	9
Bräcke	2	1	1	1	5
Härjedalen	4	0	1	6	11
Krokom	0	4	1	1	6
Ragunda	3	3	1	2	9
Strömsund	2	0	2	4	8
Åre	4	1	1	3	9
Östersund	11	16	11	14	52
Totalt/mån.	28	27	22	32	

Tabell 12. Antal höftledsfrakturer/mån. på grund av fall inom-/utomhus

	Jan	Apr	Juli	Okt	Antal (procent)
Totalt antal höftledsfrakturer	28	27	22	32	109
pga. fall inomhus	21	24	19	26	90 (83 %)
pga. fall utomhus	7	3	3	5*)	18 (17 %)

*) en ofullständig uppgift

Tabell 13. Boendeform respektive eventuellt beslut om hemtjänst

Boendeform	Totalt antal personer	Varav med beslut om hemtjänst	Varav utan beslut om hemtjänst
Ordinärt boende (ensamhushåll)	49	29	14 *)
Ordinärt boende (ej ensamhushåll)	23	10	11 **)
Särskilt boende	30		
Korttidsboende	2		
Uppgift saknas	5		
*) ej uppgift= 6 st. **) ej uppgift = 2 st.			

Resultat från kommunerna i Jämtlands län

Enkätresultat; enhetschefers syn på möjliga fallorsaker samt åtgärder för att utveckla fallpreventivt arbete

Enhetscheferna angav ett antal möjliga orsaker till fallhändelser; fysiska/medicinska, miljö-, sociala, samhälleliga. För fullständig resultatbeskrivning av enkäten hänvisas till kontakt med FoU Jämt.

Anga någon/några orsaker som du tror är skäl till fallolyckor i Jämtlands län?

Enhetschefernas tankar om fallorsaker går i linje med nationell och internationell evidens kring äldre människor och fallincidenter som de råkar ut för. Följande angivna skäl sammanfattar detta;

- Bor hemma länge
- Hög ålder
- Läkemedel
- Nedsatt balans
- Näringsintag
- Alkohol
- Ensamhet och isolering
- Inomhusmiljö respektive utomhusmiljö
- Attityd... vill inte förändra... inte vara till last
- ”En jämte ska klara sig själv”

Vad behöver göras för att förbättra/utveckla det fallförebyggande arbetet inom din enhet?

Utbildning nämns av flertalet enhetscheferna, och olika grupper exemplifieras; nyanställda och vikarier, undersköterskor/vårdbiträden, personal som arbetar nära brukarna med flera. Dessutom uttrycks nedanstående aspekter;

- Vi behöver vara tydligare med vad som är fallförebyggande åtgärder
- Mer kunskap om fallförebyggande åtgärder hos personal, chef och anhöriga
- Lyfta frågan mer och kolla på bra exempel från andra kommuner hur man kan förebygga. Involvera personal mer i arbetet. Ta fram lokala utbildningsdagar.
- Nära teamarbete med rehab. personal.
- Dialog med medarbetare gällande att alla har ansvar utifrån sin profession
- Stöd från MAS och våra AT och SG för att få ordning på rutiner, arbetsupplägg osv.
- Vi ska följa de rutiner som finns och ta hjälp av de kompetenser som vi har till hjälp
- Vi behöver arbeta mer systematiskt kring fallprevention samt utöka rörelseträning för de äldre

Kommunernas fallpreventiva åtgärder; resultat från dialoggrupper

Dialoggrupper har hållits med legitimerade arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor/distriktsköterskor i samtliga av Jämtlands läns kommuner. I någon av kommunerna deltog även verksamhetschef och/eller enhetschef och/eller medicinskt ansvarig sjuksköterska. Samtliga var anställda inom kommunal hemsjukvård, korttids- och särskilda boenden. Samtal har även hållits med nätverket för MAS i Jämtlands län. Antalet deltagare har varierat från tre till sju, och samtalen har pågått 50–60 minuter. Totalt 43 personer har deltagit i dialogerna. En översiktlig beskrivning av resultaten presenteras i nedanstående;

Riktlinjer och lokala rutiner för preventivt arbete inkluderat fallprevention finns framtagna i länets samtliga kommuner. Dessa uppges ingå i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. I en av kommunerna uttrycks dock att befintliga riktlinjer och rutiner inte är kända för medarbetarna i verksamheterna.

Sex av åtta kommuner uppges att det preventiva arbetet bedrivs tvärprofessionellt och systematiskt. Samtidigt ges det uttryck för att förbättringspotential finns.

Avvikelsehanteringssystem finns, och flertalet kommuner har särskild modul för detta i dokumentationssystemet.

Kvalitetsregistret Senior Alert används i sju av åtta kommuner. Graden av tillämpning varierar beroende på lokala förhållanden. Bland annat uppges att vakanta tjänster påverkar personalkontinuiteten bland legitimerad personal. Vidare nämns att personalomsättning inom samtliga professioner medför att kvalitetsregistret inte alltid används optimalt.

