Sund By Netværket

8 anbefalinger til forebyggelse af

ÆLDRES FALDULYKKER

– den gode kommunale model

Anbefalinger, strategier og redskaber til kommunens faldforebyggende indsats

8 anbefalinger til forebyggelse af
ÆLDRES FALDULYKKER
– den gode kommunale model

© Sund By Netværket, 2010
1. udgave, 1. oplag, 2010

ISBN (trykt version): 978-87993424-1-9
ISBN (elektronisk version): 978-87993424-2-6

Manuskript
Manuskriptet er udarbejdet af Sund By Netværkets faldtemagruppe:
Annette From, Sønderborg Kommune
Eva Thune Jacobsen, Københavns Kommune (fra 1.2.2009 Helsingør Kommune)
Hanna Vestenaa, formand, Holbæk Kommune
Hanne Skov, Frederiksberg Kommune
Ingrid Salling Rasmussen, Stevns Kommune
John Rosengaard Svendsen, Assens Kommune
Karin Lodahl, Slagelse Kommune
Lene Buur Jensen, næstformand, Svendborg Kommune
Margit Olsen, Slagelse Kommune
Mette Hagemann Petersen, Næstved Kommune (frem til 31.12.2008)
Pernille Liliendahl Larsen, Faxe Kommune
Susanne Danielsen, Ballerup Kommune
Tina Holm, Roskilde Kommune
Tove Fisker, Kalundborg Kommune

Fagredaktion
Edith Mørup, freelancekonsulent
Eva Thune Jacobsen, strategisk sundhedskonsulent, fysioterapeut, mag.art., ph.d., Helsingør Kommune
Hanna Vestenaa, sundhedskonsulent, sygeplejerske, Diploma i Public Health, Holbæk Kommune.
Lene Buur Jensen, projektleder, fysioterapeut og master i rehabilitering, Svendborg Kommune
Lillian Møller, udviklingskonsulent, cand. pharm. MPH, Sund By Sekretariatet
Linda Johansen, sundhedskonsulent, sygeplejerske, master i sundhedspædagogik, MEd in Health Promotion and Education, Favrskov Kommune
Ninna Uhrlund, områdeleder, sygeplejerske, MPA, Holbæk Kommune
Pia Kürstein Kjellberg, senior projektleder, cand. scient. adm., ph.d.,Dansk Sundhedsinstitut
Jakob Kjellberg, senior projektleder, cand. scient., M.Sc.Health Econ, Dansk Sundhedsinstitut

Redaktion
Komiteen for Sundhedsoplysning

Grafisk tilrettelæggelse
Peter Dyrvig Grafisk Design

Illustrationer
© Anne-li Engström
Imagelibrary/Gold (side 16)
Isabelle Rozenbaum/PhotoAlto (side 28)

Trykkeri
Scanprint

Udgivet af
Sund By Netværket 2010
Publikationen er udgivet med økonomisk støtte fra TrygFonden og med sekretariatsbistand fra Sund By Sekretariatet

Trykt med vegetabilske farver uden opløsningsmidler på miljøgodkendt papir

8 anbefalinger til forebyggelse af

ÆLDRES FALDULYKKER

– den gode kommunale model

Forord

Fremtiden byder på nye udfordringer inden for ældreområdet. Mange ældre er i dag aktive og gør noget for egen sundhed, ligesom nye muligheder for tidlig forebyggelse og mere effektiv behandling og genoptræning betyder, at helbredet bliver bedre, og levealderen forlænges. En voksende ældregruppe med længere levealder øger behovet for støtte til ældre med en eller flere kroniske lidelser, nedsat funktionsevne og risiko for fald. Faldulykker er den hyppigste ulykkesårsag blandt ældre, og i aldersgruppen 65+, er skader den femte hyppigste dødsårsag med fald som den hyppigste skadevolder. Tal fra Landspatientregistret og ulykkesstatistikker viser, at det er muligt at reducere antallet af faldulykker, og Forebyggelseskommissionens rapport indeholder anbefalinger om, at kommunerne sætter øget fokus på forebyggelse af ældres faldulykker.

Sund By Netværkets temagruppe, "Ældres Faldulykker", videregiver hermed 8 anbefalinger til politikere, planlæggere og praktikere med ansvar inden for områder som træning, behandling, pleje og omsorg i forhold til ældre. Også alment praktiserende læger og sygehuspersonale, som indgår i det nødvendige samarbejde med kommunen om forebyggelse, vil have glæde af publikationen.

Publikationen er udarbejdet på grundlag af en litteraturgennemgang, faglige temadage, workshops og bidrag fra eksperter inden for områdets praksis og forskning. Hensigten er, at fremlægge et konkret og direkte anvendeligt værktøj med gode eksempler til fremme af ældres sundhed, herunder forebyggelse af faldulykker.

Tak til de mange, der har bidraget til at gøre publikationen mulig. Sund By Netværkets faldtemagruppe har indhentet tekstbidrag og udarbejdet grundmanuskript. Der skal rettes en tak til de personer, der har udarbejdet et fagligt review på publikationens manuskript:

Forord

- Sundhedskoordinator Annette Brask Brandi, Haderslev Kommune
- Praktiserende læge Berit Christiansen, Holbæk Kommune
- Overlæge Carsten Hendriksen, Bispebjerg Hospital
- Sundhedskonsulent Diana Vig Lehmann, Viborg Kommune
- Sundhedskonsulent Hanne Backe, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Folkesundhed København
- Udviklingskonsulent Lillian Møller, Sund By Sekretariatet
- Afdelingsleder Mads Lind, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Folkesundhed København
- Kommunalbestyrelsesmedlem Ole Glahn, Kalundborg Kommune.

Fagredaktionen har viderebearbejdet og afsluttet arbejdet med publikationen.

Selve udgivelsen og de opfølgende regionale implementeringsseminarer finansieres af TrygFonden.

Fortsat erfaringsudveksling og debat om forebyggelse af faldulykker blandt ældre og ældres sundhed foregår i Sund By Netværket, hvor 67 kommuner og 2 regioner aktuelt er medlemmer. Hertil kommer en række faglige samarbejdspartnere.

Christine Kousholt
Formand for Sund By Netværket

Hanna Vestenaa
Formand for faldtemagruppen og projektleder

Indhold

1. Det nytter noget – anbefalinger til forebyggelse af ældres faldulykker ■ 7

Flere faldulykker jo ældre befolkningen bliver ■ 8

Samfundsøkonomisk perspektiv ■ 8

Målrettet faldforebyggelse nytter ■ 8

Sund By Netværkets anbefalinger ■ 10

8 anbefalinger til faldforebyggelse ■ 11

2. Faldforebyggelse på den politiske dagsorden ■ 13

En politik med mål og handleplaner ■ 13

Fiktivt eksempel: Kommunal politik for faldforebyggelse blandt ældre ■ 14

3. Organisering af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde ■ 17

Tværsektorielt samarbejde – sundhedsaftaler ■ 18

Samarbejde med den praktiserende læge ■ 18

Opbygning og organisering af faglig ekspertise i kommunen ■ 20

Tovholder ■ 21

Faldforebyggelsesteam ■ 21

4. Tidlig opsporing af fald ■ 23

Risikofaktorer ■ 23

Tidlig opsporing *før* første fald ■ 25

Eksempler på hverdagsindikatorer ■ 25

Eksempler på kliniske indikatorer ■ 25

Samlet billede ■ 25

Tidlig opsporing *efter* første fald ■ 27

Funktionsmålinger ■ 27

Indhold

5. Systematisk faldregistrering, faldudredning og sammenhængende forløb ■ 29
Første fald lægger grunden til det næste ■ 29
Systematisk faldregistrering ■ 29
Afkrydsningsskema ■ 30
Faldregistrering gives til tovholder ■ 30
Tovholderens opgaver ■ 30
Faldudredning ■ 31
Handleplan og faldforebyggende indsats ■ 31
Forløb i faldforebyggelsen trin for trin ■ 32
Eksempel 1: Fald uden skade ■ 33
Eksempel 2: Fald med skade ■ 34
Eksempel 3: Fald med indlæggelse ■ 35

6. Forebyggelse af fald i samspil med den ældre ■ 37
Ældrevenlig byplanlægning ■ 37
Fokus på ressourcer i stedet for begrænsninger ■ 38
Et godt ældreliv ■ 38
Flere ældre har et aktivt liv ■ 39
Tværfaglig indsats for at skabe bedre muligheder ■ 39
Respekt og aktiv inddragelse i indsatsen ■ 40
Eksempel ■ 40
Ligeværdig og åben dialog ■ 40
Styrkelse af det sociale netværk ■ 41

Litteratur ■ 43

Bilag 1: Skema til faldregistrering ■ 46

Register ■ 48

Den ældre bor i eget hjem og er selvhjulpen, sund og aktiv. Kommunens faldforebyggende indsats skal støtte op om denne virkelighed.

1 Det nytter noget

– anbefalinger til forebyggelse af ældres faldulykker

Faldulykker er den hyppigste ulykkesårsag blandt ældre, og i aldersgruppen 65+, er skader den femte hyppigste dødsårsag med fald som den hyppigste skadevolder[1] (1). Det anslås, at der i Danmark dør ca. 1.350 ældre hvert år som følge af et fald (2). Hyppigheden af fald stiger markant med alderen (4), og antallet af henvendelser på skadestuer som følge af fald er stigende (5).

Ældre, der er faldet én gang, vil have 2-3 gange øget risiko for at falde igen inden for et år, og ethvert fald indebærer en risiko for at komme til skade. Ca. 1 % af alle fald medfører hoftefraktur, mens ca. 95 % af alle hoftefrakturer skyldes fald (1).

Faldulykker udløser skadestuebesøg, indlæggelser på grund af hoftebrud, ambulante efterbehandlinger, opfølgning hos praktiserende læge, nedsat funktionsevne og undertiden varigt behov for personlig hjælp og pleje. Halvdelen af dem, der ved et fald pådrager sig en hoftefraktur, kommer aldrig til at gå som før faldet, og 20 % vil dø inden for 6 måneder (1).

Ældres faldulykker er således et væsentligt folkesundhedsproblem både menneskeligt og samfundsøkonomisk.

1 Et fald kan defineres som "en utilsigtet hændelse, der resulterer i, at en person kommer til at ligge på jorden/gulvet/et andet lavere niveau".

