Fallförebyggande arbete

UTBILDNINGSMATERIAL

Marina Arkkukangas
Gunilla Avby
Susanne Nygård
Camilla Thunborg

i Sörmland FoU
Kommuner & region i samverkan

Fallförebyggande arbete – utbildningsmaterial

Publicerad: 260901

Forte Tillämpad välfärdsforskning 2024

Projektnamn: Utveckla arenor för kollaborativt lärande

Referensnummer: 2023-01742

ISBN: 978-91-992169-0-4

Källhänvisning: Arkkukangas, M., Avby, G., Nygård, S. & Thunborg, C. (2026)

Grafisk design och illustration: Lena Stenbrink

260922

Förord

Denna fallbok är resultatet av ett forskningssamarbete mellan Region Sörmland, Sörmlands nio kommuner och Stockholms universitet, i projektet Utveckla arenor för kollaborativt lärande.

Vi vill rikta ett varmt tack till alla verksamheter som har deltagit i intervjuer, workshops och samverkansaktiviteter. Ett särskilt tack till våra samarbetspartners; Biståndskontoret i Eskilstuna kommun, Geriatriska avdelningen på Mälarsjukhuset, Skiftinge hemtjänstgrupp med tillhörande rehab-personal, Skiftinge Vårdcentral samt medlemmar i PRO, SPF, SKPF, och RPG som bidragit med tid, engagemang och värdefulla insikter. Vi vill också tacka våra granskare Felicia Gabrielsson Järhult, leg. sjukgymnast/universitetsadjunkt vid Jönköpings universitet, Hilmar Gerber, Specialist i allmänmedicin i Region Sörmland och Inger M Johansson, Ordförande NSPH-Hjärnkoll Gotland, som har kommit med nyttiga synpunkter samt de personer som vi fått följa i det dagliga arbetet i dessa verksamheter.

Projektet *Utveckla arenor för kollaborativt lärande* har finansierats av FORTE (dnr. 2023-01742)

Innehåll

4 Varför en Fallbok – och för vem?

5 Fallbok som utbildningsmaterial

6 Att arbeta med fall – att lära och utveckla arbetssätt för evidensbaserad fallprevention

7 Vägledning för arbete med fall

8 Fall-samling 1: Att lära och arbeta interprofessionellt

17 Fall-samling 2: Att lära och arbeta interorganisatoriskt

23 Betydelsen av att hitta former för fallpreventivt arbete

Forskargruppen

Marina Arkkukangas
Gunilla Avby
Susanne Nygård
Camilla Thunborg

Varför en Fallbok – och för vem?

Fallolyckor drabbar människor i alla åldrar, men risken ökar markant med stigande ålder. Var tredje person över 65 år faller i genomsnitt minst en gång per år, och bland personer över 80 år faller varannan minst en gång per år. Trots omfattande kunskap om hur fallolyckor kan förebyggas, visar europeiska trender att fallolyckorna ändå ökar.

För den drabbade innebär ett fall ofta en livsomvälvande händelse. Många beskriver en tydlig upplevelse av ett ”före och efter” ett fall. Orsakerna bakom en fallolycka är ofta komplexa, en blandning av riskfaktorer kopplade till individen, omgivningen och beteendet. Efter en första fallhändelse tillkommer dessutom ytterligare faktorer som ökar sannolikheten för nya fall.

Därför är det avgörande att systematiskt identifiera och förstå dessa faktorer, både innan och efter att en fallolycka har inträffat. I dag finns gedigen kunskap om vilka insatser som är verksamma, men utmaningen ligger i att omsätta denna kunskap i praktisk handling, i rätt tid och på rätt sätt.

Kunskapsstöd för fallprevention

För att kunskapen ska kunna omsättas i praktiken behöver den vara lättillgänglig och gemensam för alla som arbetar med fallprevention. Arbetet kräver både struktur, samsyn och ett gemensamt språk.

Kunskapsstödet för fallprevention innehåller riktlinjer för arbete med att förebygga fallolyckor och är utvecklat för att erbjuda ett enhetligt, evidensbaserat ramverk som stödjer ett systematiskt och samordnat arbetssätt. Det innehåller tydliga steg för att identifiera fallrisk, tillförlitliga bedömningsunderlag och möjlighet att följa ett flödesschema för att bedöma och välja ändamålsenliga åtgärder. En viktig utgångspunkt i det fallpreventiva arbetet är också att tillsammans med den äldre vuxna, och när det är aktuellt anhöriga, skapa förutsättningar för trygghet och självständighet, i linje med preventionsarbetet för bättre liv och hälsa.

Syftet med ett enhetligt kunskapsstöd är att minska variationen i hur det fallpreventiva arbetet genomförs och säkerställa att den kunskap som används utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet. Att använda kunskapsstödet i praktiken innebär alltså att öka kunskapen om hur man bör göra för att utveckla evidensbaserade arbetssätt, som stärker förutsättningarna för hälsa, självständighet och god livskvalitet.

Fallbok som utbildningsmaterial

Eftersom det finns begränsad tid och begränsade resurser för att sätta sig in i alla de bedömningsunderlag och åtgärder som kunskapsstödet erbjuder, är det viktigt att bedöma vad som är möjligt att göra för att utveckla fallpreventiva arbetssätt i praktiken.

Att diskutera konkreta fall är ett sätt att lära sig använda kunskapsstödet. Därför har vi tagit fram detta utbildningsmaterial i form av en fallbok.

I utbildningsmaterialet presenteras ett antal konkreta fall som kan användas för att främja lärande och stödja utvecklingen av ett evidensbaserat fallpreventionsarbete i praktiken. Fallboken är därmed utformad som ett stöd för reflektion, dialog och gemensamt utforskande, snarare än som en manual med färdiga lösningar och detaljerade instruktioner. Ambitionen är att bidra till meningsskapande kring den komplexa fallproblematiken och att skapa förutsättningar för lärande som tar sin utgångspunkt i erfarenheter, samarbete och lokala utmaningar.

