

NÅR VI ER MODEN SÅ FALLER VI NED?



Innhold

1.	Sluttrapport fagring tema FALL	3
1.1	Problemstilling	3
1.2	Definisjon av fall.....	3
2.	Bakgrunn.....	4
3.	Spørsmålsformulering.....	4
4.	Metode	5
5.	Dokumentasjon av litteratursøk.....	6
6.	De viktigste resultater fra litteratursøk med vurdering og kommentarer	6
7.	Diskusjon	12
7.1	Kartlegging.....	12
7.2	Tiltak	13
7.3	Utdanning.....	14
7.4	Organisering/politikk	14
8.	Konklusjon – konsekvenser for praksis	16
9.	Referanseliste.....	18

1. Sluttrapport fagring tema FALL

1.1 *Problemstilling*

Hvilke tiltak kan forebygge fall hos beboere i sykehjem?

1.2 *Definisjon av fall*

”Uventet tap av balanse som resulterer i at man ufrivillig blir liggende på gulvet eller bakken” (Norsk elektronisk Legehåndbok)

Deltakere:

Irene Mjanger	Ulset sykehjem
Marie Flatabø	Ulset sykehjem
Hilde Thorsheim	Midtbygda sykehjem
Raymond S. Haraldseid	Midtbygda sykehjem
Björg A. Sjøbø	Ortopedisk klinikk, Helse Bergen

2. Bakgrunn

Brudd hos eldre er et stort medisinsk problem i Norge. Årlig er det ca. 9000 lårhalsbrudd og 15000 håndleddbrudd hos voksne. Anslagsvis 140 000 norske kvinner har forandringer i ryggen som kan være forårsaket av kompresjonsbrudd. Gjennomsnitt liggetid (på sykehus) er beregnet til ti dager. Nærmere 250 sykehussenger på kirurgiske avdelinger er til enhver tid belagt med hoftebruddpasienter. (1)

I tillegg til skader medfører gjentatte fall til funksjons svikt, redsel for nye fall og institusjonalisering. (2)

Fallforekomsten øker med økende alder, og kvinner faller oftere enn menn. Omtrent 30 % av hjemmeboende eldre faller minst en gang pr. år, mens eldre på institusjon faller langt oftere. Beboere på sykehjem har generelt lavere funksjonsnivå enn eldre som bor hjemme. Ved moderat og alvorlig demens øker risikoen for fall, både som følge av ustødighet, manglende hukommelse og nedsatt vurderingsevne. Det hevdes at beboere på sykehjem har tre ganger så høy risiko for å falle som befolkningen ellers. Halvparten av beboerne i sykehjem har minst et fall pr. år, og av disse faller 50 % mer enn en gang. (3) En tredjedel av disse resulterer i lårhalsbrudd. (4)

Hoftebrudd er den alvorligste bruddskaden hos eldre mennesker. Hoftebrudd har høy mortalitet og ofte stort varig funksjonstap. 20 % dør innen et år etter hoftebruddet, og kun 1 av 4 hoftebruddpasienter gjenvinner omtrent samme funksjonsnivå som før hoftebruddet. (5)

Det viser seg at de fleste studier om fallforebygging gjelder hjemmeboende eldre. De studiene som er gjort om fallforebygging på sykehjem, ekskluderer ofte beboere med demens til tross for at beboere med demens har en særlig høy risiko for fall. (4)

Individuell kartlegging og individuelle tiltak er de mest effektive tiltakene for å forebygge og redusere risikoen for fall og fallskader. (7)

Vi håper denne rapporten bidrar til økt kunnskap om og større fokus på hvordan vi kan forebygge fall hos beboere på sykehjem. I tillegg håper vi den enkelte avdeling ser nytteverdien av å gjennomføre, dokumentere og evaluere de tiltakene som iverksettes innenfor dette viktige fagområdet. Fokus på fallforebygging krever bruk av og investering i ulike ressurser. Vi påstår det er verdt innsatsen.