FAKTA om fald

Ældres faldulykker (i cirkatal) på et år:

1.350 ældre over 65 år dør i Danmark på grund af følger efter fald (2).

10.000 ældre får hoftebrud, hvoraf ca. 95 % sker i forbindelse med et fald (1)

13.000 ældre over 65 år indlægges efter et fald (2)

45.000 ældre over 65 år kommer på skadestuen på grund af fald (2)

Hver tredje ældre over 65 år og hver anden over 80 år falder én gang om året (3). Der findes ingen nyere danske undersøgelser af de samfundsøkonomiske omkostninger ved hoftebrud, men i 1994 blev et hoftebrud opgjort til at koste 147.000 kr. (7), svarende til ca. 202.000 kr. i 2009-kroner.

En reduktion af faldulykker vil have positiv betydning for ældres livskvalitet og spare ressourcer på sundheds- og socialområdet

Flere faldulykker jo ældre befolkningen bliver
I de kommende år vil den ældre del af befolkningen udgøre en markant større andel af den samlede befolkning, end den gør i dag. Da konsekvenserne af et fald bliver alvorligere med stigende alder, må det forventes, at de samfundsøkonomiske konsekvenser af ældres faldulykker vil vokse betydeligt, med mindre der gennemføres effektive forebyggende initiativer. En fremskrivning af antallet af indlæggelser baseret på udviklingen i befolkningens sammensætning viser, at antallet af indlæggelser, som følge af fald, vil være forøget fra ca. 13.000 indlæggelser i 2005 til næsten 24.000 indlæggelser i 2030 (2).

Samfundsøkonomisk perspektiv
Ifølge en engelsk undersøgelse (6) koster fald blandt ældre et beløb svarende til ca. 2 % af sundhedsudgifterne. Ca. 60 % af omkostningerne er i sygehussektoren, og ca. 40 % går til pleje mv. Overføres tallene til danske forhold, koster fald blandt ældre ca. 2 mia. kroner, hvoraf ca. 800 mio. kr. er omkostninger i kommunerne. Opgjort pr. faldrelateret hoftebrud blandt ældre, svarer dette til knap 200.000 kr. for samfundet, hvoraf ca. 80.000 er kommunale omkostninger. Disse engelske tal stemmer overens med resultaterne fra en dansk undersøgelse fra 1994, der fandt, at de samfundsmæssige omkostninger relateret til et hoftebrud var 147.000 (7), svarende til ca. 202.000 kr. i 2009-kroner (8). Der foreligger ikke tilstrækkelige danske opgørelser over de samfundsøkonomiske gevinster ved at lave en faldforebyggende indsats.

Målrettet faldforebyggelse nytter
Ældre, som har oplevet at falde, bliver ofte bange for at falde igen. Frygten begrænser hverdagslivet og evnen til at færdes, hvilket kan føre til social isolation. En reduktion af faldulykker vil have positiv betydning for ældres

livskvalitet og spare ressourcer på sundheds- og socialområdet.

Det er veldokumenteret, at faldforebyggelse har en positiv effekt (1,9,10). Svækket muskelstyrke og ringe balance er ofte udløsende faktorer for et fald, hvorfor opbygning af muskelstyrke gennem individuelt tilpasset træning, og reduktion af risikofaktorer med udgangspunkt i boligændringer, er centrale i faldforebyggelse hos ældre. D-vitamin i kombination med calcium har endvidere vist effekt i forhold til at mindske risikoen for og konsekvenserne af fald (1,9,11).

Faldforebyggelse er dog mest effektiv, når forebyggelsen rettes mod de ældre, der har forøget risiko for at falde. Derfor er det vigtigt at have kendskab til de mangeartede risikofaktorer for at kunne tilpasse interventioner til den enkelte.

En evaluering af Sund By Netværkets erfaringer med forebyggelse af ældres faldulykker har fundet, at faldforebyggelse virker, idet forekomsten af faldulykker i netværkets område er reduceret i perioden 1998-2005, og er lavere end i resten af landet (12).

CASE **Faldulykker kan koste menneskeliv**

Karen Nielsen, 85 år, bor i eget landhus i en mindre provinsby. Hun er aktiv og klarer alle hverdagens opgaver uden hjælp fra andre.

Fru Nielsen har ikke oplevet fald, men er klar over hvor risikabelt det er at falde, når man er ældre, så hun er opmærksom på at undgå løse tæpper, glatte sko m.v. En dag sker uheldet alligevel.

Fru Nielsen falder på fortovet, fordi en flise ligger skævt. Resultatet er et brækket håndled, som bliver behandlet på sygehuset.

Herefter tør fru Nielsen ikke mere gå ud og købe ind selv. Hvor hun før var opmærksom, er hun nu decideret bange for at falde. I hjemmet bevæger hun sig med stor usikkerhed.

Efter et par måneder, og lige som håndleddet er vokset sammen, snubler fru Nielsen over et stoleben. Resultatet er et brækket lårben, som betyder, at hun ikke længere kan gå omkring.

Fru Nielsen, der for blot to måneder siden var en rask og selvhjulpen dame, er nu ganske immobil og modtager hjemmepleje 8 gange i døgnet, idet hun skal have hjælp til alt. Og selv om hun følger fysioterapeutens siddende benøvelser, går det kun langsomt fremad.

Efter yderligere en måned fikseret i en lænestol må fru Nielsen indlægges med blodige opkastninger og mavesår, som følge af den langvarige inaktivitet. Der tilstøder komplikationer til operationen, og fru Nielsen dør af følgevirkninger efter det, der startede som et brækket håndled pga. en skæv fortovsflise.

Sund By Netværkets anbefalinger

Sund By Netværkets **8 anbefalinger** gennemgår nødvendige elementer i det faldforebyggende arbejde.

Anbefalingerne har fem overordnede omdrejningspunkter, som gennemgås i de følgende kapitler:

- **Indarbejdelse af faldforebyggelse i den kommunale politik**
- **Organisering af tværfagligt og tværsektorielt samarbejde**
- **Tidlig opsporing af fald**
- **Systematisk registrering, udredning og sammenhængende forløb**
- **Motivation og samarbejde med den ældre og med organisationer**

8 ANBEFALINGER **til faldforebyggelse**

1. Det anbefales, at kommunen udarbejder en politik og en handleplan for den faldforebyggende indsats.

2. Det anbefales, at kommunen udarbejder klare procedurer for alt samarbejde vedr. faldforebyggelse. Procedurerne skal beskrive såvel det tværfaglige samarbejde internt på ældreområdet, som det tværsektorielle samarbejde mellem kommunens forvaltninger, praktiserende læger og regionen.

3. Det anbefales, at kommunen opbygger faglig ekspertise om faldforebyggelse og etablerer et faldforebyggelsesteam eller udpeger en fagperson med særlig interesse for og indsigt i faldforebyggelse.

4. Det anbefales, at kommunen udarbejder procedurer for tidlig opsporing af ældre, der er i risiko for at falde.

5. Det anbefales, at kommunen foretager systematisk faldregistrering og faldudredning samt sikrer sammenhængende forløb for en målrettet faldforebyggende indsats.

6. Det anbefales, at kommunen systematisk medtænker, at ældre selvstændigt skal bevare muligheden for at opretholde et sundt og aktivt hverdagsliv.

7. Det anbefales, at kommunen formidler gerontologisk viden til såvel sundhedspersonale som befolkningen.

8. Det anbefales, at kommunens medarbejdere fokuserer på ældres muligheder og ressourcer ved at bidrage til opbygning af sociale netværk samt muligheder for, at de ældre kan dyrke interesser og forfølge personlige mål efter ønske og behov.

Den ældre går til gymnastik og vedligeholder derigennem sine muskler, led og sin balance-evne. Tilbud om holdgymnastik kan være et af elementerne i den handleplan, som kommunen udfærdiger sammen med den ældre.

2 Faldforebyggelse på den politiske dagsorden

→ ANBEFALING 1
Det anbefales, at kommunen udarbejder en politik og en handleplan for den faldforebyggende indsats.

Som en konsekvens af sundhedsloven[1] er det en kommunal forpligtelse at varetage den borgerrettede og dele af den patientrettede forebyggelse og sundhedsfremme. Borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme har til opgave at forebygge, at sygdom opstår.

En politik med mål og handleplaner
For at sikre, at forebyggelse af ældres faldulykker indgår som en prioriteret del at kommunens sundhedsindsats, skal faldforebyggelse på den politiske dagsorden. Der skal udarbejdes en strategisk plan for indsatsen i dialog med politikerne. På den baggrund kan der udarbejdes klare mål og handleplaner for de faldforebyggende initiativer, som konkret skal iværksættes. Dette giver mulighed for løbende monitorering og evaluering samt evt. efterfølgende justering.

Kommunens faldforebyggende indsats integreres i kommunes øvrige politikker i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse, så de fremtræder systematisk og samordnet. Faldfore-

En faldforebyggende politik kan indeholde følgende

- Kort indledning/begrundelse/baggrundsdata
- Vision
- Formål
- Mål
- Succeskriterier
- Indsats og handleplaner
- Organisering – samarbejdsflader
- Uddannelse og opbygning af kompetencer
- Økonomi
- Evaluering.

1 Sundhedslovens kapitel 35:
§ 119. Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.
Stk. 2. Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.
Stk. 3. Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2.

byggelse kan indgå i flere politikområder fx sundhedspolitik, kommuneplan, trafik- og byplanlægning og ældrepolitik.

Ovenstående fordrer, at der samarbejdes tværsektorielt, tværfagligt og på tværs af afdelinger i kommunen, hvorfor det er hensigtsmæssigt med en politisk stillingtagen og dialog på området.

Læs mere

Helsingør, Sønderborg og Københavns kommuner har på forskellig måde indarbejdet forebyggelse af fald i kommunens politik. Disse findes på de respektive hjemmesider og kan give inspiration til det videre arbejde.

Se også eksemplet på en kommunal politik i boksen til højre.

FIKTIVT EKSEMPEL
Kommunal politik for faldforebyggelse blandt ældre

Kort indledning med begrundelse og baggrundsdata

Her indskrives allerede kendte data fx antal ældre, forventede fald inddelt i aldersgrupper, antal indlæggelser som følge af fald, antal hoftebrud de seneste år.

Vision

At antallet af faldulykker og hoftebrud hos ældre reduceres.

