

Fald

– en trussel mod
ældres liv og førlighed

Rapport fra konferencen
den 6. november 2001
i Landstingssalen,
arrangeret af
Lægeforeningens
Gerontologiudvalg
og ÆldreForum



DEN ALMINDELIGE
DANSKE LÆGEFORENING



Udgivet af ÆldreForum, marts 2002

Design: DanChristensenDesign

Tryk: Tryk Team Svendborg A/S

ISBN: 87-90651-28-6

Fald

– en trussel mod
ældres liv og førlighed

Rapport fra konferencen den 6. november 2001 i Landstingssalen,
arrangeret af Lægeforeningens Gerontologiudvalg og ÆldreForum

Indhold

- 3 Forord
Povl Riis, formand for ÆldreForum
 - 4 Velkomst
Overlæge Finn Rønholt Hansen, formand for Lægeforeningens Gerontologiudvalg
 - 7 Indledning
Daværende sundhedsminister Arne Rolighed
 - 9 Hvad er balance, og hvad er mekanismerne bag et fald?
Hvorledes tilrettelægges udredningen af faldpatienten?
Professor, dr.med. Marianne Schroll, Geriatrisk Klinik, H:S Bispebjerg Hospital
 - 18 Forebyggelse af fald.
Hvad foreligger der af evidens for forebyggelse af fald blandt ældre?
*Fysioterapeut, ph.d. Lillemor Lundin-Olsson,
Geriatrisk Afdeling, Umeå Universitet*
 - 24 Risiko for nedsat funktionsevne – en mulig konsekvens af fald.
Hvilken træning kan anbefales?
*Fysioterapeut, ph.d.stud. Nina Beyer,
Idrætsmedicinsk Forskningsenhed, H:S Bispebjerg Hospital*
 - 31 Faldforebyggelse i Fyns Amt. Anvendelse af forskningsbaserede metoder i den praktiske hverdag. Muligheder og begrænsninger
*Afdelingslæge, lic.med. Jens M. Lauritsen,
Ulykkes Analyse Gruppen, Odense Universitetshospital*
 - 38 Faldforebyggelse i Københavns Kommune: indsats og erfaringer
Sundhedskonsulent Hanne Backe, Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning
 - 43 Afsluttende paneldiskussion
Ordstyrer, professor, dr.med. Povl Riis, formand for ÆldreForum
-

Forord

Ældre generationen kommer ofte ud for hændelser, som kræver en koordineret indsats af sundhedssektoren og socialsektoren. Fald og knoglebrud er typiske anledninger til sådanne kontakter, hvor sundhedsvæsenet står for de indledende undersøgelser og behandlinger, og socialvæsenet overtager et medansvar for det videre forløb sammen med den såkaldt primære sundhedstjeneste.

På denne baggrund var det naturligt, at Den Almindelige Danske Lægeforenings gerontologiudvalg og ÆldreForum besluttede at gå sammen om at arrangere en stor konference med titlen

”Fald – en trussel mod ældres liv og før-lighed”. De to organers sekretariater varetog den praktiske planlægning, og ÆldreForums sekretariat har efterfølgende stået for udskrift og redaktion af de båndoptagelser, som dækkede hele konferencen.

Det er arrangørernes håb, at den foreliggende publikation vil kunne tilføre ny viden til de mange medarbejdere i de to sektorer, som gennem deres kontakt med ældre generationen derved vil kunne bidrage til en forstærket forebyggelsesindsats.



Povl Riis,
formand for ÆldreForum
Februar 2002

Velkomst

Overlæge Finn Rønholt Hansen,
formand for Lægeforeningens Gerontologiudvalg

At kunne holde balancen er meget væsentligt for os alle. Det gælder også for politikere. Derfor er det lidt tankevækkende at befinde sig i Landstingssalen i dag, hvor der netop er udskrevet valg til Folketing, amtsråd og kommunalbestyrelser, og at vide at ikke mindst for politikere kan selv et nok så lille fejltrin i den kommende tid få meget fatale følger.

På ÆldreForums og Lægeforeningens Gerontologiudvalgs vegne byder jeg alle hjertelig velkommen til denne konference om fald og faldforebyggelse, hvor vi vil sætte fokus på ældres fald og mulighederne for at forebygge dem. Jeg vil først takke indlægsholderne, fordi de vil deltage i dag. Der ligger et meget stort arbejde bag indlæg af den karat, som jeg er helt sikker på, at I vil holde.

Ideen til denne konference er fostret i Gerontologiudvalget, som er et underudvalg under Lægeforeningens Sundhedskomite. Her har det overordnede tema været forebyggelse og primær sundhedsfremme, og fald og faldforebyggelse er et meget centralt emne, når man arbejder for eller med ældre. Vi kontaktede derfor ÆldreForum for at spørge, om rådet ville være medarrangør af en konference om dette emne, og jeg vil godt med det samme sige tusind tak for et forbilledligt samarbejde med ÆldreForum. Jeg vil samtidig takke sekretariatene i både ÆldreForum og i Lægeforeningen, som har

ydet en stor indsats for at gøre dette arrangement muligt. Sekretariaternes arbejde er imidlertid ikke færdigt, idet konferencen vil blive fulgt op af en rapport med en sammenskrivning af alle konferencens indlæg, for både at fastholde dagens budskaber for deltagerne og for at delagtiggøre alle interesserede, som ikke har mulighed for at være til stede i dag, og forhåbentlig også som inspiration til det videre arbejde på området.

Sundhed kan jo defineres på mange måder, men alle kan nok enes om, at sundhed er mere end fravær af sygdom, og at sundhed kun kan opnås og oprettholdes, hvis man forebygger i et eller andet omfang. Når det gælder ældre, er forebyggelse af fald helt centralt. Derfor har vi arrangeret denne konference.

Faldulykker blandt ældre er et meget voldsomt problem. Som det fremgår af indbydelsen, er fald den hyppigste årsag til, at ældre over 65 år henvender sig på landets skadestuer, og konsekvenserne er mange. Hoftebrud kan være en alvorlig og meget konkret følge af et fald, men ældres fald kan også medføre en række mindre iøjnefaldende konsekvenser som angst, utryghed og isolation. Behandling, genoptræning og operation i forbindelse med hoftebrud er den enkelt diagnose, der samlet resulterer i langt de fleste senge dage i sundhedsvæsenet. Derfor fortjener dette område, at der ydes en stor ind-

sats, både af hensyn til den generelle folkesundhed, men også af hensyn til liv og værdighed. Ganske vist har ældreområdet fået en fremtrædende plads i den endnu siddende regerings folkesundhedsprogram, hvor forebyggelse af fald, faldskader og genoptræning er fremhævet. Mange steder i det danske sundhedsvæsen ydes der også en stor indsats for forebyggelse og sundhedsfremme, specielt på ældreområdet. Men det er ingen hemmelighed, at der er en tendens til fra politisk og administrativt hold i højere grad at fokusere på de mere forkromede områder som fx cancer og hjerte-karsygdomme. Det er derfor vigtigt, at alle vi, der er til stede her i dag, bidrager til, at den store gruppe af svækkede ældre også får den nødvendige administrative og politiske opmærksomhed.

Vi har set meget frem til i dag, og det er vores håb, at de mange spændende indlæg, og jeres forhåbentlig aktive deltagelse ved den afsluttende diskussion, kan bidrage til en styrket indsats for ældres sundhed. Vi er derfor glade for, at I samlet repræsenterer et meget bredt udsnit af instanser, organisationer og fag. Det har været helt afgørende for os på lands-, amts- og kommunalt niveau at tiltrække såvel politikere, forskellige sundhedsfaglige personalegrupper og administrativt personale, idet en forbedring af ældres sundhedstilstand bedst sker ved tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

Det tværfaglige og tværsektorielle aspekt præger således også i høj grad dagens program. Det overordnede formål med sammensætningen af programmet har været at drage eksisterende viden på området frem, og at se på, hvad der er af muligheder for at handle både fagligt og politisk.

Professor, dr.med. Marianne Schroll fra Bispebjerg Hospitals geriatriske klinik vil indlede med at redegøre for balancebegrebet, mekanismer bag fald, og for hvordan en udredning af en faldpatient bør tilrettelægges.

Dernæst vil fysioterapeut og ph.d. Lillemor Lundin-Olsson fra Umeå Universitets geriatriske afdeling berette om evidensbaseret viden om forebyggelse af fald blandt ældre. Jeg ved, du er meget travlt optaget, og derfor er vi meget taknemlige for, at du har villet afse tid til at komme så langvejs fra.

Fysioterapeut Nina Beyer fra Bispebjerg Hospitals idrætsmedicinske forskningsenhed vil derefter fortælle om den risiko, som ældre har for nedsat funktionsevne efter et fald, og hvilken form for træning der kan anbefales. Også Nina Beyer er i disse dage meget travlt optaget, fordi hun er ved at lægge sidste hånd på sin ph.d.-afhandling om dette emne.

Derefter vil vi beskæftige os med konkrete danske forebyggelsesinitiativer. Først vil afdelingslæge, lic.med. Jens M. Lauritsen fra Odense Universitetshospitals Ulykkes Analyse Gruppe fortælle om faldforebyggelse i Fyns Amt, dvs. om anvendelsen af forskningsbaserede metoder i den praktiske hverdag og de muligheder og begrænsninger, som er knyttet hertil.

Hanne Backe, som er sundhedskonsulent i Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning, vil herefter gøre rede for Hovedstadens indsats og for erfaringer med forebyggelse af fald. Læsere af Politiken fra den 2. november 2001 har her fået en lille forsmag på, hvad Hanne Backe vil fortælle om.

Sidst på dagen vil alle indlægsholderne deltage i en afsluttende paneldiskussi-

on, hvor vi også vil bede salen om at komme med spørgsmål, som I ønsker afklaret. Diskussion vil – givet med en kyndig hånd og med stort talent for at samle trådene – blive ledet af ÆldreForums formand, professor, dr.med. Povl Riis.

Richard Burton karakteriserede engang konferencer i vore dage som rangerbanegårde for uløste problemer. Jeg synes, vi har grund til at være lidt mere optimistiske. Der er allerede stor opmærksomhed om både forebyggelsesområdet og ældreområdet. Det viser frem mødet i dag, både kvalitativt og kvantitativt, med al ønskelig tydelighed. Derfor er det ÆldreForums og Lægeforeningens håb, at dagen i dag vil inspirere alle, og at det på længere sigt vil udmønte sig i en nødvendig og styrket indsats for arbejdet med forebyggelse af fald blandt ældre medborgere. Jeg vil ønske jer alle en rigtig god konference, og herefter giver jeg ordet til dagens første indlægsholder.

Indledning

Daværende sundhedsminister Arne Rolighed

”Fald – en trussel mod ældres liv og førlighed” er et spændende emne, som jeg gerne vil sige noget om, selv om der netop er udskrevet valg. En enkelt politisk bemærkning har jeg svært ved at undlade: Jeg synes, vi skifter sundhedsminister for tit. Der er brug for mere stabilitet og kontinuitet på det politiske niveau og i de politiske initiativer.

Dernæst en stor tak til ÆldreForum og til Den Almindelige Danske Lægeforening for dette initiativ, og for at samle så mange mennesker. Da jeg kender en del af jer, kan jeg se, at forsamlingen har en bred faglig sammensætning. Det giver gode muligheder for at belyse alle faglige vinkler, og for at sætte fokus og perspektiv på dette område.

Første gang, jeg selv blev opmærksom på området, var i 1980'erne, hvor man i et projekt i Vejle Amt satte sig for at forhindre faldulykker blandt ældre ved at fjerne dørtrin og løse tæpper. Siden er der jo sket meget, men vi mangler at samle den megen viden og dokumentation, der findes på dette område, og at mangfoldiggøre den, så vi kan lære af hinandens erfaringer.

De seneste tal om middellevetid viser, at der er tale om markante stigninger i de sidste 5 år. Faktisk er stigningen på 1,7 år for mænd og 1,1 år for kvinder lige så stor, som i de 20 foregående år. Det betyder, at det er endnu vigtigere at være

opmærksom på dette område. Vi er ikke helt klar over årsagerne til denne positive udvikling, ligesom vi ikke kender forklaringen på, at kurven efter en lang stabil periode begynder at stige. Det har vi behov for at opklare. Der er nærliggende forklaringer på AIDS-området, hvor der er udviklet nye behandlingsmetoder, og en del af forklaringen findes måske på hjerteområdet. Men hvad er effekten af de iværksatte sundhedsfremme- og forebyggelsesprogrammer? Det skal vi finde ud af, fordi mere konkret viden om denne udvikling ville give os mulighed for at agere hensigtsmæssigt.

Jeg vil fremhæve tre områder, som vi bør være opmærksomme på i forbindelse med ældre og fald.

Det første er det medicinske område. Vi er for tilbøjelige til, også i den politiske valgkamp, at beskæftige os med grå stær, hofter, knæ og hjertepatienter. Vi bør være mere opmærksomme på det medicinske område. Ikke bare på demensområdet skal der handles, men for lidelser som osteoporose (knogleskørhed), gigt og sukkersyge skal der også sikres kvalitets- og kapacitetsudvikling. Der er ikke en eneste af de politikere, der stiller op til det netop udskrevne valg til amtsråd, kommunalbestyrelser eller Folketing, som ikke gerne vil nedbringe ventetiderne i sundhedsvæsenet. Der er derimod ikke så mange, der beskæftiger

sig med den demente, gigtpatienten eller osteoporosepatienten, som også har krav på optimal behandling. Jeg synes også, at disse store patientgrupper i samfundet har krav på opmærksomhed og handlekraft.

Forebyggende vil jeg pege på god, sund mad til de ældre, kombineret med vejledning og rådgivning. Der er masser af viden og erfaringer at høste af til en bedre indsats her. Der er derfor brug for handlekraftige hænder på plejehjemmene, ude i hjemmene og i rådgivningen på sygehusene. Lad os få viden og erfaringer omsat i praksis.

Det tredje og sidste punkt, jeg vil nævne, er genoptræning. På vore sygehuse ofres der meget store summer af penge på operationer og behandling, men man glemmer at sørge for opfølgning med den rigtige genoptræning. Derfor har Folketinget besluttet, at der fra 1. juli 2001 skal foreligge en genoptræningsplan ved udskrivelsen fra sygehus. Det sikrer blandt andet, at der altid er nogen til at overtage stafetten, når en patient overgår fra sygehus til primær sektor og fra sygehus til plejehjem eller til eget hjem. Vi ved alle, at hvis et verdensmesterskab i stafetløb skal vindes, skal man sikre sig, at den, man overgiver stafetten til, har rigtigt fat, inden han løber videre.

På nøjagtig samme måde afhænger succesen i et behandlingsforløb af, at nogen tager fat i patienten, når han eller hun slippes i den ene sektor for at drage videre i den næste.

Det store område, der optager os her i dag, er den genoptræning, der skal finde sted som led i behandlingen af bevægeapparatet. Her behøver der måske ikke altid at stå en ergo- eller en fysioterapeut

parat ved hver eneste lille fingerreparation. Nogle gange er vejledning og instruktion til den enkelte patient tilstrækkelig til, at den pågældende kan udføre de relevante øvelser hjemme. Således placeres noget af ansvaret for genoptræningen hos patienten selv. Men der er til gengæld behov for at præcisere, hvem der har ansvaret for det, som den enkelte patient ikke selv kan klare. Skal sygehuset eller skal kommunen tilbyde genoptræningen?

Jeg håber, I får en udbytterig dag med gode diskussioner, og at den viden, der kommer frem her, også bringes videre, bl.a. ved at hver af jer tager den med hjem og omsætter den til handling til glæde for alle os, der bliver ældre og ældre, og som måske falder en dag.

Hvad er balance, og hvad er mekanismerne bag et fald? Hvorledes tilrettelægges udredningen af faldpatienten?