3. Spørsmålsformulering

Vår problemstilling tar utgangspunkt i følgende kjernespørsmål:

- *Hvorfor faller beboere i sykehjem? (årsak – etiologi)*
- *Hvilke tiltak kan forebygge fallulykker hos sykehjemsbeboere? (effekt av tiltak)*

Populasjon:	Intervensjon:	Comparison:	Outcome:
Beboere i sykehjem	Tiltak som kan forebygge fall	Dagens praksis	Redusert fallfrekvens hos eldre beboere i sykehjem
		Manglende fokus på fallforebygging	Faglige retningslinjer
Termer/MeSH:	Termer/MeSH:	Termer/MeSH:	Termer/MeSH:
Nursing home*	Prevent*	Current practice	Reduction/ reduc*
Long term care	Intervent*	Lack of focus	Guideline*
Elderly resident*	Injurious fall*		
Aged resident*	Accidental fall*		
Care facilit*	Risk factor*		

4. Metode

Temaet fallforebygging var gitt på forhånd, og problemstillingen er valgt på bakgrunn av at de fleste fagringdeltakerne jobber på sykehjem. Arbeidet i fagringen er basert på litteraturstudier. Med utgangspunkt i kjernespoørsmålene som nevnt i pkt 3, har vi vært særlig opptatt av å finne litteratur som sammenligner effekten av ulike fallforebyggende tiltak. Vi har derfor søkt etter systematiske oversiktsartikler basert på randomiserte kontrollerte studier (RCT) samt faglige retningslinjer. Etter undervisning i litteratursøk ved bibliotekar, har vi søkt på egen hånd i ulike databaser: Vi brukte Svemed+ for å finne aktuelle MeSH-termer. Cochrane Library, Medline, Joanna Briggs Institute og Google. Vi fant mange relevante oversiktsartikler, retningslinjer og kartleggingsverktøy. Vi har også hatt en time med bibliotekar for å sikre at vi ikke har oversett viktige data.

5. Dokumentasjon av litteratursøk

Søkeord/kombinasjoner	Dato for søk	Database	Evt. Avgrensinger
Fall Forebygge Ramla Förebygga	02.02.2009	SveMed+	
Fall prevention	02.02.2009	Cochrane Library	Title, abstract or keywords
Fall prevention Falls Fall*	02.02.2009	Joanna Briggs Institute – Systematic reviews	
Fall prevention	02.02.2009	Joanna Briggs Institute – Evidence Summaries	
Guideline falls	02.02.2009	Google	
Kartleggingsverktøy fall	31.03.2009	Google	
Fall prevention Nursing homes	08.06.2009	Medline	Guidelines, RCT

6. De viktigste resultater fra litteratursøk med vurdering og kommentarer

Forfatter/tittel:	Mål/hensikt:	Metode/design:	Resultat:	Konklusjon:
Gillespie, Gillespie et al, 2003: <i>Interventions for preventing falls in elderly people.</i>	Vurdere effekten av tiltak utviklet for å redusere fallforekomst blant eldre som bor hjemme, på institusjon, eller er innlagt på sykehus.	Systematisk oversikt over 62 RCT (21668 deltakere) som tar for seg effekten av fallforebyggende tiltak	6 tiltak som sannsynligvis har effekt. 10 tiltak med usikker effekt. 1 tiltak hadde sannsynligvis ingen effekt på reduksjon av fall.	Fallforebyggende arbeid bør rette seg både mot helsemessige og miljømessige faktorer.
Forfatter/tittel:	Mål/hensikt:	Metode/design:	Resultat:	Konklusjon:
McClure, Turner et	Vurdere effekt av	Systematisk	Alle studiene viser	Forebygging av fall-

