



8 anbefalinger til forebyggelse af

ÆLDRES FALDULYKKER

– den gode kommunale model



8 anbefalinger til forebyggelse af ældres faldulykker – den gode kommunale model

© Sund By Netværket, 2016
2. reviderede udgave

ISBN (trykt version): 978-87-92848-12-3
ISBN (elektronisk version): 978-87-92848-11-6

Manuskript

En gennemgribende revision af 1. udgave (udarbejdet af Sund By Netværkets faldtemagrupper i 2010) er udarbejdet af Hanne Skov, Frederiksberg Kommune og Susanne Danielsen, Ballerup Kommune

Redaktion

Hanne Skov, Frederiksberg Kommune og Susanne Danielsen, Ballerup Kommune

Design og layout

4PLUS4

Udgivet af

Sund By Netværket
Sund By Sekretariatet
c/o KL-huset
Weidekampsgade 10
2300 København S

Download udgivelsen på www.sund-by-net.dk.
Der kan frit citeres og kopieres fra udgivelsen med angivelse af kilde.

Indhold

Forord	4
Indledning:	
Det nytter noget – anbefalinger til forebyggelse af ældres faldulykker	6
Flere faldulykker, desto ældre befolkningen bliver	9
Samfundsøkonomisk perspektiv.....	9
Måltrettet faldforebyggelse nytter.....	9
Sund By Netværkets anbefalinger	11
1. Faldforebyggelse på den politiske dagsorden	15
En politik med mål og handleplaner.....	15
2. Organisering af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde	19
Tværsektorielt samarbejde – sundhedsaftaler	20
Samarbejde med den praktiserende læge	21
3. Opbygning og organisering af faglig ekspertise i kommunen	23
4. Tidlig opsporing af fald	25
Risikofaktorer for fald.....	25
Risikofaktorer	26
Tidlig opsporing <u>før</u> første fald.....	26
Tidlig opsporing <u>efter</u> første fald.....	28
5. Procedure for kommunal faldforebyggelse – systematisk faldregistrering, faldudredning og sammenhængende forløb	31
Første fald lægger grunden til det næste.....	31
Systematisk faldregistrering	32
Faldudredning - faldrisikovurdering	33
Handleplan og faldforebyggende indsats	33
Forløb i faldforebyggelsen trin for trin.....	34

6. Forebyggelse af fald i samspil med den ældre	39
"Ældrevenlig byplanlægning"	39
7. Fokus på ressourcer i stedet for begrænsninger.....	41
Et godt ældreliv.....	42
Flere ældre har et aktivt liv.....	42
Tværfaglig indsats for at skabe bedre muligheder.....	42
Respekt og aktiv inddragelse i indsatsen.....	42
Ligeværdig og åben dialog.....	43
8. Styrkelse af det sociale netværk.....	45
Eksempel.....	45
Litteratur.....	46
BILAG 1:	
Faldregistrering plejecenter (Frederiksberg Kommune).....	50
BILAG 2:	
Faldudredning plejecenter (Frederiksberg Kommune).....	52
BILAG 3:	
Standard handleplan (Frederiksberg Kommune).....	54
Register.....	56

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 levetiden 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.

Anbefalingerne til forebyggelse af ældres faldulykker – den gode kommunale model, blev i første version udarbejdet tilbage i 2010 af Sund By Netværkets faldtemagruppe. Den beviste hurtigt sit værd som et konkret og direkte anvendeligt værktøj i sundhedsfremmearbejdet, med gode eksempler til fremme af ældres sundhed og forebyggelse af faldulykker.

Publikationen er stadig aktuel og bruges aktivt i kommunerne. Siden 2010 er der sket en udvikling og øget interesse for faldforebyggelse og tilgangen til faldforebyggelse. Specielt er perspektivet i den faldforebyggende indsats skærpet i forhold til kontekst, tilgang og metode.

Denne nye og gennemreviderede version er udarbejdet med skarpt fagligt blik og vedholdende entusiasme af Hanne Skov, Frederiksberg Kommune og Susanne Danielsen, Ballerup Kommune.

En kæmpe tak til Hanne og Susanne!

Sund By Netværket 2016.

Indledning:

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 skadevolder¹ (Sundhedsstyrelsen 2006). Det anslås, at der i Danmark dør ca. 1.350 ældre hvert år som følge af fald (www.si-folkesundhed.dk 2003). Hyppigheden af fald stiger markant med alderen (www.si-folkesundhed.dk 2009), og antallet af henvendelser på skadestuer som følge af fald er stigende (www.si-folkesundhed.dk 2009/03).

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 (Sundhedsstyrelsen 2006).

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 seks måneder (Sundhedsstyrelsen 2006).

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

Fald



1.350 ældre over 65 år dør i Danmark på grund af følger efter fald (www.si-folkesundhed.dk 2003)



13.000 ældre over 65 år indlægges efter et fald (www.si-folkesundhed.dk 2003)



45.000 ældre over 65 år kommer på skadestuen på grund af fald (www.si-folkesundhed.dk 2003)



Hver tredje ældre over 65 år og hver anden over 80 år falder én gang om året (Gillespie et al. 2003)

Hoftebrud og konsekvenser

6.900 ældre får hoftebrud, hvoraf ca. 95 % sker i forbindelse med et fald (Nymark 2014)



42 % af de overlevende vender ikke tilbage til deres tidligere funktionsniveau (Bertram et al. 2011)



35 % er ikke i stand til at gå selvstændigt (Bertram et al. 2011)



20 % vil inden for et år bo på et plejehjem (Bertram et al. 2011)



(cirkatal per år)



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

Flere faldulykker, desto 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 (www.si-folkesundhed.dk 2003).

Samfundsøkonomisk perspektiv

Omkostninger relateret til fald blandt ældre koster, ifølge en engelsk undersøgelse (Scuffham, Chaplin, Legood 2003), et beløb svarende til knap 2 % af de samlede sundhedsudgifter. En canadisk undersøgelse (Nikitovic et al. 2013) finder, at hvis omkostningerne alene afgrænses til hoftefrakturer, så udgør det et beløb, der svarer til ca. 0,5 % af de samlede sundhedsudgifter. I begge studier falder ca. 60 % af omkostningerne i sygehussektoren og ca. 40 % uden for sygehussektoren mv.

Der findes ingen nyere danske undersøgelser af omkostningerne forbundet med et hoftebrud, men en dansk undersøgelse fra 1994 fandt, at de samfundsmæssige omkostninger, relateret til et hoftebrud, var 147.000 (7), svarende til ca. 220.000 kr. i 2014-kroner (8). Til sammenligning finder det canadiske studie fra 2013, at omkostningerne til et hoftebrud er på ca.

