

Patientsäkerhetsenheten  
Västra Götalandsregionen  
Diarienummer: HS 2017-00096  
2017-01-11

# Fallprevention inom Västra Götalands- regionens sjukhus

# Förord

## Tillsammans minskar vi antalet vårdskador

Många invånare i Västra Götalandsregionen berörs av fall eller fallskador, antingen som en enskild individ som råkar ut för ett fall eller som närstående till någon som drabbas. Konsekvensen av ett fall kan bli allvarligt och leda till att individen avlider. Konsekvensen behöver inte vara en fysisk skada utan kan ge en rädsla att falla igen. Fallrädslan kan på sikt innebära minskad aktivitet med social isolering och ett minskat välbefinnande som följd. Västra Götalandsregionens vision – *det goda livet* vill ge invånarna förutsättningar till en god hälsa. Arbetet med att förebygga fall är därför angeläget. För den enskilde invånaren är råd och information om egenvård viktigt för att själv kunna minska risken för fall. Inom Västra Götalandsregionens sjukhus är det fallförebyggande arbetet ett prioriterat område av patientsäkerheten.

Fallprevention inom Västra Götalands sjukhus är ett dokument där framgångsfaktorer, kunskapsunderlag och praktiska tillämpningar är samlat för att ge en översiktlig bild av de olika delarna i det fallförbyggande arbetet. Översikten ska vara till hjälp för chefer på alla nivåer inom Västra Götalandsregionens sjukhus att på ett långsiktigt och systematiskt sätt arbeta med fallprevention. För den enskilde medarbetaren kan den schematiska bilden av de tre strategierna med tillhörande åtgärder vara till hjälp för att se vilka delar som är viktiga att fokusera på inom vårdenheten.

Fallprevention inom Västra Götalandsregionens sjukhus vill kunna bidra till att samla kraft till en förändring där sjukhusen ska kunna se att färre patienter faller inom vården och att det därmed leder till att vårdskador beroende på fall minskar.

Karin Möller

Regionchefläkare

Koncernkontoret/Patientsäkerhetsenheten

# Innehåll

Förord.....	2
Tillsammans minskar vi antalet vårdskador.....	2
Sammanfattning .....	5
Inledning .....	6
Mål .....	7
Flera orsaker till att arbeta med fallprevention .....	7
Fall är vanligt förekommande .....	7
Fallskador kan leda till allvarliga konsekvenser för patienten.....	8
Fallvårdskador kostar sjukvården pengar .....	8
Tre strategiområden för att minska fallvårdskador .....	8
Åtgärder som hör till respektive strategi.....	10
Strategi för generella åtgärder för alla patienter .....	10
Ledningens engagemang.....	10
Organisera patientsäkerhetsarbetet .....	10
Daglig riskrund .....	10
Daglig styrning/uppmärksamma risker .....	11
Utbildning av medarbetarna.....	11
Initial fallriskvärdering .....	11
Ny fallriskvärdering vid förändrat status .....	12
Patientens delaktighet .....	12
Samverkan med Västfastigheter.....	13
Samverkan med Regionservice .....	13
Strategi för riktade åtgärder till patienter med förhöjd fallrisk.....	13
Riskbedömning .....	14
Individuella åtgärder .....	14
Utvärdering av insatta åtgärder .....	14
Läkemedelsgenomgång.....	14
Fallförebyggande hjälpmedel.....	15

Överföra information om förhöjd fallrisk .....	15
Strategi för lärande av fall.....	16
Rapportera och utreda fall och fallskador i avvikelshanteringssystemet (MCP) .....	16
Lär av andras erfarenheter i Nitha kunskapsbank .....	16
Mäta och följa upp .....	17
Regional uppföljning.....	17
Lokal uppföljning.....	17
Referenser .....	18

# Sammanfattning

Västra Götalandsregionen har i budget 2017 beskrivit i ett fokusområde att vårdskador och vårdrelaterade infektioner ska minska. Det budskapet återfinns i patientsäkerhetsplanen 2017 där fallvårdskador är ett prioriterat arbete. Fall och de skador som fallet resulterar i är ett samhällsproblem eftersom många människor drabbas. Fallskador leder också till allvarliga konsekvenser för den enskilde såsom frakturer och blödningar och i värsta fall till dödsfall. Fallskador i samband med vård och behandling ger också samma allvarliga konsekvenser för patienten och leder dessutom till förlängda vårdtider med en ökad kostnad för den förlängda vårdtiden. Det fallförbyggande arbetet har tidigare skett lokalt inom varje förvaltning, men i Patientsäkerhetsplanen 2015 beskrivs att en regiongemensam strategi ska arbetas fram av Koncernkontoret. Det arbetet påbörjades i slutet av 2015 och är nu klart i och med denna rapport. Uppdraget var att arbeta fram en strategi för fallprevention för Västra Götalandsregionens sjukhus och skulle utgå från Sveriges Kommuner och Landstings kunskapsunderlag Fall och fallskador. Åtgärder för att förebygga samt uppmuntra användning av Vårdhandboken.