al (2007): <i>Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people.</i>	tiltak rettet mot den generelle eldre befolkningen, for å forebygge fallrelaterte skader.	oversikt over 6 studier (ingen RCT)	reduksjon i fallrelaterte skader, i varierende grad (6-33 %).	relaterte skader er effektivt, og bør brukes i offentlig helsetjeneste.
Howe, Rochester et al (2007): <i>Exercise for improving balance in older people</i>	Vurdere effekt av treningstiltak for å forbedre balansen hos eldre som bor hjemme eller på institusjon	Systematisk oversikt over 34 randomiserte og kvasi-randomiserte kontrollerte studier (2883 deltakere)	Signifikant bedring i balanseevne på kort sikt. Langtidseffekt er usikker.	Se resultat
Tse, T. (2005): <i>The environment and falls prevention: do environmental modifications make a difference?</i>	Vurdere den fallforebyggende effekten av miljømodifisering blant eldre personer, på institusjon eller i hjemmet.	Systematisk oversikt over 18 studier (16 RCT, 1 longitudinell studie og 1 kassustudie). 10634 deltakere	Institusjon: 3 studier viste reduksjon av fall, 3 viste ingen effekt. Hjemme: 6 studier viste signifikant effekt, 5 viste ingen signifikant effekt.	Noe støtte for bruk av miljømodifiserende tiltak for å hindre fall blant eldre. Spesielt tverrfaglige, multifaktorielle forebyggingsprogrammer.
Forfatter/tittel:	Mål/hensikt:	Metode/design:	Resultat:	Konklusjon:
Feder, Cryer et al (2000): <i>Guidelines for the prevention of falls in people over 65</i>	Å overføre forskningsresultater om fallforebygging til retningslinjer som kan implementeres i	Strukturert sammendrag basert på RCT og systematiske oversiktsartikler. Deltakere bodde	8 forsøk om treningsprogram 5 forsøk som kombinerer tiltak (trening, miljømodifisering,	De fleste treningsprogram alene reduserer ikke fallforekomst hos hjemmeboende generelt.

	ulike sammenhenger der målsettingen er å redusere antall fall og fallskader for personer over 65 år.	hjemme eller på institusjon. Sykehuspasienter, seneliggende og demente ble ekskludert.	og kunnskap som fallforebygging) 6 studier om fallforebygging i hjemmet. 4 studier om sykehjem	Programmer som kombinerer tiltak reduserer fall. Vurdering av sykehjemsbeboere etter fall, med utarbeiding av individuell tiltaksplan og opplæring av personalet, reduserer fall. Lårhalsbrudd på sykehjem kan reduseres v.h.a. hoftebeskytter.
Forfatter/tittel:	Mål/hensikt:	Metode/design:	Resultat:	Konklusjon:
Chang, Morton et al (2004): <i>Interventions for the prevention of falls in older adults: Systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials.</i>	Å vurdere den relative effekten av ulike fallforebyggende tiltak (multifaktoriell risikovurdering, trening, miljømodifikasjon og undervisning)	Systematisk oversikt og meta-analyse basert på 40 RCT. To utfall: Antall som falt minst en gang i studieperioden, og månedlig fallrate.	Multifaktorielle fallforebyggende program hadde signifikant effekt på både fallrisiko og månedlig fallrate. Ingen enkelttiltak skilte seg ut som mest eller minst effektive.	Multifaktoriell fallrisikovurdering og tiltaksprogram er mest effektivt for å forebygge fall, og særlig hos de med tidligere fall. Trening er nest mest effektivt, og kan iverksettes til en

	blant eldre.		Trening hadde signifikant effekt på fallrisiko, men ikke på månedlig fallrate.	generell befolkning.
Forfatter/tittel:	Mål/hensikt:	Metode/design:	Resultat:	Konklusjon:
Hill-Westmoreland, Soeken, Spellbring (2005) <i>A meta-analysis of fall prevention programs for the elderly: How effective are they? (structured abstract)</i>	Kartlegge effekten av fallforebyggingsprogram	RTC og kvasi-eksperimentelle studier. 12 studier totalt. Delt inn: 3 studier med trim. 5 studier med trim og risikovurdering. 3 studier med tverrfaglige miljøtiltak med anbefalinger basert på kartlegging. 1 studie med kursing hvor deltagerne lager egne tiltak.	Resultatene indikerte at tiltakene var effektive i å redusere antall fall.	4 % fallreduksjon for deltagerne. Det blir også anbefalt å foreta flere studier på området.