Personalutbildning/fortbildning i preventivt arbete för ordinarie personal och introduktion för nyanställda samt semestervikarier bedrivs systematiskt och regelbundet i hälften av länets kommuner. I en av dessa kommuner hålls utbildning- och fortbildning systematiskt enligt ett så kallat årshjul. I en annan anges fallprevention vara ett prioriterat utbildningsområde under år 2018. I en tredje hålls regelbundet kortare fortbildningstillfällen å en till två timmar för personalen inom äldreområdet. En fjärde kommun har särskild plan för utbildning/fortbildning. Sådana insatser sker mer sporadiskt och följer inte en uppgjord årsplan eller långsiktig strategi i den andra hälften av kommunerna.

Fallpreventiv träning och balansträning beskrivs ingå i annan rörelse- och muskelstyrketräning inom hemsjukvård och särskilda boenden, men bedrivs i begränsad omfattning. Program för träning vid fallrisk finns och används där fysioterapeuten har bedömt att fallrisk föreligger. I en kommun nämns att träningslokal inredd med basutrustning för fysisk träning invigdes under 2017. Lokalen finns på ett äldreboende, men är öppen även för äldre med hemvård. Syftet är att stimulera äldre personer, deras anhöriga och personal till träning i egen regi. I en av kommunerna nämns att kommunens rehabiliteringspersonal, eftersom de har kunskap om vikten av träning som fallpreventiv åtgärd, i vissa fall gör avsteg från hemsjukvårdsavtalet och utför balansträning för personer med konstaterad fallrisk. Detta trots att personen inte har beslut om hemsjukvård via kommunen.

Uppsökande förebyggande hembesök inkluderande fallprevention är permanent verksamhet i hälften av länets kommuner. I en kommun erbjuds personer hembesök vid fyllda 70 år. I de tre övriga kommunerna erbjuds hembesök till 75-åringar. Så kallad "Fixartjänst" är permanentad och erbjuds i hälften av länets kommuner. Tre av de kommuner som erbjuder fixartjänst erbjuder även förebyggande hembesök. I en av dessa erbjuds fixartjänsten av vissa byaföreningar inom kommunen. Information om tjänsterna finns tillgänglig på kommunernas hemsidor. De kommuner i Jämtlands län som erbjuder förebyggande hembesök återfinns inom spännvidden 95–189 i rankingen av landets kommuner avseende fallskador bland personer 80 år och äldre. Detta kan jämföras med tre övriga Jämtlandskommuner som innehar placeringar 244–288, samt en kommun som varken tillämpar förebyggande hembesök eller fixartjänst men innehar placering 106 (Socialstyrelsen, 2017b).

Samverkan med ideella föreningar eller organisationer som kyrka, räddningstjänst med flera förekommer i begränsad omfattning. Kommunens personal inbjuds sporadiskt, ibland med något års mellanrum, att informera om exempelvis fysisk aktivitet och förebyggande arbete hos exempelvis pensionärsföreningarna. Särskilda fallpreventiva kampanjer i samarbete med olika organisationer, och med kommun och regionens primärvård tillsammans, har inte bedrivits under senare år.

I samtliga kommuner betonas nödvändigheten av att samverkan med primärvård utvecklas. Ett problemområde som särskilt lyfts fram är fallincidenter hos personer 65 år och äldre - utan beslut om hemsjukvård och endast med begränsad kommunal insats såsom matdistribution och/eller trygghetslarm. Eftersom primärvården ansvarar för hemsjukvård hos ovan nämnda personer befarar kommunerna att det hos dessa inte är självklart att riskbedömning görs, att kartlagda riskområden åtgärdas och följs upp. En av kommunerna beskriver att aktivt samarbete med primärvården tidigare under åren har bedrivits, exempelvis inom ramen för genombrottsprojekt inom ”Bättre liv för sjuka äldre”, och att samarbetet var positivt för de involverade. Samarbetet har dock avtagit under senaste åren.

Från en av kommundialogerna lämnar deltagarna ett ”medskick” till författaren av denna rapport:

”Jobba med att involvera huvudmännen det vill säga kommunen respektive primärvården! Ge oss en kick för att arbeta gemensamt! Överbrygga stuprören som nu finns! Hjälp oss på så sätt i vårt lokala, utmanande arbete. Vi ser förbättringspotential men klarar inte av det på egen hand!”

Möten med pensionärsorganisationer

Information om pågående analysarbete, statistikresultat, fallrisk- och fallprevention har det senaste halvåret getts till följande organisationer i länet; PRO Jämtlands län (38 lokala föreningar representerade) SPF Härjedalen, PRO:s samorganisation Östersunds kommun (10 lokalföreningar representerade) samt till PRO Lugnvik. Likaså har Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd respektive kommunala pensionärsrådet i Strömsunds kommun fått information vid ordinarie rådsmöten.

Från organisationerna har ett antal fallförebyggande tips förmedlats. Tips som överensstämmer med informationsmaterial och checklistor som används i fallpreventivt arbete. Dialog om uppsökande verksamhet har förekommit på några möten och på ett möte föreslogs att intervjuer skulle göras med personer som har fallit. Frågor som - *Hur gör man för att få en rollator?* och - *Hur gör man för att få de äldre att använda rollatorer som de har?* har lyfts.