Formål

Faldforebyggelsen har som formål at bidrage til:

- Det sunde ældreliv
- Psykisk sundhed gennem oplevelsen af den gode aldring
- Fysisk sundhed gennem fysisk aktivitet og god ernæring
- Social sundhed gennem oplevelsen af sociale netværk.

Mål

- At antallet af faldulykker hos ældre er halveret i år 2015
- At antallet af hoftebrud hos ældre er faldet i år 2015
- At antallet af ældre, der oplever immobilitet, isolation eller frygt for gentagne fald opgøres, og at der herefter sættes et mål for reduktion i antallet.

Succeskriterier

Faldforebyggelsen har følgende succeskriterier:

- xx % færre fald over de næste 2 år
- xx % færre gentagne fald over de næste 2 år

- At antallet af ældre, der får brud som følge af fald reduceres til xx %
- At antallet af ældre, der oplever immobilitet, isolation eller frygt for gentagne fald reduceres til xx %.

Indsats og handleplaner
Faldforebyggelse tager sigte på at forebygge både det første fald, og at der efter det første fald sker gentagne fald med efterfølgende komplikationer i form af brud, indskrænkning i aktivitet osv.

Faldforebyggelsen vil involvere de fleste medarbejdere, der har med ældre at gøre, idet indsatsen indeholder:
- Fastsættelse/beskrivelse af risikofaktorer for fald
- Tidlig opsporing af ældre med øget risiko for fald (før det første fald)
- Forebyggelse af fald
- Faldregistrering
- Faldudredning
- Handleplan for faldforebyggende tiltag
- Opgørelse af indlæggelser på sygehus som følge af faldulykke
- Opgørelse af antal borgere med hoftebrud.

Organisering – samarbejdsflader
Faldforebyggelsen indeholder organisatoriske, faglige og værdimæssige udfordringer og involverer både kommunen, regionen og praktiserende læger.

Faldforebyggelsen indebærer:
- Oprettelse af et tværfagligt faldforebyggelsesteam i kommunalt regi med forebyggende medarbejdere* og repræsentanter fra pleje og praktisk bistand, genoptræning, hjemmepleje, visitation og teknik og miljø
- Tovholdere i 'udførerleddet' tæt på borgeren
- Involvering af praktiserende læger fx gennem kommunal praksiskonsulent
- Etableret samarbejde med sygehusene – et samarbejde, som indskrives i sundhedsaftalerne.

** 'Forebyggende medarbejdere' er ansatte med ansvar for den forebyggende indsats over for ældre borgere over 75 år.*

Uddannelse og opbygning af kompetencer
Faldforebyggelse er en tværfaglig og multifaktoriel opgave, der involverer mange faggrupper. For at kunne koordinere samt skabe sammenhæng og kvalitet i indsatsen er det nødvendigt at sikre, at de involverede fagpersoner tilføres den nyeste viden og uddannes til at udføre opgaven.

Økonomi
Til implementering kræves ½-1 årsværk til projektledelse samt et beløb (på ca. 0,2 mio. kr.) til uddannelse af en tovholder og/eller et faldforebyggelsesteam (eller faldforebyggelsesekspert). Herudover kræves ressourcer i ældreområdet og træningsområdet. Implementeringen er ikke budgetlagt.

Evaluering
Evalueringen tilrettelægges således, at den holdes op mod vision, formål og succeskriterier. Evalueringen kan være enten selvevaluering eller ekstern evaluering fx med bistand fra en forskningsinstitution.

Som minimum bør kvantitative data fra registrering af fald og indlæggelse som følge af faldulykker opgøres, og det bør kvalitativt undersøges, om færre ældre oplever immobilitet, isolation eller frygt for gentagne fald.

Den praktiserende læge er én blandt mange aktører i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Lægen bidrager bl.a. med basal faldudredning, udredning og behandling af den ældres sygdomme samt visitering til evt. rehabilitering.

3 Organisering af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde

→ ANBEFALING 2
Det anbefales, at kommunen udarbejder klare procedurer for alt samarbejde vedr. faldforebyggelse. Procedurerne skal beskrive såvel det tværfaglige samarbejde internt på ældreområdet, som det tværsektorielle samarbejde mellem kommunens forvaltninger, praktiserende læger og regionen.

En effektiv faldforebyggelse forudsætter en koordineret og sammenhængende indsats. Der er mange aktører, der skal samarbejde, og det er derfor nødvendigt at formalisere samarbejdet mellem bl.a. kommunens forebyggende medarbejdere, visitatorer, hjemmesygepleje, pleje- og genoptræningspersonale og planlæggere af byggeri og offentlige arealer.

Det er mange fagpersoner, som i praksis gør en stor forskel.

Faggrupper som social- og sundhedshjælpere, der har den direkte og ofte kontinuerlige kontakt til den ældre, skal kunne observere ændringer i funktionsevne. Sygeplejersker, terapeuter, social- og sundhedsassistenter og forebyggende medarbejdere har mulighed for at udføre en forebyggende indsats i hjemmene.

Der er således behov for at afklare og beskrive procedurer for de involverede fagpersoners opgaver, kompetencer og ansvar.

Ifølge sundhedsloven er det en kommunal opgave at tilbyde genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Ifølge serviceloven skal kommunen tilbyde hjælp til, at borgeren kan vedligeholde sine fysiske og psykiske færdigheder[1]. Disse opgaver varetages primært af hjemmepleje og hjemmesygeplejerske i samarbejde med fysioterapeut, ergoterapeut og praktiserende læge.

Implementering og forankring i den kommunale organisation omfatter beskrivelse af arbejdsgange og procedurer med kvalitetsmål, kvalitetsudvikling og kvalitetssikring. Der vil

1 Sundhedsloven § 140: Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivelse fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84 om genoptræningsplaner.
Serviceloven § 86: Kommunalbestyrelsen skal tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, som ikke behandles i tilknytning til sygehusindlæggelse.
Serviceloven § 85 stk. 2.: Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp til at vedligeholde fysiske og psykiske færdigheder til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor.

løbende være behov for fastholdelse og justering af den valgte forebyggelsesindsats, herunder udvikling af sundhedspersonalets kompetencer.

Tværsektorielt samarbejde – sundhedsaftaler

Borgere, som indlægges som følge af fald, har krav på en sammenhængende indsats fra hjem til sygehus og fra sygehus til hjem. De obligatoriske sundhedsaftaler, der indgås mellem kommune og region, er omdrejningspunkt for sikring af sammenhængende patientforløb og for samarbejde mellem aktørerne på sundhedsområdet. Aftalen omfatter både samarbejdet mellem sygehus og kommunen, og samarbejdet mellem praksissektoren og kommunen.

Sundhedsaftalen skal medvirke til at sikre:

- Entydig arbejdsdeling mellem region, praksissektor og kommune
- Koordinering af indsatsen i forhold til den enkelte patient
- Effektiv og hensigtsmæssig kommunikation mellem aktørerne i de enkelte patientforløb
- Patientens dialog med de forskellige aktører i forløbet
- Planlægning og styring af kapaciteten på tværs af sektorerne.

Endelig skal aftalen også understøtte, at ydelsen kan ske på et højt fagligt niveau, og at der sikres en fortsat udvikling og kvalitetssikring af de enkelte ydelser og af den tværfaglige indsats (13).

Sundhedsaftalen kan også anvendes som ramme for udarbejdelse af supplerende lokale og regionale samarbejdsaftaler. Aftalerne kan eksempelvis konkretisere, hvordan kommunikationen skal foregå, hvem der løser hvilke opgaver inden for fastsatte tidsfrister, samt hvordan henvisninger skal foregå fra den ene sektor til den anden. Sundhedsaftalerne udarbejdes i et samarbejde mellem region, kommune og praksissektor og skal godkendes i de respektive regionsråd og kommunalbestyrelser. Regionsrådet indsender sundhedsaftalerne til endelig godkendelse i Sundhedsstyrelsen.

Samarbejde med den praktiserende læge

Samarbejdet om faldforebyggelse med den praktiserende læge indeholder tilrettelæggelse, udredning og tværfaglig intervention. Det omfatter:

- Basal faldudredning
- Udredning af den ældres sygdomme
- Iværksættelse af behandling
- Visitering – specialiseret udredning, rehabilitering
- Opsøgende hjemmebesøg, ydelse 2305
- Evt. opfølgende hjemmebesøg, hvor den ældre patient efter en faldrelateret indlæggelse får besøg af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske inden for 5 dage efter udskrivelsen og i alt 3 gange. Formålet er at gennemgå medicin og undgå genindlæggelser (14).

CASE Samarbejde og sammenhængende indsats

Ellen M. Jørgensen, 89 år, er en lille, spinkel kvinde med hurtige bevægelser og let rysten på hænderne, når hun sidder stille. Hun har Parkinsons sygdom, og følges af neurolog med jævne mellemrum i forbindelse med den medicinske behandling.

Fru Jørgensen er meget aktiv i hverdagen. Hun har hjemmetræning hver mandag ved en fysioterapeut, deltager i gymnastik hver onsdag i den lokale idrætsforening og holder selv sin lille lejlighed og den tilhørende have.

Fru Jørgensen er faldet flere gange, og fortæller i forbindelse med faldudredningen, at hun føler sig uendelig træt hele tiden, og at hun ikke forstår, hvad der gør hende så træt. Mens vi taler sammen, falder hun pludselig i søvn, men kan dog let vækkes. Efter aftale med fru Jørgensen kontaktes egen læge, der henviser hende til yderligere udredning ved geriatrisk team på sygehuset.

I faldforebyggelsesforløbet kan det vise sig, at borgers komplekse sygdomsbillede kræver yderligere udredning, derfor benyttes eksperter på det geriatriske felt.

Mange kommuner har valgt at organisere samarbejdet med de praktiserende læger gennem en praksiskonsulentfunktion, der fungerer som bindeled mellem kommunen og almen praksis. Praksiskonsulenten er medansvarlig for det praktiske samarbejde mellem kommunale aktører og almen praksis, herunder koordination, effektivitet, gensidig formidling samt planlægning og etablering af nye indsatser.

Læs mere

Københavns Kommune har udviklet en model, der skal sikre en 'Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge', SIKS-projektet (15).

SIKS-projektet er et formaliseret samarbejde mellem kommunen og Bispebjerg Hospital.