Bischoff-Ferri, Dawson-Huges et al (2004) <i>Effect of Vitamin D on falls: a meta analysis</i>	Å kartlegge effekten av vitamin D i forebygging av fall hos eldre.	5 RCT med 1237 eldre deltagere. Alle deltagerne hadde en stabil helsetilstand	22 % reduksjon av fall hos de som brukte vitamin D sammenlignet av de med placebo.	
NICE. Clinical guideline 21. (2004) <i>Falls: the assessment and prevention of falls in older people.</i>	Målet er å lage en internasjonal guideline.	Står ikke i den korte versjonen som vi har.	Resultatet er en Internasjonal guideline for fall. Det er div. risikofaktorer og intervensjoner, undervisning og informasjon.	
Forfatter/tittel:	Mål/hensikt:	Metode/design:	Resultat:	Konklusjon:
American Geriatrics Society, British Geriatric Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on fall prevention. (2001) <i>Guideline for the prevention of falls in older persons</i>	Assistere helsefagarbeidere i kartlegging av fallrisikovurdering og deres håndtering av eldre personer med fall risiko og de som har falt.	Litteratursøk etter metaanalyser, systematiske oversikter, randomiserte studier, kontrollerte før og etter studier, kohortstudier.	Trening, miljømodifikasjoner, medisinvurdering, kartleggingsverktøy, opplærings-program er effektfulle tiltak. Det er også ramset opp mindre effektfulle / andre potensielle tiltak.	
B. Gunnarshaug, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (2007): <i>Fall blant pasienter I hjemmet og I sykehjem og betydningen av tverrfaglighet og</i>	Få mer kunnskap om forekomst og konsekvenser av fall i sykehjem og pasienter som får hjemmesykepleie.	Todelt evaluering, kvantitativ og kvalitativ studie.	Det er lett å registrere fall, men vanskelig å gjøre noe for å hindre gjentakelse.	Det bør rettes fokus mot pasientenes egne ressurser og mestringsevne i tillegg til tverrfagelig samarbeid. Systematikken bør inngå som en del av kvalitetsarbeidet.

<i>mestring.</i>				
------------------	--	--	--	--

7. Diskusjon

”Vi må satse mye mer på forebygging blant eldre i kommunehelsetjenesten(...) Frem til år 2050 vil gruppen eldre over 80 år øke kraftig, og fallskader vil etter alt å dømme bli et voksende folkehelseproblem(...) Antall beboere i sykehjem har vært stabil de siste 10 årene, men sykehjemmene har en annen profil enn på 1990-tallet. 75 prosent av plassene er tildelt demente pasienter, som i tillegg ofte har 5-7 andre sykdommer. De øvrige plassene brukes til korttidsopphold. Dagens sykehjemspasienter var gårsdagens pasienter på medisinsk avdeling i sykehusene.” Forbundsleder i Norsk Sykepleier Forbund Lisbeth Normann. (6)

Eldre som innlegges eller bor på sykehjem har en høy fallrisiko om man ser på de ulike risikofaktorene for fall. Eksempler på risikofaktorer er høy alder, syns- og / eller hørselsvekkelse, ernæringssvikt, nedsatt kognitiv funksjon, redusert muskelstyrke, nedsatt balanse, svimmelhet, polyfarmasi, tre eller flere kroniske lidelser.