Att äldre kan ha vissa problem i samband med bussåkning har aktualiserats. Bland annat det faktum att det samtidigt, maximalt får finnas tre barnvagnar och/eller rollatorer på stadsbussarna. Likaså påtalades den besvärliga omständigheten med att personer som stiger på bussen via bakre ingången måste gå fram till chauffören och betala.

Goda exempel i Sverige

Telefonsamtal har förts med kommuner i landet som har erfarenhet av att bedriva strukturerat fallpreventivt arbete och som har goda resultat i nationella jämförelser av fallskador bland personer 80 år och äldre.

Ödeshögs kommun i Östergötland ligger etta på Socialstyrelsens nationella ranking (öppna jämförelser, 2016), och Kiruna är placerad på andra plats. Från de båda nämnda kommunerna uttrycks vikten av att nyttja varandras kompetenser professionerna emellan och att kontinuerligt arbete fortsätter med att ytterligare förbättra samverkan. Personalen (samtliga förekommande professioner inkluderat baspersonal) beskrivs ha utvecklat större medvetenhet kring risker, och förebyggande insatser. Fallriskanalyser, miljööversyner och uppföljning av utförda preventiva insatser görs. Fallpreventiv träning ges vid olika tillfällen, individuellt t ex i samband med rollatorutprovning eller i samband med ”gruppgymna” på särskilda boenden. Information om fallprevention ges genom foldrar som lämnas ut av biståndshandläggare och legitimerad personal vid möte med de äldre. Medarbetare inbjuds att informera om förebyggande arbete vid pensionärsorganisationers möten.

I Ödeshög arrangeras årligen en höstaktivitet ”Balansera mera” med exempelvis tipspromenad och träningsprogram, information från arbetsterapeut och fysioterapeut i äldrecafé samt samverkan med räddningstjänst som deltar. Så kallad rollatorservice är ett inslag, då senioren får hjälp att se över/justera/pumpa sin rollator och dessutom få träningstips i naturligt sammanhang.

I Kiruna genomförs förflytningsutbildning inkluderande fallförebyggande inslag regelbundet för kommunens personal, samt introduktionsprogram för semestervikarier och nyanställda. Där har dessutom ett arbetssätt utvecklats innebärande att baspersonal som erhållit specifik utbildning i sin tur utbildar kollegor i grundläggande delar. Arbetssättet har medfört ett kunskapslyft och positiv utveckling som ökat intresset till preventivt arbete hos personalen inom äldreomsorgen. Vad gäller utåtriktat arbete höll regionens hälso- och sjukvård 2017 en kampanjvecka enligt ”Balansera mera-konceptet”. Kommunen var dock inte involverad.

Hemsjukvården i Östergötland kommunaliserades januari 2014 medan detta skedde i Norrbotten i februari 2013. I Ödeshög övergick personal från primärvård till kommunal anställning, varför personerna inom professionerna är kända för båda huvudmännen. Samverkan mellan kommunen och nuvarande primärvård beskrivs som naturlig i Ödeshög. Ett exempel som nämns är att remiss rutinmässigt skrivs från hälsocentralen till kommunens arbets- eller fysioterapeut om det visar sig att en person som besökt hälsocentral har fallit en eller flera gånger. Dessutom påpekas att kontaktvägar är korta i liten kommun, samt att man arbetar systematiskt och i samverkan. Kommunen var tidigt igång med strukturerad och medveten användning av Senior Alert, men beskriver att implementering är en lång process.

Gemensam nämnare för de två kommunerna Ödeshög och Kiruna är värprofessionellt och systematiskt arbete utifrån respektive kommuns förutsättningar, samt samarbete mellan huvudmännen. I Kiruna har dock tidigare

god samverkan med primärvården under senare tid påverkats av interna, organisatoriska faktorer inom regionens hälso- och sjukvård.

Dialog med Region Jämtland Härjedalens jämställdhetsstrateg

Jämställdhetsstrateg inom projektet Jämställd regional tillväxt vid regionen inbjöds till möte med ”operativa gruppen för fallprevention”, och resonemang fördes kring jämställdhets- och genusaspekter i analysarbetet kring fallolyckorna i länet. Så kallade ”genusglasögon” har därefter använts under analysarbetet.

Diskussion

Uppdragets syfte var att göra en bred analys av fallolyckor hos personer 65 år och äldre i Jämtlands län. Att identifiera framgångsfaktorer i kommunernas åtgärder för att förebygga fallolyckor hos äldre, samt att finna effektiva åtgärder i det gemensamma fallpreventiva arbetet var en del i arbetet.

Resultatdiskussion

Resultaten från analysarbetet bekräftar att det finns förbättringspotential avseende fallpreventivt arbete i Jämtlands län. Materialet pekar på nödvändigheten av ett välutvecklat och fungerande samarbete mellan huvudmännen inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Det förebyggande arbetet fordrar strategier och insatser på flera nivåer. Frivilligorganisationer, anhöriga, samt olika samhällsaktörer behöver engageras i fallförebyggande arbete. Att multifaktoriella åtgärder minskar risken för fall bekräftas i en systematisk översikt av ett stort antal kontrollerade randomiserade studier från Cochrane Collaboration (SBU, 2014; Gillespie et al, 2012).