I denna fallbok beskrivs två typer av fall utifrån de studier vi har gjort inom hemtjänst, kommunal rehabilitering, bistånd, vårdcentral och geriatrik.

Fallboken tar bara upp ett antal exempel på fall, självklart finns det många andra exempel i er egen verksamhet. Lägg gärna till fall från er egen verksamhet och fortsätt att utforska dem med boken som inspiration.

Två typer av fall

I det här materialet presenterar vi två typer av fall utifrån de studier vi har gjort inom hemtjänst, kommunal rehabilitering, bistånd, vårdcentral och geriatrik.

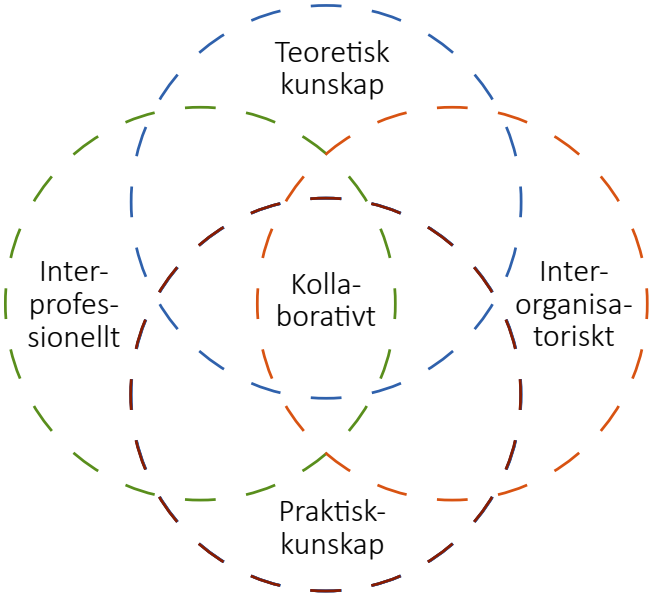
1. Fall som handlar om att bedöma en individs fallrisk och möjliga åtgärder för fallprevention med hjälp av kunskapsstödet.
2. Fall som kräver samarbete över organisatoriska gränser för att undanröja hinder för att fallpreventivt arbete ska fungera i praktiken, med hjälp av kunskapsstödet.

Definition av fall

Fall är en oväntad händelse då en person hamnar på marken, golvet eller lägre nivå – oavsett om personen blir skadad eller inte.

Att arbeta med fall – att lära och utveckla arbetssätt för evidensbaserad fallprevention

För ett evidensbaserat fallpreventionsarbete är det viktigt att främja kollaborativt lärande, där både teoretisk och praktisk kunskap tas till vara. Kollaborativt lärande innebär att skapa gemensamma forum och strukturer för kunskapsutbyte mellan olika professioner, verksamheter och kunskapsformer. Genom ett sådant arbetssätt kan det fallpreventiva arbetet utvecklas i nära samspel med praktiken och den äldre personen, med fokus på gemensamt lärande, reflektion och kontinuerlig förbättring.



Figur 1. En modell för kollaborativt lärande

Den kollaborativa lärmodellen syftar till att lära genom att:

1. förena teoretisk och praktisk kunskap,
2. lösa problem interprofessionellt det vill säga mellan professioner,
3. lösa problem över organisatoriska gränser.

I figur 1 presenteras den modell för kollaborativt lärande som vi har utvecklat i våra studier. ***Teoretisk kunskap*** utvecklas ur en systematisk och strukturerad process, som innebär en grundlig analys av de problem som studeras. Denna kunskap brukar kallas evidens eller forskningsbaserad kunskap. ***Praktisk kunskap*** å sin sida används för att lösa problem som uppstår i vardagen och arbetet. Den kunskapen utvecklas gradvis ur erfarenheter och manifesteras i yrkeskunnande och expertis.

Genom ett samspel mellan teoretisk och praktisk kunskap om fallprevention kan nya sätt att definiera problem och söka lösningar upptäckas. Därför behöver båda kunskapsformerna integreras för att utveckla det fallpreventiva arbetet.

Den kollaborativa lärmodellen fokuserar på att främja lärande mellan professioner och verksamheter, utifrån individens fokus. Detta är centralt eftersom fallprevention berör flera aktörer med olika kompetenser och ansvarsområden. Genom att diskutera gemensamma problem och lösningar kan olika professioner och verksamheter lära av varandra, utveckla en samsyn och därmed se till att fallpreventionsarbetet fungerar.

Samarbete mellan professioner, ett ***interprofessionellt samarbete***, möjliggör att olika kunskaper kompletterar varandra, exempelvis medicinska, rehabiliterande och sociala perspektiv, vilket stärker kvaliteten i det fallpreventiva arbetet. När lärandet dessutom sträcker sig över verksamhetsgränser, i ett ***interorganisatoriskt lärande,*** skapas ännu bättre förutsättningar för kontinuitet och en sammanhållen vård- och omsorgskedja.

Sammantaget skapar kollaborativt lärande förutsättningar för ett mer integrerat arbetssätt där kompetenser, ansvar och insatser knyts samman. Det bidrar till minskad fragmentering, stärkt samordning och i förlängningen en säkrare och mer personcentrerad vård.