Som sykepleiere med erfaringer fra både sykehjem og sykehus registrerer vi at fall og fallskader ikke er uvanlig blant våre beboere på sykehjem/ sykehus eller i samfunnet generelt. Vi opplever imidlertid at det er lite fokus på hvilke tiltak som bør iverksettes for å forebygge og redusere antall fall og fallskader. I den grad vi har et slikt fokus, viser det seg at dokumentasjon av oppfølgende tiltak i stor grad er fraværende.

Beboere på sykehjem har ulik grad av kognitiv funksjon. Det kan derfor være vanskelig å undervise beboerne om forebygging av fall og hvilke tiltak den enkelte selv kan iverksette for å unngå ”snublefeller”. Avhengig av graden av demens, finnes det en stor gruppe eldre mennesker som ikke vil være i stand til å følge selv enkle forholdsregler for forebygging av fall. For denne gruppen vil det være snakk om å tilrettelegge omgivelsene best mulig, i tillegg til personlig ivaretagelse, hyppig tilsyn av den eldre og god kommunikasjon/ samarbeid med eventuelle pårørende.

Det viser seg å være fire faktorer som sammen kan bidra til fallforebygging:

- Kartlegging
- Tiltak
- Utdanning
- Organisering og politikk

7.1 Kartlegging

Det anbefales å gjøre en individuell kartlegging for vurdering av fallrisiko. Det finnes mange og ulike kartleggingsverktøy. Noen kartleggingsverktøy som anbefales er (12):

- Morse fall scale (MFS)

- Stratify Fall Risk Assessment Tool
- Fall Risk Assessment Hendrich II Fall Risk Model

- Vurdering av fallrisiko hos eldre – Sjekkliste. Norsk Elektronisk Legehåndbok (11)

De ulike kartleggingsverktøyene gir ulik score for fysisk og kognitiv funksjon, antall diagnoser, polyfarmasi og så videre. Antall score er avgjørende for om det skal iverksettes fallforebyggende tiltak. Tinetti et al. viser at fallrisikoen er proporsjonal med antall risikofaktorer. (10)

Det kan diskuteres om en egentlig har bruk for et kartleggingsverktøy for vurdering av fallrisiko ved innleggelse i sykehjem. Med utgangspunkt i risikofaktorene for fall på de ulike kartleggingsverktøyene, ser vi at samtlige beboere på sykehjem har høy risiko for å falle. Vi velger derfor å ikke bruke ressurser på bruk av kartleggingsverktøy i denne sammenhengen. Vi velger heller å fokusere på følgende punkter:

1. Jevnlig gjennomgang av medikamentliste i samarbeid med lege. Vurdere å seponere/ redusere bruken av medikamenter som øker fallrisikoen. Dette kan for eksempel være sovemedisin, beroligende medikamenter, diuretika og ulike typer blodtryksmedisin.
2. Har beboeren en eller flere diagnoser eller status som tilsier økt fallrisiko jfr. risikofaktorene?
3. Regelmessige gjennomgang av avviksskjema med tema fall. Dette kan for eksempel gjennomføres i forbindelse med tverrfaglige møter, være et ansvarsområde for avdelingens ”fallgruppe” eller som et eget møte. Uansett må fokuset være på hvilke tiltak en ønsker å gjennomføre for den enkelte beboer for å redusere risikoen for fall

Vi ser viktigheten av å ha en fast ansatt lege på sykehjemmene sett i forhold til blant annet medisinerings av beboerne. En fast ansatt lege vil sannsynligvis føle et større ansvar og ha en bedre oversikt over medikamentforbruket blant de enkelte beboerne. Det kan også bidra til at det skapes en kultur for mer åpenhet, diskusjoner og økt kunnskap blant personalet både om bruken av ulike typer medikamenter og eventuelle farer for bivirkninger / interaksjoner.

Regelmessige tverrfaglige møter med fokus på fallforebygging er svært viktig. Styrken i slike møter er en felles målsetning, men med ulike, faglige innfallsvinkler med forslag til og oppfølging av tiltak. Slik kan en sikre at alle sider av saken blir belyst. Det er ikke dermed sagt alle andre former for møter med fokus på fallforebygging er u hensiktsmessig. Det viktigste er at ledelsen signaliserer, gjennom ulike tiltak, at fallforebygging er i fokus, og at det skapes en holdning blant personalet som gjenspeiler dette.