210.000 kroner (10). Tages der udgangspunkt i de ca. 6.900 hoftebrud, der var i 2013, og prisen på 220.000 kr. for et hoftebrud, så er de danske sundhedsudgifter til hoftebrud ca. 1.5 mia. kr., svarende til ca. 1 % af de samlede udgifter til sundhedsområdet. Hvis 40 % af omkostningerne falder i kommunerne, så udgør de årlige kommunale omkostninger, alene til hoftebrud, ca. 600 mio. kr. De samlede omkostninger, relateret til alle faldulykker, vil være betydeligt højere.

Måltrettet 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 (Sundhedsstyrelsen 2006, Højgaard et al. 2006, Tinetti 1994). 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 (Sundhedsstyrelsen 2006, Højgaard et al. 2006, Tinetti 1994).

I faldforebyggelse kan der anlægges to strategier:

- Massestrategi
- Højrisikostrategi

Ved massestrategi retter faldforebyggelsen sig generelt mod ældrebefolkningen. Man kan fx vælge at lave rejse-sætte-sig-test på alle ældre borgere, som kommunen kommer i kontakt med. Herved kommer der fokus på ældres muskelstyrke, balanceevne, aktivitets- og funktionsniveau, og det er hermed muligt at forebygge eller udsætte "det første fald".

Massestrategien er ressourcekrævende, og selv om ældre med nedsat muskelstyrke og balanceevne identificeres, er det ikke entydigt at kunne forudse, hvem der vil falde. Indsatsen ved en massestrategi betyder imidlertid, at der kan etableres en sammenhængende og systematisk kommunal faldforebyggelse, se endvidere anbefaling 4 om tidlig opsporing af fald.

Ældre mennesker, der er faldet én gang, har 2-3 gange forhøjet risiko for at falde igen inden for det næste år. **Ved højrisikostrategi** målrettes den faldforebyggende indsats mod borgere med gentagne fald. Gennem systematisk faldregistrering, efterfulgt af risikovurdering, eventuel faldudredning, handleplan og målrettet indsats, kan man nedbringe gentagne fald, skader og indlæggelse.

Højrisikostrategien er mindre ressourcekrævende, og den faldforebyggende indsats målrettes konkret til den enkelte borger, som er faldet. Man skal imidlertid være opmærksom på, at denne risikoorientering kan bidrage til stigmatisering af ældre, som falder. Det negative billede af funktionstab, skrøbelighed, afhængighed og forfald kan derved blive forstærket. Se endvidere anbefaling 5 om systematisk faldregistrering, faldudredning og sammenhængende forløb.

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 håndledet 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 selvhjulpne dame, er nu ganske immobil og modtager hjemmepleje otte 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 støder komplikationer til operationen, og fru Nielsen dør af følgerne efter det, der startede som et brækket håndled pga. en skæv fortovsflise.

Sund By Netværkets anbefalinger

Sund By Netværkets **otte anbefalinger** gennemgår nødvendige elementer i det faldforebyggende arbejde. Anbefalingerne dækker fem perspektiver på faldforebyggelse, 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
- Dialog og samarbejde med ældre og frivillige 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 udarbejder handleplan for implementering og kvalitetssikring af den faldforebyggende indsats.



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 balanceevne. Tilbud om holdgymnastik kan være et af elementerne i den handleplan, som kommunen udfærdiger sammen med den ældre.

1. 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 sundhedsloven² er det en kommunal forpligtelse at varetage den borgerrettede og dele af den patientrettede forebyggelse og sundhedsfremme. Den borgerrettede 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 af 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 handlepla-

ner 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 de øvrige politikker i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse, så de fremtræder systematisk og samordnet. Faldforebyggelse 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.

² 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.

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

Læs mere

Sundhedsstyrelsen er kommet med anbefalinger til kommunernes faldforebyggende indsats. Mange kommuner er på det grundlag gået i gang med at udarbejde retningslinjer og strategier, der skal forebygge fald blandt ældre.

→ www.isikrehænder.dk

Faldpakken, hvor Kommunernes Landsforening, Sundheds- og Ældreministeriet og Dansk Selskab for Patientsikkerhed bl.a. har fokus på kommunal faldforebyggelse.

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 ældrelev
- 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 2020, fx
- At antallet af hoftebrud hos ældre er faldet i år 2020, fx
- 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 to år
- xx % færre gentagne fald over de næste to 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 sigter mod at forebygge både det første fald og gentagne fald med efterfølgende komplikationer i form af brud, indskrænkning i aktivitet osv.

Faldforebyggelsen involverer 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