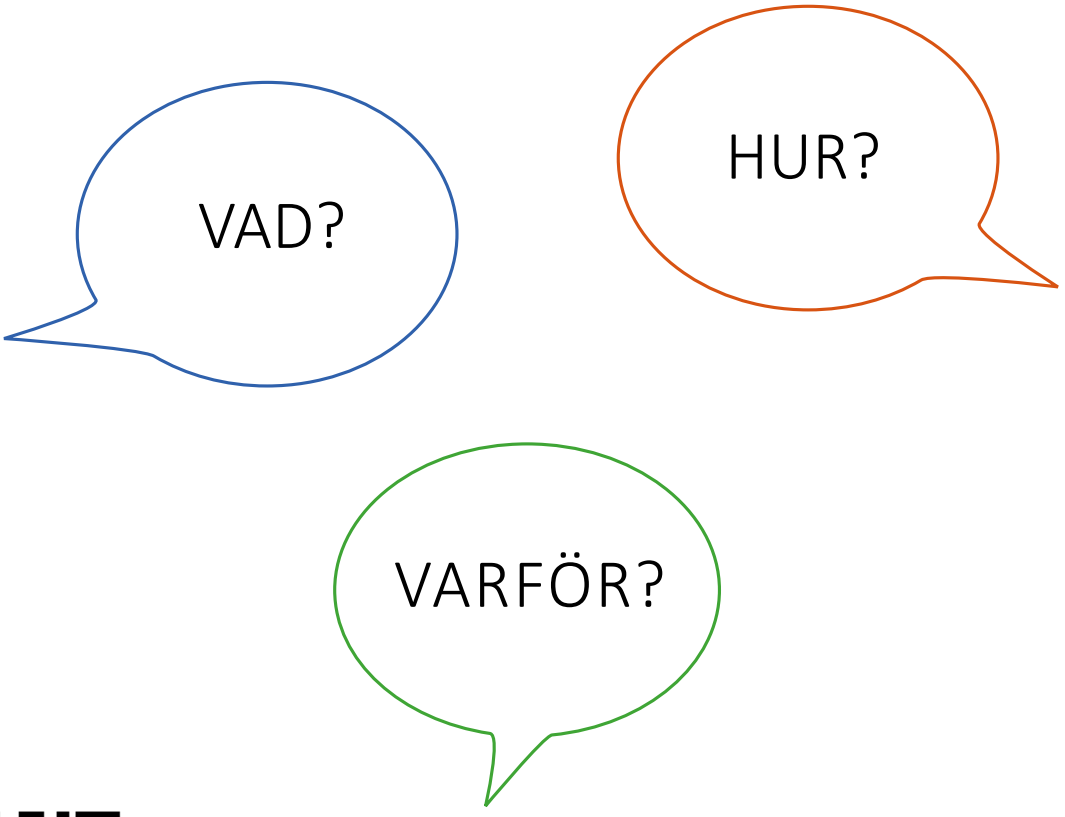
Vägledning för arbete med fall

För att få ut så mycket som möjligt av arbete med fall, kommer här en vägledning för hur ni kan lägga upp arbetet. Vi föreslår att ni använder befintliga mötesforum för detta arbete. Räkna med att varje fall tar mellan 20 och 30 minuter.

Ha gärna kunskapsstödet för fallprevention till hands vid arbetet. (Se QR-kod nedan)

Börja med att dela upp er i grupper. Vi rekommenderar att det är max åtta personer i varje grupp. Utse en ledare i varje grupp för arbetet med fallen. Ledaren läser upp den här vägledningen för gruppen. Välj ett fall att arbeta med, utifrån det urval av relevanta fall ni har fått.

1. Var och en av deltagarna i gruppen läser fallet, funderar och svarar på frågorna, individuellt.
2. Var och en berättar för de andra i gruppen om hur man tänker kring fallet.
3. Deltagarna diskuterar frågorna gemensamt.
4. Deltagarna kommer överens om en gemensam lösning av fallet i er verksamhet, eller i samverkan med andra verksamheter.



QR-kod till Kunskapsstöd för fallprevention – FoU i Sörmland

Fall-samling 1

Att lära och arbeta interprofessionellt

I den kollaborativa lärmodellen för vi diskussioner och reflekterar gemensamt kring individen. Vi gör en bedömning av fallrisk och åtgärder tillsammans, utifrån våra olika professioners perspektiv. Arbetet tar sin utgångspunkt i konkreta fall och vi lär tillsammans i nära anslutning till praktiken.

Behovet av interprofessionell samverkan varierar beroende på individens situation. Ju högre fallrisk en person har, desto större är behovet av att flera professioner involveras i bedömning och beslutsfattande. Att arbeta med och reflektera över konkreta fall gör det möjligt att lära över professionella gränser, där våra olika perspektiv synliggörs och integreras.

Samtidigt behöver vi göra avvägningar i varje enskilt fall, både när det gäller vilka professioner som bör involveras och i vilken omfattning samarbetet ska ske.

Fall i del 1

Sid 9 FALL A: Arne

Sid 10 FALL B: Berit

Sid 11 FALL C: Carl

Sid 12 FALL D: Doris

Sid 13 FALL E: Ewa

Sid 14 FALL F: Folke

Sid 15 FALL G: Gun

Sid 16 FALL H: Hannah

FALL A: Arne

Arne är en 89-årig man som bor ensam i en lägenhet och får hjälp av hemtjänsten fyra gånger om dagen. Han har nyligen diagnostiserats med demens och har sedan tidigare även diabetes och högt blodtryck. Han får mediciner två gånger om dagen, men vägrar att ta två av sina mediciner, däribland blodtrycksmedicinen som precis har justerats (ökats).

Inomhus rör sig Arne självständigt, men han använder en rullstol när han är utomhus. Han har rätt till en promenad i veckan med hemtjänst, där han tränas att gå med stöd av rullstolen. Målet är att han ska gå så långt han orkar och sätta sig när han blir trött.

Arne har tidigare ramlat i hemmet vid uppresningar, men lyckligtvis inte skadat sig allvarligt. Han verkar vara obekymrad och sakna insikt om sin egen fysiska status.