7.2 Tiltak

Tiltak for å forebygge fall bør være individuelt tilpasset den enkelte beboer og utarbeides av en tverrfaglig sammensatt gruppe. Gruppen bør ideelt sett bestå av beboer / pårørende (jfr. brukermidvirkning),

primærkontakt, sykepleier, tilsynslege, fysioterapeut og/eller ergoterapeut.

Følgende tiltak bør vurderes:

1. Plan for fysiske omgivelser – tilrettelegging i forhold til hver enkelts behov.
2. Plan for eventuelt nyanskaffelser av klær / sko som er mer hensiktsmessig i forhold til fallrisiko.
3. Tilpasning av hjelpemidler, evt. sikkerhetsutstyr.
4. Observasjon og journalføring av effekt av medikamenter som kan gi bivirkninger / interaksjoner som svimmelhet, nedsatt balanse, synsforstyrrelser og lignende.
5. Bruk av hoftebeskyttere kan redusere forekomsten av lårhalsbrudd med opp til 60 prosent (9).
6. Tilskudd av vitamin D
7. Trening / styrketrening. Tilby treningsprogram / trimgrupper til aktuelle beboere.

7.3 Utdanning

Fallforebyggende tiltak rettet mot den enkelte beboer er kun en side av problemstillingen. De fysiske omgivelsene må også tilpasses, ikke bare når det gjelder det enkelte beboerrom, men også i forhold til hele avdelingen / sykehjemmet. I tillegg viser forskningen at kompetanse hos personalet vedrørende fallforebygging er en svært viktig faktor:

1. Kunnskap om aldringsprosessen.
2. Undervisning om fallforebygging til de ansatte
3. Fysiske omgivelser – hvordan kan det tilrettelegges
4. Opplæring i bruk av evt. kartleggingsverktøy.
5. Kunnskap om bivirkninger av medikamenter, interaksjoner og polyfarmasi.
6. Implementering av treningsprogram, for eksempel Tai Chi.
7. Bruk av hoftebeskyttere på de pasientene det er aktuelt for. Kunnskap om hvilke klær og sko som er hensiktsmessig.
8. Kunnskap om sikkerhetstiltak, for eksempel bruk av sengehest, og at "feil" bruk av disse kan forårsake fall.
9. Kunnskap om aktuelle hjelpemidler.
10. Kunnskap om effekten av farger / markering på golv / vegg / trapper.
11. Kunnskap om bruk av riktig belysning.

7.4 Organisering/politikk

De tidligere nevnte faktorene er avhengig av at ledelsen har implementert fallforebygging i sin organisering / tenkning og økonomi. Det vil si at man fra ledelsens side legger til rette for kompetanseheving og bevilger penger til nyinnkjøp av aktuelt utstyr, samt utskriftning av slitt og gammelt utstyr. Med andre ord, sette fallforebygging i system:

1. Satse på utdanning / kursing av alt personell.
2. Organisere tverrfaglige "fallgrupper" på den enkelte avdeling.
3. Sette av tid til / planlegge regelmessige tverrfaglige møter hvor man skaper motivasjon, reflekterer, diskuterer, evaluerer, finner "best praksis" sammen.
4. Innkjøp av nødvendig utstyr som sengealarmer, personløftere, motoriserte senger som kan tas nesten ned til gulvet, belysning, regulerbare stoler og lignende.

Vår erfaring tilsier at fallforebyggende arbeid ikke er prioritert på våre sykehjem. De forskjellige hovedområdene; kartlegging, tiltak, utdanning og organisering / politikk, er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne gi et godt resultat. Ikke minst er kunnskap om de negative følger av ikke å gjøre noe, svært viktig. En kan ikke regne med å få til forebygging av fall satt i system uten å bruke ressurser på det.