Fallprevention för Västra Götalandsregionens sjukhus omfattar alla vuxna patienter inom sjukhusens sluten- och öppenvårdsformer. Det fallförbyggande arbetet involverar många medarbetare både i den direkta vården, men också de som arbetar med en påverkan av patientens närmiljö, rutiner och vårdprocesser. Syftet är att minska antalet vårdskador som beror på fall. Det fallförbyggande arbetet återfinns i tre strategiområden. En strategi med tillhörande åtgärder omfattar alla patienter som vistas på sjukhuset. Den andra strategin riktar sig till de patienter med förhöjd fallrisk och vilka åtgärder som behöver vidtas hos den enskilde patienten. Den tredje strategin beskriver hur ett lärande av de fall som inträffar kan ske. Vilka delar och i vilken omfattning, som sjukhusen har arbetat med fallprevention fram till nu, ser olika ut. Det lokala arbetet framöver kommer därför att variera, men med ett gemensamt mål att halvera antalet fallvårdskador i Västra Götalandsregionen 2018 jämfört med 2015.

# Inledning

Patientsäkerhet innebär att patienten inte ska drabbas av skador i samband med vård och behandling inom hälso- och sjukvård. Västra Götalandsregionen (VGR) arbetar aktivt med patientsäkerhet och i Budget 2017 för Västra Götalandsregionen är ett fokusområde att minska vårdskador och vårdrelaterade infektioner. Koncernkontoret beskriver i Riktlinjer för patientsäkerhet det mer långsiktiga arbetet för att minska vårdskador och vårdrelaterade infektioner medan i den årligen upprättade Patientsäkerhetsplanen några av insatsområden lyfts fram för vilka patientsäkerhetsarbetet ska fokusera på. I Patientsäkerhetsplanen 2017 är ett fokusområde att minska antalet fallvårdskador inom sjukhusen i VGR

Arbetet med att minska fallskador har tidigare år huvudsakligen initierats och letts i de olika förvaltningarna. Inför framtagandet av patientsäkerhetsplanen 2015 fanns ett behov av att utveckla det fallförbyggande arbetet och dra lärdom av varandras erfarenheter. I patientsäkerhetsplanen 2015 beskrivs att Koncernkontoret ska ta fram en regiongemensam strategi för att stärka det fallpreventiva arbetet inom sjukvården. I slutet av 2015 startade arbetet med att ta fram strategin för att minska fallvårdskador inom VGRs sjukhus. I uppdraget anges att arbetet ska utgå från det Kunskapsunderlag för fall och fallskador som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har tagit fram samt uppmuntra till ökad användning av Vårdhandboken. Uppdraget med att ta fram en regiongemensam strategi startade med en kartläggning av det fallpreventiva arbetet som pågick inom sjukhusen i VGR för att ha det som ett utgångsläge. Under arbetets gång har önskemål framförts från verksamheterna att ge praktiska exempel på åtgärder och aktiviteter för fallprevention. Uppdraget utökades därmed till att också beskriva de goda exempel från VGRs sjukhus som framkommit i kartläggningen. VGRs Funktionsgrupp chefläkare har lämnat synpunkter på strategin, vilket ledde till att tidsplanen för att nå delmålen skärptes.

# Mål

Det långsiktiga målet med patientsäkerhetsarbete är att ingen patient ska drabbas av undvikbara skador s.k. vårdskador i samband med vård och behandling inom hälso- och sjukvården.

I Patientsäkerhetsplanen 2017 har gemensamma mål och mätetal tagits fram för de insatsområden där ett intensifierat arbete krävs. Fall är ett av insatsområdena. Målen i Patientsäkerhetsplanen 2017 är att vårdskador orsakade av fall ska minska inom sjukhusens verksamhet för vuxenvård med hälften till år 2018 jämfört med år 2015. Till år 2023 ska fallvårdskadorna ha reducerats med 95 % eller mer jämfört med år 2015. De mätverktyg som vi har idag är markörbaserad journalgranskning (MJG) och uppgifter ur avvikelshanteringssystemet MedControl Pro (MCP).

- Antal fallvårdskador 2015 från MJG (vuxen somatisk slutenvård) ca 1500
- Antal rapporterade fallvårdskador i MCP (vuxen somatisk vård) 1005 för år 2015

## Flera orsaker till att arbeta med fallprevention

### Fall är vanligt förekommande

Det är många människor som skadas till följd av fall. Omkring 70 000 personer behöver sjukhusvård på grund av en fallskada visar siffror från Socialstyrelsens patientregister (1). I VGR vårdas omkring 11 000 patienter på sjukhus varje år relaterat till fall (2). Risken att falla är större för äldre personer beroende på bland annat sämre syn, hörsel och balans.

Under 2016 uppmärksammades fallolyckor i en nationell kampanj under vecka 40. Kampanjen ”Balansera mera” samordnades av Socialstyrelsen. Även 2015 var vecka 40 tidpunkten för den nationella kampanjen för att förebygga fallskador i vardagen. Då var Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) samordnare till ”Bättre balans”.

Fallolyckor inträffar också på våra sjukhus. En del av dem hade kunnat undvikas om åtgärder hade satts in eller varit av god kvalitet. De fallskador som hade kunnat undvikas vid ett vårdtillfälle definieras som (fall)vårdskador. SKL har gjort en sammanställning av vårdskador för perioden 2013-2015 med hjälp av metoden markörbaserad journalgranskning (MJG). Där kan man se att ungefär 100 000 patienter varje år drabbas av en vårdskada. Fallvårdskadorna utgör ca 5 % av alla vårdskador (3). I VGR har också en sammanställning gjorts med resultaten från MJG. Även i det materialet utgör fallvårdskador 5 % av alla vårdskador (4).