Efter jul var hela golvet täckt av julsaker, vilket gjorde det svårt att ta sig fram. Kontaktpersonen från hemtjänsten lyckades övertyga Arne att packa undan julsakerna i kartonger. Några av kartongerna står nu längs en vägg, men det finns fortfarande en massa prylar och kartonger kvar på golvet. Det är oklart om Arne förstår vikten av att hålla gångytorna fria. Han verkar inte uppleva detta som ett problem och vill inte att hemtjänsten ska lägga sig i hur han har det hemma.

Hemtjänsten har haft viss kontakt med Arnes son, men sonen har inte heller full insikt i problemen kring Arnes hemsituation.

Frågor att diskutera

1. Vilken fallrisknivå har Arne och varför?
2. Vilka bedömningar och åtgärder behöver göras utifrån bästa tillgängliga kunskap?
3. Hur löser ni det här i er verksamhet och vad blir konsekvenserna om ni inte löser det?

FALL B: Berit

Berit är en 82-årig kvinna som bor ensam i en lägenhet. Hon får besök av hemtjänsten två gånger om dagen för stöd med medicinering och personlig omvårdnad. Hon lider av en uttalad rädsla för att falla och säger till hemtjänsten att hon inte vill springa runt för att hon är så rädd att ramla.

Berit har tidigare ramlat i badrummet, utan allvarliga skador och hon har inte uppsökt vård på grund av fall. Berit känner sig ibland lite ensam och har ett begränsat socialt umgänge. Det bidrar till att hon stundtals känner sig ganska nedstämd. Hon har två döttrar men hemtjänsten har inte haft kontakt med dem eftersom Berit inte gärna delar med sig av sitt privatliv.

Berit har nyligen fått nya glasögon eftersom de gamla gick sönder vid fallet i badrummet. Hon har inte riktigt vant sig vid de nya än. Eftersom hon tycker om att lösa korsord är glasögonen viktiga för henne.

Berit sitter gärna i en fåtölj och slumrar lite om dagarna för att vila upp sig. Hon sover nämligen väldigt dåligt på nätterna eftersom hon går på toaletten flera gånger varje natt.

Berit är relativt självständig när hon förflyttar sig inomhus, men använder ibland en rollator för stöd. Hon undviker längre promenader utomhus och rör sig bara kortare sträckor inomhus, även om hon egentligen har förmågan att gå längre.

Den senaste tiden har Berit inte velat släppa in hemtjänsten. Ibland får de komma in men det blir mer och mer ofta som hon tackar nej till hjälpen.

Frågor att diskutera

1. Vilken fallrisknivå har Berit och varför?
2. Vilka bedömningar och åtgärder behöver göras utifrån bästa tillgängliga kunskap?
3. Hur löser ni det här i er verksamhet och vad blir konsekvenserna om ni inte löser det?

FALL C: Carl

Carl är en 75-årig man som bor tillsammans med sin fru i en villa. Carl har alltid varit mycket aktiv. Han har ett stort intresse för trädgårdsarbete och promenerar dagligen i området. På senare tid har han dock märkt att hans styrka och balans har försämrats. Han upplever att han inte längre orkar arbeta lika länge i trädgården och att han ibland blir yr när han reser sig upp för snabbt.

Han har tidigare motvilligt varit i kontakt med vårdcentralen angående detta men har inte fått någon specifik behandling. Vid ett tillfälle snubblade han på en sten i trädgården och föll nästan, men lyckades ta tag i ett träd och förhindra fallet. Han känner sig nu mer osäker, särskilt vid promenader, men vill inte minska på sin aktivitet eftersom han alltid har varit självständig.

Carl klarar fortfarande att gå utan hjälpmedel, men hans gång är något långsammare och han behöver stanna för att vila oftare. Han är motvillig till att använda gånghjälpmedel och säger att det skulle begränsa hans frihet. Han sköter sitt hushåll och dagliga aktiviteter, men vissa tyngre uppgifter börjar bli svårare att genomföra.

Frågor att diskutera

1. Vilken fallrisknivå har Carl och varför?
2. Vilka bedömningar och åtgärder behöver göras utifrån bästa tillgängliga kunskap?
3. Hur löser ni det här i er verksamhet och vad blir konsekvenserna om ni inte löser det?

FALL D: Doris

Doris är en 78-årig kvinna som bor i en lägenhet och har ett rikt socialt liv. Hon deltar regelbundet i senioraktiviteter som gympa, promenader och kyrkans träffar.

Under det senaste året har hon börjat märka att det tar längre tid att ta sig till aktiviteter och att hon blir tröttare än tidigare vid längre promenader. Hon har också börjat uppleva stelhet i knäna och höfterna, vilket gör att hon ibland undviker aktiviteter hon tidigare älskade. Hon är medveten om förändringarna och känner en viss oro för framtiden, men vill ändå fortsätta vara aktiv så länge som möjligt.

Doris rör sig självständigt, men har börjat använda en promenadstav vid längre promenader. Hon märker att hon inte längre klarar samma intensitet på gympan och blir snabbt andfådd. Hon har anpassat sina aktiviteter något men känner en frustration över att inte längre kunna hålla samma tempo som tidigare. Trots att hon ibland har smärtor i lederna, är hon fast besluten att fortsätta vara så aktiv som möjligt.

Frågor att diskutera

1. Vilken fallrisknivå har Doris och varför?
2. Vilka bedömningar och åtgärder behöver göras utifrån bästa tillgängliga kunskap?
3. Hur löser ni det här i er verksamhet och vad blir konsekvenserna om ni inte löser det?

FALL E: Ewa

Ewa är en 68-årig kvinna som bor ensam i en lägenhet på tredje våningen utan hiss. Hon har nyligen gått i pension efter ett långt och aktivt yrkesliv.