Det har til formål at:

- optimere patientforløb og sikre høj faglig kvalitet
- afprøve nye samarbejdsflader mellem hospital og primærsektor
- styrke rehabiliteringsindsatsen over for patienter med kroniske sygdomme i et tværsektorielt samarbejde
- udvikle modeller til generalisering andre steder gennem dybtgående kortlægning af kroniske sygdomsforløb.

I forbindelse med projektet er der udarbejdet en værktøjskasse til etablering af en sammenhængende indsats.

Opsøgende hjemmebesøg og aftalt forebyggelseskonsultation

Egen læge kan bidrage til tidlig opsporing. § 70 i landsoverenskomsten giver praktiserende læger mulighed for at anvende opsøgende hjemmebesøg, ydelse 2305. Ydelsen kan kun anvendes sammen med aftalt forebyggelseskonsultation, ydelse 0106, der kan gives på lægens initiativ.

Målgruppen for opsøgende hjemmebesøg er skrøbelige ældre, normalt over 75 år. Lægen kan maksimalt aflægge et opsøgende hjemmebesøg pr. patient pr. år. Formålet med opsøgende hjemmebesøg er bl.a. at opnå indsigt i den ældres ressourcer og funktionsevne samt identificere og evt. forebygge og begrænse begyndende sundhedsproblemer.

Opbygning og organisering af faglig ekspertise i kommunen

➔ ANBEFALING 3
Det anbefales, at kommunen opbygger faglig ekspertise om faldforebyggelse og etablerer et faldforebyggelsesteam eller udpeger en fagperson med særlig interesse for og indsigt i faldforebyggelse.

Borgere med væsentlig alderdomssvækkelse og funktionsnedsættelse har ofte kontakt med hjemmepleje og/eller hjemmesygepleje. Derfor anbefales det at implementere systematisk faldforebyggelse som en fast rutine i hjemmeplejen. Det indebærer, at kommunen skal sikre, at den faglige ekspertise er til rådighed, og at medarbejderne uddannes i henhold til den nyeste viden om faldforebyggelse med vægt på, hvordan fald kan forebygges i praksis.

Opbygning og organisering af faglig ekspertise i kommunen kan ske ved udpegning af tovholdere for faldforebyggelse i hjemmeplejegrupperne og gennem etablering af et faldforebyggelsesteam. Disse tiltag skal også medvirke til at sikre sammenhæng og fokus på opgaven i kommunen. I de kommuner, hvor der ikke er ressourcer til at etablere et egentligt faldteam, anbefales det som alternativ, at der udpeges en fagperson med særlig interesse for og indsigt i faldforebyggelse.

Tovholder

Tovholderen skal have kompetence til at foretage den basale faldudredning og iværksætte relevante initiativer på det praktiske niveau. Tovholderen skal endvidere kunne vurdere behov for yderligere udredning. I mere komplicerede sager fungerer faldtovholderen som bindeled mellem hjemmepleje/hjemmesygepleje og et specialiseret faldforebyggelsesteam.

Faldforebyggelsesteam

Et tværfagligt specialiseret faldforebyggelsesteam vil gøre det muligt at højne niveauet for arbejdet med faldforebyggelse. Et faldforebyggelsesteam kan bestå af en fysioterapeut, ergoterapeut og sygeplejerske med speciel viden og erfaring inden for balance, fald og svimmelhedsproblemer.

Teamet eller fagpersonen kan bistå ved udarbejdelsen af individuelle handleplaner med speciel vægt på eliminering af faldrisici, vurdering af træningsbehov og vurdering af behov for hoftebeskyttere for plejehjemsbeboere. Endvidere kan det udarbejde forløbsbeskrivelser, funktionsevnevurderinger, faldudredning, observationsværktøjer, kommunikationsredskaber, kvalitetsstandarder, undervisningsmateriale m.v.

Teamet tager initiativ til faldforebyggelsen og er ansvarlig for den praktiske gennemførelse. Teamet varetager desuden løbende opfølgning på det faldforebyggende område. Faldforebyggelsesteamet skal være til rådighed for plejegrupperne og de praktiserende læger, og det skal være i stand til at vurdere behov for speciel intervention hos den enkelte borger.

Læs mere

Sundhedsstyrelsens publikation *Faldpatienter i den kliniske hverdag* (1) beskriver anbefalinger til, hvordan man i sygehuset planlægger arbejdet i relation til ældre, som indlægges.

Ved tidlig opsporing af fald fokuseres på konkrete tegn hos den ældre, der indikerer øget risiko for fald: svimmelhed, gangbesvær, passivitet, brug af ganghjælpemidler m.v.

4 Tidlig opsporing af fald

ANBEFALING 4
Det anbefales, at kommunen udarbejder procedurer for tidlig opsporing af ældre, der er i risiko for at falde.

Ældre borgere, der er i risiko for at falde, bør identificeres, så der kan iværksættes en målrettet intervention. Dermed nedsættes risikoen for gentagne fald og skader som følge af fald (1).

Der findes ikke noget valideret redskab til identifikation og screening af ældres risiko for at falde. I videnskabelige undersøgelser er det imidlertid vist, at nogle faktorer giver øget risiko for fremtidige fald.

Risikofaktorer

Der findes mange undersøgelser, der beskriver risikofaktorer for fald. Her tages udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens inddeling af risikofaktorer (1), hvor evidensen af faktorer har forskellig styrke.

Det vil være væsentligt også at inddrage andre former for viden, fx evidensbaseret praksis, hvor klinikerens ekspertise og borgerens

RISIKOFAKTORER FOR FALD		
Stærk evidens Der foreligger mange studier af høj kvalitet	**Moderat evidens** Der er fundet mindst et studie af høj kvalitet eller flere af middelgod kvalitet.	**Svag evidens** Der foreligger mindst et studie af middelgod kvalitet.
Alder	Køn	Svimmelhed
Tidligere fald	Nedsat syn	
Kognitiv dysfunktion	Nedsat perifer sensibilitet	
Nedsat muskelstyrke	Depression	
Nedsat gangfunktion	Fysisk inaktivitet	
Dårlig balance	Uhensigtsmæssigt fodtøj	
Brug af ganghjælpemidler		
Frygt for at falde		
Nedsat ADL-funktion		

oplevelser sammenholdes med den tilgængelige viden (16).

Ud over de risikofaktorer, der er nævnt i skemaet på side 23, bør man eksempelvis være opmærksom på følgende faktorer:

- **Alkoholforbrug:** Et stort alkoholforbrug giver stærkt øget faldtendens (17). Det gælder især, hvis der er et samtidigt forbrug af medicin. En stor del af indlæggelser på grund af fald er alkoholbetingede.
- **Medicinforbrug:** Der er en velkendt sammenhæng mellem medicinforbrug og fald, især når der indtages flere lægemidler dagligt (polyfarmaci). Regulering af medicin kan således medvirke til at reducere risikoen for fald (1).
- **Væskemangel (dehydrering):** Utilstrækkeligt med væske kædes sammen med risiko for svimmelhed, fald, hukommelsessvigt og forvirring (18,19). Tærsklen for konfusion ved dehydrering er lavere hos ældre, derfor er dehydrering ofte årsag til indlæggelser i denne aldersgruppe.
- **Ernæringstilstand/kost:** Dårlig ernæringstilstand hos ældre medfører nedsat funktionsevne og øget sygelighed og påvirker dermed den ældres mulighed for at klare sig selv og være fysisk aktiv. Vægttab hænger tæt sammen med tab af muskelmasse og øger derfor

CASE Faldforebyggelse med enkle midler

H.P. Hansen, 84 år, er enkemand og bor i eget landhus. Hr. Hansen er overvægtig og er faldet flere gange.

De pårørende har bedt om, at hr. Hansen får tilbudt at deltage i faldforebyggelsesprojektet, men under den indledende samtale bliver det klart, at hr. Hansen ikke selv er interesseret. Og selvfølgelig respekteres hans synspunkt.

I samtalens løb spørger hr. Hansen alligevel om, hvad han kan gøre for at undgå fald – uden at øge sit aktivitetsniveau. Han opfordres til at skifte hjemmeskoene ud med rigtige sko eller sandaler, der sidder godt til over vristen og har hælkappe. For at skabe tryghed og sikkerhed under gang, har hr. Hansen en rollator, som han bruger udendørs. Indendørs er rollatoren for bred til husets døråbninger. Ergoterapeuten kontaktes med henblik på, at hr. Hansen kan afprøve albuestokke for at understøtte den usikre gang indendørs.

Dette forløb viser, at faldforebyggelse undertiden består af få og små ændringer i dagligdagen. Det er vigtigt, at borgerens ønsker og synspunkter respekteres. Desuden er det centralt at henvise til eksperter, der kan vejlede om relevante og hensigtsmæssige hjælpemidler.

risikoen for (yderligere) tab af funktionsevne (20). D- vitaminmangel har betydning for knoglemasse, muskelmasse og muskelfunktion, og et tilskud af D-vitamin og calcium nedsætter risikoen for alvorlige fald og frakturer hos hjemmeboende over 65 år (1). En metaanalyse har vist, at tilskud af D-vitamin reducerer faldhyppigheden med mere end 20 % hos både ældre hjemmeboende og ældre plejehjemsbeboere med stabilt helbred (1).

- **Briller med glidende overgang:** Brug af briller med glidende overgang (bifokale briller) slører den nederste del af synsfeltet og øger risikoen for at falde, specielt ved trappe- og udendørsgang. Anvendelse af sådanne briller mere end fordobler risikoen for at falde (1).
- **Synergi mellem flere risikofaktorer:** Risikoen for at falde stiger dramatisk, når antallet af risikofaktorer stiger (1).

Tidlig opsporing *før* første fald

Første led i forebyggelsen af fald handler om løbende at observere hverdagsindikatorer dvs. tegn på forandringer hos den ældre og i hjemmet. Et eksempel i praksis kan være, at en medarbejder i hjemmeplejen observerer, at den ældre sidder mere i løbet af dagen end normalt, og/eller at den ældre som noget nyt udtrykker behov for hjælp til at komme op at stå fra lænestolen eller toilettet.

Eksempler på hverdagsindikatorer

- Indkøbsvaner ændres, der opstår madlede.
- Rengøringstilstanden forværres, potteplanter bliver ikke passet som før.
- Personlig hygiejne forværres.
- Der er gammel mad i køleskabet.
- Den ældre er mere passiv, ser mere tv og går mindre ud.
- Den ældre er mere indadvendt og har ændret mental adfærd.
- Den ældre klager over noget, der ikke plejer at være et problem.