Professor, dr.med. Marianne Schroll, Geriatrisk Klinik, H:S Bispebjerg Hospital

Faldulykker og følger af fald blandt ældre

Jeg vil ikke koncentrere mig om faldproblemet som sådan, men om de mennesker, der er faldet, om hvordan vi kan blive bedre til at udrede årsagerne til faldulykkerne, og ikke mindst om hvordan nye fald kan undgås hos sådanne patienter.

Fald er en trussel mod ældres liv. Således har 2,2 pct. af faldskaderne dødelig udgang. Umiddelbart lyder det måske ikke af så meget, men da antallet af ældre, der falder er stort, er der tale om mange personer.

Af de 7-8 pct. af ældrebefolkningen, der kommer på skadestue eller bliver indlagt på hospital efter et fald, dør halvdelen i løbet af et år.

For dem, der ikke selv har kunnet rejse sig ved egen hjælp efter et fald, er situationen særlig faretruende. Af dem dør halvdelen efter kun et halvt år. Årsagen til, at så mange dør, er naturligvis ikke, at de pådrager sig så alvorlige slag ved faldet, at de dør af det. Men et fald er tegn på, at man tilhører en risikogruppe, der lider af sygdomme, som kan have dødelig udgang. For halvdelen ændres førligheden så meget, at mobiliteten indskrænkes.

En tredjedel af alle over 65 år falder hvert år. Heraf pådrager 1 pct. sig hoftebrud og godt 6 pct. pådrager sig andre former for knoglebrud.

Alt i alt er der tale om ret skræmmende tal. På verdensplan er det opgjort, at 8 pct. af alle ældre frekventerer skadestue efter fald, og det passer med vore egne opgørelser i Herlev-området, der på landsplan svarer til, at 60.000 danskere hvert år søger skadestue. En tredjedel af dem indlægges på hospital, og her er en meget stor gevinst at hente, hvis der sættes ind med faldforebyggelse.

De patienter, der kommer på skadestue eller på et akut modtageafsnit, har som oftest andre problemer end dem, der førte til det aktuelle fald, og det er vi nødt til også at beskæftige os mere med. Hvis vi sender disse patienter hjem fra skadestuen uden at gøre noget ved de andre problemer, falder de nemlig igen. Heldigvis er der mange muligheder for at sætte ind her.¹⁻⁵

Ny viden om faldforebyggelse

Ny viden viser, at fald kan forebygges

For ti år siden bekymrede antallet og følgerne af faldulykker os også. Det nye er,

at nu ved vi, at vi kan gøre noget ved det, og det medfører en helt anden holdning til problemet. Frugten af et forbi- ledligt samarbejde mellem det britiske geriatriiske selskab, det amerikanske geriatriiske selskab og det amerikanske ortopædkirurgiske selskab har medført, at der er grund til optimisme. De har sammen udarbejdet nogle såkaldte guidelines, dvs. vejledninger, om hvordan man med udgangspunkt i den viden, vi i dag har, om hvilke former for indsats der har effekt, bedst griber tingene an.² Resultaterne er kontrolleret, så vi kan nu gå ud fra, at en bred forebyggelse i hjemmene, der forstås af en erfaren sygeplejerske, har effekt. God balanceevne, og dermed balancetræning, har effekt. Muskelstyrketræning har i en række undersøgelser vist effekt. Formentlig kan balancetræning nedsætte antallet af fald med 25 pct., og muskeltræning kan hindre 10 pct. af faldene. Her kan hjemmetræning eksempelvis være en velegnet måde at forebygge på. Justering af medicinforbrug, specielt brug af nervemedicin, er også et vigtigt område at have med. Til en forebyggende indsats hører desuden en grundig geriatriisk vurdering af de personer, der er faldet, naturligvis fulgt op af relevant behandling.

Effekten af hjemmebesøg er derimod lidt tvivlsom, når indsatsen alene består i tildeling af nødkaldeapparater, gangstativer, opsætning af håndtag etc. Derimod ser det ud til, at hjemmebesøg af fx en erfaren ergoterapeut, der tager stilling til ændringer og instruerer i anvendelse af sådanne hjælpemidler, har effekt. Mange af de gennemførte undersøgelser vedrører hjemmeboende gamle mennesker, og hidtil har der manglet undersøgelser på institutioner og plejehjem. Som et af de

efterfølgende indlæg imidlertid vil vise, er der taget fat på dette område, hvor der også kan opnås effekt.

Kan viden om faldforebyggelse udnyttes bedre?

Da der nu er sikkerhed for, hvad der hjælper, vil det være en stor fejl ikke at udnytte denne viden og indrette sig efter det på hospitaler og i kommuner. I EU-regi er der blandt andet opnået enighed om nogle definitioner. Denne enighed er et stort fremskridt, fordi det hermed er muligt fx at optælle de begivenheder, man undersøger, på samme måde. Der er eksempelvis enighed om, at dårlig balance eller instabilitet er nedsat evne til at korrigere kroppen, hvis man under en bevægelse når ud over kroppens tyngdepunkt, og at et fald er en hændelse, hvor en person ufrivilligt havner på et underlag. Med hensyn til bevidsthedstab har man teoretisk en udmærket definition, der går ud på, at en synkope – en besvimelse – er et forbigående bevidsthedstab karakteriseret ved fjernhed og tab af muskelstyrke, med spontan bedring uden specifik genoplivningsindsats.

En sortering af ældre, der falder, kunne således i teorien ske ved, at de patienter, som har et primært bevidsthedstab i forbindelse med faldet, henvises til dem, der har forstand på *det*, dvs. til hjertelæger og neurologer, mens de resterende henvises til geriater. I praksis fungerer dette blot ikke, fordi den gamle dame, der er faldet, ikke bagefter kan fortælle, om hun har haft bevidsthedstab, eller om hun blot faldt over noget. Omstændighederne er helt uafklarede i mange af de fald, der sker, og derfor er det nødvendigt at udtænke en strategi for, hvordan ud-

redningen af faldulykkerne drejes i den rigtige retning.

En anden pointe er, at vi har haft kendskab til faldproblemer i en årrække, og at vi har været meget gode til at indkredse persongrupper med forskellige risikofaktorer, men det er ikke tilstrækkeligt.

I praksis er der nemlig tale om kombinationer af indre og ydre faktorer, dvs. at personer med risiko for at falde har problemer med både muskelstyrke og balance, og at der samtidig er andre faktorer, som medvirker. Derfor er det ikke så enkelt, at man blot kan rubricere personer, der har vedligeholdt muskelstyrke, balance og udholdenhed som værende uden for risiko. De indre faktorer får nemlig først betydning, når der opstår ydre situationer, en pludselig begivenhed, der udløser et fald, fx en ujævnhed på fortovet, eller forhold i omgivelserne der forstyrrer opmærksomheden, eller kombinationer af sådanne ydre faktorer.

Desuden ser det ud til, at der ydermere skal være en psykisk komponent til stede. Noget tyder således på, at frygt for fald har betydning for, om man tilhører risikogruppen, idet frygten i sig selv kan medføre inaktivitet, at man isolerer sig, bliver ensom, og dermed kommer ind i en ond cirkel, der fører til flere fald.

Mere positive følger, som frygten for fald kunne tænkes at medføre hos den enkelte, er større bevidsthed om egne balanceproblemer, og at denne viden anvendes konstruktivt, således at man fx bevidst undlader at træde op på en høj køkkenstol. Sådanne handlemåder kan også nedsætte faldhyppigheden.

Mekanismerne bag et fald

Indre og ydre årsager til fald

Mekanismerne bag et fald kan systematiseres ud fra en cirkel. Balance og sikkerhed, beror på en række sanseindtryk, bl.a. synet, og nogle impulser fra det indre øre, der fortæller, om man befinder sig i lodret eller vandret position, og desuden impulser fra nogle signalpunkter i muskelsenerne og i huden, bl.a. under foden. Alle disse receptorer fortæller hjernen, hvor kroppen aktuelt befinder sig. Og alle disse impulser bearbejdes derefter af hjernen, der hele tiden har styr på, at omkring 700 forskellige muskler netop er så spændte, at man fx ikke falder til den ene eller til den anden side.

Når musklerne bevæges, opstår der nye impulser, der fortæller hjernen, hvor kroppen nu befinder sig, og hjernen korrigerer herefter på ny de 700 muskler. Når man bliver gammel, indtræder der aldersforandringer i sanseapparatet, i hjernens bearbejdning af sanseindtryk og impulser samt i muskelstyrken, som kan medføre, at disse "beskeder" er langsomme, dvs. at den hastighed hvormed man reagerer nedsættes, og det kan i sig selv udgøre en faldtrussel. Hertil kommer, at hyppigheden af visse sygdomme stiger med alderen, fx øjensygdomme som de forskellige former for stær, samt sygdomme i bevægeapparatet og i hjernen, som medfører, at ældre har større risiko for at falde.

Som nævnt har både indre faktorer og ydre fysiske faktorer betydning. Til de ydre faktorer hører, ud over fx en kantsten, en telefonledning, løse tæpper eller dårlig belysning, også medicin og alko-

hol, især medicin, der udefra tilført virker som indre faldfaktorer. Det har således vist sig, at medicin i langt de fleste tilfælde er medårsag til de fald, der er sket blandt gamle mennesker, som indlægges på geriatriske afdelinger. Men i praksis ser vi ingen, som "bare" er faldet i en ledning, eller som "bare" har indtaget for meget eller forkert medicin. Disse er altid yderligere faktorer oven i de indre faktorer.

Det er også vigtigt at fremhæve, at man ikke som hos unge mennesker kan sige, nu er årsagen til faldet fundet. Der er aldrig kun én årsag, men mange. At behandle et dårligt knæ og tro, at man dermed har elimineret risikoen for fald, gør det altså ikke, når det drejer sig om gamle mennesker. Af to grunde er man nødt til at foretage en grundig udredning og finde frem til andre medvirkende faktorer.

Den ene grund er, at selv om der evt. er faktorer til stede, man ikke kan gøre noget ved, men som tydeligvis er medvirkende, fx blindhed eller en uhensigtsmæssigt indrettet lejlighed, så betyder det meget for udformningen af den enkelte patients plejeplan, at hele problemstillingen er klarlagt. Man må kende det samlede billede for at kunne sætte ind, hvor der *kan* sættes ind.

Den anden grund er, at når fx tre eller fire faktorer har været medvirkende årsager til et fald, kan der næsten altid gøres noget. Flere faldforskere har påvist, at jo flere faktorer, der er i spil, jo større er risikoen for fald. Hvis der derfor eksempelvis kan justeres lidt på medicinen eller ændres på briller eller gulvbelægning, reduceres faldrisikoen for den pågældende person betydeligt. Derfor er det ikke tilstrækkeligt med et hurtigt skøn over pro-

blemerne og derefter at plukke et enkelt af dem ud, men det er derimod nødvendigt at nå ud i alle hjørner.

Hjerteproblemer og blodtryk som årsag

Som nævnt, kan det være vanskeligt at finde ud af, om faldet skyldes hjerteproblemer eller bevidsthedstab på grund af nedsat blodforsyning til hjernen, eller om der er andre faldårsager. Den, der falder, kan som sagt ikke huske det, og vidner er heller ikke altid helt pålidelige, selv om de undertiden kan hjælpe til opklaringen.

Undersøgelser udført af kardiologer (hjertelæger) i England i de senere år viser, at hjerteproblemer, blodtryk og dermed blodforsyningen til hjernen langt hyppigere er medvirkende årsager til fald, end vi tidligere har været klar over. Og disse årsager kan behandles med en pacemaker.

Blodtilførslen til hjernen er afgørende for, om man er ved bevidsthed, og hvis bevidstheden svinder et øjeblik, fordi blodforsyningen ikke er tilstrækkelig, vil det være en meget væsentlig faktor ved et fald. Reguleringen af blodtilførslen bliver dårligere med alderen, dvs. at gamle mennesker ofte besvimer ved et blodtryk på omkring 100 mm kviksølv, mens det normalt ikke har betydning for yngre mennesker. Hvis man ydermere, som det er tilfældet for mange gamle mennesker, behandles for forhøjet blodtryk, fungerer den automatiske regulering endnu dårligere, og risikoen for fald øges dermed.

En anden ting, der er væsentlig for reguleringen af blodtryk og blodforsyningen til hjernen, er nogle reflekser i hjer-

tet og i de store kar, der udgår fra hjertet. Disse reflekser udløses via det autonome nervesystem, dvs. det nervesystem der ikke er underlagt viljens kontrol, ved fx at øge eller nedsætte hjerterytmen og dermed blodtilførslen. Med alderen reagerer disse reflekser imidlertid mindre præcist, enten fordi de svækkes, eller fordi de overreagerer, og dette er ofte en væsentlig medvirkende årsag til, at gamle besvimer og falder.

Det er nyt, at vi i højere grad bør undersøge blodtrykket i stående stilling, i stedet for som tidligere at måle det i siddende eller i liggende stilling. Måske bør vi gå over til at måle det efter morgenmaden eller efter trappegang, hvor det i begge situationer falder, for på denne måde at finde frem til dem, der falder på grund af besvimelse.

Undersøgelse og behandling af faldpatienter

Sinus caroticus-syndromet

Hvis patienter ikke kan redegøre for, hvad de snublede over, og hvordan det gik til, bør de sendes videre til en undersøgelse, der kan godtgøre, om et bestemt punkt på halspulsåren, den såkaldte sinus caroticus, er for sensitiv. Berøring eller massage af dette punkt kan således medføre kortvarigt hjertestop. En sådan undersøgelse kan naturligvis kun udføres på specialafdelinger, hvor der om nødvendigt kan gribes relevant ind.

Såkaldte vasovagale anfald, dvs. besvimelsesanfald, som typisk opstod hos nogle overklassekvinder i forrige århundrede, hvor psykisk belastning udløste lav

puls og blodtryksfald m.v., kan hos nogle udløses forsætligt ved at massere halsen på bestemte steder. I sådanne tilfælde er der god grund til at ordinere en pacemaker.

Desuden lider nogle af hjerterytmeforstyrrelser, som der i nogen tid har været opmærksomhed om i denne sammenhæng. Nogle har eksempelvis tilbøjelighed til lav puls, dvs. under 40 hjerteslag i minuttet, og andre har rytmeændringer i hjerteslaget, som kan undersøges nærmere ved hjælp af et lille måleapparat, en såkaldt monitor, som bæres i tre døgn. På denne måde kan især nogle af de alvorlige faldårsager opfanges, dvs. dem, der medfører brud, fordi personen besvimer og falder tungt, uden at kunne tage for sig.

Newcastle-studiet

Resultatet af den undersøgelse, som har vakt opmærksomhed her i landet, er udført i Newcastle af Rose Ann Kenny, der er geriater med interesse for hjertesygdomme.

Hendes undersøgelse viste, at af godt 24.000 patienter fra skadestuer var der tale om et hændeligt uheld for ca. 40 pct., hvorimod 16 pct. viste sig demente, og de blev sammen med dem, der havde en i forvejen kendt diagnose, udskilt fra undersøgelsen.

De uforklarlige fald udgjorde 14 pct., svarende til 3.384 mennesker, og heraf blev 3.000 sendt videre til nærmere undersøgelse. Af disse blev 1.630 personer "masseret på halsen" med det resultat, at 33 pct. af dem fik hjertestop i tre sekunder eller mere. Nogle fik langsom puls, og hos nogle faldt blodtrykket så meget, at der var risiko for alvorlige fald i frem-

tiden. Denne sidste gruppe fik en pace-maker, der medførte, at der, set i forhold til kontrolgruppen, kun forekom halvt så mange nye fald.

Der er med andre ord tale om en meget effektiv metode, som der bør arbejdes ihærdigt på at indføre i Danmark. I England er man i dag ikke mere i stand til at udføre sammenlignende, videnskabelige undersøgelser, fordi der er oprettet så mange faldklinikker, at det er svært at finde personer til en kontrolgruppe. Men det har vi mulighed for her i landet, og det bør vi udnytte til at iværksætte evaluerende undersøgelser.