## Fallskador kan leda till allvarliga konsekvenser för patienten

Skadan för den enskilde patienten av ett fall kan vara allvarlig. Skadan kan orsaka frakturer, skador i huvud och halskotpelare eller så kan konsekvensen leda till dödsfall. 2015 dog det mer än 1000 personer i landet av sina skador efter ett fall. Det är en fördubbling sedan år 2000. I VGR var motsvarande siffra för 2015 ungefär 175 personer (1). Den största andelen av de 18 000 höftfrakturer som varje år sker i Sverige har fall som orsak (5). Förutom rent kroppsliga skador av fall är det också vanligt att det leder till fallrädsla. Det i sin tur kan leda till inaktivitet med minskat välbefinnande som följd (6).

## Fallvårdskador kostar sjukvården pengar

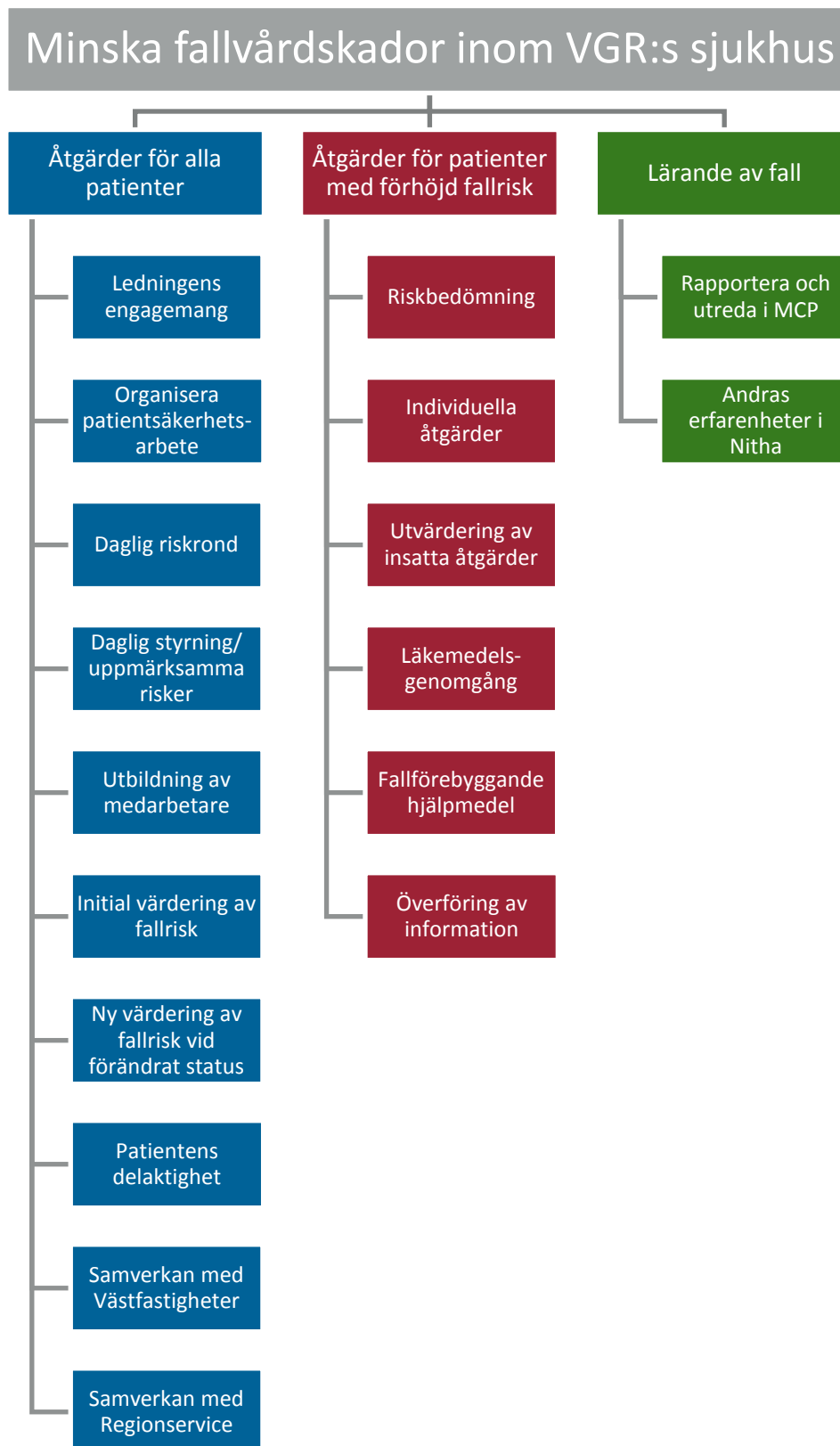
I SKLs rapport från 2016 om vårdskador har det framkommit att vårdskador i genomsnitt förlänger vårdtiden med 8 dagar. I VGR har också en sammanställning gjorts med resultaten från MJG. I det materialet förlängdes vårdtiden i genomsnitt med 5,4 dagar, men för fallvårdskador med 12 dagar. I VGR beräknas ett vårddygn kosta i genomsnitt 8000 kr. Detta leder till att fallvårdskador i VGR årligen kostar 40 – 50 Mkr/år (4).