Fallulykker med påfølgende skader skjer fremdeles i stort omfang både på sykehjem og ellers i samfunnet. Store ressurser brukes hvert år på behandling, framfor forebygging. Mer ressurser skulle vært brukt til forebygging, med påfølgende mindre omfang av behandling. Hvis ingen systematiske og helhetlige grep blir gjort, kan konsekvensene av fallulykker øke i takt med kommende eldrebølge. På våre arbeidsplasser registreres fall som avvik. Iverksetting og oppfølging av tiltak blir derimot sjelden gjennomført. Dersom det kun registreres antall fall uten å iverksette og følge opp tiltak, er vår påstand at det er bortkastet tid og bruk av ressurser. Å registrere fall som avvik må ha en hensikt.

I kommunehelsetjenesten i Stavanger har registrering av fall som avvik i pasientens journal medført økt oppmerksomhet rundt temaet. Melding om avvik følges nå opp med relevante tiltak som både dokumenteres og evalueres. Etter hvert kan en kanskje diskutere om fall og skader etter fall skal bli anerkjent som en kvalitetsindikator i helsetjenesten. Da kan en kanskje bruke forekomsten av fall som en av indikatorene for kvaliteten i sykehjemmene (3).

8. Konklusjon – konsekvenser for praksis

Vår erfaring tilsier at det i dagens helsevesen er stort fokus på behandling fremfor forebygging, også når det gjelder fall og fallskader. Den nye samhandlingsreformen setter større fokus på kommunehelsetjenesten og mulighetene for forebyggingsarbeid. Det forutsetter imidlertid at kommunehelsetjenesten tilføres mer ressurser.

Fokus på tiltak som forebygger fall og reduserer risikoen for fallskader kan gi en stor helsegevinst, ikke minst for den enkelte beboer, men også for samfunnet generelt.

Ett lårhalsbrudd koster samfunnet 250.000 kroner å ”reparere” og rehabilitere fordelt på stat, fylke og kommune. Det tilsvarer en total kostnad på ca. 2,5 milliarder pr. år.

Helsepersonell har stort sett kunnskap om fallrisiko og fallforebygging, men denne kompetansen er sjelden satt i system og / eller ikke prioritert i dagens helsevesen. For å kunne sette fallforebygging i system, er det viktig at tidligere nevnte faktorer tas med i planleggingen både når det gjelder den enkelte institusjon, avdeling og beboer:

- Kartlegging
- Tiltak
- Utdanning
- Organisering og politikk

Vi har valgt å se bort fra bruk av kartleggingsverktøy for vurdering av fallrisiko i sykehjem. Både forskning og våre erfaringer tyder på at beboerne på sykehjem i utgangspunktet har høy fallrisiko.

Tverrfaglige "fallgrupper" er nevnt som en viktig faktor for å kunne iverksette og gjennomføre fallforebyggende tiltak. Ikke alle sykehjem har de ulike faggruppene tilgjengelig. Det må derfor bli opp til det enkelte sykehjem å sette sammen en "fallgruppe" ut i fra sine ressurser og prioriteringer.

Å kontinuerlig oppsøke ny forskningsbasert kunnskap er meget viktig for de ansatte i helsesektoren, egentlig for ansatte i alle sektorer! Forskningen finner stadig nye veier - det som var rett i går, kan være feil i dag – og omvendt. Ved å holde seg oppdatert, vil personalet i større grad være i stand til å gi pasientene den beste omsorgen og behandlingen som man ønsker å tilstrebe. Det viser seg i en travel hverdag at tiden ofte ikke strekker til mer enn nødvendig behandling og pleie. Spørsmålet blir hvor mye tid og penger vi sparer i det langsiktige perspektivet om vi ikke følger med på hva som skjer ute i ”forskningsverden”? Vår påstand er at høy fagkunnskap blant personalet, er god investering både for den enkelte beboer og institusjon / avdeling.