Jämtlands län är glest befolkat och en stor del (cirka 35 %) av befolkningen bor på landsbygden spridd över hela länets yta (SCB, 2016). Det innebär att länet skiljer sig från andra län rent demografiskt. Andelen äldre personer är hög i Jämtland jämfört med riket i övrigt. I och med att befolkningen bor spridda över hela länet bor följaktligen många personer i småhus utanför tätort. Demografiska faktorer som till exempel avstånd till närmaste butik och till mötesplatser, tillgång till kollektivtrafik, hjälp med snöröjning, är faktorer som kan ha betydelse för dagligt liv.

- Kan detta vara *en* av förklaringarna till den höga andelen fallolyckor bland äldre i Jämtlands län?

Jämfört med personer boende i tätort har personer boende utanför tätort betydligt svårare att ta sig till mötesplatser och andra aktiviteter.

- Bör särskilda åtgärder sättas in för att nå denna målgrupp?
- Kan uppsökande förebyggande verksamhet vara en lämplig åtgärd?
- Går det att hitta digitala lösningar för gemensamma träningstillfällen via Skype, FaceTime, appar etcetera?
- Kan byföreningar och liknande engageras?

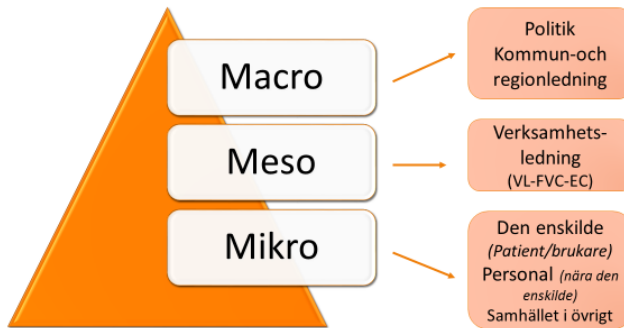
Bland fallolyckor hos personer 80 år och äldre som vårdats i sluten vård för fallskada kan stor variation ses på kommunnivå, se tabell 1 på sidan 21. Nationell statistik visar att två av länets kommuner ”sticker ut” i detta avseende och

ligger över riksgenomsnittet jämfört med övriga sex kommuner varav tre ligger under och två exakt på genomsnittet i riket (Socialstyrelsen, 2017b). Hur kommer det sig att situationen är sådan i Östersund respektive Ragunda? Och hur kommer det sig att flertalet av länets kommuner de facto uppvisar positiva resultat?

Resultaten från analysen av personer 65 år och äldre som vårdats på Östersunds sjukhus till följd av lårbensfraktur visar att 49 av de 109 personer som var aktuella under januari, april, juli och oktober 2016 bodde ensamma i ordinärt boende. 29 av dem hade hemtjänst beviljad, hur stora insatser framkom dock inte i sjukhusets journalanteckningar. 70 % av de personer som vårdats för höftledsfraktur var kvinnor. De flesta fallen hade skett inomhus (83 %) vilket går i linje med nationella och internationella data. Dialogmöten och samtal som har hållits med såväl pensionärsorganisationer som professionella inom äldreomsorgen pekar på att många äldre har en vilja att klara sig själv i eget hem. Detta talar för att göromål i dagliga livet och aktivitetsmönster i vardagen kan ha betydelse vad gäller fallrisk i det egna hemmet och närliggande omgivning.

Analysen visar entydigt att fler kvinnor än män råkar ut för fall som leder till skada, vilket stämmer överens med nationell statistik (Socialstyrelsen, 2016a; 2017b). Det finns följaktligen anledning att beakta genusperspektivet och att fråga sig; hur kommer det sig att andelen kvinnor som faller är högre än andelen män? Handlar det om läkemedelsanvändning, diagnosticering och behandling av eventuell osteoporos, stöd i dagligt liv, fysisk aktivitet, aktivitetsmönster, ensamhet, näringsbrist etcetera?

Ansvar för fallprevention kan ses i olika nivåer. Folkvalda politiker i regionen och länets kommuner anger målen och grundlägger förutsättningar för de olika verksamheterna inom respektive organisationer. Verksamhetsledningarna förvissas sig om att förutsättningar för det fallförebyggande arbetet finns hos den nära personalen. Det fallpreventiva arbetet handlar om ett systematiskt arbete som innefattar bland annat undervisning, handledning, riskbedömning, förebyggande insatser, fallregistrering, åtgärder och uppföljning, fysisk träning, miljöanpassning, läkemedelsgenomgångar. Ideella organisationer kan vara behjälpliga i det fallpreventiva arbetet. Se figur 3.