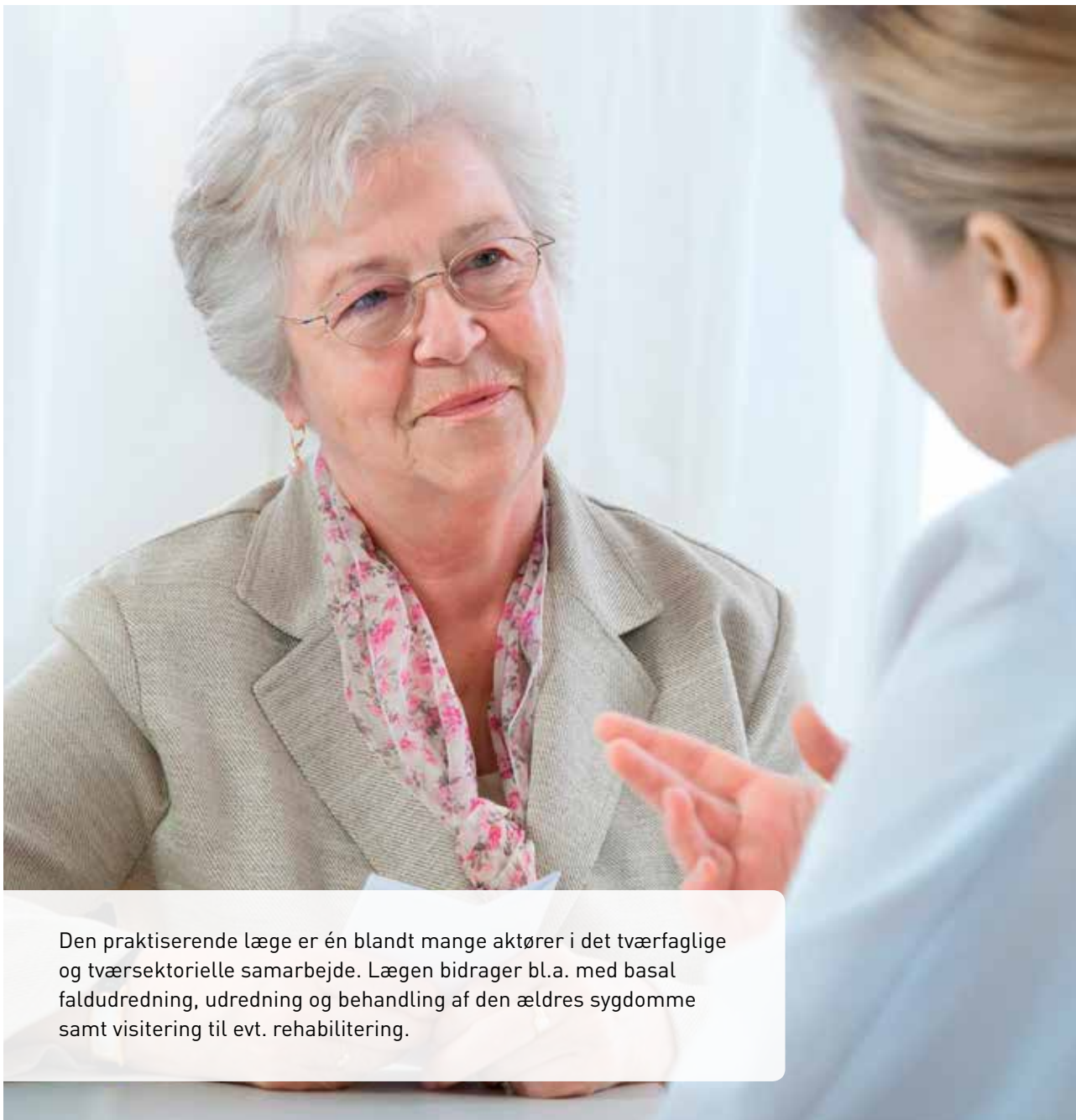
- Oprettelse af et tværfagligt faldforebyggelsesteam i kommunalt regi med forebyggende medarbejdere og repræsentanter fra pleje og praktisk bistand, genoptræning, hjemmepleje, visitation og teknik og miljø.
- Involvering af praktiserende læger, fx gennem en kommunal praksiskonsulent.
- Etableret samarbejde med sygehusene - et samarbejde, som indskrives i sundhedsaftalerne.

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.

Evaluerings

Evalueringsen 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.

2. Organisering af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde



Anbefaling 2

Det anbefales, at kommunen udarbejder klare procedurer for alt samarbejde vedrørende faldforebyggelse. Procedurene 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 sundhedshjælperne, der har den direkte og ofte kontinuerlige kontakt til den ældre, skal kunne observere ændringer i funktionsevnen ud fra bl.a. publikationen "Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring" (Sundhedsstyrelsen 2013).

Disse værktøjer er primært målrettet personalet i hjemmeplejen og i hjemmesygeplejen samt på plejecentre. Derudover kan almen praksis med fordel

have kendskab til værktøjerne. Det vil være formålstjenligt, hvis kommuner, regioner og almen praksis sammen koordinerer anvendelsen af værktøjerne, eksempelvis i samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftaler og forløbsprogrammer m.m. Endelig er borgeren og de pårørende en vigtig målgruppe for værktøjerne.

Ifølge vejledning om kommunal rehabilitering (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011) er kommunerne hovedaktør på rehabiliteringsområdet, idet ansvaret for ydelser og tilbud med et rehabiliterende sigte hovedsageligt er forankret i kommunerne.

Rehabilitering har til formål at forbedre den samlede funktionsevne og at understøtte borgerens ressourcer, personlige autonomi og muligheder for at være aktivt deltagende i sociale sammenhænge. Ifølge sundhedslovgivningen er det en kommunal opgave at tilbyde almen genoptræning efter udskrivning

fra sygehus.³ Kommunerne skal ifølge serviceloven tilbyde genoptræning til borgere med behov for genoptræning, uden forudgående hospitalsindlæggelse, til afhjælpning af funktionsevnedækkelse. Genoptræning skal ses i sammenhæng med andre rehabiliterende tilbud, herunder særligt vedligeholdelsestræning efter Servicelovens § 86.2. Implementering og forankring i den kommunale organisation omfatter beskrivelse af arbejdsgange og procedurer med kvalitetsmål.

På det overordnede kommunale niveau er der således behov for at afklare og beskrive procedurer for de involverede fagpersoners opgaver, kompetencer og ansvar i forbindelse med kommunal faldforebyggelse.

Tværasektorielt 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 sammen-

hængende patientforløb og for samarbejde mellem aktørerne på sundhedsområdet. Aftalen omfatter både samarbejdet mellem sygehus og kommunen, og samarbejdet mellem praksissektoren og kommunen.

Sundhedsaftalen skal 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 (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2006). 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.

3 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 § 86.1: Kommunalbestyrelsen skal tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsevnedækkelse forårsaget af sygdom, som ikke behandles i tilknytning til sygehusindlæggelse. Serviceloven § 86 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.

Samarbejde med den praktiserende læge

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

- Faldudredning
- Udredning af den ældres sygdomme
- Iværksættelse af behandling
- Visitering – specialiseret udredning og 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 fem dage efter udskrivelsen og i alt tre gange. Formålet er at gennemgå medicin og undgå genindlæggelser (Sundhedsstyrelsen 2007).

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

Sundhedsstyrelsen har udsendt anbefalinger for bl.a. forebyggelse af nye faldepisoder hos mennesker, der har haft et aktuelt fald, herunder anbefalinger til kommunerne. Anbefalingerne omtaler bl.a. hjemmebesøg efter ambulante behandling eller indlæggelse efter fald (Sundhedsstyrelsen 2006).

Det er vigtigt, at kommunerne, i samarbejde med regionerne og praksissektoren, sikrer:

- Optimering af patientforløb og høj faglig kvalitet
- Afprøvning af nye samarbejdsflader
- Rehabiliteringsindsatsen på tværs af sektorerne

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 en 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 en borgers komplekse sygdomsbillede kræver yderligere udredning, derfor benyttes eksperter på det geriatriske felt.

Opsøgende hjemmebesøg og aftalt forebyggelseskonsultation

Den praktiserende læge kan bidrage til tidlig opsporing, da § 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 ét årligt, opsøgende hjemmebesøg pr. patient. 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.