Hon har alltid varit pigg och rört sig mycket, men på senare tid har hon blivit mer stillasittande. Tidigare gick hon dagliga promenader, men nu känner hon inte samma motivation att gå ut och väljer i stället att läsa böcker eller titta på TV större delen av dagen. Hon har inga uttalade fysiska besvär och upplever inte att hon har problem med styrka eller balans, men hennes aktivitetsnivå har minskat markant.

Hennes barn har uppmuntrat henne att röra sig mer för att hålla sig frisk, men hon ser inte sin stillasittande livsstil som ett problem. Ewa rör sig fortfarande obehindrat och klarar alla dagliga aktiviteter utan problem. Hon har ännu inte behövt justera sina dagliga rutiner, men det minskade antalet promenader och det ökade stillasittandet börjar påverka hennes energinivåer och psykiska välmående.

Frågor att diskutera

1. Vilken fallrisknivå har Ewa och varför?
2. Vilka bedömningar och åtgärder behöver göras utifrån bästa tillgängliga kunskap?
3. Hur löser ni det här i er verksamhet och vad blir konsekvenserna om ni inte löser det?

FALL F: Folke

Folke är 70 år och nyligen pensionerad. Han lever med sin fru i en villa och har tidigare haft en aktiv livsstil, där han ofta cyklade och spelade golf. Hans fru arbetar fortfarande så han tillbringar en hel del tid på egen hand.

På senare tid har han dock blivit mer inaktiv, främst på grund av att han känner att han orkar mindre. Även om han fortfarande går ut och spelar golf med sina vänner, gör han det mer sällan än tidigare och undviker ofta att gå längre promenader.

Han upplever inga tydliga balansproblem eller nedsatt styrka i sin vardag, men har märkt att han behöver sätta sig ner oftare och att det tar längre tid att återhämta sig efter en fysisk aktivitet. Han funderar nu på om det är åldern som börjar ta ut sin rätt och om han kanske behöver anpassa sin livsstil.

Folke har inte råkat ut för några tidigare fall eller ens varit nära att ramla, men han känner sig något mer försiktig när han rör sig på ojämnt underlag eller går i trappor. Han har ännu inte diskuterat dessa förändringar med sin familj eller vid kontakt med vården, men han börjar själv fundera över om han borde göra mer för att behålla sin fysiska och mentala hälsa.

Frågor att diskutera

1. Vilken fallrisknivå har Folke och varför?
2. Vilka bedömningar och åtgärder behöver göras utifrån bästa tillgängliga kunskap?
3. Hur löser ni det här i er verksamhet och vad blir konsekvenserna om ni inte löser det?

FALL G: Gun

Gun är en 82-årig kvinna som bor ensam i en villa. Hon klarar sig mestadels själv, men får hjälp av hemtjänsten med mediciner och måltider två gånger om dagen. Hon är sedan flera år en återkommande patient på geriatriken på grund av fall, yrsel och problem med instabilt blodtryck och vätskebalans. Under det senaste året har närstående och hemtjänsten noterat att hon blivit mer glömsk och har svårt att hålla ordning i vardagen, men ingen formell utredning har gjorts.

Hon har flera kroniska sjukdomar, bland annat högt blodtryck, hjärtsvikt och artros och står på många olika läkemedel. Hemtjänsten har upprepade gånger uppmärksammat att Gun ibland hoppar över mediciner, när de inte är där, särskilt på eftermiddagar och kvällar. Hon beskriver själv att hon ”redan tar så många tabletter” och att blodtrycksmedicinen gör henne trött. Följsamheten har varit låg även efter att doserna nyligen justerats.

När Gun är hemma, rör hon sig långsamt och tar ofta stöd mot möbler och väggar. Rollatorn använder hon bara ibland, och hemtjänsten har observerat att hon ofta glömmer bort var den står. Hon har fallit två gånger i hemmet det senaste halvåret, vilket har ökat hemtjänstens oro även om Gun själv bagatelliserar händelserna.

Bostaden är viktig för Gun, men den är rörig och har många saker att snubbla på. Tidningar, post och medicinförpackningar ligger i högar på borden. Flera mattor ligger utspridda på golvet, trots att hemtjänsten har rekommenderat henne att ta bort dem på grund av fallrisken. Gun motsätter sig detta och menar att hon ”vill ha det som hon alltid har haft det”.

Vid Guns senaste sjukhusvistelse, som skedde för att utreda hennes blodtrycksfall, ramlade hon på avdelningen när hon försökte resa sig för att gå på toaletten. Hon slog sig inte allvarligt men blev skärrad och personalen noterade en tydlig ostadighet och trötthet. På grund av fortsatt yrsel och försämrat allmäntillstånd är hon nu inlagd igen för vidare bedömning.

Gun har en dotter som bor i en annan stad. Kontakten är god men begränsad till telefonsamtal och helgbesök. Dottern upplever ofta att Gun låter pigg när de pratar och har svårt att förstå omfattningen av problemen i vardagen. Hon känner till att Gun har många mediciner, men inte hur oregelbundet hon tar dem eller hur ofta hon har fallit.

Frågor att diskutera

1. Vilken fallrisknivå har Gun och varför?
2. Vilka bedömningar och åtgärder behöver göras utifrån bästa tillgängliga kunskap?
3. Hur löser ni det här i er verksamhet och vad blir konsekvenserna om ni inte löser det?

FALL H: Hannah

Hannah är en 78-årig kvinna som bor tillsammans med sin make Lars i ett radhus. De har klarat sig själva i många år och har en aktiv vardag med promenader, umgänge med barnbarnen och regelbundna besök på den lokala pensionärsföreningen. Under det senaste året har Lars dock blivit alltmer orolig för Hannahs förändrade beteende och söker därför hjälp på vårdcentralen.