Figur 3. Ansvar för fallprevention, olika ansvarsnivåer

Vid dialogsamtal i samtliga av länets kommuner betonas nödvändigheten av att samverkan med primärvård behöver utvecklas. Samverkan förefaller har bedrivits i högre grad tidigare under åren, och beskrivningarna som ges vid samtalen pekar på att en förändring har skett under senare år. Frågan är vad som kan vara orsak till att samverkan har påverkats negativt. Handlar det om organisatoriska förutsättningar? Kan det vara fråga om bristande personalkontinuitet hos båda huvudmännen eller hos endera av dem?

Ett antal olika faktorer hänger samman och bildar orsakssamband till fall- och fallrisk (Tinetti & Kumar, 2010; Lundin Olsson, 2012; Ekvall Hansson, 2014; Hopewell, 2016). I bakgrundsavsnittet beskrivs fem faktorer, vilket kan tyckas vara begränsat. Det finns givetvis en mängd andra faktorer som hör till orsakssambanden. Bland dessa kan nämnas nedsatt syn, kognitiva svårigheter, munhälsa, konsekvenser till följd av olika sjukdomstillstånd som till exempel stroke, Parkinsons sjukdom etcetera. I det följande presenteras ett antal frågeställningar vilka kan fungera som vägledning för att medvetandegöra beslutsfattare och aktuella aktörer om komplexiteten inom området fallolyckor och fallprevention. Frågeställningarna har sin grund i de synpunkter och erfarenheter som har lyfts fram i enkät, dialogmöten och samtal med olika grupperingar under analysarbetet.

- Hur fungerar samverkan mellan huvudmännen? Är rollerna tydliga och kända avseende ansvarsområdena? Finns flexibilitet i form av lokala samarbetsinitiativ mellan kommun/primärvård?
- Bedrivs det ett ändamålsenligt fallpreventivt arbete på ”bred front”, involveras anhöriga och personer i närområdet, frivilligorganisationer etcetera? Hur fungerar lokal samverkan med pensionärsorganisationer, som ju kan ses som en stor resurs i det förebyggande arbetet?

- Används framtaget material, exempelvis kampanjmaterial, webb utbildningar, checklistor från Socialstyrelsen, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap? Genomförs informationskampanjer till exempel i form av årlig fallpreventionsvecka, eller fallpreventionsdag?
- Används befintliga informationsmedia som finns på inrättningar vilka ofta har äldre besökare? Ett sådant exempel är hälsocentralernas väntrum där bildskärm för information finns väl synlig. Ett annat exempel är digitala informationsskärmar ute i samhället. Ett tredje exempel är befintliga ”gratistidningar” som utdelas till hushållen.
- Bedrivs multiprofessionellt arbete? Görs fallriskbedömningar och åtgärdsbedömningar avseende person- och miljöfaktorer samt utförs åtgärder och följs dessa upp? Arbetas det i *praktiken* tvärprofessionellt och systematiskt?

De tre frågorna i sista punktsatsen bekräftas i en debattartikel i Dagens medicin 2018-01-24 där professor Gösta Bucht och två erfarna kollegor i Umeå har poängterat vikten av att inrikta sig på helheten och inte enskilda delmål, att registrera upprepade fall och göra multiprofessionella bedömningar som grund för fallförebyggande insatser - allt för att minska risken för nya fall.

- Finns det någon grupp av äldre personer som ”faller mellan stolarna”? Har lokala analyser gjorts avseende eventuella ”glapp”, och har då strategier för att överbygga ”glappen” formats?
- Vem/vilka ansvarar för fallpreventiva insatser riktade till ”yngre äldre” dvs. 65+ som inte har insatser från kommun (alltså inte har hemtjänst, hemsjukvård, bor på särskilt boende eller kanske använder fixartjänst för vissa uppgifter), och inte är aktuella inom primärvård eller besöker sjukhus.
- Tas genusperspektivet i beaktande? Såväl internationella som nationella datakällor visar att genusskillnader finns avseende fallolyckor och skador vid fallhändelser, osteoporos, läkemedelsförskrivning, riskbruk av alkohol i kombination med läkemedel, insatser för stöd i dagligt liv med mera.
- Beaktas alkoholanvändning bland äldre personer?

Sistnämnda fråga är viktig ur ett framtidsperspektiv. Huvudmännen behöver vara rustade och ha funnit strategier för att möta framtida problem inom området. Professor Salme Ahlström vid The National Institute for Health and Welfare in Finland pekar på vikten av att nå personer i åldersgruppen 55–65 år. Hon menar att

problemen blir stora då de personerna blir äldre - om de om tio år fortsätter att dricka på samma sätt som de gör idag. Ahlström har arbetat med EU-projekt syftande till att hitta bästa metoder för att förebygga alkoholskador hos äldre (Ahlström, 2008; elektronisk referens Accent, 2015).

I bakgrundsavsnittet beskrivs hur fallförebyggande arbete bedrivs i våra nordiska grannländer och internationellt. Framgångsfaktorer som nämns är samverkan på olika nivåer med en mängd aktörer som är engagerade på olika sätt (Nilson et al, 2012; Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2015; Terveiden ja hyvinvoinen laitos THL, 2017). Fallpreventiva insatser bland äldre personer som vistas i olika miljöer kräver såväl vilja som insatser hos beslutsfattare, vård- och omsorgsgivare och övriga involverade.