En af konklusionerne i Newcastle-undersøgelserne er, som tidligere nævnt, at det ikke på forhånd er muligt at afgøre, hvem der skal behandles af hjertelæger, og hvem der skal behandles af geriatere. Derfor må sorteringen ske via en "tragt", hvorfra patienterne efter en første undersøgelse videresendes til relevante yderligere undersøgelser og behandling.

Tidligere befandt alle faldpatienter sig behandlingsmæssigt i en stor "rodekasse", og den indsats, der blev gjort for at udrede dem, var ikke stor. Da der samtidig var tale om et stort antal, var det ganske skræmmende. Men 14 pct. af alle dem, der er falder, og det er antalsmæssigt mange, er der nu belæg for at undersøge nærmere, og for en tredjedel af dem er der behandlingsmuligheder. Samtidig har beregninger vist, at der er økonomiske gevinster at hente. Derfor bør ethvert hospital her i landet med respekt for sig selv oprette en besvimelsesklinik, dvs. en synkopeklinik.

Behandling af demente

I den omtalte undersøgelse indgik der som nævnt 16 pct. demente personer, og demente falder hyppigere end andre, fordi de let distraheres af ting, der sker omkring dem. Hvis man fx beder dem være forsigtige, glemmer de, hvordan de skal bruge deres rollator eller deres stok. Demens medfører desuden motoriske problemer, som bl.a. bevirker, at disse personer går usikkert og stift.

Hvordan gribes det an? I den første undersøgelse var der ingen forskel på kontrolgruppen og på indsatsgruppen, vurderet som helhed. Man forsøgte sig så med noget, man normalt ikke gør i videnskabelige undersøgelser: Man gav sig til at studere undergruppen af demente, der kunne medvirke i undersøgelserne i et eller andet omfang, oftest med hjælp fra pårørende. Og hos dem ser det ud til, at antallet af fald kan reduceres. Det er meget vigtigt at blive bedre til at finde dem og at finde en måde at hjælpe dem på, fordi mange af de alvorlige fald med brud sker blandt demente. Det bør der derfor forskes mere i.

Ældre, der er bange for at falde

En særlig gruppe, som vi heller ikke ved nok om, men som der efterhånden er meget opmærksomhed om, er ældre, der er bange for at falde. Man ved, at selv mennesker, der ikke er faldet, kan lide af frygt for fald. Nogle isolerer sig, og nogle stivner i deres bevægelser og øger dermed faldrisikoen. I nogle videnskabelige undersøgelser har man forsøgt kun at behandle frygten, bl.a. ved at forklare, at der ikke er grund til frygt, anvise måder

at gøre ting på osv., og det har ikke i sig selv givet resultat, men der er grund til at tro, at det at bearbejde frygten sammen med konkrete former for træning *kan* hjælpe.

Undersøgelsesprogram

Den tidligere omtalte vejledning indeholder mange enkle og gode råd, der kan anvendes dagligdagen. Det fremgår bl.a., at en $\frac{1}{3}$ af alle gamle mennesker falder en gang om året. Derfor er det en god idé, hvis praktiserende læger spørger deres patienter – de fleste dukker op en gang om året – om de er faldet inden for det seneste år. Mange husker det tydeligt, fordi det for de fleste er en skræmmende oplevelse. Hvis de svarer benægtende, skal de spørges igen året efter. Hvis de svarer bekræftende, skal deres gang og balance undersøges ved hjælp af enkle prøver. Er der usikkerhed om resultaterne af disse undersøgelser, skal patienterne videre til undersøgelse hos geriater. Findes alt normalt, skal de spørges igen året efter. Udredningen hos geriaterne kan føre til, at nogle faldårsager korrigeres. Skadestuepatienter, der er faldet, og patienter, der falder på hospitalsafdelinger, skal også undersøges. Hospitalerne er desværre næsten selvforsynende med faldpatienter.

Enhver læge og ethvert tværfagligt personalemedlem bør kunne foretage en sådan indledende udredning. Det er såre enkelt, men alligevel bliver disse udredninger ikke foretaget. Alle sygehistorier for denne gruppe patienter bør indeholde følgende spørgsmål: "Hvor faldt du? Hvad foretog du dig? Var der forudgående symptomer, fx sortnen for øjnene, hjertebanken el.lign.? Kom du op ved

egen hjælp? og Er du faldet før?" Det er væsentlige spørgsmål at få belyst, og de skal følges op af en almindelig, grundig, lægelig undersøgelse, bl.a. undersøgelse af pupilstørrelse, synsstyrke, bevægelighed og eventuelle smerter i de store led.

Lægemedelforbruget er vigtig at have med i sygehistorien, fordi der altid er noget at hente her. Indtagelse af fire forskellige præparater og derover medfører, at man tilhører risikogruppen. Ikke kun fordi det afspejler, at man lider af fire behandlingskrævende sygdomme, men fordi sammenblandingen af præparaterne i sig selv udgør en risiko. Undersøgelserne skal naturligvis afpasses den enkelte patients risiko for at falde.

Man kan således samle enkelte simple, men nødvendige undersøgelser på en checkliste til alle læger, som møder faldpatienter, for at sikre, at enhver faldpatient udredes sufficient på "niveau I". Samtidig skal der opnås enighed om kriterier for, hvornår nogle patienter skal henvises til kompetent videreudredning på "niveau II", dvs. skal sendes videre til undersøgelse hos geriater.

Forebyggelse af fald

I Newcastle-undersøgelserne er det desuden undersøgt, om en grundig undersøgelse fra top til tå i en faldklinik, hvortil ældre henvises fra skadestuen, kan reducere antallet af efterfølgende fald, og om der sker ændringer i hyppigheden af eventuelle nye fald. Man forsøgte sig frem med en udvidet geriatrisk undersøgelse af en times varighed, dvs. der blev gået i dybden med synsproblemer, foretaget svaj-test, udarbejdet ernæringsstatus og desuden foretaget undersøgelser for tegn på demens. Alt dette var skemalagt.

Herefter blev det vurderet, hvem der evt. skulle henvises til hjertelæger, neurologer, ørelæger, eller eventuelt til en klinik for knogleskørhed, med henblik på at undersøge, om denne tilstand indebar en risiko for brud i forbindelse med fald.

Patienter blev efter denne grundige undersøgelse henvist til en times samtale hos en ergoterapeut, der forhørte sig detaljeret om hjemmets indretning og eventuelle risikofaktorer. Hvis der var behov for ændringer, blev de herefter foretaget.

Efter at deltagerne havde været igennem dette grundige undersøgelsesprogram, forekom der 510 fald i kontrolgruppen og 183 i indsatsgruppen. Der er med andre ord tale om en væsentlig forskel, der svarer til, at faldrisikoen blev nedsat med 40 pct. i indsatsgruppen. Det viste sig især i forbindelse med gentagne fald. Derimod skete der ikke noget væsentligt fald i de svære skader med brud. Måske skyldes det, at antallet af undersøgte var for lille, og at der totalt ikke indgik mange brudskader i undersøgelsen.

Det blev også undersøgt, hvordan den gruppe, man satte ind over for, klarede sig. Og de klarede sig bedre i dagligdagen. Evnen til at komme ud af boligen bedredes også, og antallet af genindlæggelser var forsvindende.

Konklusion

Den omtalte og andre engelske undersøgelser viser, at den beskrevne måde at håndtere patienter, der er faldet én gang, er en god vej at gå, så der er nu vished for, at vi har noget at tilbyde. Vi ved samtidig, at den vigtigste risikofaktor for nye fald er, at man er faldet én gang. Der er derfor ingen undskyldning for at undlade at sætte ind over for nogle af alle de personer, der bringes ind på skadestuer og akutte modtageafsnit.

Hidtil har man været nervøs for at sende patienterne hjem fra skadestuen eller fra det akutte modtagerafsnit med risiko for nye fald, men man kan udmærket forsvare det, hvis der samtidig aftales et fast tidspunkt med henblik på en grundigere undersøgelse. Indtil da skal det naturligvis sikres, at den værste faldrisiko er afhjulpet i den bolig, patienten skal hjem til. På denne måde vil der kunne spares mange indlæggelsesdage, og det har man rent faktisk kunnet gøre i England. Det skal lige gentages, at der her er tale om patienter, som falder i hjemmet. De, der falder på gaden, skal have en helt anden behandling.

Indsatsen bør målrettes mod faldpatienter, der har netop de risikofaktorer, som vi ved har betydning, og så skal der arbejdes tæt sammen med dem, der har forstand på fx "at gnide på halsen".

I de nordiske lande bør vi for alvor gå sammen om at følge op på de undersøgelser, der allerede er udført i England, for at se, om vi ikke kan få gavn af disse metoder. Der er formentlig nu EU-penge til rådighed for dette formål.

Vi ved, at det er muligt at halvere faldhyppigheden. Men der er endnu ingen, der har dokumenteret, at når man

nedsætter faldhyppigheden, nedsætter man også antallet af knoglebrud. Det kan tænkes, at det kun er de lettere skader, der kan forebygges.

Selv de engelske undersøgelser viser, at hvis man forebygger i de risikogrupper, som indgik i disse undersøgelser, skal man behandle fem patienter i et år for at forebygge ét fald. Desuden fører kun ét fald ud af 100 til hoftebrud, og man skal således behandle 500 personer i et år for at spare det ene hoftebrud. Sådan er forebyggelsesarbejde. Det er med andre ord nødvendigt at undersøge et meget stort antal personer for at kunne dokumentere virkningen. Så store undersøgelser er der hidtil ingen, der har foretaget, og det vil formentlig i kommende undersøgelser blive nødvendigt at inddrage patienter fra hele Europa og lægge resultaterne sammen for at få klare svar. Det er en stor og vanskelig opgave, og det vil formentlig tage nogle år at komme i gang.

– Vi vil gerne være med.

Referencer

- ¹ Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH: Interventions for preventing falls in elderly people (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software: 1-95.
- ² American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention: Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. JAGS 2001; 49: 664-72.
- ³ Gene Feder, Colin Cryer, Sheila Donovan, Yvonne Carter on behalf of the guidelines development group: Guidelines for the prevention of falls in people over 65. BMJ 2000; 321: 1007-11.
- ⁴ Falls and Postural Stability. Guest Editor: Dr Tahir Masud. Age and ageing, November 2001; 30, Supplement 4: 1-48.
- ⁵ Stephen R. Lord, Catherine Sherrington, Hylton B. Menz: Falls in older people, riskfactors and strategies for prevention. Cambridge University Press 2001: 1-249.

Forebyggelse af fald. Hvad foreligger der af evidens for forebyggelse af fald blandt ældre?

*Fysioterapeut, ph.d. Lillemor Lundin-Olsson,
Geriatrisk Afdeling, Umeå Universitet*

Præsentation

Jeg er kommet fra Norrland i Sverige i dag for at fortælle om, hvad der foreligger af *evidens* eller vished for forebyggelse af fald blandt ældre. En forskergruppe ved Geriatrisk Afdeling ved Umeå Universitet, som jeg er knyttet til, forsker i fald hos ældre i plejeboliger.

Evidens for faldforebyggelse blandt hjemmeboende ældre

Faldforebyggelse hos hjemmeboende ældre

Når det gælder evidens for faldforebyggelse, kan man skelne mellem studier blandt *ældre hjemmeboende* og studier blandt *ældre i plejeboliger*. I 1994 gennemførte Tinetti i USA det første videnskabelige studie med positivt resultat blandt hjemmeboende ældre, der havde mindst to risikofaktorer for fald. Disse ældre deltog i et såkaldt multifaktorielt program, som var skræddersyet til den enkelte ældre. Indsatserne bestod af et progressivt træningsprogram bestående af styrke- og balancetræning samt en gennemgang af

lægemiddelforbrug og ændringer af omgivelserne.

Et senere studie i Storbritannien har vist, at personer, som henvender sig til sygehuset på grund af fald, har nytte af et multifaktorielt program bestående af en geriatrisk vurdering samt hjemmebesøg, som varetages af en ergoterapeut. Geriaterens opgave var at behandle risikofaktorer for fald og at sende patienten videre til behandling hos en anden specialist, hvis der var behov for det. Ergoterapeuten gav råd om ændringer i hjemmet og drøftede risikofaktorer med beboeren.

For et par år siden blev desuden offentliggjort et studie om mulighederne for at mindske faldrisikoen hos ældre, der var udskrevet fra en akut medicinsk afdeling, via hjemmebesøg foretaget af ergoterapeuter. Under hjemmebesøget gennemgik ergoterapeuterne både risikofaktorer for fald i de ældres hjem og foreslog gøremål og aktiviteter, som set ud fra et forebyggende synspunkt var hensigtsmæssige at udføre. Denne indsats viste sig at have positiv effekt på forekomsten af fald, men kun i den gruppe som tidligere var faldet. Det havde desuden effekt på fald både indendørs og udendørs. Det er således uklart hvilke elementer i hjemmebesøget, der gav effekten.

I New Zealand har forskerne undersøgt, om styrke- og balancetræning alene

kan mindske faldforekomsten blandt hjemmeboende kvinder på 80 år og derover, som var fysisk svækkede, men hvis kognitive funktioner var intakte eller næsten intakte. En fysioterapeut stod for udarbejdelse af individuelle træningsprogrammer ved 4 hjemmebesøg. Herefter kunne kvinderne få støtte til at fortsætte træningen via telefonkontakt til fysioterapeuten. Et senere studie har vist, at en sygeplejerske eventuelt også vil kunne stå for træningen via oplæring og vejledning af en fysioterapeut. Forskernes konklusion var, at fald kan forebygges blandt den omtalte gruppe kvinder ved hjælp af styrke- og balancetræning. Desuden viste en opfølgning af forsøget to år senere, at den positive effekt af træningen fortsat kunne måles efter to år.

I New Zealand er desuden foretaget et studie af *påvirkningen af lægemidler* som sovemedicin og antidepressiv medicin. Det var et såkaldt dobbeltblindt studie, hvor doseringen blev reduceret lidt efter lidt i løbet af 14 uger hos nogle af forsøgspersonerne, uden deres vidende. Endvidere deltog nogle af forsøgspersonerne i fysisk træning, mens andre ikke fik tilbud herom. Resultaterne af forsøget var, at fald blev reduceret blandt de personer, hvor indtagelsen af disse lægemidler gradvis nedtrappedes, mens træningen ikke viste nogen effekt i dette forsøg. Nedtrapning af doseringen af lægemidler som sovemedicin og antidepressiv medicin kan således anvendes i forebyggelse af fald, men en sådan nedtrapning kan være forbundet med vanskeligheder. Det viste sig, at da forskerne foretog en opfølgning efter en måned, var mange af personerne vendt tilbage til deres gamle lægemiddelforbrug.

Evidens for faldforebyggelse blandt ældre i plejeboliger

*Faldforebyggelse hos ældre,
der bor i plejebolig*

Mens flere studier giver evidens for faldforebyggelse blandt hjemmeboende ældre, er der kun offentliggjort et studie om faldforebyggelse blandt ældre, der bor i plejeboliger, som viser, at antallet af personer, der er faldet flere gange, reduceres.

Da det kan være vanskeligt at undersøge, om der er evidens for, at faldforebyggelse har positiv effekt blandt svækkede ældre, kan det måske være forklaringen på, at denne gruppe ikke er blevet undersøgt i så stor udstrækning. Der sker imidlertid så mange fald blandt beboere i plejeboliger, at det er meget vigtigt både at udvikle og at udveksle effektive forebyggelsesprogrammer til denne gruppe ældre.

Et alternativ for personer med høj faldrisiko er at anvende hoftebeskyttere. Disse mindsker dog ikke faldrisikoen, men kan mindske risikoen for at pådrage sig et hoftebrud ved eventuelle fald.

Forestiller man sig et boligområde, hvor der bor 100 hjemmeboende ældre, som er fyldt 65 år, vil der indtræffe 50 fald pr. år i dette område, mens der vil indtræffe dobbelt så mange fald, hvis der kun bor personer, som er fyldt 80 år. Risikoen for fald øges således med alderen. Samtidig øges risikoen for personer, der er fyldt 65 år, og som bor i plejeboliger, da der blandt sådanne 100 beboere igen vil indtræffe dobbelt så mange fald årligt, dvs. 200 fald.