## Tre strategiområden för att minska fallvårdskador

Fallpreventionspyramiden i SKL:s kunskapsunderlag ligger till grund för de tre strategiska områden som ingår i det fallpreventiva arbetet. Den första delen omfattar alla patienter, de som är inskrivna i slutenvården eller de som besöker sjukhuset. Den innehåller generella åtgärder och på så sätt blir fallpreventionen för patienterna också en arbetsmiljöåtgärd för medarbetarna i att förebygga fall. Den andra delen innefattar riktade åtgärder där en förhöjd fallrisk finns för de patienter som är inskrivna i den vuxna slutenvården. Åtgärderna är individuella beroende på vilka riskfaktorer som framkommit i riskbedömningen. Den tredje delen innehåller ett lärande på enhets-, klinik- och sjukhusnivå av de fall som har förekommit. Till grund ligger de utredningar av fallrapporter som har gjorts i avvikelserapporteringsystemet MedControl Pro.



Figur 1: Schematisk bild av de tre strategierna med tillhörande åtgärder



# Åtgärder som hör till respektive strategi

## Strategi för generella åtgärder för alla patienter

Denna del utgörs av generella åtgärder, vilka gagnar alla patienter som besöker eller vårdas på sjukhusen. Många olika komponenter omfattas av denna del, vilket speglar att patientsäkerhetsarbetet genomsyrar många olika verksamheter både i det direkta och i det indirekta vårdarbetet. På sjukhusens olika enheter och mottagningar utförs det direkta vårdarbetet.

## Ledningens engagemang

Ledningens engagemang är en nyckelfaktor för ett framgångsrikt preventionsarbete. SKL har i två studier beskrivit att en fokuserad ledning, som arbetar långsiktigt och systematiskt samt efterfrågar resultat är en framgångsfaktor (7, 8). Ledningen formulerar målet att alla undvikbara fallskador ska minimeras och den målsättningen genomsyrar alla verksamheter inom sjukhuset. Ledningar på olika nivåer efterfrågar resultat och olika processmått. Genom att fortsätta med regelbundna patientsäkerhetsronder följer ledningen upp resultat och det förbyggande arbetet. Patientsäkerhetsronderna utformas på olika sätt i VGR och ett förslag är att slå samman patientsäkerhetsrond med arbetsmiljörond och i den gemensamma rondens fokusera på fallförebyggande åtgärder.

## Organisera patientsäkerhetsarbetet

Patientsäkerheten stöds av att sjukhusen organiserar arbetet med att skapa strukturer på olika nivåer som arbetar för att nå målet att reducera vårdskador. SKL beskriver i Nationellt ramverk för patientsäkerhet att en av tre perspektiv för en säker vård är ett organiserat patientsäkerhetsarbete (9). I VGR är arbetet med fallprevention oftast utformat med ett fallombud på enhetsnivå. Fallombudet kan ha fler områden att bevaka. Fallombuden bildar grupper eller råd på klinik- eller områdesnivå där nyheter och erfarenheter utbyts. Verksamhetsutvecklare eller utvecklingsledare arbetar övergripande med patientsäkerhet där fallprevention ingår. Det finns ett regionalt nätverk för förebyggande av trycksår och fall, där de olika sjukhusen har representanter. Nätverket leds av patientsäkerhetsenheten i VGR.

## Daglig riskrond

Varje enhet där patienter vistas, bör som rutin kontrollera närmiljön kring patienterna, dagligen, flera gånger om dagen eller efter varje patient på mottagning eller dagkirurgi (10). Kontrollera då till exempel att spill är upptorkat, inga förlängningssladdar på golvet, britsar, sängar och stolar med hjul är låsta och att patientens gånghjälpmedel är lättillgängligt.

Riskronden benämns olika inom sjukhusen i VGR. Den kan kallas för omvårdnadsrond, egenkontroll eller snubbelrond.

## Daglig styrning/uppmärksamma risker

Många enheter inom VGRs sjukhus har någon form av förbättringstavla där händelser som kunnat medföra vårdskada uppmärksammas och personalen diskuterar behovet av åtgärder. Fall, och risker för fall brukar ingå i det som tas upp vid den dagliga genomgången. Det har visat sig att många fall inte blir rapporterade i avvikelshanteringssystemen (6). Genom att dagligen gå igenom händelser på enheten är förutsättningen bättre att fler fall blir uppmärksammade. Gröna korset är ett exempel på enhetens dagliga styrning med att identifiera och diskutera oönskade händelser och händelser som kunnat leda till vårdskador, vilket också ger ett underlag för ett systematiskt förbättringsarbete. Metoden möjliggör för medarbetarna att själva ta ett delansvar i att minimera risk för skador och vårdskador. Gröna korset har utvecklats på Södra Älvsborgs sjukhus. Metoden har spridit sig till flera enheter vid andra sjukhus i VGR och till andra sjukhus inom landet.