Fallpreventivt arbete har pågått i Jämtlands län under de senaste decennierna. Samverkan mellan huvudmännen har aktivt bedrivits under till exempel de år som den nationella utvecklingsatsningen ”Bättre liv för sjuka äldre” pågick. Goda exempel på fallpreventivt arbete finns i flera av länets kommuner, bland annat avseende information- och personalutbildning, tvärprofessionellt arbete och användning av riskbedömningsinstrument. Såväl kommunerna som regionens hälso- och sjukvård kan dra nytta av erfarenheter från andra län/regioner i vårt eget land och från andra länder. Att minska äldres skadehändelser är en stor utmaning. Säkerhets- och förebyggande arbete är följaktligen en viktig internationell fråga, såväl som nationell och regional.

Metoddiskussion

Uppdraget handlade om att utföra en bred analys av fallolyckor hos personer 65 år och äldre i Jämtlands län, samt att identifiera framgångsfaktorer i förebyggande arbete och att finna effektiva åtgärder i det gemensamma arbetet mellan huvudmännen.

Ett antal metoder har använts för att samla in data till analysen. Triangulering har tillämpats för att erhålla så bred information som möjligt. Användandet av olika datakällor är en form av kvalitetssäkring för att öka tillförlitligheten i studien. Uppdraget med den breda analysen hade givetvis kunnat utföras på annat sätt och med andra metoder. De metoder som valdes för analysen bedömdes av operativa gruppen vara de mest optimala med hänsyn till tidplan och befintlig personalresurs. Metoderna ger både kvantitativa och kvalitativa data.

Avslutande reflektioner

Föreliggande analysarbete kan bilda basen för fortsatt fallpreventivt arbete i Jämtlands län. Bakgrundsavsnittet ger en grund inom området genom beskrivningar och kopplingar till aktuell evidens, forskning samt erfarenhet nationellt, nordiskt och internationellt. Rapporten är avsiktligt utformad på ett sätt som gör det möjligt att använda den som kunskapskälla såväl på verksamhetsnivå som enhetsnivå. Diskussionsavsnittet är medvetet formulerat på ett sätt som avser att väcka intresse för fortsatt gemensam strategi för det fallprofylaktiska arbetet i länet.

Rekommendationer

- *Brett angreppssätt*, insatser på flera nivåer samtidigt – ingen isolerad enstaka insats kan vända utvecklingen.
- *Miljöanpassning* såväl samhälleligt som i boende- och närmiljö.
- *Samverkan* mellan regionala och kommunala huvudmän, frivilligorganisationer, kyrka, räddningstjänst med flera.
- *Ökad medvetenhet* på såväl grupp- som individnivå.

Följande aspekter är viktiga i det fallförebyggande arbetet:

- *Förändrat syn- och arbetsätt* – löpande information och utbildning i fallprevention riktat till professionerna.
- *Medvetandegörande - beteendeförändring*. Handlar om att möta personer i riskgrupperna med information om personliga faktorer och omgivningsfaktorer som har fallpreventiv betydelse.
- *Multifaktoriella åtgärder* det vill säga olika typer av interventioner.
- *Synliggörande av omgivnings- och personliga riskfaktorer* genom kartläggning och systematisk avvikelserapportering vilket kan bilda grund för preventiva åtgärder.
- *Tidiga och individuellt anpassade preventiva åtgärder* baserade på fallriskbedömning.
- *Dokumentation* av risker, planerade och genomförda åtgärder för att möjliggöra utvärdering av vidtagna åtgärder.

Ett första steg till att vidareutveckla det huvudmannagemensamma arbetet skulle kunna tas genom att utföra pilotstudie i en av länets kommuner. Ragunda som har stor andel äldre personer i befolkningen och som ligger högst i landet avseende fallskador bland personer 80 år och äldre skulle kunna utses som pilotområde. En arbetsgrupp med representanter från regionens hälso- och sjukvård, aktuell kommun samt FoU Jämt kan bilda operativ grupp för arbetet. Referensgrupp och ledningsgrupp kan utses enligt gängse ordning. Kontinuerlig avrapportering görs till uppdragsgivarna som tar beslut om fortsatta strategiska åtgärder avseende det förebyggande arbetet i länet.

En djupanalys av statistiska data skulle kunna ge svar på demografiska aspekter såsom bostadsort, boende- och hushållsförhållanden samt eventuella stöd i dagligt liv hos de äldre drabbas av fall som leder till skada, exempelvis höftledsfraktur. Resultatet från en sådan analys skulle kunna bidra till att åtgärder riktade till aktuell riskgrupp kan sättas in. Detta skulle kunna leda till ytterligare utveckling av fallpreventiva arbetet i Jämtlands län.

Stor förbättringspotential finns inom området – men detta fordrar samverkan på alla nivåer!

Referenslista

Ahlström, S. (2008). Alcohol use and problems among older women and men; A review. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 24(5): 439–461.