Risikofaktorer for fald

Studierne bestående af multifaktorielle programmer, der er foretaget blandt hjemmeboende ældre, som er faldet, er tilrettelagt således, at flere risikofaktorer for fald påvirkes.

Der findes forskellige typer risikofaktorer. For det første er der en række risikofaktorer, som er afhængige af *individets motoriske, kognitive og medicinske forudsætninger*, fx:

- ◆ muskelsvaghed
- ◆ balance- og gangproblemer
- ◆ nedsat proprioceptiv sans, dvs. nedsat evne til at fornemme egne bevægelser og stillinger
- ◆ nedsat syn
- ◆ nedsat kognition
- ◆ svimmelhed
- ◆ lægemiddelpåvirkning

De nævnte risikofaktorer er *prædisponerende*, dvs. de på forhånd øger individets risiko for at falde. Jo flere faktorer en person har, desto større er risikoen for, at personen kommer ud for et fald.

Ved siden af de prædisponerende risikofaktorer er der en række udløsende risikofaktorer. Hos svækkede ældre kan fx *akut sygdom* som en urinvejsinfektion eller en forkølelse medføre øget risiko for fald. I det faldforebyggende arbejde i plejeboliger bør vi derfor holde øje med akut sygdom. Noget tyder også på, at såkaldt *ortostatisk hypotension*, dvs. blodtryksskud efter skift til stående stilling, er en udløsende faktor, men der er ikke nok viden om dette.

Endvidere er *tidligere fald* en risikofaktor, da en ældre person, der tidligere er faldet, ofte falder igen. Nogle studier viser desuden, at *frygt for at falde* hos personer, der er faldet en eller flere gange, indikerer øget faldrisiko. Der er imidlertid ikke evidens for, at frygten medfører fald, idet et studie omvendt viser, at selv om en person efter et fald ikke er bange for at falde igen, øges risikoen for, at personen falder i fremtiden alligevel.

For det andet er der en række risikofaktorer, som er knyttet til *omgivelserne*. I forbindelse med de fysiske omgivelser i plejeboliger er det vigtigt at fremhæve belysning, farver og forhindringer på gulvet. Dette skyldes, at demente personer bl.a. ikke er i stand til at skelne mellem, om der står en plante på gulvet, eller om gulvet skråner, ligesom de ikke er i stand til at opfange farveforskelle i gulvet. Hvis gulvfarven eksempelvis skifter fra brun til blå, kan demente tro, at de går på vand el.lign., og det kan medføre usikker gang. Ved indretning af plejeboliger for personer med demens bør derfor tages hensyn til, at farver og forhindringer på gulvet kan øge faldrisikoen.

Endvidere er personalet med til at præge omgivelserne for ældre, der bor i plejeboliger. *Personalets opførsel og personalets psykosociale arbejdsmiljø* kan således være risikofaktorer, som ledere på området skal være opmærksomme på. Det er ikke beskrevet i forskningen, men vores erfaring er, at ældre i plejeboliger af og til prøver at klare sig uden hjælp til fx at komme på toilettet, fordi personalet virker stresset. Fx udtaler de ældre: "Jamen jeg skal vente så længe" eller: "Når jeg har ringet og de kommer, er de så stressede, at jeg ikke vil ringe, men i stedet prøver selv at gå på toilettet".

Sammenfattende må en persons faldrisiko bedømmes både ud fra de motoriske, kognitive og medicinske forudsætninger og ud fra personens aktivitetsniveau samt omgivelserne. Risikoen for at falde afhænger således af, om den enkelte ældre er bevidst om sin individuelle kapacitet og om risikofaktorer i omgivelserne, og samtidig er i stand til at afpasse sine aktiviteter herefter.

Høj-energi og lav-energi fald

Blandt friske hjemmeboende ældre sker halvdelen af fald udendørs, fx når de arbejder i haven eller klatrer op på en stige. Da der er stor risiko forbundet med den slags krævende aktiviteter, og da man slår sig alvorligt ved faldet, tales om *høj-energi-fald*.

Blandt ældre i plejeboliger med funktionsnedsættelser i bevægeapparatet og i intellektet sker de fleste fald derimod indendørs, og en fjerdedel af faldene sker i tilslutning til toiletbesøg. Da det kræver forholdsvis lav energi, fx at gå på toiletet, tales om *lav-energi-fald*. Alligevel kan der være stor risiko for fald og skader forbundet med denne type aktiviteter for ældre beboere i plejeboliger.

Forudsigelse af fald og faldudredning

Forudsigelse af fald

Det findes mange studier, som har udviklet modeller for at kunne forudsige, hvem der har høj faldrisiko. Men kun et

fåtal er undersøgt i nye studier og endnu findes ingen metode, som er rigtig god. I Umeå har vi opdaget, at personale ved plejeboliger, som kender den enkelte beboer, har ret gode evner og kvalifikationer til at bedømme den ældre persons faldrisiko bl.a. ved at afprøve den ældres funktionsevne.

Forebyggende initiativer

I Umeå har vor forskergruppe, som består af læger og fysioterapeuter, for nylig gennemført et studie for at forebygge fald blandt beboere i plejeboliger i Umeå med positive resultater. Vi var inspirerede af Tinettis program, hvor forskerne efter en grundig undersøgelse af alle deltagere, havde rettet indsatsen mod flere risikofaktorer og tilpasset indsatsen efter den enkeltes behov. På den måde lykkedes det at reducere faldrisikoen blandt ældre hjemmeboende.

De to vigtigste udgangspunkter for vores program var, at dette ikke måtte gribe ind i beboernes bevægelsesfrihed ved at opstille fysiske begrænsninger for dem, og at undersøgelsen skulle tilrettelægges, så beboerne oplevede, at de forebyggende foranstaltninger var meningsfulde.

Overordnet set skulle undersøgelsen tage udgangspunkt i en *tværfaglig udveksling og udvikling af viden*. Forskergruppen ville således anvende det uddannede personales faglige viden og erfaring i undersøgelsen, ligesom personalet kunne trække på vores viden på området. Alene det, at opmærksomheden om fald øges, blandt både beboere i plejeboliger og personale er måske en vigtig faktor i faldforebyggelse.

Koordinatoren for hele undersøgelsen var fysioterapeut, men en anden fagperson ville også kunne udfylde rollen, blot personen brænder for projektet og er i stand til at motivere andre til at holde gryden i kog og at yde en indsats.

*Faldforebyggelse
– videnskab og praksis*

Der findes ganske stor vished for, at fald kan forebygges blandt hjemmeboende ældre, som er faldet tidligere, eller som har en eller flere risikofaktorer for fald. Og der findes nogenlunde vished for, at fald kan forebygges blandt svækkede ældre, som bor i plejeboliger.

Flere studier har peget på betydningen af at tilpasse den forebyggende indsats til den enkelte ældre person. For visse grupper af ældre kan træning af styrke og balance give den ønskede effekt, men for andre grupper kræves en kombination af foranstaltninger, fx både træning, gennemgang af lægemiddelforbrug og ændringer i omgivelserne. I plejeboliger er det desuden vigtigt, at personalet arbejder på tværs af faggrænser, og at beboerne inddrages, således at indsatsen også opleves meningsfuld for dem.

Det er også vigtigt at analysere tidligere fald. Ved en sådan analyse kan nemlig tegnes et specifikt faldmønster, og derigennem bliver det muligt at rette indsatserne mod årsagerne til fald. Analysen bør bygge på følgende spørgsmål:

- ◆ hvornår, hvor og hvordan skete det sidste fald?
- ◆ hvad var omstændighederne ved eventuelle tidligere fald?

- ◆ hvilke risikofaktorer var tilstede, fx funktionsevne, syn, sygdom/medicin, omgivelser, aktiviteter?
- ◆ hvilke konsekvenser havde faldet?

Faldudredning er et godt instrument til at få øje på et mønster i den enkelte ældres fald, men faldudredning kan også pege på et mønster på organisationsniveau, som kan anvendes af ledelsen på hospitalet og i plejeboliger til at tilrettelægge arbejdet ud fra. Forskellige spørgsmål kan stilles i forbindelse med faldudredningen. Indtræffer der mange fald på en bestemt tid af døgnet? Eller på en bestemt dag i ugen? Eller på et bestemt sted?

Der findes mange forskellige metoder til at bedømme faldrisikoen. Generelt gælder, at jo flere faldrisikofaktorer en person har, desto højere er faldrisikoen. Endvidere findes måder at beskytte en person med høj faldrisiko på, som i en vis grad kan reducere faldrisikoen. For ældre i plejeboliger kan det desuden være af værdi at tage udgangspunkt i personalets subjektive bedømmelse af den enkelte beboers faldrisiko.

En barriere for det faldforebyggende arbejde kan være, at når en aktiv faldrapportering begynder, kan det umiddelbart se ud som om, at antallet af fald øges dramatisk. I et studie i Australien steg antallet af fald med 32 pct., da man begyndte en faldforebyggende indsats blandt hjemmeboende ældre. I Umeå har vi erfaret, at det samme gør sig gældende for faldforebyggelse blandt ældre i plejeboliger. Påbegynder man en faldrapportering, kan det være vigtigt at fremhæve dette, for at holde gejsten oppe hos personalet.

Det er således muligt at forebygge mange fald. Et godt grundlag for at opnå positiv effekt af faldforebyggelse er, at forskellige personalegrupper samarbejder, og at patienten eller beboeren inddrages. At mindske antallet af fald og knoglebrud som følge af fald er en udfordring inden for ældreomsorg og -pleje.

- Det er muligt, men ikke enkelt.

Risiko for nedsat funktionsevne – en mulig konsekvens af fald. Hvilken træning kan anbefales?

*Fysioterapeut, ph.d.stud. Nina Beyer,
Idrætsmedicinsk Forskningsenhed, H:S Bispebjerg Hospital*

Behov for at følge op på faldulykker

Jeg har valgt at beskæftige mig med risikofaktorer for og konsekvenser af fald, og om disse kan minimeres ved hjælp af træning.

Hos ældre kan gentagne fald ses som en markør for skrøbelighed, nedsat funktionsevne og immobilitet. Relateret til fald er også frygt for at falde, som er almindeligt forekommende i ældrebefolkningen og hyppigst hos mennesker, der er faldet. En sådan frygt vil i mange tilfælde føre til, at en ældre person prøver på at undgå potentielt faretruende situationer, og den er derfor en risikofaktor for nedsat funktionsevne. Frygt for at falde øger desuden risikoen for fald og for, at personen pådrager sig knoglebrud ved faldet.

Uanset om den ældre har været skrøbelig og immobil før faldet, eller om faldet medfører nedsat funktionsevne hos en tidligere rask ældre person, vil immobilitet og inaktivitet altid resultere i, at musklerne bliver svagere, og at konditionen bliver dårligere. Da mange bevægelser i hverdagen kræver både muskelstyrke og god kondition, kan et fald således hurtigt medføre, at hverdagen bliver mere besværlig og uoverkommelig.

Det er derfor vigtigt hurtigt at tage hånd om en person, der er faldet, for at undersøge hvad faldet skyldes, og om fremtidige fald kan forebygges.

Faldrisiko og konsekvenser af fald

Sammenhængen mellem fald og fysisk funktionsnedsættelse

Da fald hos ældre kan ses som en mulig start på fysisk funktionsnedsættelse og problemer med at klare hverdagen, er det vigtigt at sætte ind over for risikofaktorerne for fald, der groft kan opdeles i tre grupper.

For det første er der de interne fysiske risikofaktorer, som er knyttet til individet, fx muskelstyrke, balance og reaktionstid. For det andet er der de eksterne fysiske risikofaktorer, som er knyttet til omgivelserne, fx ujævne fortove, dårligt fodtøj eller uhensigtsmæssige briller samt brug af visse lægemidler som beroligende medicin eller brug af mere end fire forskellige lægemidler samtidigt. For det tredje er nogle risikofaktorer knyttet til køn, alder og psykosociale forhold, fx er risikoen for fald øget, hvis man er kvinde, tidligere er faldet og bor alene, samt hvis man er meget gammel.

Flere undersøgelser viser, at der er sammenfald mellem de interne fysiske risikofaktorer for fald og risikofaktorerne for funktionsnedsættelse, bl.a.:

- ◆ dårlig balance
- ◆ nedsat muskelstyrke, primært i lår- og lægmuskler
- ◆ gangproblemer
- ◆ lav ganghastighed.

Der er desuden sammenfald mellem risikofaktorer for fald og for afhængighed af hjælp fra andre, som bl.a. er:

- ◆ dårlig funktion af benene
- ◆ nedsat muskelstyrke i armene
- ◆ nedsat synsevne
- ◆ nedsat hørelse
- ◆ angst eller depression.

Risikoen for, at ældre bliver afhængige af hjælp er forbundet med antallet af risikofaktorer. Således betyder tilføjelsen af en ekstra risikofaktor, at risikoen for afhængighed stiger eksponentielt, fx fra 28 pct. ved 2 risikofaktorer til 60 pct. ved 3 eller flere risikofaktorer. Det kan derfor betale sig at gøre en indsats for, at antallet af risikofaktorer ikke øges.

Alderbetingede ændringer i muskelstyrken som risikofaktor

Nedsat muskelstyrke er uundgåelig med alderen. Ændringer i musklerne er årsag til tab af muskelmasse, der igen leder til nedsat muskelstyrke. Lav muskelmasse medfører 2-3 gange større risiko for balanceproblemer og samtidig 2-3 gange større risiko for at falde. Da personer med et højt aktivitetsniveau taber mindre

muskelmasse end personer med et lavt aktivitetsniveau, kan konsekvenserne af muskeltab dog mindskes ved at være meget fysisk aktiv.

En amerikansk undersøgelse, hvor man fulgte knap 10.000 kvinder i 7,5 år, viser desuden, at risikoen for et knoglebrud i hoften som følge af fald er 40 pct. lavere hos meget aktive kvinder i forhold til meget inaktive kvinder.

Svære gangproblemer

Sammenhængen mellem balanceproblemer og nedsat muskelstyrke, der er markører for svære gangproblemer, er blevet undersøgt i et amerikansk studie af kvinder på 65 år og derover, som bl.a. havde gangproblemer og problemer med at klare hverdagsopgaver.

Blandt de kvinder, der både havde en forholdsvis dårlig balance og nedsat muskelstyrke, havde hele 42,6 pct. svære gangproblemer, dvs. at de havde en ganghastighed på 1,4 km/timen, og at de ikke var i stand til at gå 400 meter. Blandt kvinderne med både nogenlunde god balance og forholdsvis høj muskelstyrke havde derimod kun 1,2 pct. svære gangproblemer. For at bevare eller endog forbedre evnen til at gå på gaden eller blot hjemme i stuen er det således afgørende at have god balanceevne og mest mulig muskelstyrke i læg-, knæ- og lårmusklerne.

Nedsat muskelstyrke og tab af eksplosiv muskelkraft

Samtidig med at muskelmassen reduceres med alderen, sker der en forandring i muskelmassens sammensætning. Muskelmassen består af muskel-

fibre, der groft kan opdeles i to typer, type 1: langsomme sammentrækningsfibre, og type 2: hurtige sammentrækningsfibre. Fordelingen af disse fibre ændres med alderen. Undersøgelser har vist at hos unge utrænede mennesker på 27 år er forholdet mellem størrelsen af type 1 og type 2 fibre som 1:1. Hos personer på 69 år er forholdet 0,8:1 og hos 88-årige geriatriiske patienter endda mindre, ca. 0,6:1.