Lars berättar för sjuksköterskan att Hannah vid flera tillfällen glömt att stänga av spisen. En gång märkte han röklukt och när han kom in i köket fann han en gryta som kokat torr. Vid ett annat tillfälle gick Hannah hemifrån och lämnade levande ljus brinnande på vardagsrumsbordet. Hon blev irriterad när han påpekade det och menade att hon ”nog visste vad hon gjorde”, även om hon inte mindes att hon tänt ljuset.

Utöver detta har Lars noterat att Hannah dricker alltmer alkohol. Hon har sedan länge uppskattat ett glas vin till maten, men numera blir det ofta flera glas och ibland även på eftermiddagen. När Lars försökt prata med henne om detta har hon avfärdat det och sagt att hon bara ”unnar sig lite”.

Lars beskriver också att Hannah blivit ostadig när hon går. Hon tar gärna stöd mot möbler och väggar, särskilt på kvällarna. Flera gånger har hon snubblat till och en gång ramlade hon i hallen utan att skada sig. Hon skrattade bort händelsen, men Lars upplevde att hon inte riktigt verkade förstå hur nära det var att gå illa.

Han berättar dessutom att Hannah ofta glömmer var hon lagt sina saker, ställer samma frågor flera gånger och ibland tappar tråden mitt i ett samtal. Hon har även haft svårt att hitta ord och blir då lätt frustrerad. Lars känner att han måste “hålla koll” allt oftare och att vardagen blivit mer ansträngande.

Trots dessa förändringar säger Hannah själv att allt är som vanligt och att Lars oroar sig i onödan. Hon vill inte gärna följa med till vårdcentralen och tycker att de “inte behöver störa vården med småsaker”. Lars upplever däremot att han inte längre kan hantera situationen ensam och är rädd att något allvarligt ska hända om de inte får hjälp.

Frågor att diskutera

1. Vilken fallrisknivå har Hannah och varför?
2. Vilka bedömningar och åtgärder behöver göras utifrån bästa tillgängliga kunskap?
3. Hur löser ni det här i er verksamhet och vad blir konsekvenserna om ni inte löser det?

FALL-samling 2

Att lära och arbeta interorganisatoriskt

För att förebygga fall hos äldre krävs även ett arbete över organisatoriska gränser. Erfarenheter visar att fallpreventiva insatser inom en enskild verksamhet inte är tillräckliga om de inte följs upp och samordnas efter att en person byter vård eller omsorgsnivå. Ett exempel är när en sjukhusavdelning bedriver ett aktivt fallpreventivt arbete, men där personen faller efter utskrivningen och kommer tillbaka till sjukhuset. Detta synliggör behovet av ett sammanhållet arbetssätt.

Att lära över organisatoriska gränser innebär att utveckla förståelse för varandras uppdrag, arbetssätt och förutsättningar, samt att gemensamt identifiera och lösa problem som påverkar det fallpreventiva arbetet. Det handlar om att skapa fungerande strukturer för samverkan, där kunskap delas och insatser följs genom hela vård- och omsorgskedjan.

Interorganisatoriskt lärande omfattar både olika personalgrupper och ledningsnivåer, eftersom förändringar ofta kräver stöd i organisationens strukturer och arbetssätt. Detta arbete innebär också att identifiera och undanröja hinder för samverkan samt att skapa gemensamma arbetssätt som gynnar kontinuitet och kvalitet.

Fall i del 2

Sid 18 FALL 1: Samverkan i hemtjänst

Sid 19 FALL 2: Samverkan mellan vårdcentral och särskilt boende

Sid 20 FALL 3: Tidiga insatser

Sid 21 FALL 4: Samverkan mellan sjukhus och anhöriga

Sid 22 FALL 5: Samverkan mellan sjukhus och hemtjänst

FALL 1: Samverkan i hemtjänst

Sirpa är 84 år och bor ensam i sin lägenhet, med daglig hjälp från hemtjänsten. Hon är rörlig men har nyligen börjat använda rollator inomhus.

Hemtjänsten i hennes kommun har beslutat att alla brukare ska screenas med hjälp av det nya kunskapsstödet för fallrisk. Personalen tar sig an uppgiften med stort engagemang och genomför screeningen på samtliga brukare inom två månader. Brukarna delades in i tre grupper: lågrisk, mellanrisk och högrisk.

Sirpa hamnar i mellanriskgruppen. Inga åtgärder baserat på resultaten genomförs, utan arbetet avstannar, delvis på grund av ett chefsbyte, delvis för att ingen har ett formellt ansvar att driva arbetet vidare.

Sex månader senare beslutar den nya chefen att arbetet ska återupptas. De brukare som har hamnat i mellanriskgruppen ska lyftas i Teamsamverkan, som är ett tvärprofessionellt samverkansforum med representanter från kommunen (hemtjänst, arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska, biståndsbedömare och larmgruppen) samt från vårdcentralen (sjuksköterska).

När Sirpas fall presenteras visar det sig att hon har fallit två gånger sedan screeningen, utan att någon åtgärd satts in. Det blir tydligt att screening utan uppföljning inte räcker.

Frågor att diskutera

1. Varför ledde inte screeningen till åtgärd?
2. Vilken typ av samverkan och vilka arbetssätt krävs för att åtgärden ska bli genomförd?
3. Vilka olika professioner behöver vara involverade i det här fallet, och varför?

FALL 2: Samverkan mellan vårdcentral och särskilt boende

Benjamin är 87 år, bor på ett särskilt boende och har omfattande omsorgsbehov.

Han har Parkinsons sjukdom och har fallit flera gånger under det senaste året. Boendet har ett samarbete med den lokala vårdcentralen, där en sjuksköterska och en läkare gör regelbundna besök.