Backman, J. (2015). *Rapporter och uppsatser. Lund: Studentlitteratur.*

Bergström, U; Bucht, G & Svensson, O. (2018). *Det är värt att lägga resurser på att minska fallskador hos gamla.* Debattartikel i Dagens medicin 2018-01-24.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed (2015). *I sikre hænder. Stop fald.*

Ekvall Hansson, E. (2014). Fall och fallolyckor. *Svensk geriatrik* Nr 1.

Forslin, M. (2014). Fallolyckor bland äldre – en katastrof i det fördolda. *Svensk geriatrik* Nr 1.

Gillespie, L.D; Gillespie, W.J; Robertson M.C; Cumming R; Lamb, S. E & Rowe; B.H. (2001). *Interventions for preventing fall in elderly people.* (Cochrane Review). Cochrane Library, Issue 3, 2001. Oxford; Update Software.

Gillespie, L.D; Robertson M.C; Gillespie; W.J, Sherrington, C; Gates, S; Clemson; L.M. & Lamb, S.E. (2012). *Interventions for preventing falls in older people living in the community.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012, Issue 9.

Gustafsson, S. (2012). *Health-promoting intervention for community-dwelling older adults. Focusing on the concept of frailty and intervention outcome.* Doktorsavhandling. Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.

Gyllensvärd, H. (2009). *Fallolyckor bland äldre. En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder.* Statens Folkhälsoinstitut, Östersund.

Helsedirektoratet (2013). *Fallforebygging i kommunen. Kunnskap og anbefalinger.*

Hendriksen, C & Vass, M. (2004). Förebyggande hembesök hos äldre människor – möjligheter och erfarenheter. *Nordisk Geriatrik.* 2:48-53.

Hopewell, S; Olubusola, A; Bethan, J.C; Sherrington, C; Clemson, L.M; Close, J, C.T & LMB, S.E. (2016). *Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community*. Cochrane Library.

Li, F; Harmer, J; Fisher, J; McAuley, E; Chaumeton, N; Eckstrom, E.& Wilson, L (2005). Tai Chi and Fall Reductions in Older Adults; A Randomized Controlled Trial. *Journal of Gerontology Medical Sciences* Vol 60A, No.2, 187-194.

Lundin Olsson, L. (2012). Att förebygga fall. Fysisk träning och multifaktoriella åtgärder minskar fallrisk. *Fysioterapi. No 1. 2012*.

Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges and guidelines. *The Lancet* 358: 483-488.

Marton, F. (1981). Phenomenography: Describing conceptions of the world around us. *Instr.Sci* 1981: 10: 177–200.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2013). *Systematiskt arbete för äldres säkerhet. Om fall, trafikolyckor, bränder och suicid*.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2014a). *Fallolyckor*.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2014b). *Skador bland äldre*.

Niles Sundby, M. (2009). *Fakta om fallprevention*. Östersunds kommun.

Niles Sundby, M. (2011). *Projektrapport: Stimulansmedel för insatser inom vård och omsorg om äldre personer. Delprojekt: Förebygga fallolyckor*. Östersunds kommun.

Nilson, F. Moniruzzaman S, Gustavsson, J & Andersson, R. (2012). *Höftfrakturer i Norge – en internationell, nationell och ”Trygge eldre” jämförelse*. Karlstad universitet.

Pohl, P; Sandlund, M; Ahlgren, C; Bergvall-Kåreborn, B; Lundin-Olsson, L. & Melander Wikman, A (2015). Fall Risk Awareness and Safety Precautions Taken by Older Community-Dwelling Women and Men – A Qualitative Study Using Focus Groups. *PLOS One/DOI. 10. 1371/ Journal, March 2015*.

Prevention of Falls Network for Dissemination (Profound), O'TAGO Sverige (2015). *Otago TräningsProgram (OTP) förebyggande av fall för äldre. Ett bembaserat, individuellt anpassat balans- och styrketräningsprogram*.

Ramnemark, A; Nilsson, M; Borssén, B & Gustavsson, Y. (2000). Stroke, a major and increasing risk factor for femoral neck fracture. *Stroke*; 31 (7): 1572-7.

Sandlund, M; Lindgren, H; Pohl, P; Melander-Wikman, A; Bergvall-Kåreborn, B & Lundin-Olsson, L. (2014). *Towards a mobile exercise application to prevent falls; a participatory design process*. Proc, 10th Int. Conf. Disability, Virtual Reality & Associated Technologies, Gothenburg, Sweden, 2-4 Sept.

Schoenfelder, D.P (2000). A Fall Prevention Program for Elderly Individuals. *J Gerotol Nurs*; 26 (3): 43–51.

Sherman, S; Söderhielm Blid; Törnkvist, L; Karp, A & Wänell, S. E. (2007). *Förebyggande hembesök till äldre. En modell för det hälsofrämjande arbetet*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

Socialstyrelsen (2013). *Vilka insatser är effektiva för att förebygga fall hos friska äldre?*

Socialstyrelsen (2016a). *Läkemedel som kan öka risken för fallskada eller mag-tarmblödning hos äldre*.