Det er mye å vinne på å gå systematisk til verks for å forebygge fall. Fokus på fallforebygging lønner seg -

ikke bare for den enkelte beboer, men også sett i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Fall og fallskader er såpass komplekst at det ikke er snakk om å lage en enkel forebyggende oppskrift. Individuell kartlegging og individuelle tiltak viser seg å være mest effektivt i forebygging av fall og fallskader.

I vårt arbeid med denne oppgaven har vi ikke funnet så mye ny kunnskap, men vi har sett viktigheten av å sette kunnskapen i system, iverksette og evaluere aktuelle tiltak. Vi har erfart at det er samspillet mellom flere faktorer, tverrfaglig samarbeid og tiltak rettet mot den enkelte beboer som gir best resultat.

9. Referanseliste

1. *Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd* (2005) Sosial- og Helsedirektoratet (s. 23 og 25)
2. Norsk geriatrisk forening: Offisiell Metodebok (2003): *Utredning ved fall*
3. Gunnarshaug, B. – Master of Public Health – MPH 2007:23: *Fall blant pasienter i hjemmet og sykehjem og betydningen av tverrfaglighet og mestring.*
4. Neyens J.C.LO et al (2009): *A multifactorial intervention for the prevention of falls i psykiogeriatric nursing home pasients* (RCT)
5. Osnes et al, (2004): *Conseqences of hip fracture on activities of daily life and residential need.*
6. Tidsskriftet Sykepleien 16/08
7. Chang et al.: Interventions for the prevention of falls in older adults; systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ* 2004; 328 (7441):680
8. s.58: *Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd* (2005) Sosial- og Helsedirektoratet
9. Bentzen, H. (2009) *Hvordan kan fall på sykehjem forebygges.*
www.fysioterapeuten.no/xp/pub/venstre/nyheter/430055 29.5.2009 15.00
10. Tinetti, M. E. (2003): *Preventing falls in Elderly Persons.* The new England Journal of medicine
11. Norsk Elektronisk Legehåndbok: www.nel.no
12. Registered Nurses' Association of Ontario. (2005): *Prevention of falls and fall injuries in the older adult.* (Revised) Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario

Referanseliste til litteratursøk:

American Geriatrics Society, British Geriatric Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on fall prevention, 2001. "Guideline for the prevention of falls in older persons", *JAGS* Vol: 49:664-672

Bischoff-Ferrari H A, Dawson-Hughes B, Willett W C, Staehelin H B, Bazemore M G, Zee R Y, Wong J B. Effect of vitamin D on falls: a meta-analysis. *JAMA*.2004;**291**(16):1999-2006.

Chang J T, Morton S C, Rubenstein L Z, Mojica W A, Maglione M, Suttorp M J, Roth E A, Shekelle P G. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*.2004;**328**:680.

Feder G, Cryer C, Donovan S, Carter Y. Guidelines for the prevention of falls in people over 65. *BMJ*.2000;**321**:1007-1011.

Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub2.

Hill-Westmoreland E E, Soeken K, Spellbring A M. A meta-analysis of fall prevention programs for the elderly: how effective are they?. *Nursing Research*.2002;**51**(1):1-8.

Howe TE, Rochester L, Jackson A, Banks PMH, Blair VA. Exercise for improving balance in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD004963. DOI: 10.1002/14651858.CD004963.pub2.

McClure RJ, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. Art. No.: CD004441. DOI: 10.1002/14651858.CD004441.pub2.

Norsk geriatrisk forening, 2003. Utredning ved fall. *Offisiell Metodebok*

Sosial- og Helsedirektoratet, 2005. Faglige retningslinjer for forbygging og behandling av osteoporose og

osteoporotiske brudd: 23-25

Tse, T, 2005. The environment and falls prevention: do environmental modifications make a difference?
Australian Occupational Therapy Journal. 2005; **52**(4):271-281.