3. Opbygning og organisering af faglig ekspertise i kommunen



Anbefaling 3

Det anbefales, at kommunen opbygger faglig ekspertise om faldforebyggelse og udarbejder en handleplan for implementering og kvalitetssikring af den faldforebyggende indsats.

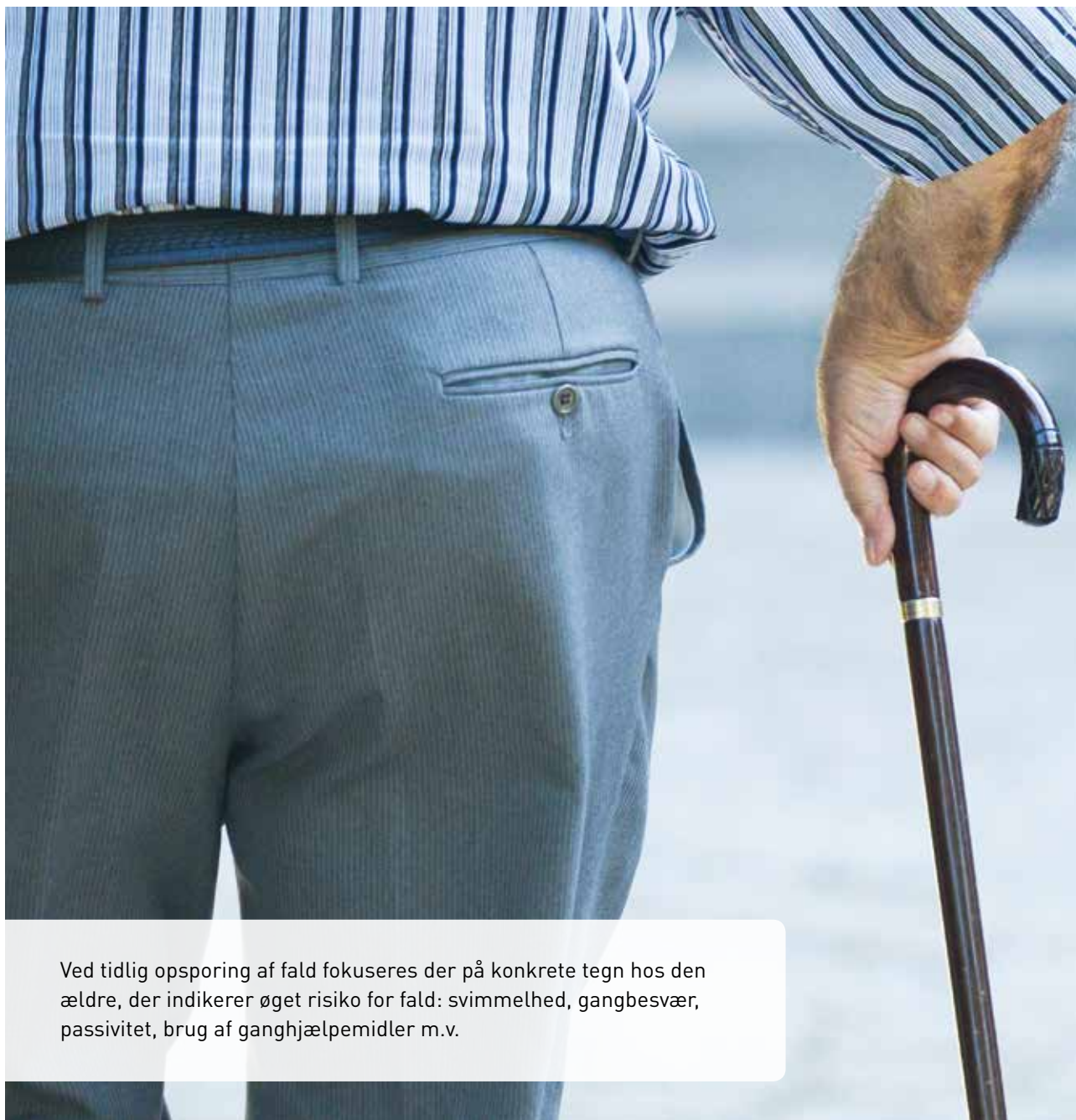
Borgere med væsentlig alderdomssvækkelse og funktionsnedsættelse har ofte kontakt med hjemmepleje og/eller hjemmesygepleje. Derfor anbefales det at implementere systematisk faldforebyggelse som en fast rutine i hjemmeplejen. Det indebærer, at kommunen skal sikre, at den faglige ekspertise er til rådighed,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

Kommunen kan vælge at organisere faldforebyggelsen i forhold til indsatsniveau:

- Generel faldforebyggelse/tidlig opsporing (massestrategi)
- Faldregistrering, risikovurdering, faldudredning, udarbejdelse af konkrete handleplaner og målrettet indsats (højrisikostrategi)

Kommunen kan vælge at organisere den faldforebyggende indsats i forhold til etablering af:

- Tovholdere/ressourcepersoner
- Tværfaglige teams
- Faldspecialister/konsulenter
- Uddelegering af de forskellige trin i den faldforebyggende indsats til de respektive tværfaglige grupper/afdelinger



Ved tidlig opsporing af fald fokuseres der 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 (Sundhedsstyrelsen 2006).

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 for fald

Stærk evidens

Der foreligger mange studier af høj kvalitet

- Alder
- Tidligere fald
- Kognitiv dysfunktion
- Nedsat muskelstyrke
- Nedsat gangfunktion
- Dårlig balance
- Brug af ganghjælpemidler
- Frygt for at falde
- Nedsat ADL-funktion

Moderat evidens

Der er fundet mindst ét studie af høj kvalitet eller flere af middelgod kvalitet

- Køn
- Nedsat syn
- Nedsat perifer sensibilitet
- Depression
- Fysisk inaktivitet
- U hensigtsmæssigt fodtøj

Svag evidens

Der foreligger mindst ét studie af middelgod kvalitet

- Svimmelhed

Risikofaktorer

Der findes mange undersøgelser, der beskriver risikofaktorer for fald. Her tages udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens inddeling af risikofaktorer (Sundhedsstyrelsen 2006), 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 oplevelser sammenholdes med den tilgængelige viden (Hoeck & Hørder 2001).

Ud over de risikofaktorer, der er nævnt i skemaet på side 25, bør man eksempelvis være opmærksom på følgende faktorer:

Alkoholforbrug: Et stort alkoholforbrug giver stærkt øget faldtendens (Bjørk et al. 2006). 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 (Sundhedsstyrelsen 2006).