Socialstyrelsen (2016b). *Statistik om dödsorsaker 2015*.

Socialstyrelsen (2017a). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2017*.

Socialstyrelsen (2017b). *Öppna jämförelser 2016. Vård och omsorg om äldre*.

Starrin, B. & Svensson. P-G. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2014). *SBU Kommenterar: Åtgärder för att förhindra fall hos äldre*.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2017). *SBU Utvärderar: Behandling av armfraktur hos äldre. Rapport 262/2017*.

Statens offentliga utredningar. (2017). *SOU:21 Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer*.

Sveriges riksdag. *Hembesök hos äldre över 75 år*. Motion 2017/18:1655.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL(2017). *Kehitä ja johda kaantumisten ehkäisyä – Opas toiminta käytäntöjen implementointiin.*

Tieland, M; Dirks, M.L; van der Zwaluw, N & van Loon, L.J. (2012). Protein supplementation increases muscle mass gain during prolonged resistance-type exercise training in frail elderly people: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Am Med Dir Assoc* **13**, 713-719.

Tinetti, M. E; Kumar, C. (2010). The patient who falls:” It’s always a trade-off?”. *JAMA*. 2010; 303:258-66.

Vass, M; Avlund, K; Lauridsen, J. & Hendriksen, C. (2005). Feasible model for prevention of functional decline in older people: municipality-randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol 53, no 4, pp 563-568.

Vass, M; Avlund, K; Hendriksen, C; Philipson, L & Riis, P. (2007). Preventive home visits to older people in Denmark. *Z Gerontol Geriatr* 40:209-216.

Westergren, A. (2014). Undernäring och fallrisk – ett förestående folkhälsoproblem bland yngre pensionärer? *Svensk Geriatrik Nr 1*.

WHO (2012). *Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012-2014.*

Wikby, K; Ek, A.C & Christensson, L. (2006). Nutritional status in elderly people admitted to community residential homes: comparisons between two cohorts. *J Nutr Health Ageing* **10**, 232-238.

Yamada, Y; Vass, M; Hvas, L; Igarashi, A; Hendriksen, C; & Avlund, K. (2010). Collaborative relationship in preventive home visits to older people. *International Journal of Older People Nursing* **6**, 33-40.

Elektroniska referenser

<http://www.accentmagasin.se/missbruk/varden-ser-inte-aldres-alkoholproblem/>

http://www.demenscentrum.se/globalassets/utbildning_pdf/nationella_riktlinjer_vard omsorg vid demens.pdf

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf?ua=1

<http://insidan.ostersund.se/forvaltningarna/vardochomsorgsforvaltningen/utvecklingsarbetenvof/pagaendeutvecklingsarbeten/halsoframjandekommun/halsoframjandemedmedborgarensfokus.4.21399eaa1552bfeb8b8b4151.html>

<http://www.isikrehænder.dk/indsatsomraader/fald/>

<http://regionjh.se/download/18.726f411d1383835530b71/1368729181713/Broschyr+Stå+på+dig.pdf> (Häftet Stå på dig).

www.kunskapsguiden.se

<http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Kunskapsunderlag/malgruppsanpassade-sammanfattningar/Sidor/Sa-minskar-du-risken-att-falla%E2%80%93p%C3%A5-lattlast-svenska.aspx>

<http://www.knowledge.scot.nhs.uk/fallsandbonehealth/the-national-falls-programme/the-prevention-and-management-of-falls-in-the-community-a-framework-for-action-for-scotland-2014-2016.aspx>

<http://www.lulea.se/download/18.76377dc714e2385e06adb/1435127694191/Komplett+rapport+Fall%C3%B6rebyggande+arbete+inom+%C3%A4ldreboenden.pdf>

<https://www.ltu.se/research/subjects/fysioterapi/Nyheter-och-aktuellt/Traningsapp-for-aldre-minskar-fallskador-1.123630>

<http://www.ltz.se/jamtland/bracke/skratt-ar-en-viktig-ingrediens-i-traningen>

www.lansstyrelsen.se/jamtland/laget-i-lanet

<https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/24707.pdf> (Säkerhet på äldre dar)

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012221/full>

www.plus.rjl.se/index.jsf?nodeld=37392&nodeType=13 (Senior Alert)

www.regionjh.se/lagetilanet

www.regjeringen.no/contentassets/2dc3e411143d40258d48913ea80a9200/strategi-pasientsikkerhetsprogrammet_2014-2018.pdf?id=2287974

www.SBU.SE/2014_07

www.socialstyrelsen.se/register/dodsorsaksregistret

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18665/2012-5-1.pdf>

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20399/2016-11-7.pdf>

<http://www.kunskapsguiden.se/utbildning/Ett-fall-for-teamet-en-utbildning-om-att-forebygga-fallolyckor/Sidor/Default.aspx> (Webbutbildning fallprevention)

<http://www.sverigeisiffror.scb.se/hitta-statistik/sok/?query=kommuner%20folkm%C3%A4ngd>

www.thl.fi/sv/web/olycksfall/fallolyckor-bland-aldre

<https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/24707.pdf>