Det er en fordel at have flest mulige type 2 fibre, fordi disse trækker sig sammen med en hastighed, der er helt op til 3-4 gange så hurtig som de langsomme sammentrækningsfibre. Reduktionen af type 2 fibre hos ældre betyder derfor, at ældre skal bruge længere tid til at aktivere musklerne end unge. Ved nogle bevægelser skal musklerne tilmed præstere stor styrke på kort tid, fx når man rejser eller sætter sig, når man går på trapper og hvis man skal forhindre eller afbøde et fald. Den såkaldte eksplosive muskelpotentialitet, som bruges ved sådanne bevægelser, nedsættes med 3,5 pct. om året hos personer i alderen 65 til 84 år. Til sammenligning mister denne aldersgruppe 1,5 pct. af muskelstyrken om året. Dette har betydning, fordi en ældre person ikke længere vil være i stand til at udføre dagligdags opgaver uden hjælp, hvis den maksimale eksplosive muskelpotentialitet kommer ned under en vis tærskelværdi.

*Konsekvensen
af længere tids sengeleje
eller anden immobilitet*

Undersøgelser har med tydelighed dokumenteret, at inaktivitet og immobilitet medfører større reduktion af muskelmasse, muskelpotentialitet og kondition, jo længere

tid der går. Immobilitet eller inaktivitet som følge af fald, knoglebrud, influenza, hospitalsindlæggelse el.lign. er desuden langt mere alvorlig for ældre end for yngre mennesker.

Konsekvensen af længere tids immobilitet eller inaktivitet er bl.a. blevet undersøgt gennem et forsøg, hvor man lod en gruppe unge mænd ligge i sengen i 140 dage. Selv om deltagerne var i god form, da forsøget begyndte, betød sengelejet en reduktion af muskelmassen på 10-20 pct. i forskellige muskelgrupper. Da muskelmassen reduceres mest inden for de første 20-40 dage understreger det, at konsekvensen af fx 2 ugers sengeleje hos ældre vil medføre en reduktion af muskelmassen. Muskelmassen mindskes især hurtigt i de såkaldte antityngdemuskler som læg-, knæ- og lårmuskler, der holder en person oppe, og som anvendes, når man forsøger at afværge et fald. Immobilitet eller inaktivitet medfører også, at muskelmassens sammensætning ændres, fordi andelen af type 2 fibre reduceres.

Konsekvensen af selv en kortere periode med immobilitet eller inaktivitet kan således være tab af funktionsevne.

Faldforebyggelse – træning

*Kan muskelstyrke øges
ved træning?*

Selv om en persons muskelmasse falder, skal personen dog anvende den samme kraft for at flytte rundt på sig selv. Det er derfor vigtigt at fremhæve, at undersøgelser ikke blot viser, at træning kan

øge muskelstyrken hos ældre, men at andelen af type 2 fibre også kan øges som følge af træning, uanset alder. Knæstrækkestyrken, dvs. den muskelkraft som bruges, når man skal strække knæet, fx når man går på trapper, og når man rejser eller sætter sig, kan selv hos meget gamle mennesker øges betydeligt ved træning.

Således opnåede ni plejehjemsbeboere på 90 år og derover en tilvækst i knæstrækkestyrken på over 150 pct. ved tung styrketræning, hvor de ældre anvendte 80 pct. af deres maksimale ydeevne. Styrketræningen blev udført 3 gange om ugen i 8 uger.

I en tilsvarende dansk undersøgelse med en gruppe geriatriske patienter på over 80 år, der var udskrevet fra sygehus, gennemførtes samme type træning, men i 12 uger. Undersøgelsen viste, at også i denne gruppe kan muskelstyrken forbedres ved styrketræning. Som følge af træningen steg patienternes lårstyrke således med 134 pct., deres ganghastighed øgedes med 25 pct., og de blev 30 pct. hurtigere til at rejse og sætte sig.

Træning af ældre kvinder, der er faldet

I en dansk undersøgelse ved Idrætsmedicinsk Forskningsenhed på Bispebjerg Hospital har vi undersøgt, om de individuelle fysiske risikofaktorer for fald kan bedres ved hjælp af træning hos en gruppe kvinder på 70 til 90 år. Kvinderne blev rekrutteret til undersøgelsen fra hospitalets skadestue, hvor de henvendte sig efter at være faldet. På undersøgelsestidspunktet boede alle kvinderne hjemme, hvilket var ensbetydende med, at de var mere eller mindre selvhjulpne,

fx var de selv i stand til at transportere sig selv til og fra træningen.

Kvinderne blev delt op i en træningsgruppe og i en kontrolgruppe, der ikke skulle træne i første omgang. I interventionsperioden på et halvt år mødte kvinderne i træningsgruppen 1 time 2 gange om ugen og gennemgik et program bestående af:

- ◆ bevægelighedsøvelser (5-10 min.)
- ◆ opvarmning for at få pulsen op (10-15 min.)
- ◆ styrketræningsøvelser (20-25 min.)
- ◆ balanceøvelser (10-15 min.)
- ◆ udspændingsøvelser (2-5 min.)

Ved at sammenligne de kvinder, der havde trænet et halvt år, med dem, der ikke havde trænet, kunne træningseffekten måles på de interne risikofaktorer for fald, dvs. nedsat muskelstyrke, dårlig balanceevne og lav ganghastighed. Endvidere blev det undersøgt om et halvt års træning har effekt på længere sigt ved at samle alle efter et år og igen måle muskelstyrke, balanceevne og ganghastighed.

Træning forebygger fald og funktionsnedsættelse

Efter træningsforsøget på et halvt år var der ingen ændringer sket i kontrolgruppen, mens der kunne måles betydelige ændringer i træningsgruppen.

Målinger af *maksimal muskelstyrke* viste eksempelvis en øgning i kvindernes knæ-, ryg- og bugstyrke til niveauer, der svarer til, hvad man har målt hos 10-20 år yngre kvinder. Tilsvarende forhold gjorde sig gældende for *den eksplosive mu-*

skelkraft i benene, hvor en øgning på 10-20 pct. svarer til en 10-20 års "foryngelse". En sådan foryngelse kan efter al sandsynlighed forhale de ældres afhængighed af hjælp i flere år.

Funktionsevnen steg tydeligvis som følge af træningen, idet kvinderne fik en højere ganghastighed og blev hurtigere til at sætte og rejse sig samt til at gå på trapper. Ganghastighed er som før nævnt markør for funktionsnedsættelse hos ældre, fx er det vist, at en meget lav ganghastighed på 1 m/sekund og derunder øger risikoen for knoglebrud i hoften. En så lav ganghastighed kan derfor ses som en bundlinie, der skal gøres en indsats for, at ældre holder sig over. En forbedring af ganghastigheden kan således betyde, at man kommer over bundlinien, ligesom det kan blive lettere at nå over et fodgængerfelt med lysregulering, idet Vejdirektoratet regner med en ganghastighed på 1,35 til 1,5 m/sekund for fodgængere, der passerer et lyskryds.

Dårlig balanceevne indebærer oftest frygt for at falde, og øger risikoen for fald og funktionsnedsættelse. I forsøget indgik derfor en balancetest med 14 opgaver, og resultaterne viste, at kvindernes balance forbedredes en smule som følge af træningen, selv om balancen for de flestes vedkommende i forvejen var forholdsvis god.

Opfølgning af træningsstudiet på Bispebjerg Hospital

En opfølgning af deltagernes resultater efter 1/2 år viste, at kvinderne i træningsgruppen havde det samme funktionsniveau og samme muskelstyrke som et halvt år forinden, hvor træningsforsøget sluttede.

En af forklaringerne på, at funktionsniveauet og muskelstyrken ikke var reduceret, kan være, at kvindernes fysiske aktivitetsniveau generelt var højere end ved forsøgets start. Efter træningsforsøget sluttede fandt hele 12 kvinder et træningstilbud ude i byen, som de selv betalte for. Dette er bemærkelsesværdigt set i lyset af, at der ud af de 24 kvinder, som gennemførte træningsforsøget kun var 1 person, som i forvejen gik til træning.

I det halve år forsøget varede, oplevede de fleste imidlertid, at træningen havde en positiv effekt, fx større velvære og mere overskud, og at det betalte sig at hanke op i sig selv og tage til træning, selv på en dårlig dag.

Kvinderne i kontrolgruppen blev desuden tilbudt træning efter et års forløb, og efter et halvt års træning kunne der også hos dem måles forbedringer af muskelstyrke, balance, ganghastighed mv.

Træningsanbefalinger

Er kronisk sygdom en forhindring for at træne?

Mange ældre mennesker har en eller flere kroniske sygdomme og er ofte bange for, at træning kan være skadelig. For de fleste sygdommes vedkommende er dette dog ikke tilfældet. Ved enkelte sygdomme påvirkes sygdomsforløbet endog positivt, fx er træningseffekten positiv i forbindelse med forhøjet blodtryk, type II sukkersyge, fedme og osteoporose (knogleskørhed). Men for de fleste sygdommes vedkommende påvirkes sygdomsforløbet ikke ved træning.

Kun ved ganske få sygdomme bør træning ikke anbefales, fx ved infektionssygdomme må patienten ikke træne.

Der er således ikke grund til at holde sig i ro, fordi man har en kronisk sygdom. Tværtimod kan træning medføre, at både den fysiske kapacitet og funktionsniveauet øges, og at ældre derved bliver mindre afhængige af andres hjælp, hvilket som regel er forbundet med bedre livskvalitet.

Før ældre med kroniske sygdomme begynder at træne, er det dog vigtigt, at deres læge sørger for, at deres lægemiddelbehandling er korrekt. Endvidere kan personer med knogleskørhed ikke tåle at udføre visse bevægelser, hvilket der bør tages hensyn til under træningen, ligesom personer med leddegigt ikke må træne hævede og ømme led. Derudover gælder i princippet de samme træningsanbefalinger for syge som for raske ældre.

Træningsanbefalinger til ældre

I vurderingen af træningsanbefalinger til ældre, der ønsker at træne, indgår spørgsmålet om, hvorvidt konditionstræning eller styrketræning skal prioriteres højest. Ser man på effekten af de to typer træning, har *styrketræning* især positiv effekt på muskelstyrke, muskelmasse og funktionsevne, mens *konditionstræning* især har positiv effekt på fedtprocent, blodtryk, kondition og insulinfølsomhed.

Målt på knoglemineralindholdet, der har betydning for knoglernes styrke og dermed på risikoen for knoglebrud som følge af fald, gør det ikke den store forskel, om ældre træner kondition eller styrke. Imidlertid skal ældre først og fremmest dyrke styrketræning for at op-

bygge muskelmasse og muskelstyrke, der er en forudsætning for bevarelse den fysiske funktionsevne, og som desuden mindsker risikoen for knoglebrud.

Tilbud om genoptræning og efterfølgende styrketræning

Betydningen af styrketræning understreges af sammenhængen mellem styrke og funktion. En person med nedsat muskelstyrke har også en nedsat funktionsevne. En stigning i muskelstyrke betyder således, at funktionsevnen samtidig bedres. En person med meget svag muskelstyrke, der udskrives efter et fald el.lign. uden et tilbud om genoptræning, vil derfor højst sandsynligt ikke blive i stand til at klare sig selv. Det er derfor nødvendigt at tilbyde genoptræning for at øge den fysiske kapacitet. Derudover bør der efterfølgende være mulighed for tilbud om vedligeholdende træning.

En person med forholdsvis stærke muskler opnår ikke så stor en forbedring af funktionsevnen ved træning, som en person med meget svag muskelstyrke. Men da et fald kan have alvorlige konsekvenser for selv en person, der før faldet var rask, kan genoptræning og efterfølgende styrketræning også for denne person være med til at forbedre evnen til at klare sig selv. Effekten af styrketræning, hos både raske og syge ældre, afhænger naturligvis også af, hvor ofte der trænes, hvor mange gange øvelserne repeteres, og af hvor stor en del af den maksimale kapacitet de ældre bruger.

Træningsanbefalinger til ældre, der gerne vil begynde at træne, og til personale som arbejder med træning af ældre, er således, at man først og fremmest skal prioritere dynamisk styrketræning.

Styrketræning bør dog ikke stå alene, men, som det også anbefales internationalt, kombineres med konditions-, balance- og fleksibilitetstræning for at give det størst mulige udbytte hos ældre.

Faldforebyggelse i Fyns Amt. Anvendelse af forskningsbaserede metoder i den praktiske hverdag. Muligheder og begrænsninger

Afdelingslæge, lic.med. Jens M. Lauritsen,
Ulykkes Analyse Gruppen, Odense Universitetshospital

Jeg har ved tidligere lejligheder talt om Faldforebyggelsesprojektet i Fyns Amt. I dag vil jeg derfor kun kort nævne hovedelementerne i projektet, og i stedet koncentrere mig om de muligheder og begrænsninger, der meldte sig, da vi overførte en række forskningsbaserede metoder til den praktiske hverdag.

Projektet, der løb fra 1996-2001, blev udført i samarbejde med 6 fynske kommuner, og delvis finansieret af Fyns Amts pulje til ulykkesforebyggelse 'Nedbringelse af behovet for sygehusbehandling og andet'. Inden midten af 2002 forventes analyser af de sidste data færdige.

Formål med projektet

Et af formålene var at forebygge faldulykker ved en flerstrengt indsats. Det er ikke tilstrækkeligt kun at se på løse tæpper og løse ledninger, man må nødvendigvis grundigere rundt om faldproblemet. Vi udviklede bl.a. et *hjemme- og gruppetræningstilbud* til ældre, svækkede borgere som en integreret del af den sædvanlige træningsindsats i lokalområdet, ligesom vi udviklede og afprøvede et *fælles statusmål*, der fastlægger helbredsstatus og funktionsevne i alle dele af et genoptræningsforløb, og som dermed kan do-

kumentere resultaterne af indsatsen. Endvidere undersøgte vi *komplians (compliance) ved brug af hoftebeskyttere* udleveret på sygehuset.

Målet var ikke endnu engang at dokumentere, at de anvendte former for indsats nytter, men at se, om vi kunne få forskningsbaserede metoder indarbejdet i den daglige drift.

Anvendelse af forskningsbaserede metoder i den praktiske hverdag

Evidensbaseret forebyggelse

Ifølge den seneste udgave af Dictionary of Epidemiology er evidens defineret som "vedholdende brug af de aktuelt bedst dokumenterede metoder afledt af publiceret klinisk og epidemiologisk forskning." På dansk defineres evidens også som hvilende på et videnskabeligt grundlag. Én af de største vanskeligheder ved at overføre forskningsbaserede metoder til den praktiske hverdag er imidlertid at blive enig med sig selv, med hinanden og med alle kritikere om, hvad evidens er,

og hvornår vi kan tillade os at sige, at vi arbejder ud fra en vedtaget evidens.

I flere sammenhænge opfattes evidens fremskaffet fra individuel lodtrækning (randomisering) i projekter som særlig væsentlig eller tyngdegivende for beslutninger, men dette giver mindst to problemer. Bl.a. er det ofte sådan, at disse undersøgelser pga. udelukkelse af ikke helt klare sygdomshistorier kun omfatter fx 5-10 pct. at denne gruppe, hvis kliniske problem man egentlig ønskede at afhjælpe.

Det kan derfor være vanskeligt at vurdere, hvilke undersøgelsesresultater der kan anvendes i en dagligdag, hvor der ikke eksisterer udelukkelseskriterier. Samtidig skylder jeg at tilføje, at definitionen på "god praksis" har ændret sig, siden vi begyndte at planlægge faldforebyggelsesprojektet.

En anden vanskelighed ved at overføre disse metoder er, at der naturligvis ikke er ubegrænsede ressourcer til rådighed i dagligdagen. Metoderne skal derfor også kunne gennemføres i ressourcebegrænsede situationer og med et realistisk tidsforbrug. Det er endvidere et problem, at der inden for det kommunale område stort set ikke er afsat personaleressourcer til erhvervelse af videnskabelig dokumentation, eller til blot at følge med i den faglige udvikling.