Væskemangel (dehydrering): Utilstrækkeligt med væske kædes sammen med risiko for svimmelhed, fald, hukommelsessvigt og forvirring (Det Nationale Sund By Netværk 1999, Fyns Amt 2001). 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. Utsigtet vægttab hænger tæt sammen med tab af muskelmasse og øger derfor risikoen for (yderligere) tab af funktionsevne (Beck et al. 2005). 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 (Sundhedsstyrelsen 2006). 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 (Sundhedsstyrelsen 2006).

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 udendørs gang. Anvendelse af sådanne briller mere end fordobler risikoen for at falde (Sundhedsstyrelsen 2006).

Synergi mellem flere risikofaktorer: Risikoen for at falde stiger dramatisk, når antallet af risikofaktorer stiger (Sundhedsstyrelsen 2006).

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

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. Hr. Hansens synspunkt respekteres, men i samtalen 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.

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 funktions- evne og hverdagsliv, fordi det kommer i hjemmet. Et eksempel fra hjemmeplejen kan være, at medarbej- deren kommer hos en ældre, der gennem længere tid har udviklet en depression. Depressionen påvirker bl.a. den ældres kropsholdning, koncentrationsevne, medicinforbrug, aktivitetsniveau og ikke mindst den ældres overskud til at indgå i sociale sammenhænge. Billedligt beskrevet er 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 en høj grad af handlekompetence fører en ned- adgående proces i spiralen til nedsat livskvalitet med indskrænket deltagelse i hverdagens mange aktivite- ter 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, såle- des at brugbare observationer bliver anvendt i den borgerrettede forebyggelse.

Tidlig opsporing efter første fald

I forbindelse med indsatsen for tidlig opsporing vil kommunens medarbejdere i mange situationer



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

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 fire konkrete spørgsmål til vurdering af, hvilke borgere der bør udredes nærmere (Sundhedsstyrelsen 2006).

4 spørgsmål om faldrisiko

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

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 et af ovenstående spørgsmål, bør der gennemføres en egentlig faldudredning.

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. Som led i identifikation af faldtruede ældre kan der gøres brug af publikationen "Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring" (Sundhedsstyrelsen 2013).

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 otte 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.

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



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. Procedure for kommunal faldforebyggelse – 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.

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

Registrering af faldet foretages af den sundhedsmedarbejder, som konstaterer faldet.

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 særligt udpeget tovholder med ansvar for det videre udrednings- og forebyggelsesforløb, og ofte indbefatter det en høj

grad af samarbejde med forskellige samarbejdspartnere i forhold til interventioner i hjemmet.

Fakta

Skema til faldregistrering

Skemaet skal være:

- Let tilgængeligt
- Overvejende med afkrydsningsmuligheder
- Med tydelige handleanvisninger

Faldregistreringsskemaet skal indeholde oplysninger om:

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

Se også på faldregistreringsskemaet (Bilag 1)

Opgaver efter systematisk faldregistrering:

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

Et vigtigt led i analyse af faldet er at foretage selve faldudredningen.

Kategorier af fald kan inddeles i forhold til:

- Snublefald og andre hændelige uheld
- Uforklarede fald med og uden svimmelhed
- Fald med bevidsthedstab (Sundhedsstyrelsen 2006)

Faldudredning - faldrisikovurdering

Den basale del af udredningen består af følgende fire spørgsmål (se også side 29):

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?

Se bilag 1.

Svarer borgeren ja til blot et 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 vandladningsmønstre
- 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.

Eksempel på faldudredningsskema, se bilag 2

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

Handleplan og faldforebyggende indsats

Med udgangspunkt i ovenstående faldudredning udarbejdes en individuel faldforebyggende handleplan med særlig vægt på eliminering af faldrisici og vurdering af træningsbehov. Formålet med handleplanen er at forebygge nye fald, undgå aktivitetsbegrænsning, social isolation og nedsat livskvalitet. Se bilag 3.

Både fra et retssikkerhedsmæssigt og et sundhedspædagogisk perspektiv skal handleplanen tage udgangspunkt i den ældres egne ønsker og behov.

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 én 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 tre 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.
3	Der foretages en faldudredning, og det afklares, om der er behov for yderligere specialudredning.

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
- Visitorator
- 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

TRIN	HANDLING
------	----------

- | | |
|---|---|
| 1 | Den ældre falder og pådrager sig en skade. |
| 2 | Den praktiserende læge involveres. |
| 3 | Den praktiserende læge stiller initial diagnose og iværksætter behandling. Samtidig registrerer medarbejderen og foresætter proceduren for faldforebyggelsen. |
| 4 | Lægen henviser evt. til specialudredning. |

Når der er sket fald med efterfølgende brud / tab af funktionsevne 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 relevante kommunale medarbejdere (fx hjemmepleje, træningscenter, faldkonsulenter) i samarbejde med den ældre.

Efter fald med skade

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

Hvem er aktører?

- Hjemmeplejen
- Faldtovholder/faldforebyggelsesteam
- Visitor
- Træningspersonale
- Dagcenter
- Sundhedscenter
- Praktiserende læge/geriatrik 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

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/geriatrik team

Eksempel 3

Fald med indlæggelse

TRIN	HANDLING
1	Den ældre indlægges efter et fald. Samtidig registrerer medarbejderen faldet. Data og en evt. funktionsmåling sendes til sygehuset.
2	Sygehuset stiller diagnose og iværksætter behandling.
3	Sygehuset kontakter hjemmeplejen/visitator og sender epikrise til egen læge. Sygehuset sender evt. en genoptræningsplan til kommunen, som beskrevet i sundhedsaftalen.
4	Hjemmeplejen/visitator kontakter den ældre, følger op på den lægefaglige udredning og udarbejder handleplan i forhold til proceduren for faldforebyggelse.

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 træningssektionen, kan aktuelle funktionsmålinger videregives til regionen med samtykke fra borgeren som et led i samarbejdet mellem region og kommune.

Efter fald med indlæggelse

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

Hvem er aktører?