## Utbildning av medarbetarna

En faktor för ett framgångsrikt fallpreventivt arbete är att omvårdnadspersonalen har kunskap om risker och åtgärder för att förebygga fall (7, 8). Regeringen har gett Socialstyrelsen ”Uppdrag att ta fram och genomföra en utbildningsinsats för att förebygga fallolyckor”. Utbildningen ska vara klar senast i mars 2019 och kommer att vara webbaserad. Den vänder sig till personal verksamma inom hälso- och sjukvård och social omsorg (11). Inom VGR arbetar Sahlgrenska Universitetssjukhuset med att ta fram en film om fall och fallprevention för medarbetare. Filmen kommer att göras tillgänglig för andra sjukhus inom VGR.

Utbildning om risker och åtgärder för att förhindra fall anordnas på några sjukhus tillsammans med utbildning i förflyttningsteknik och i samband med introduktion av nyanställda.

## Initial fallriskvärdering

Den initiala fallriskvärderingen innehåller två frågor, vilka är beskrivna i SKLs kunskapsunderlag mot fall och fallskador (6). En av frågorna vänder sig till patienten eller närstående och den andra till personalen.

- ”Har du/patienten fallit under det senaste året?”
- ”Tror du att denna patient kommer att falla under vårdtiden på sjukhuset eller inom de närmaste månaderna i annan vård- och omsorgsverksamhet om ingen förebyggande åtgärd sätts in?”

Ett jakande svar på någon av frågorna signalerar en förhöjd fallrisk och en bedömning av fallriskfaktorer för den enskilde patienten ska göras. I Vårdhandboken finns beskrivet

riskfaktorer, vilka kan vara ett stöd för personalen vid fallriskvärderingen. Fallriskerna är grupperade utifrån diagnos och utifrån symtom enligt nedan.

Riskfaktorer utifrån diagnos	Riskfaktorer utifrån symtom
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akut hjärtsjukdom</li> <li>• Demens</li> <li>• Depression</li> <li>• Epilepsi</li> <li>• Hjärtsvikt</li> <li>• Kronisk obstruktiv lungsjukdom</li> <li>• Ledsjukdomar</li> <li>• Neuropati</li> <li>• Osteoporos</li> <li>• Parkinson</li> <li>• Stroke</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blodtrycksfall</li> <li>• Förvirring</li> <li>• Lågt Hb</li> <li>• Läkemedelsorsakade blodtrycksfall</li> <li>• Nedsatt kognitiv funktion</li> <li>• Nedsatt styrka och rörlighet</li> <li>• Nedsatt gångförmåga och förflyttningsförmåga</li> <li>• Nedsatt syn</li> <li>• Nykturi</li> <li>• Biverkan av läkemedel</li> <li>• Yrsel och störd balans</li> <li>• Undernäring</li> </ul>

#### Vårdhandboken *Risker och riskfaktorer*

Den initiala fallriskvärderingen ska ske inom ett dygn sedan vårdkontakten inletts. I SKLs kunskapsunderlag anges idag att den ska utföras för patienter 65 år och äldre och för vuxna patienter med kognitiva eller neurologiska sjukdomstillstånd. Vårdhandboken hänvisar till SKLs kunskapsunderlag för vilka som en riskbedömning ska göras. Flera av sjukhusen i VGR har utformat sina lokala dokumentationsrutiner och uppföljningsrapporter i enighet med ovan nämnda rekommendation, men om något sjukhus önskar att den initiala fallriskvärderingen ska omfatta fler är det inte något hinder.

## Ny fallriskvärdering vid förändrat status

Under vårdtiden på sjukhus kan patientens tillstånd förändras, ibland hastigt, vilket gör att också risken för fall förändras. Det är viktigt att omvårdnadspersonalen är uppmärksam på förändringen och bedömer om fallrisken har ökat (6). Har fallrisken ökat behöver en ny bedömning göras av vilka fallrisker som har uppkommit för att adekvata åtgärder ska kunna sättas in. För patienter i den dagkirurgiska verksamheten är det viktigt att vårdpersonalen är uppmärksam på patientens status efter ingreppet. I VGR uppmärksammas fallrisken förutom patientens tillstånd också med hänsyn tagen till ingreppets lokalisering, anestesi metod och postoperativ smärtlindring.

## Patientens delaktighet

En av de tre strategierna i det övergripande patientsäkerhetsarbetet i VGR är att patientens delaktighet ska vara hög. I det fallpreventiva arbetet innebär det bland annat att samtala, informera och undervisa patienten om tips och råd för egenvård. För detta ändamål finns inte

något gemensamt informationsmaterial i VGR utan varje sjukhus har arbetat fram olika lokala broschyrer och foldrar. Informationen är dock huvudsakligen på svenska språket och behovet är att det ska finnas översatt till fler språk. Det är önskvärt med ett gemensamt informationsmaterial i VGR, som är översatt till flera språk för patienter och närstående som ett komplement till den lokalt utformade informationen och muntlig information med hjälp av tolk.