*Komplians ved hoftebeskyttere
– følger brugerne
lægenes instruktioner?*

Et andet spørgsmål, der rejser sig i forbindelse med overføring af forskningsbaserede metoder til den praktiske forebyggelse, er hvordan og hvornår, læger m.fl. skal instruere i brug af fx hoftebeskyttere,

så man opnår samme gode resultater som i studierne.

Vi udførte derfor et lille hoftebeskytterforsøg, der viste, at opfølgning på minimum 3-4 måneder er nødvendig, hvis hoftebeskyttere skal virke beskyttende ved et fald. Uden opfølgning er effekten minimal.

Arbejdsform

Projektet forudsatte et øget samarbejde mellem offentlige, private og frivillige institutioner i lokalsamfundet. I Fyns Amt så vi på, hvordan amt og kommuner inden for de eksisterende rammer kunne samarbejde om en systematisk forebyggelse af fald.

Projektet tog udgangspunkt i, at kommunerne ikke var homogene størrelser, men havde forskellige tilbud, der var forskelligt organiseret, ligesom økonomiske rammer og personalesammensætning varierede. De seks kommuner, der meldte sig til projektet, varierede således fra en lille kommune med under 5.000 indbyggere, uden ansat træningspersonale, og en konto på 40.000 kr. til at aflønne den lokale, praktiserende fysioterapeut, til et træningscenter med 13 fuldtidsansatte fysioterapeuter, 4 ergoterapeuter plus forskelligt andet personale. Det var således en vigtig pointe i projektet, at de kommunale socialudvalg havde egenhændig mulighed for at bestemme personalesammensætningen i projektet.

Forskelligheden gjorde det til en særlig udfordring at arbejde evidensbaseret, da det er vanskeligere at arbejde systematisk på tværs af så forskellige kommunale forudsætninger og organisationsformer. Men det er i denne virkelighed, at amtets sygehusvæsen og kommunerne skal

samarbejde, og det var til denne virkelighed, vi skulle tilpasse de stringente forskningskriterier.

Vi løste problemet ved at udarbejde et modelforløb med en kombination af obligatoriske og lokalt fastlagte former for indsats.

Modelforløb

Udredningen var ens tilrettelagt i alle kommuner, hvor selvrapporateret helbred, fysiske funktionstest og såkaldt minimal observationstest m.m. blev undersøgt i forbindelse med to hjemmebesøg. *Udredningen* omfattede ældre, der var truet af fald efter forskellige kriterier.

Målene for den efterfølgende indsats blev aftalt med udgangspunkt i *udredningen*. Der var tale om rehabiliteringsmål, fx "jeg ønsker at være i stand til at kunne købe ind igen". Rehabiliteringsmålet blev opdelt i delmål, der kunne knyttes til en enkelt eller til en kombination af forskellige indsatser. Personen i det nævnte eksempel kunne fx have så langsom en ganghastighed, at det før indsatsen var umuligt at krydse vejen mellem boligen og købmanden.

Indsatsen bestod bl.a. af 4 ugers systematisk hjemmetræning eller 12 ugers gruppebaseret træning på et træningscenter. Øvelseskomponenterne (fx et styrkeelement og et balanceelement) var obligatoriske, med stigende sværhedsgrader i gruppetræningen og i funktionsøvelserne i hjemmetræningen. For at sikre, at alle hensigtsmæssige områder blev dækket ind, blev der sideløbende set på daglige levevaner, sociale vaner samt på overførselsværdien af indsatsen.

Personalesammensætningen var som nævnt fastlagt lokalt.

Opfølgning og evaluering af om de personlige mål var nået, fandt sted umiddelbart efter hver indsats, og igen efter 6 og 12 måneder. Hvis målet blev nået, var det vigtigt, at personen blev henvist til fortsat aktivitet, fx ældreidræt, eventuelt på et hensyntagende hold, eller til seniordans, en gå-tur-gruppe, en kulturgruppe i lokalområdet eller andre lokale tilbud.

Hvis målet ikke var nået, begyndte processen forfra med ny udredning, nye mål og indsatser etc.

Funktionstest i systematisk sammenhæng

Når man anvender funktionstest i dagligdagen, skal man være opmærksom på, at tests, målinger og indikatorer i stort set al forskning vurderes og tolkes på gruppeniveau ud fra de individuelle målinger.

På gruppeniveau taler vi om risiko, andele og systematisering. Men når det gælder den enkelte ældre, er der behov for en indsats, der er 100 pct. tilpasset den pågældende person: Enten har man et medicinproblem, eller også har man det ikke. Og tilsvarende skal andre problemer løses.

Denne tilpasning til virkeligheden må nødvendigvis foregå inden for en kvalitetssikringstankegang. Men det er meget vigtigt at slå fast, at ikke mange af de metoder, vi arbejder med, er egnede på individniveau. Nogle specialmålinger kan være egnede, men stort set alle andre er primært velegnede på gruppeniveau, og dermed et godt udgangspunkt for kvalitetssikring.

Vi indførte testen "Timed Up & Go", hvor personen på tid rejser sig fra en stol, går en distance, drejer rundt om en gen-

stand, og går hen og sætter sig igen. I projektet lå gennemsnittet under ca. 30 sekunder, og 25 pct. lå under 15-20 sekunder.

Vi afprøvede også den såkaldte "Stop Walking while Talking"-test. Tankegangen i denne test er, at hvis man skal håndtere to forskellige vanskelige situationer på én gang, så holder man op med den ene. Og da det er vigtigere at tale end at gå, står man stille under samtale. Testen viste sig imidlertid ikke at være praktisk gennemførlig til vores formål. Man skal gå en vis distance ved siden af den person, der testes – man kan ikke tale til en ældre person, hvis man går bagved eller foran vedkommende – og samtidig må testpersonen ikke vide, at det drejer sig om en test. Da vi skulle gennemføre testen i de ældres eget hjem, måtte vi opgive efter kort tid.

Cut-of-score

Når man arbejder med funktionstest, er det vigtigt at fastsætte en cut-of-score, dvs. en afskæringsgrænse, hvor man vurderer, at fx alle med en tid på under 10 sekunder nok skal klare sig – dem kan vi spørge igen til næste år. Omvendt kan vi dog ikke gå ud fra, at alle øvrige testpersoner nødvendigvis har rehabiliteringsmuligheder i sig, fordi de fx er 1 minut om at gå 3 meter. Det kan eksempelvis være en stationær tilstand, hvilket må afklares ved en yderligere udredning.

Hvor simple tests kan anvendes?

Et væsentligt spørgsmål er, hvor simple tests, der kan anvendes i dagligdagen med godt resultat. Vores projekt viste, at

forholdsvis simple test fungerede rimeligt.

Den såkaldte Bergs balancetest – der varer op til 40-45 minutter at gennemføre – opnår i gruppesammenhæng samme indsatsniveau eller funktionsfremgang, som den mere simple test "Timed Up & Go". I projektet kunne resultaterne fra den ene test i 75 pct. af tilfældene således forudsige resultaterne af den anden test.

Systematik – hvor lang tid tager det?

Tidsforbruget ved at indføre systematiske tests kan være en væsentlig barriere i dagligdagen. Vi gjorde meget ud af at registrere tidsforbrug til dataindsamling, og nogle af metoderne er ligeledes afprøvet i sygehusregi. Men i vurderingen af tidsforbrug er det vigtigt at huske, at en test som Bergs balancetest kan træde i stedet for en træningsseance.

I projektet gennemførte vi 21 interview-spørgsmål, samt tandemtesten¹ efterfulgt af "Timed Up & Go"-testen på ca. 5-6 minutter, hvilket ikke er et beskedent tidsforbrug til en systematisk gennemgang, der bidrager til at forebygge fald.

Resultater

Indgik faldforebyggelse i kommunernes daglige drift?

Projektet viste, at det lykkedes at få de hensigtsmæssige forskningsbaserede metoder overført og indarbejdet i kommunernes daglige drift så længe projektet varede, hvilket var det egentlige mål. Såle-

des har de deltagende kommuner indført den fælles struktur i udredningen, og ligeledes har alle indført det forløb, som er beskrevet i afsnittet *flow-modelforløb*. Der er lidt forskel på hvilke tests og omfanget af dem, den enkelte kommune valgte at anvende.

Der er dog ikke tvivl om, at den systematiske tilgang og brugen af metoder fortsætter i de kommuner, som deltog, og at grundtanken om, at indsatsen skal være uafhængig af det aktuelt ansatte personale, overlever.

Samlet set har projektet således vist, at det er muligt at arbejde systematisk med én hovedmodel i meget forskellige kommuner og med de eksisterende medarbejdere.

Øget samarbejde

Samtidig er der igangsat et samarbejde mellem amt og kommuner om patientforløb og uddannelse af personale, ligesom der er indledt et samarbejde om genoptræningsplaner. Samarbejdet om genoptræningsplaner bygger på principper og erfaringer om brug af funktionsmålinger i faldforebyggelsesprojektet, som indgår i rapporten "Funktionsmåling Fyn". Heri anbefales, at der fortages tre typer målinger:

1. Samlet vurdering (fx Barthels index)
2. Egenvurdering (Euroqol 5d)
3. Funktionstest ("Timed Up & Go", fastlæggelse af BMI, demensscreening med MMSE-testen)

Endvidere anbefales, at der ved konkret stillingtagen udvides med særlige indsatsrettede test, fx en uddybet ernæringsvurdering eller Bergs balancetest.

Oplysninger om rapporten findes sidst i denne artikel.

Havde de konkrete former for indsats effekt?

Det er naturligvis vigtigt at se på, om de indførte procedurer faktisk har hjulpet. Målt på den nævnte Bergs balancetest havde de fleste personer forbedret deres balanceevne efter indsatsen. Resultaterne fra 'Timed Up & Go'-testen bliver i øjeblikke analyseret, så her er det endnu for tidligt at sige noget om resultaterne. Men det tyder på, at ca. 75 pct. af alle har opnået et forbedret niveau efter indsatsen i forhold til før.

Dokumentation for de indførte principper

En anden vigtig del af projektet var at tilvejebringe dokumentation for de indførte principper. Vi udarbejdede tre kataloger om træning: med leveråd, herunder råd om boligen, råd om daglige aktiviteter og om syn og hørelse m.m., samt om procedurerne. I stedet for at opfinde nye test og nye principper har vi så vidt muligt søgt at overføre det eksisterende materiale til den praktiske virkelighed. Fx har vi på ernæringsområdet, som er omtalt i kataloget om leveråd, samarbejdet med Anne Marie Beck fra Fødevarerdirektoratet, som har mange års erfaring på dette område. Oplysninger om katalogerne, der bl.a. kan læses på internettet, findes sidst i artiklen.

Fokus på ulykkesforebyggelse

En anden væsentlig effekt af projektet var, at der blev sat fokus på muligheden

af at arbejde med målrettet forebyggelse, fx med såkaldt trafikalt sortpletbekæmpelse, ud fra skadestuerregistreringer. Dette har været et tema i Fyns Amt i mange år på baggrund af Ulykkes Analyse Gruppens arbejde, og Amtet er blevet medlem af WHO netværket Safe Community, der arbejder med forebyggelse på lokalt plan på tværs af forvaltning, foreninger, amt og kommuner, samt på tværs af fagligt og politisk niveau.

Afslutning

Afslutningsvis vil jeg pege på, at det forudsætter en politisk vilje til at afsætte de nødvendige ressourcer, hvis de såkaldt evidensbaserede metoder skal overføres til virkeligheden.

I Fyns Amt har der været meget stor opbakning fra de politiske strukturer til at arbejde med de ideer, der er beskrevet ovenfor.

Muligvis kan man også bruge amtet til at sammenligne den politiske gennemslagskraft for henholdsvis hjerteområdet og faldområdet. Da der var mistanke om at hjertepatienter døde, mens de stod på venteliste, fik hjerteområdet tilført 50 millioner kr. i ekstra bevilling. Mens der blev afsat 1 1/2 million om året til optimering af patientforløb for hoftenære knoglebrud. Jeg har ikke noget imod, at hjerteområdet tilføres 50 millioner kr., men det kan være nyttigt at se på, om der er sammenhæng mellem bevillingernes størrelse og det niveau af resurser, der er nødvendige for at løse et problem. Ofte er vi i forebyggelsesområdet meget glade for bevillinger på 1/4 eller 1/2 mio. kr.,

men i behandlingssammenhæng i øvrigt er dette småbeløb.

Vi kan ikke forlade os på mediernes fremstilling af problemerne. De brede forebyggelsesbudskaber bringes ikke her. Fx kunne man en dag læse – vist nok i Dagens Medicin – at 1/3 af voksenbefolkningen bevæger sig så lidt, at det er en trussel mod deres velfærd på længere sigt. Senere i artiklen stod, at osteoporoseforeningen ville henvende sig til ministeren, fordi den mente, at kapaciteten til knoglescanning er for lille. Det er muligt, at kapaciteten var for lille, men det var ikke tilfældigt, at det var det sidste udsagn, der kom i radio og TV.

Når man arbejder med forebyggelse i praksis, bliver man hurtigt opmærksom på, at når forskningsresultater forbindes med den daglige forebyggelse, opnås der rigtig gode muligheder for at få tingene til at fungere i dagligdagen.

Derfor har vi, der arbejder på dette brede felt, en særlig forpligtelse til at anvende metoder, der har gennemslagskraft både i det politiske og i det faglige system. Derved kan vi forhåbentlig bidrage til, at den bredere indsats får den opbakning, der er nødvendig for, at der afsættes tilstrækkelige ressourcer til at arbejde med forebyggelse i hverdagen.

Sluttelig vil jeg understrege, at faldproblemet opstår betydeligt før alderdommen. En ikke uvæsentlig del af vores børn bevæger sig for lidt, og det er et problem, vi skal være opmærksomme på og tage meget alvorligt i det fremtidige sundhedsfremmende arbejde.

Yderligere information

På internetadressen:

www.bola.suite.dk/foredrag

kan interesserede bl.a. læse følgende materiale fra faldforebyggelsesprojektet:

- ◆ Træningskatalog: forslag, struktur, før og efter træningen
- ◆ Leveråd: instruktion og vurdering
- ◆ Skema til brug ved funktionstestning (Stående balance, Timed Up & Go)
- ◆ Standard Interview Guide
- ◆ Registrering af fald: Interviewskema

Ovenstående kataloger kan også rekvireres ved henvendelse til:

ikj@afs.fyns-amt.dk

Rapporten “Funktionsmåling Fyn” mv. i forbindelse med genoptræningsforløb kan rekvireres ved henvendelse til:

ulykkes.analyse.gruppen@ouh.dk

¹ Tandemtest: en kort balancetest, der udskiller personer med meget ringe balance. Testpersonen står med fødderne i en tandemakse på tre forskellige måder.

Faldforebyggelse i Københavns Kommune: indsats og erfaringer

*Sundhedskonsulent Hanne Backe,
Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning*

Københavns Kommunes indsats for at forebygge fald begyndte i 1994 som et Sund By-projekt, idet kommunen er medlem af Sund By Netværket i Danmark. Projektet varede i 4 år og er nu afsluttet.

Efter projektperioden blev det besluttet at implementere og videreudvikle de erfaringer og resultater, der var nået, og jeg blev ansat til at udføre denne opgave. Det er en stor tilfredsstillende at være med i et kontinuerligt forløb fra projekt til implementering, et forløb vi desværre ikke ser så tit.

De vigtigste erfaringer og praktiske modeller, der blev udviklet i projektperioden, er samlet i tre håndbøger om faldforebyggelse. Oplysninger om håndbøgerne, som er udgivet på initiativ af Sund By Netværket, findes sidst i denne artikel.

Handleplan og målgrupper for samarbejde

Handleplan for 1999-2003

Som det første blev der udarbejdet en meget detaljeret handleplan for perioden 1999-2003, og den danner grundlag for det arbejde, der udføres. Opgaven har, både i projektperioden og i det videre

forløb, bestået i at overføre eksisterende dokumenteret viden om faldforebyggelse til de daglige rutiner på hospitaler og i primær sundhedstjeneste. I handleplanen er desuden indføjet en målsætning om at nedbringe antallet af nye tilfælde af lårbenshalsbrud i de forskellige aldersgrupper med 15-20 pct.