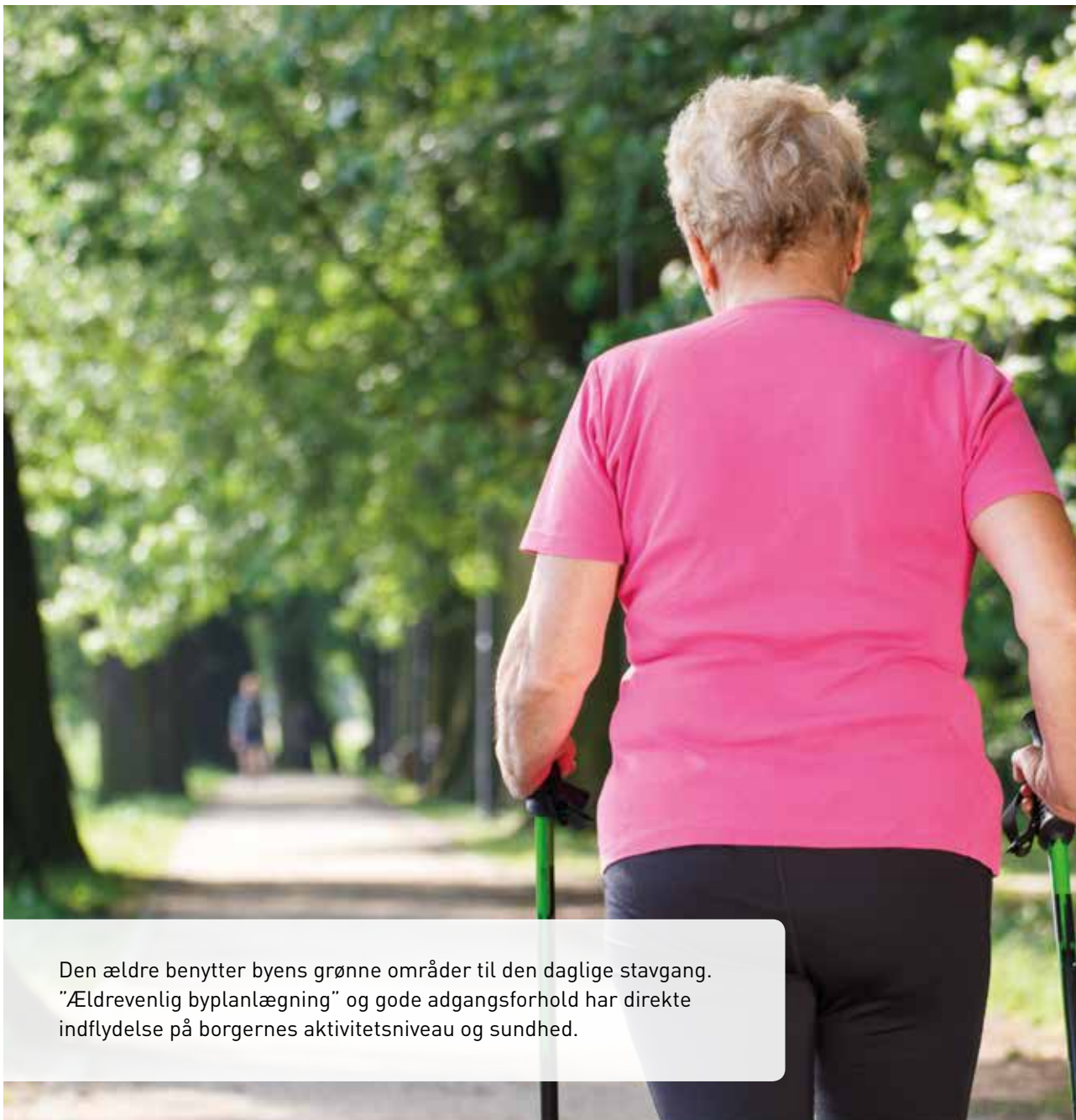
- Sygehuspersonale
- Praktiserende læge
- Kommunale fagpersoner
- Det frivillige område

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 faggrupper og sektorer
- Udarbejde genoptræningsplan
- Tilbyde patientundervisning
- Uddele informationsmateriale
- Indskrive faldforebyggende indsats i sundhedsaftaler
- 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. 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 (Sund By Netværket 2008). 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.



7. 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 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 (Kirk 2007).

Faldforebyggelse drejer sig ikke kun om identificering af risikofaktorer og funktionsevnebegrænsninger, men også om de ældres mestring *af livet* og håndtering af at leve med frygten for at falde.

Marianne Mahler (Mahler 2012) skriver i sin afhandling "At holde balance" bl.a. om terminologi og metaforer om fald:

"Fald relaterer til løvfald og til efterår og at tiden nærmer sig - og man falder bort eller falder væk, hvilket vil sige dør.

At miste balance kan betyde at miste orientering i livet.

At falde, at miste fodfæste og ligge på jorden eller gulvet blev ikke kun oplevet og erfaret som ydmygende og nedværdigende; det blev også forbundet med vanskeligheder med at komme op igen.

At falde og mestre at falde i hverdagen viste sig komplekst, derfor måtte det at falde forstås kontekstuel. At rejse sig blev til en metafor for at vende tilbage til livet og at komme op igen og at kunne komme op igen".

Derfor skal kommunal faldforebyggelse ikke kun indeholde faldregistrering, risikovurdering, udredning og behandling. Faldforebyggelse skal også forstås og takles i en sundhedsfremmende tankegang. Det vil sige, at de sundhedsprofessionelle altid skal være opmærksomme på, at den ældre borger gør sig mange eksistentielle overvejelser i forbindelse med et fald - og inddrage det i dialogen og arbejdet med borgeren.

Et godt ældreliv

Forskning viser, at mennesker er i stand til at tilpasse sig kriser, således at de ikke forfalder til dyb depression og fortvivelse, 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.

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.

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

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 det, hvilke tiltag der kan være relevante. Den ældre beslutter herefter, hvilket mål der skal nås, og hvilke handlinger der skal føre frem til målet.

Borgerinddragelse i forhold til faldforebyggelse skal altid bygge på forståelse og respekt for den enkeltes liv og prioriteringer. Aktiv deltagelse fra borgerens side er en nødvendig forudsætning for, at den faldforebyggende indsats virker. I praksis er der erfaring for, at der er en voksende interesse hos borgerne for selv at medvirke til at nedbringe risikoen for fald (Kli-

nisk Enhed for Sygdomsforebyggelse & Sundheds- og Omsorgsforvaltningen – Københavns Kommune 2008).

Denne stigende interesse blandt ældre for selv at gøre en indsats gør det relevant at etablere kommunale undervisningstilbud i faldforebyggelse (Sundhedsstyrelsen 2006). Vejledningen anbefaler, at rehabiliteringen af faldpatienter tilrettelægges, således at borgeren inddrages aktivt og oplever størst mulig kontinuitet og kvalitet i tilbuddene (Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse & Sundheds- og Omsorgsforvaltningen – Københavns Kommune 2008).