Ud over opmærksomhed på hverdagsindikatorer må kommunens medarbejdere også have fokus på kliniske tegn på forandringer.

Eksempler på kliniske indikatorer

- Opkastning
- Diarré
- Uforklarligt vægttab
- Svimmelhed, træthed
- Konfusion
- Manglende spændstighed i huden
- Forværring af balance- og gangfunktionen.

Samlet billede

Hjemmeplejepersonalet har et godt udgangspunkt for at observere ændringer i den ældres funktionsevne og hverdagsliv, fordi de kommer i hjemmet. Et eksempel fra hjemmeplejen kan være, at medarbejderen kommer hos en ældre, der gennem længere tid har udviklet en depres-

sion. Depressionen påvirker bl.a. den ældres kropsholdning, koncentrationsevne, medicinforbrug, aktivitetsniveau og ikke mindst den ældres overskud til at indgå i sociale sammenhænge. Billedlig beskrevet er en 'en ond spiral' sat i gang.

De subjektive forandringer i den ældres hverdagsliv kan komme til udtryk som illustreret i nedenstående figur.

Der sker en gradvis indskrænkning af den ældres hverdagsliv. Fra at have haft en aktiv hverdag med høj grad af handlekompetence, fører en nedadgående proces i spiralen til nedsat livskvalitet med indskrænket deltagelse i hverdagens mange aktiviteter og sociale sammenhænge.

Iværksættelse af tidlig opsporing vil kunne bremse den negative udvikling. Hjælpes den ældre til at styrke egne ressourcer, vil det motivere vedkommende til nye tiltag med henblik på fastholdelse af optimal funktionsevne.

Det vil være hensigtsmæssigt i den kommunale organisation at sikre, at medarbejderens observationer ved mødet med borgeren anvendes systematisk i vurderingen af ældres funktionsniveau og behov for indsats, således at brugbare observationer bliver anvendt i den borgerrettede forebyggelse.

Kilde: Inspireret af Gunner Gamborg: Spor der slynger sig sammen - aktivitetsproblemer og psykiatrisk ergoterapi. FADL, 1991.

Tidlig opsporing *efter* første fald

I forbindelse med indsatsen for tidlig opsporing vil kommunens medarbejdere i mange situationer møde ældre, der allerede har oplevet fald.

Når det er tilfældet, anbefales det, at faldet registreres og analyseres, og at der på den baggrund iværksættes en nærmere udredning af de bagvedliggende årsager til faldet/faldene med henblik på at mindske eller eliminere risiko for yderligere fald.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle 65+årige patienter, der henvender sig på skadestuen efter fald eller indlægges efter fald, skal vurderes med henblik på identifikation af forøget risiko for (gentagne) fald. Der fokuseres på 4 konkrete spørgsmål til vurdering af, hvilke borgere der bør udredes nærmere (1).

4 spørgsmål om faldrisiko

Nedenstående spørgsmål kan afklare, om der efter et fald er øget risiko for gentagne fald:

- Havde borgeren bevidsthedstab i forbindelse med faldet?
- Oplever/har borgeren daglige gang- eller balanceproblemer?
- Har borgeren oplevet flere fald inden for det sidste år?
- Lider borgeren af svimmelhed?

Svarer borgeren ja til blot ét af ovenstående spørgsmål, bør der gennemføres en egentlig faldudredning.

CASE Sovemedicin gav fald

Margrethe Mortensen, 78 år, bor alene i en lejlighed.

Fru Mortensen er registreret for rigtig mange fald, der især er sket om morgenen. Hun falder, når hun står op og vil på badeværelset. Fru Mortensen vil gerne undgå medicin, og efter aftale med egen læge udtrappes hun af sin sovemedicin.

Efter 8 uger får hun ingen sovemedicin, hun sover godt om natten og føler sig mere frisk og kvik om dagen. Fru Mortensen er ikke faldet siden ophør med sovemedicinen.

Funktionsmålinger

Det er hensigtsmæssigt at anvende funktionsmålinger systematisk som led i identifikationen af sårbare ældre og vurdering af behovet for indsats. Funktionsmålinger vil endvidere kunne understøtte sammenhængende forløb og beskrive forandringer over tid.

Der er udarbejdet og afprøvet forskellige målinger/vurderinger til dette formål. Eksempelvis er veldokumenterede og praktisk brugbare vurderinger samlet af Odense Universitetshospital og Sygehus Fyn til dette formål, og disse har været anvendt i flere år (21).

I det følgende kapitel uddybes, på hvilken måde systematisk faldregistrering kan bidrage til forebyggelsen af fald i kommunen.

En skæv fortovsflise kan være nok til, at den ældre falder. Systematisk faldregistrering og -udredning har til formål at forebygge gentagne fald og varig funktionsnedsættelse hos den ældre borger.

5 Systematisk faldregistrering, faldudredning og sammenhængende forløb

ANBEFALING 5
Det anbefales, at kommunen foretager systematisk faldregistrering og faldudredning samt sikrer sammenhængende forløb for en målrettet faldforebyggende indsats.

Fald finder ofte sted, når den ældre borger er alene i hjemmet, og det er langt fra alle fald, som sundhedspersonalet får kendskab til. Årsagerne, til at den ældre kan være tilbageholdende med at fortælle om faldepisoden, kan bl.a. være, at den ældre har vanskeligt ved at erkende eller acceptere at have en funktionsnedsættelse.

En anden årsag kan være, at den ældre selv oplever fald som noget, der hører med, når man kommer op i årene. Denne opfattelse kan ligeledes blive styrket i mødet med social- og sundhedspersonalet (plejepersonale, egen læge etc.), som ikke altid forholder sig til faldepisoden ud fra et fagligt perspektiv, der tilsiger, at der er noget bagvedliggende, der forårsager faldet, og at der er behov for en udredning af forløbet.

En helt tredje årsag kan være, at den ældre aldrig er blevet opfordret til at informere om fald og derfor ikke tillægger det stor vægt.

Der ligger derfor et stort ansvar hos ansatte i kommune og sundhedsvæsen for at formidle viden til de ældre om, at faldtendens eller faldepisoder er vigtige at rapportere, så der kan sættes målrettet ind.

Første fald lægger grunden til det næste

Når det første fald er sket, vil det for de flestes vedkommende blive efterfulgt af flere, hvis der ikke sættes ind med initiativer, der forebygger nye fald. Det er derfor en vigtig opgave at ændre holdning og adfærd hos såvel ældre som hos sundhedspersonale i forhold til, hvor stor betydning faldforebyggelse har.

Systematisk faldregistrering

Ved systematisk faldregistrering ændres fokus fra *resultatet* af fald til *årsagen* til fald. Systematisk faldregistrering får dermed et dobbelt sigte, idet det både er et pædagogisk redskab og et redskab til dataindsamling. Systematisk faldregistrering sætter fokus på den enkelte ældres problemer og kan samtidig danne grundlag for den generelle kommunale indsats på forebyggelsesområdet.

Fordele ved systematisk faldregistrering:

- Fald kommer i fokus for faglig og organisatorisk opmærksomhed.
- Sundhedspersonen og den ældre indleder en målrettet dialog med henblik på at forebygge fald, og dermed rettes opmærksomheden mod årsager til faldet og ikke blot følgerne deraf.
- Analysen af de registrerede fald kan danne grundlag for fremtidige indsatser for faldforebyggelse fx i forhold til ernæringsrigtig kost, plane fortove etc.

Afkrydsningsskema

Faldregistrering anbefales foretaget på et skema, som er let tilgængeligt, med afkrydsningsmuligheder og i dialog med den ældre. Se bilag 1 side 46.

Registrering af faldet foretages af den første medarbejder, som konstaterer faldet.

Faldregistrering gives til tovholder

Når faldregistreringsskemaet er udfyldt, videregives det til den sundhedsfaglige medarbejder, der har særlig kompetence i at analysere fald og iværksætte relevante tiltag. Det kan være en særlig udpeget tovholder med ansvar for det videre udrednings- og forebyggelsesforløb, og ofte indbefatter det stor grad af samarbejde med plejepersonalet i forhold til interventioner i hjemmet.

Tovholderens opgaver

Tovholderen vil typisk være en medarbejder med en mellemlang sundhedsfaglig uddannelse (sygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut eller social- og sundhedsassistent).

Tovholderens opgaver:

- Faldkategorisering: snublefald, uforklarede fald med og uden svimmelhed, fald med bevidsthedstab
- Iværksættelse af faldforebyggende tiltag
- Vurdering af behov for yderligere udredning.

Et vigtigt led i tovholderens analyse af faldet er at foretage den basale faldudredning.

FAKTA om skema til faldregistrering

Skemaet skal være:

- Let tilgængeligt
- Overvejende med afkrydsningsmuligheder
- Med tydelige handleanvisninger.

Faldregistreringsskemaet skal indeholde oplysninger om:

- Borgerdata
- Hvor, hvornår og hvordan skete faldet
- Hvorvidt den ældre er kommet til skade.

Kategorier af fald kan inddeles i forhold til:

- Snublefald og andre hændelige uheld
- Uforklarede fald, med og uden svimmelhed
- Fald med bevidsthedstab (1).

Se også på faldregistreringsskemaet side 46.

Faldudredning

Den basale del af udredningen består af følgende 4 spørgsmål, se også side 27:

1. Havde borgeren bevidsthedstab i forbindelse med faldet?
2. Oplever/har borgeren daglige gang- eller balanceproblemer?
3. Har borgeren oplevet flere fald inden for det sidste år?
4. Lider borgeren af svimmelhed?

Svarer borgeren ja til blot ét af ovenstående spørgsmål, bør udredningen suppleres med en uddybende undersøgelse, der indeholder følgende dimensioner/områder:

- Eventuelle sygdomme – akut og kronisk
- Medicinstatus, vitamin- og kalktilskud
- Vurdering af ernæringstilstand og væskeindtagelse, herunder alkoholforbrug
- Søvn- og vandladningsmønster
- Brug af ganghjælpemiddel
- Brug af hjælpemidler som fx hoftebeskyttere og nødkald
- Brug af briller
- Boligindretning
- Belysning
- Beklædning og fodtøj
- Humør og kognitiv status
- Socialt netværk
- Aktiviteter og motion
- Frygt for fald
- Muskelstyrke/balance/vestibulærsans
- Følesans
- BT- måling
- ADL-funktion
- Forventninger og ønsker.