## Samverkan med Västfastigheter

Det regionövergripande arbetet riktar in sig på en närmare samverkan med Västfastigheter. Västfastigheter har en viktig roll för patienternas närmiljö. Exempel på sådana faktorer är att det finns ledstänger och hur de är placerade, ljusinsläpp så att det inte blir ett bländande ljus, god belysning, markering av trappor och ojämnheter, bänkar att vila på i långa gångstråk och färgmarkering för att skapa kontraster för att underlätta rumsuppfattningen. PTS – Program för teknisk och funktionell standard är ett samverkansprojekt mellan 15 landsting och regioner. Västra Götalandsregionen är en av dem. Tanken är att skapa en nationell standard för vårdbyggnader och vårdrum och satsa på kunskapsuppbyggnad. I Västra Götaland arbetar Västfastigheter med de verktyg som finns framtagna i projektet. Det finns t.ex. riktlinjer för teknik, hygien och tillgänglighet, men inte för fallrisk (12). Genom att initiera en form av expertgrupp, med avseende på fallprevention, som kan vara ett stöd för Västfastigheter, skulle det kunna leda till ett närmare samarbete.

## Samverkan med Regionservice

På samma sätt kan samverkan med Regionservice också knytas närmare med tanke på fallskadeprevention. Det gäller inköp av möbler och utrustning, där det är viktigt att låsanordningar på hjul är lätta att komma åt och hantera, att det finns höj- och sänkbara funktioner på britsar undersökningsbord eller gynstolar som även är anpassade till de patienter som är kortväxta. Vilket utbud och utseende patientkläder har är också av betydelse som till exempel längd på byxben med eller utan muddar och en god tillgång på antihalksockor. För att öka tillgången på antihalksockor kommer dessa framöver att vara en del av cirkulationstvännen. Även städrutiner påverkar fallrisken. Om golven torkas av längs med eller tvärs över korridorer har betydelse för om det finns en torr yta att gå på eller inte.

## Strategi för riktade åtgärder till patienter med förhöjd fallrisk

För de patienter, där en förhöjd fallrisk har uppmärksammats måste en individuell riskbedömning göras. Utredningen kan visa att de generella åtgärderna inte är tillräckliga för att minska risken och då måste ytterligare åtgärder sättas in, vilka är riktade till patienten och dennes situation.

## Riskbedömning

När den initiala fallriskvärderingen har visat att patienten har en förhöjd fallrisk fortsätter vårdpersonalen med att bedöma vilken eller vilka riskfaktorer som finns. Till sin hjälp har vårdpersonalen något eller några bedömningsinstrument. Inom Västra Götalandsregionens sjukhus är Downton Fall Risk Index (DFRI) det mest använda och instrumentet ligger till grund för sjukhusens mallar för dokumentation av riskbedömning i patientjournalen. DFRI finns också beskriven i Vårdhandboken. Andra medlemmar i teamet kan använda andra instrument för att bedöma patientens riskfaktorer. Det är önskvärt att riskbedömning är teambaserad (6).

## Individuella åtgärder

När riskbedömningen är gjord har vårdpersonalen identifierat vilka faktorer som utgör en fallrisk för den enskilde patienten. Utifrån den kunskapen behöver fallpreventiva åtgärder sättas in. Åtgärder som är baserade på teamets utredning och insatser av olika professioner med påverkan på flera faktorer har en gynnsam effekt på antalet fall (6). Förutom att säkerställa att de generella åtgärderna i patientens närmiljö finns, behöver individuella åtgärder sättas in. Det finns många åtgärdsförslag i både i SKLs kunskapsunderlag och i Vårdhandboken under rubriken fallprevention/åtgärder på sjukhus. Insatta åtgärder ska dokumenteras. I VGR dokumenteras insatta åtgärder under olika rubriker i patientjournalen. En sammanfattande rubrik kan beskrivas som någon form av omvårdnadsplan.

## Utvärdering av insatta åtgärder

Patientens tillstånd kan förändras under vårdtiden, vilket leder till att insatta fallförebyggande åtgärder behöver utvärderas och eventuellt förändras. Dokumentationen av ändringar förs i den omvårdnadsplan eller liknande där de tidigare åtgärderna finns beskrivna.

## Läkemedelsgenomgång

Socialstyrelsen har studerat vilken påverkan olika läkemedelsgrupper har för fallrisken hos personer 65 år eller äldre. Resultatet visade att antidepressiva medel gav den högsta risken för fallskada, därefter kom opioider, sömnmedel och lugnande medel (13). Sjukhusen är skyldiga att erbjuda patienter som är 75 år eller äldre och som skrivs in i slutenvården eller besöker öppenvårdsmottagning en enkel läkemedelsgenomgång. Erbjudandet gäller om patienten har ordination på fem eller fler läkemedel eller har misstänkta eller konstaterade problem vilka är relaterade till läkemedel. Yrsel, blodtrycksfall synpåverkan kan vara problem som är beroende på läkemedel och bör föranleda en enkel läkemedelsgenomgång. Vid en enkel läkemedelsgenomgång kartläggs vilka läkemedel patienten är ordinerade och vilka som patienten använder och varför (14).