Den forebyggende indsats består fortrinsvis i at udvikle aktiviteter og samarbejdsmodeller på tværs af faggrænser og sektorer i de københavnske optageområder, som senere kan indgå som driftsfunktion.

Målgrupperne for indsatsen er dermed først og fremmest medarbejdere på hospitaler og i primær sundhedstjeneste, svarende til at indsatsen først og fremmest retter sig mod de svækkede ældre og sekundært mod de raske ældre. Der er derfor tale om en meget bred indsats i Københavns Kommune, som naturligvis rejser spørgsmål om prioritering, idet Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning omfatter 58.000 pensionister. Antallet af ældre i kommunen falder ganske vist i disse år, men antallet af "de gamle gamle" stiger.

Kommunen er delt op i 15 bydele, som i realiteten svarer til 15 kommuner. Der er 15 pensions- og omsorgskontorer og i alt 22 hjemmeplejeafdelinger, der servicerer 18.000-20.000 ældre borgere. Endvidere råder kommunen over knap

7.000 nødkaldeanlæg og 60 plejehjem med omkring 5.400 plejeboliger. Seks træningscentre står for genoptræning af borgerne. Der samarbejdes desuden med Hovedstadens Sygehusfællesskab, hvor det primært er de 4 geriatiske klinikker og skadestuerne, der er kontakt til. For 4 år siden drejede det sig om 360 sengepladser, som nu er nede på 180 senge.

Endvidere er det tanken at etablere samarbejde med praktiserende læger.

Københavns Kommune råder også over 4.440 ældreboliger, som der visiteres til. Beboerne tilhører den lidt svagere gruppe ældre, selv om langt fra alle eksempelvis modtager hjemmehjælp. Endvidere er der 17 dagcentre samt 43 ældreklubber, som tilsammen har et årligt budget på 40 mio. kroner.

Indsatsen og resultater

Faldregistrering

Det er dette mulighedernes landskab, jeg har den store fornøjelse at navigere rundt i. Det betyder, at doseringen til hvert område må tilpasses de aktuelle muligheder. Indsatsen flyttes der hen, hvor der er parathed, og hvor den gavner mest. Samtidig er der gode muligheder for at afprøve praktiske modeller i hverdagen. I perioder må indsatsen i nogle områder sættes på stand-by på grund af de mange omstruktureringer, der kendetegner ældreområdet i Københavns Kommune i disse år.

Hovedstrategien i indsatsen i forhold til den enkelte arbejdsplads er:

- ◆ Udvælgelse af kontaktpersoner
- ◆ Undervisning af personalet i forebyggelse og faldforebyggelse
- ◆ Registrering af de konkrete fald, der sker hos borgeren/patienten/klienten/beboeren
- ◆ Analyse af årsagerne
- ◆ Handling og opfølgning.

Handleplanen kan enten være individorienteret eller rettet mod omgivelserne, fx en afdeling på et plejehjem.

Selve faldregistreringen, som er grundlaget for forebyggelsen, kan udformes på to måder. Den ene er en udvidet beskrivelse og analyse af selve faldet, som indebærer, at man konkret undersøger mulige årsager til faldet, tager stilling til hvad problemet er, og hvilke ressourcer den enkelte har. Den anden er en enkel registrering, hvor opgaven er rent statistisk. Det sidste er fristende i en travl hverdag, men udfordringen ligger i en udvidet registrering og efterfølgende analyse af faldene – det er her, den virkelige gevinst ligger, fordi det tvinger til at tænke i forebyggende baner.

At beslutte sig for at gennemføre en udvidet registrering af fald har store fordele:

- ◆ Det skærper i sig selv opmærksomheden over for faldproblemet
- ◆ Man får viden om problemets reelle omfang
- ◆ Oplysningerne kan lede videre til årsagssammenhænge og mønstre i faldhændelserne – fx hos den gamle selv,

i omgivelserne på plejehjemmet, på hospitalet og i hjemmet eller i personalets rutiner og arbejdstilrettelæggelse.

Registrering af faldulykker er derfor et godt grundlag for opstilling af mål og handleplaner for forebyggelse – Det er en form for kvalitetsudvikling eller -sikring.

Status for plejehjemsområdet

Størstedelen af plejehjemmene i Københavns Kommune har i dag kontaktpersoner, som bidrager til den faldforebyggende indsats. Der sker løbende undervisning, og på de fleste plejehjem foretages enten permanent eller periodisk registrering af fald.

Man har desuden siden 1999 vederlagsfrit udleveret hoftebeskyttere til beboere med behov for dette tilbud. Alle plejehjemsbeboerne får tilbudt en uges afprøvning af hoftebeskyttere med tæt vejledning i brugen af dem. På denne måde har de et godt beslutningsgrundlag. Sidste år udgjorde de faste brugere af hoftebeskyttere 8 pct. af samtlige beboere, og indsatsen kostede kommunen 275.000 kr.

Vi skønner, at 10-15 pct. vil blive faste brugere, når ordningen er fuldt indarbejdet. Også demente har glæde af hoftebeskytterne, en gruppe, der ellers kan være vanskelig at beskytte mod skader ved fald. Antallet af lårbenshalsbrud hos beboere på plejehjemmene er fulgt i 2^{1/2} år. Det ser ud til at forekomsten siden 1998 ligger nogenlunde stabilt på omkring 3,6 pct. og lidt under. Måske er det lykkedes at bremse en forventelig stigning i antallet af lårbenshalsbrud. Udvik-

lingen vil blive fulgt fremover, og med det formål er der udarbejdet en database til registrering af fald, lårbenshalsbrud og brug af hoftebeskyttere på de enkelte plejehjem.

Status for hjemmeplejeområdet

Som det er fremgået af pressen i de sidste år, har der været en del kritik af Københavns Kommunes hjemmepleje. Efter min opfattelse står det langt fra så galt til, som det kan synes. Men omstruktureringer tager mange kræfter og meget tid, og det har været svært at få gang i en mere systematisk faldforebyggelse.

Der er gennemført undervisning af personalet i seks bydele. I fire bydele registrerede man faldulykker for nogle år siden, men er nu ophørt med det. Registreringerne viste, at faldulykker er et stort problem blandt hjemmeplejens modtagere, og at en stor andel sendes på skadestuen. Kommunens døgnbase modtager i gennemsnit 25 opkald i døgnet fra ældre, der er faldet. Desværre sker der ikke nogen systematisk opfølgning af disse opkald. Der er ingen tvivl om, at hjemmeplejen er et helt centralt indsatsområde i forebyggelsen af faldulykker, og indsatsen her vil blive styrket i de kommende år.

Borgerrettede initiativer:

På dette felt udvikles der nye tilbud, bl.a. såkaldt nærgymnastik, som er et tilbud til de svagere ældre om at vedligeholde deres fysiske funktionsevne i det område, hvor de bor. Tilbudet blev søsat i nogle af de 4.440 ældreboliger, som er beliggende i store komplekser på 15 forskellige

adresser i Københavns Kommune. Disse ejendomme egner sig godt til formålet, fordi de har de nødvendige faciliteter, fx gode selskabslokaler med toiletter og køkken. Der er tale om et ”bragt til døren-tilbud” med træning 1½ time om ugen. Tilbudet er oprettet under Folkeoplysningsloven og kræver meget lidt administrativt arbejde. For få penge får borgerne således et rigtigt godt tilbud serveret. Kommunen giver et tilskud, og deltagerbetalingen er derfor kun 60 kr. om måneden. Det er mit håb, at dette initiativ med tiden vil komme til at omfatte en meget stor kreds. Foreløbig er der oprettet 7 hold, fordelt på 3 ældreboliger. Til gymnastikholdene kan man knytte alle mulige andre aktiviteter, fx gå-turhold, madhold, og måske indirekte også løse ensomhedsproblemer. I samarbejde med hjemmeplejen kan man desuden komme i kontakt med dem, der ikke er vant til fysisk aktivitet, samt få hjælp til at transportere kørestolsbrugere hen til gymnastiktimerne.

På længere sigt er det hensigten at tilbyde gratis hoftebeskyttere til hjemmeboende med behov, men det er svært at finde en hensigtsmæssig måde at administrere dette på. Forskellige modeller afprøves. For øjeblikket samarbejdes der fx med kommunens 6 træningscentre for at finde ud af, om denne fremgangsmåde er optimal.

Aktiviteter på hospitalsområdet

Den faldforebyggende indsats i H:S (Hovedstadens Sygehusfællesskab) ledes af en arbejdsgruppe under Sundhedsfagligt Råd for Geriatri. Der er oprettet tværfaglige faldteams i hver af de 4 geriatriiske

klinikker med henblik på at koordinere arbejdet. Der foretages permanent registrering af fald og knoglebrud i forbindelse med fald, som inddateres i en kliniske database. I perioden 1. maj-31. december 2000 blev der registreret 664 fald, svarende til ca. 3 fald i døgnet. I samme periode blev der registreret 20 knoglebrud, men arten af brud er ikke undersøgt.

Samtidig er der igangsat et udviklingsprojekt i skadestuen på Hvidovre Hospital, hvor der ses nærmere på de ældre over 65 år, der henvender sig til skadestuen efter et fald. I øjeblikket henvender gennemsnitligt syv personer sig hvert døgn. Der foretages ikke systematisk opfølgning af henvendelserne, men det er en helt oplagt opgave at gå i gang med.

Afslutning

Effekt af faldforebyggelsen

Københavns Kommune har opnået gode resultater af indsatsen mod faldulykker. Statens Institut for Folkesundhed (SIF) har på baggrund af Landspatientregistrets data om lårbenhalsbrud fulgt udviklingen i Københavns Kommune, der viser en reduktion på 25 pct. i antallet af udskrivelser med lårbenhalsbrud i perioden 1995-2000. Korrigeret for den demografiske udvikling svarer det til en reduktion på 10 pct. Det er ikke den største reduktion i landet, men kommunen er blandt de 4 bedste på dette område. I landet som helhed er reduktionen på 4 pct.

Indsatsområderne vil i store træk være de samme i de kommende år, da vi som sagt er så heldigt stillet, at vi kan fortsætte uden at være bundet af en projektperiode. Den måde, indsatsen er grebet an på, ser ud til at være rigtig, og samtidig opstår der hele tiden muligheder for at tage nye indsatsområder op eller for at justere prioriteringer.

En af de helt store opgaver i det kommende år er at øge tilbudene om nærgymnastik i lokalområderne, dvs. vedligeholdelsestræning. Vedtagelse af loven om genoptræning medfører flere genoptræningstilbud, og samtidig øges behovet for varierede tilbud om vedligeholdelsestræning.

En anden påtrængende opgave er at inddrage hjemmeplejen og de forebyggende hjemmebesøg i systematisk faldforebyggelse.

Hermed skabes der også mulighed for at følge op på henvendelserne til skadestuerne efter fald.

Gratis hoftebeskyttere skal være et tilbud til alle ældre, der har behov, og som ønsker at bruge dem.

Praktiserende læger skal inddrages i samarbejdet, fx i forbindelse med målrettet medicinsanering.

Som det fremgår, er der et væld af udfordringer. Vi kan begynde med at følge op på de mange fald, vi allerede kender i dag, fx de knap 25 nødkald i døgnet på grund af fald, de ca. 20 personer, der kontakter skadestuerne hvert døgn og de gennemsnitligt 3 fald i døgnet på de geriatriske klinikker. Og starte med at tage de fald alvorligt, der sker hos hjemmehjælpsmodtagerne. Men – vi er godt på vej.

Følgende håndbøger om faldforebyggelse, som er udgivet på initiativ af Det Nationale Sund By Netværk, koster 80 kr. pr. stk. og kan bestilles på hjemmesiden:

www.sund-by-net.dk/publikationer/fald

- ◆ *Håndbog i faldforebyggelse i hjemmet*
- ◆ *Håndbog i faldforebyggelse på plejehjem*
- ◆ *Håndbog i faldforebyggelse på hospital.*

Afsluttende paneldiskussion

Ordstyrer professor, dr.med. Povl Riis,
formand for ÆldreForum

Povl Riis:

Jeg vil begynde med et par hurtige bolde til panelet. Derefter vil jeg åbne for spørgsmål, kommentarer og modsigelser fra salen, og til sidst vil hver indlægs-holder få et par minutter til opsummering.

Først tre spørgsmål eller kommentarer om I vil.

Vi har talt meget om fald og brud, og jeg har egentlig savnet at høre lidt om: Hvad med hovedet? Jeg hører også til benenes og kroppens venner, som er af betydning for vores sociale mobilitet, men der i august d.å. offentliggjort et meget tankevækkende finsk arbejde,¹ som viser, at hovedskader efter fald hos ældre, i absolutte, rå tal, næsten er ti-doblet i Finland i forhold til for 20 år siden. Hvis man justerer for alder og køn, og det sædvanlige vi gør, så er skaderne to-tre-doblet, og man ved ikke hvorfor. Mit første spørgsmål til jer er derfor: Hvad sker der i Danmark?

Det ville være godt, hvis der var en fast skadestueprocedure eller noget i retning af den tragte, Marianne Schroll nævnte, som de ældre, der har slået hovedet i faldet, alle kunne hældes ned i. I min lange tid i sygehusvæsenet har jeg set dem dukke op på medicinske afdelinger og blive sendt hjem. Vi skal ikke kun være opmærksomme på knoglerne, men også på den "førerbunker", som hjernen

er, og som det er nok så vigtigt at tage vare på.

Det næste jeg vil foreslå, at vi drøfter, er brugen af ord som frygt og angst. Det vil være en god ide at prøve at specificere disse begreber lidt nærmere.

Hvis frygt anvendes i det videnskabelige sprog og i det sociale sprog, som en forebyggende, beskyttende reaktion i forbindelse med konkrete situationsbestemte risici for mennesker, skal vi ikke angribe frykten, fordi den her er formålstjenlig, og tjener samme formål som smerten gør. Uden den ville vi forlise meget tidligt i livet.

Angst i psykologsprog er derimod en stadig tilstedeværende genstands- og situationsuafhængig fornemmelse af utryghed. Tidligere på dagen hørte vi, at hvis man fjerner menneskers frygt, falder de mere. Det er jo indlysende, fordi de så ikke beskytter sig selv. Mit spørgsmål er derfor: Kan vi ikke rydde lidt op i denne terminologi.

Og som det sidste indspark vil jeg sige: at ikke al forebyggelse hører under sundhedsvæsenet. Jeg bruger, som formentlig andre her, indimellem de lokale trafikelskaber, i dette område HT. Og chaufførerne – en del af dem minder mig om piloter i Spitfires og Stucas under Anden Verdenskrig, hvor de satte mærker på forsiden af flyet for at vise, hvor mange fjendtlige maskiner de havde skudt ned –

accelererer og decelererer på en sådan måde, at man kan mistænke dem for at sige, når de kommer hjem om aftenen: I dag fik jeg ram på 5 gamlinge. I kan sige mig imod, men jeg har set det masser af gange. De gamle ved, at det er et kapløb om at nå et sæde i tide, men almindeligvis vinder chaufføren. Vore biler er sådan set bedre indrettet end vi mennesker. De har luftsække, såkaldte airbags, og vi burde opfinde et tilsvarende system for ældre – en lille retningsregistrator der ved pludselig bevægelser fylder forskellige luftsække, som kan beskytte dem ved fald. Men jeg har opgivet tanken, idet ingen formentlig vil acceptere at ligne sådanne Michelin-personer. Men formålstjenligt ville det være.

Dialog

Vil nogle af jer kommentere? Hvad med hovedet?