Kommunerne kan med fordel etablere gruppebaseret undervisning kombineret med specifik træning, som kan give den ældre med balanceproblemer redskaber til at mestre hverdagen.

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, og hvilke forandringer i hverdagslivet dette måtte medføre. Dialogen skal styrke den ældres egne ressourcer og handlekompetencer.



8. 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.

Forskningen viser, 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 (Due & Holstein 2005).

I forbindelse med arbejdslivets ophør kan der ske en reduktion af de sociale kontakter. Kommunen kan understøtte socialt samvær gennem etablering af mødesteder og aktivitetscentre og igennem opbakning til netværksdannelse. 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 livs stil har størst gennemslagskraft, når det finder sted i sociale grupper. Et sådant

sundfremmende, kommunalt tilbud kan indeholde undervisning i faldforebyggende levevis.

Det vil være væsentligt, at undervisning i faldforebyggelse varetages af fagpersoner med perspektiv på ældre som ressourcerige medborgere, således at fokus (for indsatsen) flyttes fra begrænsninger til muligheder.

Eksempel

Som led i København 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 (Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse & Sundheds- og Omsorgsforvaltningen – Københavns Kommune 2008).

Litteratur

Ankjær-Jensen, A; Thune Jacobsen, E & Smidt Thomsen, I 1994, *Rehabilitering af ældre med hoftebrud: omkostninger og effekt*, Dansk Sygehus Institut, København.

Beck, A; Adelman Pedersen, A & Schroll M 2005, "Undervægt og utilsigtet væggtab hos ældre på plejecentre og i hjemmepleje – problemer, der bør gøres noget ved", *Ugeskrift for læger, Vol. 167, No. 3, PP.272-274*.

Bertram, M; Norman, R; Kemp, L & Vos, T 2011, "Review of the long-term disability associated with hip fractures", *Injury Prevention, Vol. 17, No. 6, pp. 365*.

Bjørk, C; Winther-Larsen, M; Hvidtfeldt, U; Thygesen, L & Grønæk M 2006, *Midaldrende og ældre danskere alkoholforbrug fra 1987 til 2003*, Statens Institut for Folkesundhed, København.

Det Nationale Sund By Netværk 1999, *Håndbog i faldforebyggelse i hjemmet*, Sund By Netværket, Nordborg.

Due, P & Holstein, B 2005, "Sociale relationer og sundhed" i *Forebyggende sundhedsarbejde*, red. Kamper-Jørgensen, F; Almind, G & Jensen, B, Munksgaard, København, pp. 239-248.

Forebyggelse af ulykker: Evaluering af forebyggelse mod ulykker viser, at forebyggelse betaler sig. Lokaliseret på: http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/04_2007.aspx. (2007, 22-06-2016).

Fyns Amt 2001, *Leveråd: Træning og anden indsats til faldtruede ældre – forebyggelse af ældres fald*, Fyns Amt, Odense.

Gillespie, L; Gillespie, W & Robertson, M et al. 2003, "Interventions for preventing falls in elderly people", *Physiotherapy, Vol. 89, no. 12, pp. 692-693*.

Hoeck, B & Hørder, M 2001, *Evidensbaseret praksis – hvad det er og hvad det ikke er*, OUH, Odense.

Højgaard, B; Sørensen, J & Søgaard, J 2006, *Evidensbaseret forebyggelse i kommunerne: dokumentation af effekt og omkostningseffektivitet*, DSI – Institut for sygehusvæsen, København.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011, *Vejledning om kommunal rehabilitering*, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Kirk, H 2007, "60 år med dansk gerontologi – sådan startede det", *Gerontologi, Vol. 23, No. 4, pp. 4-7*.

Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse & Sundheds- og Omsorgsforvaltningen - Københavns Kommune 2008, *Sammenhængende indsats for Kronisk Syge. Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Bispebjerg Hospital, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune og praktiserende læger på Østerbro*, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, København.

Lauritsen, J 2007, *Simpel funktionsmåling – instruktionsmateriale* (DVD og pjece), ISBN 978-87-992241-0-4, OUH, Odense.

Mahler, M 2012, *At holde balance – Betingelser for perspektiver i forhold til forebyggelse af fald blandt ældre mennesker*, Nordic School of Public Health, Göteborg.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2006, *Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.

Nettoprisindeks. Lokaliseret på: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/forbrugerpriser/nettoprisindeks?tab=no> [2016, 22-06-2016].

Nikitovic, M; Wodchis, W; Krahn, M & Cadarette, S 2013, "Direct health-care costs attributed to hip fractures among seniors: a matched cohort study", *Osteoporosis International*, Vol. 24, No. 2, pp. 659-669.

Nymark, Tine 2014, Dansk Tværfagligt Register for Hoftensærlige Lårbrud, Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Sundhedsinformatik (KCKS) Vest, Aarhus.

Scuffham, P; Chaplin, S & Legood, R 2003, "Incidence and costs of unintentional falls in older people in the United Kingdom", *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 57, No. 9, pp. 740.

Sund By Netværket 2007, *Faldfolderne*, Sund By Netværket, København.

Sund By Netværket 2008, *Fysisk aktivitet og sundhed i Europa – evidens og handling*, Sund By Netværket, København.

Sundhedsstyrelsen 2006, *Faldpatienter i den kliniske hverdag - rådgivning fra Sundhedsstyrelsen*, Sundhedsstyrelsens publikationer, Albertslund.

Sundhedsstyrelsen 2007, "Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus – en medicinsk teknologivurdering", *Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter 2007*, Vol. 7, No. 4.

Sundhedsstyrelsen 2008, *Fysisk aktivitet og ældre*, Sundhedsstyrelsen - Center for Forebyggelse, København.

Sundhedsstyrelsen 2013, *Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – sammenfatning af anbefalingen*, Sundhedsstyrelsen, København.

Tinetti, M; Baker, D; McAvay, G et al. 1994, "A multifactoriel intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 331, No. 13, pp. 821-827.

Ulykkesregisteret. Lokaliseret på: <http://www.si-folkesundhed.dk/Forskning/Sygdomme%20og%20tilskadekomst/Ulykker/Ulykkesregisteret.aspx> [2009, 22-06-2016].

Ulykkestendenser 2008: Uændret antal skadestuebesøg efter ulykker i 2008. Lokaliseret på: http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/25_2009.aspx. [2009/03, 22-06-2016].

Vallgård, S 2010, "Forebyggelse i sundhedsvæsenet - muligheder og begrænsninger", *Ugeskrift for læger*, vol. 172, no. 10, pp. 798-800.