## Fallförebyggande hjälpmedel

En individuell riskbedömning ligger till grund för val av fallförebyggande hjälpmedel. Patientens förmåga att använda hjälpmedlet rätt måste också beaktas. Det bör alltid finnas möjlighet att ha tillgång till hjälpmedel på de olika enheterna. För att säkerställa tillgången på fallförebyggande hjälpmedel även för de enheter som sällan vårdar patienter med förhöjd fallrisk kan ett gemensamt förråd vara en lösning. Vårdhandboken ger många exempel på olika fallförebyggande produkter. Det är gånghjälpmedel, olika larm och larmtillbehör, produkter för att underlätta förflyttning till och från säng och stol eller utrustning i samband med personlig hygien (10). Det är viktigt att ha regelbunden funktionskontroll av de fallförebyggande produkterna och att introducera nya medarbetare i hantering och skötsel av den.

## Överföra information om förhöjd fallrisk

För de patienter som söker på akutmottagningen kan fallriskvärderingen påbörjas där. På många av VGRs akutmottagningar finns omsorgscoordinatorer, vilka har i sitt uppdrag att fallriskvärdera patienter som är sköra och 65 år eller äldre. Kommunerna kan också lämna information om förhöjd fallrisk i samband med att patienten söker akut vård, antingen elektroniskt i ett vårdplaneringssystem eller via pappersdokument. Ambulanspersonalen är en källa till information om fallrisker i hemmiljön som kan utvecklas mer i VGR.

Det är av stor vikt att all vårdpersonal som är delaktig i patientens vård har information om det finns en förhöjd fallrisk. Den är dokumenterat i patientjournalen, vilken alla har tillgång till som deltar i patientens vård. Det är också vanligt med muntliga rapporter mellan vårdlagen. På många enheter inom VGRs sjukhus finns en planeringstavla där dagsaktuella händelser uppmärksammas. På den kan också förhöjd fallrisk markeras med någon speciell färg eller med olika magnetpuckar, vilket kan tydliggöra för vårdpersonal som tillfälligt är på enheten till exempel för konsultation. Kännedom om patienten har en förhöjd fallrisk eller inte är också av vikt att förmedla till de som tillfälligt tar hand om patienten under vårdepisoden, till exempel vid röntgen och andra undersökningar. Patienttransportörer har också behov av att veta om förhöjd fallrisk föreligger. Vid några avdelningar inom VGR används ett gult armband med texten Fallrisk, vilket är fäst runt patientens handled efter att patientens samtycke har inhämtats, för att uppmärksamma all personal som deltar i någon del av patientens vård.

När patientens skrivs ut från sjukhuset gör sjuksköterskan en sammanfattning av patientens omvårdnadsinsatser och det fortsatta omvårdnadsbehovet. Där beskrivs om patienten har en förhöjd fallrisk och vilka fallpreventiva åtgärder som är vidtagna. Överföringen av information kommer från flera av teamets medlemmar. I de fall patienten har behov av fortsatt kontakt med primärvården eller kommunala insatser skickas sammanfattningen till berörd mottagare, som då får del av informationen. Vid vårdplaneringsmöten lämnas också information om förhöjd fallrisk och vilka åtgärder som det finns ett fortsatt behov av. I samband med utskrivningen från sjukhuset är det av vikt att höra efter om patienten och eventuellt de närstående har frågor kring de hjälpmedel som är nya, råd och innehåll i olika informationsbroschyrer.

Den öppna specialistvården, mottagningar och dagkirurgisk verksamhet, har också ett behov av att föra över information när en förhöjd fallrisk uppmärksammas och där det finns ett behov av uppföljning, då patientens egna resurser inte är tillräckliga. De informationskanalerna är få och behöver utvecklas mer. Där kan SUs remiss och rutin kallad PRIMUS vara en modell.

## Strategi för lärande av fall

Vid kartläggningen av hur det fallförbyggande arbetet bedrivs i VGRs sjukhus framkom att arbetsplatsträffen är det vanligaste forumet för återkoppling till medarbetarna på enhetens fallhändelser. I vissa fall får rapportören en personlig återkoppling och hos enstaka förvaltningar återkopplas åtgärderna till patienten. En snabb återkoppling av enhetens resultat har visat sig vara en framgångsfaktor, vilket beskrivs i de två studierna som SKL har gjort (7, 8).

## Rapportera och utreda fall och fallskador i avvikelshanteringssystemet (MCP)

Det tredje strategiområdet beskriver åtgärder efter ett fall. Förutom det individuella omhändertagandet av patienten i det akuta skedet kan också ett lärande ske. När ett fall har inträffat, oavsett om en skada har uppkommit eller inte, ska den förutom att journalföras också rapporteras i förvaltningens avvikelshanteringssystem (MCP). Utredning av fallet och analys av varför det skedde är ett led i enhetens lärande av vilka situationer och faktorer som utgör en risk för fall och fallskador. Utredningen kan visa att åtgärder för att förhindra nya fall behöver vidtas på den enskilda enheten. Det är därför angeläget att uppmuntra medarbetarna att rapportera alla fall i MCP för att upptäcka många faktorer och situationer som kan vara förenade med risk. Detta för att bidra till en stärkt patientsäkerhet. Förvaltningarna bör göra regelbundna sammanställningar av alla fall och arbeta övergripande och systematiskt med att följa upp och vidta åtgärder för att minska antalet fall eller lindra dess konsekvenser, vilket leder till en utveckling av patientsäkerheten. Ett långsiktigt och systematiskt arbete ger förutsättningar för goda resultat(7, 8).