Efter ett fall där Benjamin bröt handleden, blev han inlagd på en geriatrisk avdelning för rehabilitering innan det särskilda boendet kunde ta emot honom igen. Med hjälp av kunskapsstödet genomförde geriatriken då en fallriskbedömning med Benjamin och satte upp en individuell åtgärdsplan till honom. Planen diskuterades i teamet på avdelningen innan utskrivningen.

Tre månader efter att Benjamin kom tillbaka till det särskilda boendet har han ännu inte fallit igen, men personalen ser att det finns en stor risk för fall och känner sig inte trygga i hur de ska förebygga nya fall. Personalen på boendet har inte tagit del av den individuella åtgärdsplanen.

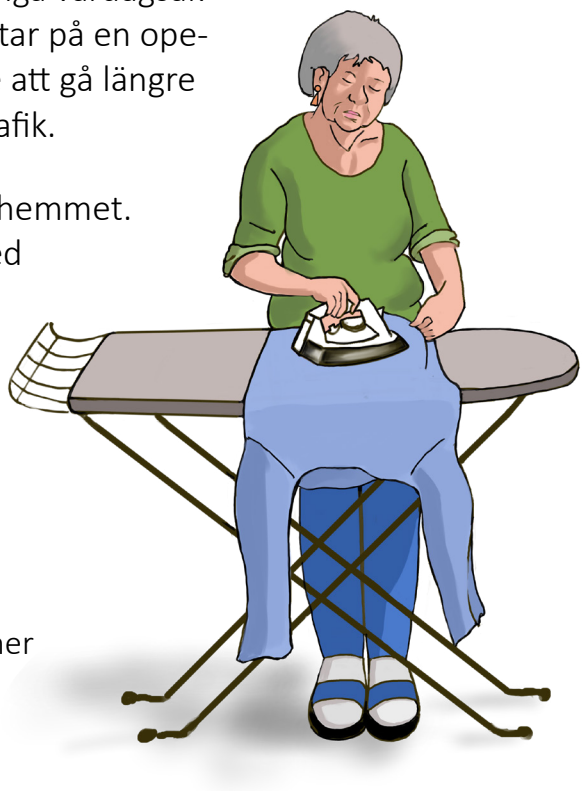
Samverkan mellan parterna upplevs ske oplanerat, ofta först efter att ett fall har inträffat. Det är oklart vem som har ansvar för att initiera insatser och följa upp dem.

Frågor att diskutera

1. Varför överfördes inte åtgärdsplanen från geriatriken till det särskilda boendet?
2. Hur kan man arbeta för att informationen ska följa med individen?
3. Hur kan olika verksamheter samverka förebyggande vid känd fallrisk?
4. Hur kan ansvar för fallpreventiva insatser tydliggöras och följas upp när flera aktörer är inblandade?

FALL 3: Tidiga insatser

Ingrid är 79 år och bor ensam i en lägenhet i ett mindre samhälle. Hon har ingen hjälp från hemtjänsten och är självständig i många vardagsaktiviteter. Hon har långtgående artros i höften och väntar på en operation. Smärtan och stelheten gör det svårt för henne att gå längre sträckor, ta sig till hållplatser och resa med kollektivtrafik.

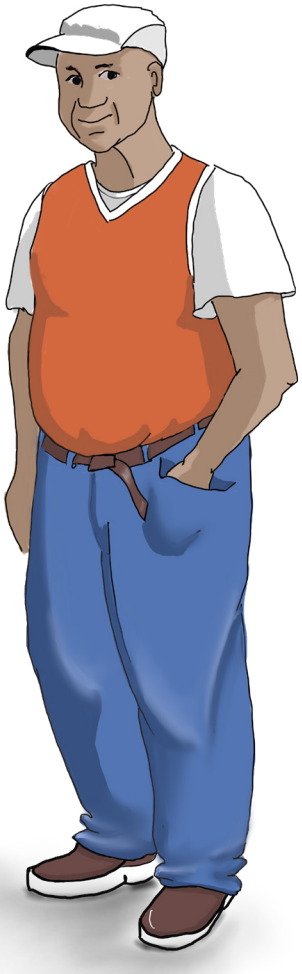


Ingrid har svårigheter att ta sig till aktiviteter utanför hemmet. Hon har ansökt om färdtjänst, men har fått avslag med motiveringen att hon inte har tillräckliga svårigheter att förflytta sig. Ingrid har dock nedsatt hörsel vilket gör att hon känner sig mer osäker i trafiken.

Frågor att diskutera

1. Vilken fallrisknivå har Ingrid och varför?
2. Hur kan vi i samverkan identifiera och stödja personer som Ingrid, som inte har några insatser, och vems ansvar är det?
3. Vilka kan vi samarbeta med för att förebygga att Ingrid faller?

FALL 4: Samverkan mellan sjukhus och anhöriga



Adam är en 86-årig man som bor tillsammans med sin fru i deras gemensamma hem. Han har daglig hjälp av hemtjänsten med mediciner men har i övrigt fungerat relativt självständigt. Under den senaste tiden har han dock varit ostadig och nära att falla. Han har också blivit alltmer orolig på kvällarna, ätit sämre och haft perioder då han ropat att någon försöker ta honom, något som har skrämt hans fru men inte lett till kontakt med vården.

En kväll blir Adam plötsligt kraftigt förvirrad och mycket upprörd. Frun ringer ambulans men följer inte med till sjukhuset eftersom hon själv är skör. När Adam kommer in till geriatriken är han fortsatt orolig och desorienterad. Han vägrar äta, samarbetar dåligt och skriker när personalen försöker hjälpa honom. På avdelningen uppstår snabbt svårigheter eftersom ingen vet hur han brukar vara hemma, vad som lugnar honom eller vilka rutiner han har i vardagen.