En uddybende faldudredning har til formål at afdække balance-, fald- og svimmelhedsproblemer. Den foretages altid af et forebyggelsesteam eller af en udpeget fagperson med særlig interesse for og indsigt i faldproblematik.

I processen omkring faldudredningen skal der altid tages stilling til behov for lægefaglig udredning og/eller anden specialiseret udredning.

Handleplan og faldforebyggende indsats

Med udgangspunkt i ovenstående faldudredning udarbejder tovholderen en individuel faldforebyggende handleplan med speciel vægt på eliminering af faldrisici og vurdering af træningsbehov. Formålet med handleplanen er at forebygge nye fald, undgå aktivitetsbegrænsning, social isolation og nedsat livskvalitet.

Både fra et retssikkerhedsmæssigt og et sundhedspædagogisk perspektiv skal handleplanen tage udgangspunkt i den ældres egne ønsker og behov. Et hensigtsmæssigt redskab til at sikre dette vil være at tage afsæt i de teoretiske principper for den motiverende samtale ved udarbejdelse af handleplaner (22).

AFTALER OG MÅL

Navn: Deltagernr.:

Følgende er aftalt efter gennemgang af interview, spørgeskema, test og samtale om kost, væske, bolig, daglige aktiviteter, sociale aktiviteter, motion, syn, hørelse, svimmelhed og medicin:

Borgerens ønsker og forventninger
Eksempel
Fru Hansen ønsker igen at kunne:
- gå til købmanden
- gå i bad selv
- deltage i bridgeklubben.

Aftaler
Mål på langt sigt:

Mål på kort sigt:

Besøgerens opgaver og ansvar
Eksempel
Deres ønsker kommer på visitationsmøde den _____ (dato)

Fru Hansen kontaktes senest 1 uge efter visitationsdagen ang. de tilbud, hun kan få.

Borgerens opgaver og ansvar
Eksempel
Fru Hansen drikker hver dag den kande vand, som besøgeren har stillet frem på køkkenbordet.

Forløb i faldforebyggelsen trin for trin

Det er altid en konkret, individuel vurdering, der ligger til grund for beslutninger om, hvilke faldforebyggende tiltag der skal iværksættes, og hvilke faggrupper og sektorer der involveres.

I det følgende beskrives 3 forskellige situationer med fald. Eksemplerne belyser de arbejdsgange, som er relevante i forløbene:

- **1. eksempel:** En rask, ældre person er faldet for første gang, og det er ikke nødvendigt med lægefaglig behandling.
- **2. eksempel:** En rask, ældre person er faldet (igen) og har pådraget sig en funktionsnedsættelse.
- **3. eksempel:** En rask, ældre person er faldet og er blevet indlagt på sygehus.

Eksemplerne skal illustrere relevante arbejdsgange og anbefalinger for den pågældende gruppe af ældre, samt hvilke mulige aktører/sektorer som kan have kontakt med den ældre. Eksemplerne beskriver også, hvilke forebyggende foranstaltninger der anbefales afhængigt af den ældres behov.

Som supplement til den generelle beskrivelse er det nødvendigt at foretage en individuel vurdering, som tager højde for alle den ældres andre særlige forudsætninger.

Eksempel 1 **Fald uden skade**

Trin	Handling
1	Den ældre falder første gang.
2	En kommunal medarbejder* registrerer faldet, se side 29, og kontakter faldtovholderen.
3	Faldtovholderen foretager en uddybende faldudredning, se side 31, og afklarer behov for yderligere specialudredning.

* *Registrering af faldet foretages af den første medarbejder, som konstaterer faldet, fx hjemmeplejen, primærsygeplejersken eller den praktiserende læge.*

EFTER FALD UDEN SKADE

Aktører og tiltag, der kan komme i spil efter et fald uden skade.

Hvem er aktører?

- Borgeren og de pårørende
- Hjemmeplejen
- Forebyggende medarbejdere
- Faldtovholdere/faldforebyggelsesteam
- Visitator
- Træningspersonale
- Dagcenter
- Sundhedscenter
- Praktiserende læge
- Det frivillige område.

Hvad kan den ældre selv gøre?

- Deltage i sociale netværk
- Dyrke interesser
- Være fysisk aktiv
- Spise sundt og tilstrækkeligt.

Hvad kan kommunen gøre?

- Arrangere tema- og seniorarrangementer
- Uddele informationsmateriale fx om medicin, kost, alkohol, motion, rygning og socialt samvær
- Gøre omgivelserne mere tilgængelige for ældre
- Udarbejde oversigt over kommunale aktivitetsmuligheder og foreninger og orientere om aktivitetstilbud i lokalområdet
- Tilbyde faldudredning ved faldtovholder eller faldforebyggelsesteam
- Tilbyde holdtræning.

Eksempel 2 **Fald med skade**

Når der er sket fald med efterfølgende funktionsnedsættelse hos den ældre, er der behov for en udredning af de helbredsmæssige forhold og risikofaktorer. Samarbejdet med den praktiserende læge har stor betydning for diagnosticering og behandling samt for mulig henvisning til andre specialister. Lægen kan understøtte det sammenhængende forløb ved at kontakte kommunens faldtovholder/specialeteam, som derefter kan følge op ved at vurdere behovet for igangsættelse af særlige foranstaltninger. Dette sker i samarbejde med den ældre.

Trin	Handling
1	Den ældre falder og pådrager sig en skade. Den praktiserende læge involveres.
2	Den praktiserende læge stiller initial diagnose og iværksætter behandling. Samtidig registrerer medarbejderen* faldet og kontakter faldtovholderen.
3	Lægen henviser evt. til specialudredning og kontakter kommunens faldforebyggelsesteam eller faldtovholder med henblik på at sikre et sammenhængende forløb.
4	Faldforebyggelsesteamet/faldtovholderen kontakter den ældre, følger op på den lægefaglige udredning og udarbejder en handleplan i samarbejde med den ældre, den praktiserende læge og andre relevante aktører.

* *Registrering af faldet foretages af den første medarbejder, som konstaterer faldet, fx hjemmeplejen, primærsygeplejersken eller den praktiserende læge.*

EFTER FALD MED SKADE

Aktører og tiltag, der kan komme i spil efter et fald med skade.

Hvem er aktører?

- Hjemmeplejen
- Faldtovholder/faldforebyggelsesteam
- Visitator
- Træningspersonale
- Dagcenter
- Sundhedscenter
- Praktiserende læge/geriatrisk team
- Det frivillige område.

Hvad kan man fagligt gøre?

- Observere funktionsevne
- Udarbejde funktionsevnevurdering
- Analysere risikofaktorer
- Få overblik over eksterne og interne årsager til fald
- Udarbejde handleplan for intervention
- Udføre motiverende samtale.

Hvad kan kommune og region sammen gøre?

Følge procedure for videregivelse af viden internt i kommunen og eksternt til fx praktiserende læge og sygehuset ved indlæggelse.

Følge visitationspraksis til:

- Aktiviteter i hjemmet
- Træning
- Fysisk aktivitet
- Forebyggende og sundhedsfremmende tiltag
- Sundhedscenter
- Egen læge/geriatrisk team.

Eksempel 3 **Fald med indlæggelse**

Når den ældre borger indlægges på sygehus efter et fald, er både kommunale og regionale aktører på banen, og det er en ekstra udfordring at skabe et sammenhængende patientforløb. Er borgeren kendt af fx medarbejderne i hjemmeplejen eller i trænings-sektionen, kan aktuelle funktionsmålinger videregives til regionen med samtykke fra borgeren som et led i samarbejdet mellem region og kommune.

Trin	Handling
1	Den ældre indlægges efter et fald. Samtidig registrerer medarbejderen* faldet. Hvis man har data og evt. funktionsmåling, sendes dette til sygehuset.
2	Sygehuset stiller diagnose og iværksætter behandling.
3	Sygehuset kontakter hjemmeplejen/visitator og sender epikrise til egen læge. Sygehuset sender en genoptræningsplan til kommunen, som beskrevet i sundhedsaftalen.
4	Hjemmeplejen/visitator kontakter faldspecialist/faldtovholder. Denne kontakter den ældre, følger op på den lægefaglige udredning og udarbejder handleplan i samarbejde med den ældre, den praktiserende læge og andre relevante aktører.

* *Registrering af faldet foretages af den første medarbejder, som konstaterer faldet, fx hjemmeplejen, primærsygeplejersken eller den praktiserende læge.*

EFTER FALD MED INDLÆGGELSE

Aktører og tiltag, der kan komme i spil efter et fald med skade.

Hvem er aktører?

- Sygehuspersonale
- Praktiserende læge
- Kommunale fagpersoner
- Det frivillige område.

Hvad kan man fagligt gøre?

- Foretage risikovurdering og stille en diagnose samt iværksætte akutbehandling
- Vurdere behov for videre specialeudredning
- Tilbyde medicinsk/kirurgisk behandling
- Udarbejde plan for rehabilitering
- Vurdere behov for genoptræning.

Hvad kan kommune og region sammen gøre?

- Udarbejde multifaktoriel faldudredning
- Udarbejde handleplan
- Udveksle information mellem relevante fag-grupper og sektorer
- Udarbejde genoptræningsplan
- Tilbyde patientundervisning
- Uddele informationsmateriale
- Indskrive faldforebyggende indsats i sundheds-aftaler
- Arrangere opfølgende besøg til ældre efter udskrivning fra sygehus.

Den ældre benytter byens grønne områder til den daglige stavgang. Ældrevenlig byplanlægning og gode adgangsforhold har direkte indflydelse på borgernes aktivitetsniveau og sundhed.

6 Forebyggelse af fald i samspil med den ældre

➔ **ANBEFALING 6**
Det anbefales, at kommunen systematisk medtænker, at ældre selvstændigt skal bevare muligheden for at opretholde et sundt og aktivt hverdagsliv.

Ældrevenlig byplanlægning

Et lokalområdes design, planlægning, fornyelse og adgangsforhold har betydning for ældres mulighed for at færdes uhindret, og disse forhold påvirker aktivitets- og sundhedsniveauet både for den enkelte borger og for fællesskaberne i befolkningen. Let adgang til grønne områder samt tilgængelighed i boliger, offentlige bygninger, i trafik og naturområder er væsentlige forudsætninger for, at den ældre kan opretholde et sundt og aktivt hverdagsliv. Her spiller kommunens tekniske forvaltning en central rolle, og etablering af samarbejde mellem borgere, faldforebyggelsesteam og teknisk forvaltning er afgørende.