## Lär av andras erfarenheter i Nitha kunskapsbank

För de avvikelser som behöver utredas ytterligare, i vissa fall för att vara ett underlag för ställningstagande till en Lex Maria anmälan, genomförs en händelseanalys. En händelseanalys är en metod för att identifiera bakomliggande orsaker till varför en negativ händelse uppkom. Det finns ett nationellt IT-stöd för arbetet med händelseanalyser kallat Nitha. I Nitha finns också en kunskapsbank där alla avslutade händelseanalyser från hela landet finns samlade. Syftet med kunskapsbanken är att stödja ett lärande utifrån andras



erfarenheter. Kunskapsbanken växer allteftersom fler händelseanalyser rapporteras in. Vid sökning på ordet *fall* i Nithas kunskapsbank blev det 128 träffar i oktober 2016 (15).

## Mäta och följa upp

### Regional uppföljning

Målet är att minska antalet fallvårdskador i Västra Götalandsregionen med hälften till 2018 jämfört med 2015. Den metod som i nuläget används för att mäta fallvårdskador i VGR är markörbaserad journalgranskning (MJG). Koncernkontoret sammanställer sjukhusens inrapporterade data och utifrån 2015 års resultat görs uppföljningen om fallvårdskadorna minskar i enlighet med målet. Antalet fall kan hämtas ur MedControl Pro (MCP), dock är det beroende av vårdpersonalens benägenhet att rapportera. I MCP rapporteras alla fall, även de som inte leder till skada, varför det behövs en manuell genomgång av data för att titta efter om någon skada uppstått och om den i så fall var undvikbar. Båda metoderna är tidskrävande varför det är önskvärt att arbeta med att ta fram en mindre resurskrävande metod för resultatmättet.

Det behöver utvecklas ett gemensamt verktyg i VGR för att kunna följa upp fallvårdskador regelbundet, förslaget är att använda Kvartalen. Kvartalen är ett webbaserat system, producerat av Registercentrum i VGR, som gör det möjligt för verksamheter att jämföra sig med kvaliteten i vården med andra sjukhus. Idag hämtas data till Kvartalen huvudsakligen från nationella kvalitetsregister. Svårigheten att följa fallvårdskador är att fånga data på ett enkelt sätt då fall både ska bedömas om det har lett till någon skada och om det var undvikbart. Inledningsvis kan ett processmått användas i Kvartalen, till exempel antalet fallskador.

### Lokal uppföljning

Sjukhusen använder MedControl Pro för att bland annat följa upp antalet fall. De olika sjukhusen har också tagit fram olika processmått för att följa upp det fallförebyggande arbetet. Andel riskbedömningar, andel riskbedömningar med insatta åtgärder är några exempel på processmått. Vilka processmått sjukhusen väljer är ett eget val utifrån de egna lokala förutsättningarna. Arbetet med att ta fram ett regionalt resultatmått bör utgå från att metoden kan användas även för sjukhusens uppföljning.

## Referenser

1. Socialstyrelsen. (2016). *Fler dör av fallolyckor*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2016>.
2. Socialstyrelsen. (2015). *Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2014*.
3. Sveriges Kommuner och Landsting. (2016). *Vårdskador vad trodde vi då – vad vet vi nu?*
4. Västra Götalandsregionen. (2016). *Vårdskadeutvecklingen och vårdresursanvändningen vid vårdskador i Västra Götalandsregionen. En analys av resultaten av markörbaserad journalgranskning inom somatisk slutenvård av vuxna under 2013-2015*. Hämtat från <http://www.vgregion.se/> vård och hälsa/ för vårdgivare/ patientsäkerhet/ patientsäkerhetsplan/ verktyg och metoder/ markörbaserad journalgranskning.
5. Socialstyrelsen. (2016). *Fallskador i vården*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden>.
6. Sveriges Kommuner och Landsting. (2011). *Fall och fallskador. Åtgärder för att förebygga*.
7. Sveriges Kommuner och Landsting. (2015). *Trycksår. Framgångsfaktorer för att förebygga*.
8. Sveriges Kommuner och Landsting. (2014). *Vårdrelaterade infektioner. Framgångsfaktorer som förebygger*.
9. Sveriges Kommuner och Landsting. (2015). *Nationellt ramverk för patientsäkerhet*.
10. Vårdhandboken. Hämtad från <http://www.vardhandboken.se>
11. Socialdepartementet. (2015). *Uppdrag att ta fram och genomföra en utbildningsinsats för att förebygga fallolyckor. Diarienummer: S2015/07797/FST*. Hämtat från <http://www.regeringen.se/> regeringsuppdrag/ 2015/ 12.
12. Västfastigheter. (2016). *PTS – Program för teknisk och funktionell standard*. Hämtat från <http://vastfastigheterintra.vgregion.se/sv/Vastfastigheter2/Vastfastigheter/Verksamhetsutveckling1/PTS>.
13. Socialstyrelsen. (2016). *Läkemedel som kan öka risken för fallskada eller mag-tarmblödning hos äldre. Fokus på antidepressiva läkemedel*.
14. Socialstyrelsen. (2013). *Läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel – en vägledning för hälso- och sjukvården*.
15. Nitha kunskapsbank. Hämtad från 2016-10-10 <http://nitha.lio.sjunet.org/learn>