Under de första dygnen blir situationen utmanande. Adam hasar runt, ropar efter sin fru och tar inte emot mat eller dryck. Personalen försöker skapa trygghet men upplever att inget fungerar. Adams oro påverkar både honom och avdelningen negativt.

När frun två dagar senare kommer på besök frågar hon: ”Var är kepsen?” Hon berättar att Adam alltid bär sin keps, både inne och ute, och att han blir orolig och förvirrad utan den. Kepsen ligger kvar i hans väska, och när personalen hjälper honom att sätta på den blir han snabbt lugnare. Han sitter kvar, slutar skrika och accepterar mat. För första gången sedan ankomsten är han samarbetsvillig och trygg.

Frågor att diskutera

1. Hur tar vi reda på vilka behov Adam har för att underlätta sjukhusvistelsen?
2. Vilka informationskanaler kan upprättas mellan vårdavdelning, anhöriga och ambulans för att stödja och underlätta sjukhusvistelsen?
3. Hur kan vi arbeta personcentrerat och vilken information är viktig?

FALL 5: Samverkan mellan sjukhus och hemtjänst

Jasmin är 79 år, bor själv hemma och får hjälp av hemtjänsten flera gånger om dagen. Men efter flera fall och uttorkning blir hon inlagd på geriatriken. Hennes tillstånd stabiliseras under veckan och på eftermiddagen på fredagen bedömer geriatriken att hon är redo för utskrivning. Avdelningen försöker nå hemtjänsten för att lämna rapport, men det finns ingen tydlig mottagare och ingen samordnare i tjänst. Journalsystemen skiljer sig åt, vilket gör att ingen information kan skickas elektroniskt. Den som svarar i hemtjänstens växel ber om "något i systemet", trots att geriatriken inte kan dokumentera där.

Jasmin skickas hem med sjukresa strax innan fem. Hon är trött och förvirrad när hon kommer in i sin lägenhet. De nya läkemedlen ligger löst i en påse och hon minns inte vad som har sagts om ändringarna. Första besöket från hemtjänsten är planerat senare på kvällen.

När kvällspersonalen kommer till jobbet finns det ingen uppdaterad information i kommunens journal, och de kan inte läsa regionens. De vet inte att Jasmin har fått nya mediciner eller behöver stöd med vätskeintag. Därför är de nu osäkra på hur de ska planera kvällens insatser.

Under natten känner sig Jasmin svag och yr, och stödet hon får blir sporadiskt eftersom ingen har fullständiga uppgifter om hennes tillstånd.

Frågor att diskutera

1. Varför fick hemtjänsten inte den information de behövde?
2. Hur kan vi arbeta gemensamt för att göra Jasmins hemgång trygg och säker?
3. Vilka förutsättningar kan skapas för att Jasmin inte ska falla igen?

Betydelsen av att hitta **former för fallpreventivt arbete**

Att hitta fungerande former för fallpreventivt arbete är avgörande för att minska både personligt lidande och kostnader inom vård och omsorg. I det dagliga arbetet innebär det att systematiskt identifiera risker, genomföra individanpassade åtgärder och samverka mellan olika professioner. När insatserna utgår från den enskildes behov och situation kan fall förebyggas mer effektivt. Detta bidrar till ökad säkerhet, en mer jämlik och personcentrerad vård och omsorg samt till att stärka den enskildes självständighet och livskvalitet.

Förslag på fördjupad läsning

Kunskapsstöd för fallprevention – FoU i Sörmland

Kunskapsguiden Fallolyckor och fallprevention – Kunskapsguiden

Socialstyrelsen Fallolyckor – Socialstyrelsen

Hemsida för World Falls Guidelines – World Falls Guidelines

Om den här fallboken

Texterna i fallboken har tagits fram av forskargruppen, men vid några av exempelfallen, har AI använts för vissa formuleringar. Fallboken är fri att använda och sprida i sin nuvarande form.

Forskargruppen

Marina Arkkukangas

FoU-chef och docent i vårdvetenskap och affilierad forskare, Högskolan Dalarna och Mälardalens universitet.

Forskningen inriktas på att främja hälsa och ett aktivt åldrande genom fysisk aktivitet och träning. Fokus är fallprevention, från identifiering av riskfaktorer och träningsinterventioner till organisering och implementering av evidensbaserad kunskap.

Marina är även sjukgymnast och författare till läroboken Fall, fallrisk och fallprevention genom träning.

Gunilla Avby

Docent i pedagogik vid Stockholms universitet och docent i kvalitetsförbättring och ledarskap vid Jönköping University.

Gunilla har en yrkesbakgrund som chef och utvecklingsstrateg och har under många år arbetat med ledning, utveckling och kvalitetsfrågor inom välfärdssektorn.

Hon forskar om förutsättningar för lärande och utveckling av professionell expertis mot bakgrund av samhällets ökade tilltro till evidens.

Susanne Nygård

Doktorand i vårdvetenskap, hälsa och välfärd med inriktning mot evidensbaserad praktik vid Högskolan Dalarna.

Susanne har en klinisk bakgrund som sjukgymnast med erfarenhet av arbete inom offentlig, kommunal och privat verksamhet, framför allt med personer 65 år och äldre.

Susanne har även en masterexamen i fysioterapi från Umeå Universitet.

Camilla Thunborg

Professor i pedagogik vid Stockholms universitet

Camilla har arbetat med forskning och utbildning sedan 1990-talet.

Hon forskar om vuxnas lärande i olika livssituationer och framför allt hur identiteter formas och förändras i relation till olika livssituationer. Hon har även forskat om professioners lärande i organisationer.

Camilla är även delansvarig för forskargruppen Vuxnas lärande.