Det er desuden vigtigt for de ældre, at nærmiljøet er trygt at færdes i. Derfor har det betydning at eliminere de barrierer i omgivelserne, som skaber frygt for fald (23). Gennem kommunens strategier, lokalplaner, trafikplaner og byggeplaner er det muligt at varetage borgernes behov for tilgængelighed, friluftsliv og aktivitet.

Planlægning af offentlige vej- og stisystemer kan med fordel omfatte en høringsrunde hos kommunens ældreråd. Ved byggeri af ældreboliger er det en fordel at inddrage repræsentanter fra faggrupper i ældresektoren, som i deres faglige virke beskæftiger sig med ældre og handicappedes færden i boligen. Der er endvidere særlige krav til boligindretning for handicappede og borgere med behov for personlig hjælp.

Fokus på ressourcer i stedet for begrænsninger

ANBEFALING 7
Det anbefales, at kommunen formidler gerontologisk viden til såvel sundhedspersonale som befolkningen.

Gerontologi er læren om aldring, og var før 1980 præget af et negativt billede, hvor alderdom var lig med sygdom, fysisk og psykisk svækkelse og forfald. Resultater fra ny gerontologisk forskning peger imidlertid på, at selv om aldring er en fremadskridende, uundgåelig proces, er det samtidig en plastisk proces, som er mulig at påvirke. Den nye forskningstradition er tværfaglig og stiller skarpt på ældres *ressourcer* frem for begrænsninger, ligesom ældrebilledet nuanceres og perspektiveres (24). Det vil være væsentligt, at undervisningen af fagpersoner også bidrager med dette perspektiv på ældre som ressourcerige medborgere, således at fokus (for indsatsen) flyttes fra begrænsninger til muligheder.

Et godt ældreliv

Forskning viser, at mennesker er i stand til at tilpasse sig kriser således, at de ikke forfalder til dyb depression og fortvivlelse, men snarere aktivt forholder sig til hændelser i livet – det kaldes adaptive strategier. Der er dog ikke konsensus om, hvordan mental sundhed skal defineres generelt. Her er det nødvendigt, at fagpersoner forholder sig til den enkelte ældres oplevelse af og tanker om den gode alderdom og trivsel.

Ældre mennesker er meget forskellige med hensyn til ressourcer, personlige egenskaber, behov, funktionsevne og helbred. Efter et langt levet liv bliver forskellene endda endnu tydeligere:

'Vi fødes som kopier – og dør som originaler'
Læge Esther Møller

Oplevelsen af en god alderdom varierer fra menneske til menneske, fra kultur til kultur, i forskellige historiske epoker og fra alderstrin til alderstrin. Der er stor forskel på de centrale personlige ønsker og behov ved pensionsalderens begyndelse og i den sene alderdom. Med høj alder rammes flere af forskellige helbredsproblemer, jævnaldrende falder fra, og døden bliver et mere nærværende tema. Undersøgelser viser, at tilfredshed med livet generelt hænger sammen med oplevelsen af at have tætte sociale kontakter. Det har betydning at have en vis kontrol over eget liv og at have en følelse af personlig værdi. Det har endvidere betydning at have et optimistisk syn på fremtiden og at have overskud til at dyrke sine interesser og forfølge sine personlige mål i livet.

Flere ældre har et aktivt liv

Flere og flere ældre har et godt helbred, en god funktionsevne og lever et aktivt liv. Der sker således en udvikling på ældreområdet, såvel som på andre samfundsområder, og dette skyldes bl.a. forbedrede økonomiske forhold, forbedret uddannelsesniveau, mindre fysisk nedslidning og forbedrede livsstilsvaner.

Tværfaglig indsats for at skabe bedre muligheder

Det anbefales, at forebyggelse og sundhedsfremme hviler på et tværfagligt grundlag og tilstræber at skabe muligheder for, at ældre bevarer eller genvinder et udviklende, spændende, godt og sundt liv højt op i årene.

Respekt og aktiv inddragelse i indsatsen
Forståelse og respekt for den enkeltes liv og prioriteringer er væsentlige grundelementer for at inddrage den ældre. Aktiv deltagelse er en nødvendig forudsætning for at realisere en indsats. På grundlag af faldregistreringen diskuteres, hvilke tiltag der kan være relevante. Den ældre beslutter herefter, hvilket mål som skal nås, og hvilke handlinger som skal føre frem til målet. Fagpersonalets opgave er at formidle gode løsninger som lette valg. Den motiverende samtale er her et vigtigt redskab (22).

Undervisning, holdtræning og sociale aktiviteter udbydes af idrætsklubber, aftenskoler, dagcentre og træningscentre. Særlige tilbud som led i faldforebyggelse kan etableres i et samarbejde mellem faldforebyggelsesteam og udbyderne.

Undervisningsmateriale om aldring og livsstil kan indgå i særlige arrangementer målrettet til ældre, der hvor de tilmelder sig i aftenskoler, seniorklubber, foreninger og dagcentre. Sådan undervisning kan foretages af det tværfaglige faldforebyggelsesteam, som har særlig viden inden for området.

Eksempel
Som led i Københavns Kommunes SIKS-projekt er der udarbejdet en 'Undervisningsmanual til forebyggelse af ældres balanceproblemer og fald'. Materialet er målrettet borgere med balanceproblemer, og der er lavet dias og noter beregnet til anvendelse ved kursusforløb (15).

Ligeværdig og åben dialog
Mødet med den ældre bør veksle mellem dialog og formidling, som giver plads til, at den ældre kan formulere problemer og få feedback på sin egen situation. Dernæst kan den ældre gøre sig tanker om, hvilke mål, ønsker og behov vedkommende har i forbindelse med forebyggelse af fald. Etisk kan det være følsomt at tale faldforebyggelse og forandringer i hverdagslivet. Den professionelles hjælp skal være et tilbud, og borgerens ret til autonomi skal respekteres.

Undervisning af ældre danner grundlag for forståelse, indsigt og motivation for bevarelse af den ældres ressourcer.

Samtalens formål:
- At støtte den ældre i at afklare ønsker og behov i forhold til forebyggelse af fald
- At vejlede den ældre til at træffe valg og tage stilling, som inspirerer til at handle
- At styrke den ældres handlekompetence gennem motiverende samtale om den konkrete forebyggelse af fald.

Den professionelle kan og skal ikke presse forslag ned over hovedet på den ældre, og sundhedsvejledning må ikke give anledning til dårlig samvittighed hos den ældre.

Styrkelse af det sociale netværk

ANBEFALING 8
Det anbefales, at kommunens medarbejdere fokuserer på ældres muligheder og ressourcer ved at bidrage til opbygning af sociale netværk samt muligheder for, at de ældre kan dyrke interesser og forfølge personlige mål efter ønske og behov.

I forbindelse med arbejdslivets ophør sker der en reduktion af de sociale kontakter. Forskningen viser imidlertid, at mennesker med stærke sociale relationer ikke så let bliver syge. De overlever længere end mennesker med svagt socialt netværk. Hvis man bliver syg, kan en styrkelse af det sociale netværk bidrage til bedring (25).

Kommunen bør derfor understøtte socialt samvær gennem etablering af mødesteder og aktivitetscentre og igennem opbakning til netværksdannelse. Kommunen kan desuden udarbejde et katalog over lokale foreninger og aktivitetsmuligheder, hvilket kan bruges i en motiverende dialog og skabe kontakt mellem borger og aktivitet.

Mennesket er et socialt væsen, og social balance opnår man ved at være med i store eller små fællesskaber. De kommunale og de frivillige organisationers tilbud om samvær med andre kan være eksempler på sådanne fællesskaber. Det er godt for sundheden, at man har nogen at være aktiv sammen med, og nogen at få en god snak og et godt grin sammen med. Mennesker, der ikke føler sig ensomme, lever længere og har færre sygdomme. Oplysning om god livsstil har størst gennemslagskraft, når det finder sted i sociale grupper. Ældreklubber er et godt forum for udbredelse af viden og motivation til forandring.

Læs mere
Sund By Netværket har udgivet 6 foldere, som er skrevet til ældre mennesker, og som omhandler den fysiske, psykiske og sociale balance i hverdagslivet (26). Folderne kan hver for sig og tilsammen danne udgangspunkt for en god dialog med ældre om deres muligheder for at skabe sig et godt og sundt hverdagsliv.
I folderne findes gode råd om de forhold, der er vigtige elementer i hverdagen også i forhold til forebyggelse af fald.

Titlerne på folderne er:
- Et sundt og godt hverdagsliv
- Mad og drikke
- Hold dig fysisk aktiv
- En god nats søvn
- Sovemedicin og beroligende medicin
- Hold kroppen i balance.

Folderne kan rekvireres ved henvendelse i kommunen. Folderne kan desuden hentes på www.sund-by-net.dk/publikationer.

Litteratur

Kapitel 1

1. Sundhedsstyrelsen. *Faldpatienter i den kliniske hverdag, rådgivning fra Sundhedsstyrelsen.* Sundhedsstyrelsens publikationer 2006. www.sst.dk

2. Statens institut for Folkesundhed. *Ældres faldulykker: Flere vil blive indlagt efter faldulykker i fremtiden.* Uge 46, 2003. www.si-folkesundhed.dk (Forside/ Ugens tal for folkesundhed/ Arkiv for alle Ugens tal for folkesundhed/ Ældres faldulykker)

3. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC et al. *Interventions for preventing falls in elderly people.* Cochrane Database Syst Rev. 2003; (4): CD000340

4. Ulykkesregisteret, Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved Syddansk Universitet 2009

5. Statens institut for Folkesundhed. *Ulykkestendenser. Uændret antal skadestuebesøg efter ulykker i 2008.* www.si-folkesundhed.dk

6. Scuffham P, Chaplin S, Legood R. *Incidence and costs of unintentional falls in older people in the United Kingdom. J Epidemiol Community Health* 2003;57:740–4.