Ældres faldulykker: Flere vil blive indlagt efter faldulykker i fremtiden. Lokaliseret på: <http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/%C3%86ldres%20faldulykker.aspx> [2003, 22-06-2016].

BILAG 1:

Faldregistrering plejecenter (Frederiksberg Kommune)

Beboerens navn _____ Bolignr. _____

Dato for fald _____ Tidspunkt _____

Hvor skete faldet?

Udendørs Fælles arealer I boligen Var tilstede

Hvad var beboeren i færd med?

Forflytning Rejse sig fra sengen På vej til toilettet Gled ned fra stol/seng
 Påvirket af alkohol Andet

Er beboeren kommet til skade?

Nej Ja UTH registrering: Nej Ja

Tiltag

2. FALD RISIKOVURDERING	NEJ	JA
Havde beboeren bevidsthedstab i forbindelse med faldet? (Var beboeren ukontaktbar?)		
Oplever eller har beboeren daglig gang- eller balanceproblemer? (Går beboeren usikkert eller har svært ved at rejse sig op?)		
Har beboeren oplevet flere fald inden for det sidste år?		
Lider beboeren af svimmelhed? (Utilpas ved stillingsskift eller vending)		

Dato	Udfyldt af

Skemaet afleveres til din teamleder

Hvis der svares ja til et af de fire spørgsmål, skal beboer tilbydes faldudredning inden 7 dage.

BILAG 2:

Faldudredning plejecenter (Frederiksberg Kommune)

Beboerens navn og bolignr.:	NEJ	JA	Bemærkninger / tiltag
Lider beboeren af alvorlig eller kronisk sygdom? (som fx demens, kognitive problemer, parkinson, depression, apopleksi, diabetes, cancer)			
Er beboeren akut syg eller har akutte smerter?			
Har beboeren kroniske smerter?			
Var beboeren bevidstløs/ukontaktbar?			BT: puls:
Har beboeren gang- eller balanceproblemer? (muskelstyrke, følesans)			Rejse/sætte-sig:
Har beboeren relevante hjælpemidler? (fx hoftebeskyttere, gangredskab, kørestol?)			
Har beboeren problemer med ADL-funktion, beklædning, fødder eller fodtøj?			
Lider beboeren af svimmelhed? (virker utilpas ved stillingsskift eller vending)			
Er beboeren inkontinent? (obs. urinvejsinfektion, vandladning om natten)			
Har beboeren tegn på dehydrering? (hudturgor, væskeindtag pr. døgn)			
Har beboeren ernæringsmæssige problemer? (tegn på vægttab, vitaminmangel, tandstatus)			

Får beboeren receptpligtig medicin? (morfika, sovemedicin, beroligende, vanddrivende, blodtryks-, sukkersyge- parkinsonmedicin, antidepressiva, mere end fem præparater?)			
Overstiger beboerens alkoholindtagelse Sundhedsstyrelsens anbefalinger?			
Er beboeren bange for at falde?			
Har beboeren ændret adfærd, aktivitetsniveau? (obs. tristhed, ensomhed, savn af pårørende)			
Har beboeren problemer med syn eller briller? (hvornår vurderet af øjenlæge)			
Har beboeren problemer med hørelsen?			
Er der problemer med boligindretning? Hvis ja, er det:			Indgang <input type="checkbox"/> Trappe <input type="checkbox"/> Hoveddør <input type="checkbox"/> Gulv <input type="checkbox"/> Gulvtæpper <input type="checkbox"/> Gulvplads <input type="checkbox"/> Toiletforhold <input type="checkbox"/> Badeforhold <input type="checkbox"/> Belysning <input type="checkbox"/> Ledninger <input type="checkbox"/> Andet <input type="checkbox"/>
Konklusion: <hr/> <hr/> <hr/>			
Dato: _____ Udfyldt af: _____ Følges op igen den: _____			

BILAG 3:

Standard handleplan (Frederiksberg Kommune)

Formål: Forebygge og reducere fald hos ældre – plejecenter og hjemmepleje

Problembeskrivelse: Borgeren er fundet i risiko for fald via faldrisikovurdering, og der er foretaget en faldudredning. Der er behov for at iværksætte tiltag for at forebygge yderligere fald.		
Mål: At udarbejde en handleplan for at forebygge yderligere fald At opnå eller fastholde optimalt aktivitets- og funktionsniveau Delmål: At finde, igangsætte og evaluere på relevante tiltag	Handling: Resultatet af Rejse-sætte-sig test: Notér antal gange: Hvilke træningstiltag er der iværksat? Kort resumé af faldepisoden i forhold til omstændighederne, evt. skade samt angst for at falde igen. Beskriv iværksatte tiltag i forhold til nedenstående fokusområder: ADL-funktion: Inkontinens: Ernæring, obs EVS ved utilsigtet væggtab: Alkoholproblematik: Problemer relateret til syn og briller: Problematikker relateret til aktuell medicin - behov for kontakt til egen læge: Boligindretning (fjernelse af dørtrin, opsætning af greb –advis til Hjælpepædagogcenteret) Kan ikke selv rejse sig efter fald – behov for nødkald?	Evaluering:

Register

4 spørgsmål om faldrisiko → 29

Afkrydsningsskema → 32, 50ff

Aftaler med den ældre → 34

Anbefalinger → 12

Byplanlægning → 29

Dialog → 43

Dødsfald → 7

Fald med indlæggelse → 37

med skade → 36

uden skade → 35

Faldregistrering → 31, 50

Faldrisiko → 25f

Faldudredning → 33

Faldulykker, tal på → 7ff

Forebyggelseskonsultation → 22

Forebyggende indsats → 33

Forløbsplan → 34ff

Funktionsmåling → 29

Handleplan → 33f

Hoftefraktur → 7, 9

Hverdagsindikatorer → 27

Inddragelse af den ældre → 33f, 43

Indlæggelser → 7, 9

Kliniske indikatorer → 27

Læge, den praktiserende → 21

Opsøgende hjemmebesøg → 22

Organisering → 23

Politik for faldforebyggelse → 16f

Ressourcer, den ældres → 41

Risikofaktorer → 25f

Samfundsøkonomi → 9

Sammenhængende forløb → 31

Servicebogen → 20

Socialt netværk → 45

Sundhedsaftaler → 20

Sundhedsloven → 15, 20

Tal på faldulykker → 7

Tidlig opsporing → 25

efter første fald → 28

før første fald → 26

Tværfaglig indsats → 19, 34ff, 42

Tværasektorielt samarbejde → 20, 34ff

Ældreliv → 42



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