7. Ankjær-Jensen, A; Thune Jacobsen, E; Smidt Thomsen I. *Rehabilitering af ældre med hoftebrud – omkostninger og effekt.* Dansk Sygehus Institut, rapport 1994.08. www.dsi.dk

8. Danmarks Statistisk Nettoprisindeks. www.dst.dk

9. Dansk Sygehusinstitut. *Evidensbaseret forebyggelse i kommunerne – dokumentation af effekt og omkostningseffektivitet.* www.dsi.dk

10. Tinetti, Mary E; Baker, Dorothy I; McAvay, G et al. *A multifactoriel intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community.* The New England, Journal of Medicine. 1994.

11. Sundhedsstyrelsen. *Fysisk aktivitet og ældre.* www.sst.dk

12. Statens institut for Folkesundhed. *Forebyggelse af ulykker. Evaluering af forebyggelse mod ulykker viser, at forebyggelse betaler sig.* www.si-folkesundhed.dk

Kapitel 3

13. Bekendtgørelse nr. 414 af 5. maj 2006 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

14. Sundhedsstyrelsen. *Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus – en medicinsk teknologivurdering*. Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter 2007;7 (4).) 2007

15. Københavns Kommune. *Sammenhængende indsats for kronisk syge*. Evaluering af samarbejdsprojekt mellem Bispebjerg Hospital og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune og praktiserende læger på Østerbro. 2008. www.siks-kbh.dk

Kapitel 4

16. Hoeck B; Hørder M. *Evidensbaseret praksis – hvad det er og hvad det ikke er*. Syddansk Universitet den 22. oktober 2001

17. SIF og Servicestyrelsen. *Midaldrende og ældre danskeres alkoholforbrug fra 1987 til 2003*

18. Det nationale Sund By Netværk. *Håndbog i faldforebyggelse i hjemmet*. 2000

19. *Leverråd: Træning og anden indsats til faldtruede ældre – forebyggelse af ældres fald*. (www.simpelfunktion.dk)

20. *Undervægt og utilsigtet vægttab hos ældre på plejecentre og i hjemmeplejen – problemer, der bør gøres noget ved*. Ugeskrift for Læger 2005; 167(03): 272

21. Lauritsen J. *Simpel funktionsmåling – instruktionsmateriale* (DVD og pjece). OUH.2007. ISBN 978-87-992241-0-4. Opdatering og materiale kan hentes på www.ouh.dk/simpelfunktion. Dvd'en kan rekvireres fra Ulykkes Analysegruppen uag@ouh.regionsyddanmark.dk eller telefon 65 41 22 83

Kapitel 5

22. Mabeck CE, Kallerup H, Maunsbach M. *Den motiverende samtale*. Dansk Selskab for Almen Medicin, 1999

Kapitel 6

23. Cavill N, Kahlmeier S og Racioppi F. *Fysisk aktivitet og sundhed i Europa – Evidens og handling*. Sund By Netværket, 2008

24. Kirk H. *60 år med dansk gerontologi – sådan startede det*. Gerontologi. 2007. Nr. 4/årgang 23/dec.

25. Due P, Holstein B, Kamper-Jørgensen F, Almind G. *Sociale relationer og sundhed. Forebyggende sundhedsarbejde*. København. Munksgaard, 2005

26. Faldfolderne Sund By netværket

Bilag 1 Faldregistrering

Borger: **Cpr. nr.:**

Dato for fald: **Tidspunkt:**

Hvor skete faldet?

- ☐ I stuen
- ☐ I spisestuen
- ☐ I entreen
- ☐ På trappen
- ☐ På toilettet
- ☐ I soveværelset
- ☐ I køkkenet
- ☐ Udendørs
- ☐ Andet sted

Hvad var borgeren i færd med?

- ☐ Gå
- ☐ Gå over dørtrin, måtte el.lign.
- ☐ Rejse sig fra/sætte sig på stol
- ☐ Rejse sig fra/sættes sig på toilet
- ☐ Op af/ned i seng
- ☐ I bad
- ☐ Var i haven
- ☐ Borger ved det ikke
- ☐ Andet

Hvilken type fald er der tale om?

- ☐ Snublefald eller andet hændeligt uheld
- ☐ Uforklarligt fald
- ☐ Med svimmelhed
- ☐ Uden svimmelhed
- ☐ Fald med bevidsthedstab

Hvad skete med borgeren ved faldet?

☐ Tilsyneladende intet ☐ Blå mærker ☐ Hudafskrabning

☐ Sår ☐ Smerter ☐ Forstuvning

☐ Brud ☐ Andet

Hvad skete med borgeren efter faldet?

☐ Hospital ☐ Til læge ☐ Forbinding

☐ Ingenting

Undersøgende samtale

☐ Ja tak ☐ Nej tak

Besked er sendt til

☐ Funktion Trænende Terapeuter (eller afdeling i kommunen, der har med (genop)træning at gøre)

Kontaktperson: _____

Telefonnr.: _____

Register

4 spørgsmål om faldrisiko ■ 27

Afkrydsningsskema ■ 30, 46
Aftaler med den ældre ■ 32
Anbefalinger ■ 11

Byplanlægning ■ 37

Dialog ■ 40
Dødsfald ■ 7

Fald med indlæggelse ■ 35
    med skade ■ 34
    uden skade ■ 33
Faldforebyggelsesteam ■ 21
Faldregistrering ■ 29, 46
Faldrisiko ■ 23-24
Faldudredning ■ 31
Faldulykker, tal på ■ 7-8
Forebyggelseskonsultation ■ 20
Forebyggende indsats ■ 31
Forløbsplan ■ 32-35
Funktionsmåling ■ 27

Handleplan ■ 31-32
Hoftefraktur ■ 7
Hverdagsindikatorer ■ 25

Inddragelse af den ældre ■ 31-32, 40
Indlæggelser ■ 8

Kliniske indikatorer ■ 25

Læge, den praktiserende ■ 18

Opsøgende hjemmebesøg ■ 20
Organisering ■ 20-21

Politik for faldforebyggelse ■ 13-15

Ressourcer, den ældres ■ 38
Risikofaktorer ■ 23-24

Samfundsøkonomi ■ 8
Sammenhængende forløb ■ 29
Serviceloven ■ 17
Socialt netværk ■ 41
Sundhedsaftaler ■ 18
Sundhedsloven ■ 13, 17

Tal på faldulykker ■ 7
Tidlig opsporing ■ 23
    efter første fald ■ 27
    før første fald ■ 25
Tovholder ■ 21, 30
Tværfaglig indsats ■ 17, 32-35, 39
Tværsektorielt samarbejde ■ 18, 32-35

Ældreliv ■ 38

Økonomi ■ 7

8 anbefalinger til forebyggelse af ældres faldulykker – den gode kommunale model er led i en serie af publikationer, udarbejdet af Sund By Netværket med det formål at udbrede erfaring og inspiration til at udbygge og intensivere det forebyggende arbejde.

Publikationen kan give inspiration til, hvordan en god kommunal indsats til forebyggelse af ældres faldulykker kan planlægges og implementeres.

Anbefalingerne tager udgangspunkt i den evidensbaserede viden, der er på området, samt gode erfaringer fra praktisk forebyggende arbejde.

Denne publikation henvender sig til politikere, planlæggere og praktikere. Anbefalingerne henvender sig særligt til kommunale beslutningstagere og fagfolk, som har at gøre med træning, behandling, pleje og omsorg i forhold til ældre. Men også alment praktiserende læger og sygehuspersonale, som indgår i det nødvendige samarbejde med kommunen om forebyggelse, vil have glæde af publikationen.

Målgruppen for de beskrevne forebyggende indsatser er ældre over 65 år.

SUND BY NETVÆRKET
Sund By Sekretariatet

c/o KL-huset
Weidekampsgade 10
2300 København S

Telefon 33 70 35 80
E-mail: post@sundbynetvaerket.dk
www.sund-by-net.dk

8 anbefalinger til forebyggelse af
ÆLDRES FALDULYKKER
– den gode kommunale model

© Sund By Netværket, 2010
1. udgave, 1. oplag, 2010

ISBN (trykt version): 978-87993424-1-9
ISBN (elektronisk version): 978-87993424-2-6

Manuskript
Manuskriptet er udarbejdet af Sund By Netværkets faldtemagruppe:
Annette From, Sønderborg Kommune
Eva Thune Jacobsen, Københavns Kommune
(fra 1.2.2009 Helsingør Kommune)
Hanna Vestenaa, formand, Holbæk Kommune
Hanne Skov, Frederiksberg Kommune
Ingrid Salling Rasmussen, Stevns Kommune
John Rosengaard Svendsen, Assens Kommune
Karin Lodahl, Slagelse Kommune
Lene Buur Jensen, næstformand, Svendborg Kommune
Margit Olsen, Slagelse Kommune
Mette Hagemann Petersen, Næstved Kommune
(frem til 31.12.2008)
Pernille Liliendahl Larsen, Faxe Kommune
Susanne Danielsen, Ballerup Kommune
Tina Holm, Roskilde Kommune
Tove Fisker, Kalundborg Kommune

Fagredaktion
Edith Mørup, freelancekonsulent
Eva Thune Jacobsen, strategisk sundhedskonsulent, fysioterapeut, mag.art., ph.d., Helsingør Kommune
Hanna Vestenaa, sundhedskonsulent, sygeplejerske, Diploma i Public Health, Holbæk Kommune.
Lene Buur Jensen, projektleder, fysioterapeut og master i rehabilitering, Svendborg Kommune
Lillian Møller, udviklingskonsulent, cand. pharm. MPH, Sund By Sekretariatet
Linda Johansen, sundhedskonsulent, sygeplejerske, master i sundhedspædagogik, MEd in Health Promotion and Education, Favrskov Kommune
Ninna Uhrlund, områdeleder, sygeplejerske, MPA, Holbæk Kommune
Pia Kürstein Kjellberg, senior projektleder, cand. scient. adm., ph.d.,Dansk Sundhedsinstitut
Jakob Kjellberg, senior projektleder, cand. scient., M.Sc.Health Econ, Dansk Sundhedsinstitut

Redaktion
Komiteen for Sundhedsoplysning

Grafisk tilrettelæggelse
Peter Dyrvig Grafisk Design

Illustrationer
© Anne-li Engström
Imagelibrary/Gold (side 16)
Isabelle Rozenbaum/PhotoAlto (side 28)

Trykkeri
Scanprint

Udgivet af
Sund By Netværket 2010
Publikationen er udgivet med økonomisk støtte fra TrygFonden og med sekretariatsbistand fra Sund By Sekretariatet

Trykt med vegetabilske farver uden opløsningsmidler på miljøgodkendt papir