Marianne Schroll:

Jeg er ikke klar over, om der forskes på dette område i Danmark. Måske ved nogle i salen mere om dette, men min erfaring er, at gamle mennesker, der er faldet, er heldige, hvis nogen finder på at spørge, om de også har slået hovedet. Og hvis de har, er de endnu heldigere, hvis det undersøges nærmere. Og yderligere, hvis de har fået fx en mindre halvsidig lammelse, vil de i en efterfølgende optræningssituation ikke blive godkendt til apopleksiklinikkerne, som er eksperter i den form for optræning. For det er jo ikke en hjerneblødning eller en blodprop i hjernen, og så er det ikke "fint" nok til disse klinikker.

Povl Riis:

Så du kan bekræfte, at disse gamlinge nok ligger som forældreløse børn i systemet på de forskellige afdelinger, der ikke har hjerte til at sige nej til dem?

Marianne Schroll:

Ja, det er min erfaring. Men der kunne være sket en udvikling, som andre måske har kendskab til.

Povl Riis:

Har I noget fra ulykkesforebyggelsesgruppen? Har i hovedet med? Ja, i arbejdet naturligvis, men har I også hovedskader med?

Jens M. Lauritsen:

På en række skadestuer i Danmark registreres årsagerne til alle henvendelser. For tiden gælder det Fyns Amt, og ligeledes for det såkaldte Femby-projekt, og begge disse steder bør vi bl.a. se på, om hovedskader også registreres som faldskader. Jeg kan ikke svare på det, men har noteret det. Samtidig vil jeg benytte lejligheden til at opfordre alle til at bruge cykelhjelm, og det gælder ikke mindst de gamle.

Povl Riis:

Hvordan forholder I jer i Sverige? Hvad med Norrland? Har I hovedskaderne med der?

Lillemor Lundin-Olsson:

I Norrland indgår hovedskaderne også i faldudredningsarbejdet. I vores studie indgik ikke så mange af disse skader, men en del ældre blev dårlige, fordi der opstod et såkaldt hæmatom (en blodansamling i hjernen eller på hjernens overflade) i forbindelse med faldet. Vi har

diskuteret meget, hvordan man kunne forebygge alvorligere hovedskader i forbindelse med fald, og en ide kunne måske være et polstret hårbånd, der kunne afbøde faldet på samme måde som hoftebeskytterne. Flere ville måske være mere villige til at benytte et sådant hårbånd end en hjelm, som ikke ret mange formentlig vil kunne overtales til at tage på. På designhøjskolen i Sverige er der udarbejdet et forslag, men jeg tror ikke, at der er sket yderligere. Men det er da en idé, som man kan arbejde videre på.

Povl Riis:

Nej, der er nok ikke meget diskotek-appeal i en sådan indretning, og hvis man samtidig ifører sig hoftebeskyttere, er succesen på dansegulvet nok ikke helt hjemme.

Med hensyn til spørgsmålet om frygt vil jeg lige tilføje til min egen indledning, at i lægeverdenen – og det er den jeg bedst kan kritisere – har vi meget længe sagt til patienterne: "Det må I lære at leve med". Dagens budskab bør derimod være: "Det skal I *ikke* lære at leve med". Et af lægeverdenens andre hyppigt brugte budskaber er: "Tag det nu med ro". Her er budskabet i dag: De ældre skal *ikke* tage det med ro, tværtimod – Og det allersidste er næsten det værste: "Vær god mod dig selv". Den, om jeg så må sige, medikaliserede selvoptagethed, er også malplaceret. Vi skal nuancere sproget meget mere, og samtidig individualisere det, vi siger til disse patienter. Resignationen kan vi ikke fjerne fra vore fælles interesseområder og fag, men slagordene sidder generelt nok lidt for løst.

Jens M. Lauritsen:

En tilføjelse om frygten for at falde. Hvis nogen ønsker at arbejde med det område, findes der et par artikler, som meget grundigt beskriver, hvordan man den professionelle skal spørge på dette felt, for det er bestemt ikke ligegyldigt, hvordan man spørger. Der findes således standardformuleringer, dvs. nogle består kun af et enkelt spørgsmål.²

Nina Beyer:

Det er i virkeligheden meget svært at vide, om det er frygt eller angst. I det projekt, som jeg nu har afsluttet, at der er en helt klar sammenhæng mellem deltagerens præstation i balancetesten og deres bekymring for egen balance. Så det drejer sig nok mere om sikkerhed i forhold til egen balance. Og du har fuldstændig ret i, at det ofte fejlagtigt udlægges, som angst for at falde. Men man kan sige, at hvis man føler sig balancemæssigt usikker, vil det i hvert fald for nogle, medføre reduktion af aktiviteten. Andre registrerer derimod, at noget føles usikkert, men hopper alligevel ud i det.

Povl Riis:

Man kan sige, at risikoen for at medikalisere, og det udtryk anvender jeg i relation til alle sundhedsfag og sociale fag, er noget, der måske indeholder en kerne af sandhed, generaliseres så meget, at folk nærmest låser sig inde for at sikre sig, at der ikke sker dem noget.

Nina Beyer:

De kvinder, jeg har interviewet, som er faldet i bussen, er helt bestemt blevet mere usikre på deres balanceevne. Om det så skyldes faldet eller andre årsager, kan jeg ikke afgøre.

Povl Riis:

Busser kan være en voldsom oplevelse, nærmest en form for rumskibstræning at bevæge sig i.

Nina Beyer:

Man kan anbefale at fokusere på et bestemt punkt, det hjælper lidt, bare det ikke er på buschaufføren!

Povl Riis:

Jeg vil lige indføje om min egen dækning af dette felt, at jeg her optræder i min egenskab af formand for ÆldreForum. Og jeg er hverken geriater, eller ergo- eller fysioterapeut, men følger med i den generelle internationale litteratur via de store tidsskrifter. For eventuelt interessererede har jeg valgt to væsentlige artikler ud fra det sidste års tid. Den ene er nogle retningslinjer, som British Medical Journal udgav i slutningen af år 2000 efter et meget omfattende arbejde med den videnskabelige litteratur. Den anden er en videnskabelig undersøgelse fra Holland,³ der omhandler hjemmebesøg hos ældre, som viste, at der ikke kunne påvises en forebyggende effekt over for fald af besøgene.

Erik Hertel Simonsen:

Mit navn er Erik Hertel Simonsen, og jeg kan måske præsentere mig som en af dem der, som Marianne Schroll sagde, "gnider folk på halsen" – dvs. på sinus caroticus. Jeg er hjertelæge med interesse for pacemakerbehandling og har ansvaret for en synkopeklinik, dvs. en besvimelsesklinik, i Odense.

Da jeg har forstået på flere af deltagerne her, at muligheden for at finde frem til de tilstande, som kan behandles med pacemaker, opfattes som noget meget

nyt, vil jeg gerne meget kort skitsere, hvad en sådan indsats kunne betyde kvantitativt. Hvis man her i landet gør sig umage for at finde de patienter, der kunne have glæde af pacemaker, vil 10-15 pct. af alle, der får pacemaker, have sinus caroticus-syndromet. I Danmark bliver årligt implanteret ca. 2.500 pacemakere. Såfremt 10-15 pct. havde fået pacemakere pga. sinus caroticus-syndrom ville det svare til 250-375 personer, men kun 58 personer får reelt pacemaker på det grundlag. Følgelig er ca. 300 personer ikke diagnosticeret – årligt.

Marianne Schroll efterlyste flere synkopeklinikker som led i faldudredningen, og der er klart et stort område at opdyrke her. Hvis man vil etablere synkopeklinikker, skal bemanningen ikke bare være en pacemakerlæge, som lige trykker det rigtige sted. Man er nødt til at alliere sig med nogen, som kan vurdere andre ting. Men mit spørgsmål til MS er: Du foreslår, at der indføres synkopeklinikker i Danmark, og det kan jeg kun være enig med dig i, men hvordan vil du konkret gribe etableringen af sådanne klinikker an?

Med hensyn til hovedtraumer er det mit klare indtryk, men sikker er jeg ikke, at mange af de ældre, der falder og slår hovedet alvorligt, enten er patienter med sinus caroticus-syndrom, eller patienter med en egentlig forstyrrelse i hjerterytmen. Patienter, der har slået hovedet, bør først og fremmest undersøges for, om der er en hjertemæssig, karmæssig eller blodtryksmæssig årsag til faldet. Grunden til, at de falder og dermed slår hovedet, er, at tilstanden opstår pludseligt. Fordelen ved pacemakerbehandling af patienter med sinus caroticus-syndrom er, at hyppigheden af nye faldepisoder

kan reduceres til 10 pct. af det oprindelige. Der er derfor tale om en meget markant forbedring.

Povl Riis:

For os, der ikke er inde i faget, vil vi bede dig oplyse, om der er en klar stigning med alderen i disse refleksbetingede påvirkninger af hjertet.

Erik Hertel Simonsen:

Sinus caroticus-syndrom optræder ekstremt sjældent før 50-års alderen. Fra 50-65-års alderen optræder tilstanden med en vis hyppighed, men det er specielt i aldersgruppen over 65 år, at hyppigheden er stigende. Mange patienter med besvimelse eller fald, som skyldes pludseligt blodtryksfald, kan behandles med god effekt med medicin, der endnu ikke er registreret i Danmark – og det er måske en nyhed til forsamlingen, at der findes en ganske god behandling til såkaldt ortostatisk hypotension, dvs. blodtryksfald efter hurtigt skift til stående stilling. Afslutningsvis vil jeg derfor fremhæve, at der for ældre med fald er gode diagnostiske og behandlingsmæssige muligheder, som slet ikke udnyttes.

Marianne Schroll:

Jeg har hørt om dit arbejde i Odense, men når jeg i dag specielt har refereret til udlandet, skyldes det, at arbejdet her er omfangsrigt og kontrolleret, og derfor tilskyndede os til at gå i gang. Men det er vældig godt, at vi også i Danmark har erfaring. På Bispebjerg Hospital i København lægges også pacemakere ind, og her er man tilsvarende interesseret i ortostatisk blodtryksfald og behandling heraf. Tanken er, at geriaterne i højere grad skal finde frem til patienter, som kan drage

nytte af denne behandling, og jeg håber meget på, at vi kan komme videre ad denne vej.

Knud Ehler Jessen:

Jeg hedder Knud Ehler Jessen og kommer fra Foreningen for Fodsundhed. Jeg har lagt mærke til, at man i dag lægger vægt på de mange fags samvirken, og det tror jeg er overordentlig vigtigt. Vi har i lægeverdenen gennemlevet en fascination af specialer – af subspecialer og subspecialer. Det grundlæggende for alles virksomhed er imidlertid, at man har et alment grundlag, så man forstår sammenhængen i tingene, og derfor er jeg så glad for, at I har taget disciplinernes multiplicitet med. Det gælder også med hensyn til personalet. At personalet skal samarbejde, har I været inde på, og det er overordentlig vigtigt. Derfor har denne konference lukket op for noget virkelig godt, med virkelig fremtid i.

Jeg tror, at Nina Beyer er enig med mig i, at det ikke alene er kvinder, der er gode til at træne og gerne vil træne, men jeg tror, at kvinder falder mere. Hvorfor gør de det? Og nu kommer vi til noget af det grundlæggende: Hvad betyder fodtøj? Og hvad betyder de ældres fødder? Kvinders fødder er jo mere mishandlede end mænds, når de kommer op i alderen. Forklaringen kan man få ved at studere fodbeklædningen i dette lokale, der er rædselsvækkende ting i mellem.

Povl Riis:

Du må ikke pege på nogen!

Knud Ehler Jessen:

Nej, nej, mine studier er yderst diskrete, men jeg er blevet meget forskrækket, for det, jeg har set, udretter store skader.

I virkeligheden begynder geriatrien ved barnets fødsel. Man skal forebygge ved at hindre, at piger i puberteten udstyres med uegnet fodtøj, og i stedet motivere dem til at gå med noget ordentligt resten af livet.

En anden faktor, der ikke er berørt i dag, er diabetes (sukkersyge). Et af diabetikeres første symptomer er jo meget ofte, at følesansen i benene reduceres og undertiden forsvinder helt. Det må da betyde noget for folks faldtilbøjelighed.

Nina Beyer:

Så vidt jeg husker, er der en svag viden om, at fodtøj selvfølgelig har en betydning, men der er ikke iværksat den store undersøgelse af dette.

Og hvorfor falder kvinder så meget mere? Nogle, bl.a. amerikanske, undersøgelser viser, at kvinder er dårligere til såkaldte afværgeskridt end mænd er. I en undersøgelse fra Odense har man set på den eksplosive muskelkraft ved at lade friske ældre springe på en kraftplatform, og her er det påvist, at kvindernes muskler trækker sig langsommere sammen end mænds – specielt under opspringet. Det er muligvis en forklaring her.

Povl Riis:

Nyere forskning på bl.a. smerteområdet viser, at der er en del af vore receptorer, eller skal vi kalde det signalpunkter, er forskellige hos de to køn. Derfor er det ikke sikkert, at det skyldes manglende træning hos kvinderne, men at der er tale om kønsbestemte forskelle, som vi ikke ved nok om i dag.

Finn Bojsen Møller:

Mit navn er Finn Bojsen Møller, og jeg er lektor i anatomi på Panum Insti-

tuttet og underviser lægestuderende bl.a. i balance, gang og løb. Min kollega Ehler Jessen har allerede så udmærket gjort opmærksom på et problem, som jeg også ville gøre opmærksom på. Jeg vil derfor kort lægge mit lod i den vægtskål, der hedder, at de der arbejder med det i praksis også må have opmærksomheden rettet mod fødder, sko og underlag. Her er tale om en forholdsvis billig form for forebyggelse. Sko skal som bekendt danne forbindelse med det aktuelle underlag, man står på, men de har desuden, som årene går, indflydelse på, hvordan foden fungerer. En fod med deformitet i storetå- eller i lilletå-området, og som måske desuden har mistet følesansen pga. sukkersyge eller af andre grunde, er en meget vigtig risikofaktor i forbindelse med fald og balancetræning.

Povl Riis:

Det er tidligere nævnt, at geriatrien grundlægges ved fødslen. Det er måske at strække specialet tidsmæssigt langt nok, men der er det rigtige i det, at vi i en ikke så fjern fremtid vil se konsekvenserne af, at der er for få gymnastiktimer i skolen. Der oparbejdes derfor for lidt "mineralsk kassekredit" i knoglerne. Det kunne også være en af forklaringerne på, at man i flere internationale undersøgelser har været inde på, at den kommende ældre-generation har mere glasagtige knogler, men vi ved ikke nok om det endnu. Inaktivitet er i høj grad et samfundsproblem, og ikke kun noget der skal ændres på for de ældres egen skyld.

Marianne Schroll:

Vi har undersøgt generationsforskelle på disse områder, ikke som klinikere, men som deltagere i befolkningsundersø-

gelserne i Glostrup. Det er rigtigt, at der kommer generationer med øget knogleskørhed, men der kommer samtidig generationer med bedre muskelstyrke, og først og fremmest en parathed til fysisk aktivitet, også når man skal nyde sit otium. Der er længe til, at de børn, som ikke rør sig, bliver helt gamle, og samtidig er det jo aldrig for sent at gå i gang med at være aktiv. Selv om man derfor har satset på noget andet i sin midalder, kan man i Glostrupundersøgelserne se, at nogen ved pensioneringen går vældigt i gang med fysisk aktivitet, og det virker.

Povl Riis:

Derved er vi også, som jeg antydede tidligere, ved at danne et A- og et B-hold, og jeg synes, vi skal være ret omsorgsfulde over for B-holdet. Det er jo også en forskningsside, som bl.a. samarbejdet med ulandene kan drage nytte af

Opsummering

Jeg vil nu bede de 5 indlægholdere bruge 2-2½ minut på at fremhæve, hvad de opfatter som det væsentligste budskab fra dette møde.

Lillemor Lundin-Olsson:

Jeg vil fremhæve to ting. Det ene er: Det er aldrig for sent at begynde. Uanset om man lige er blevet pensionist, om man er 80 år eller om man er flyttet i specialbolig, så kan man gennem træning forbedre sine funktioner. Det er en meget vigtig viden, vi der har erhvervet. Det andet er, at når det drejer sig om faldforebyggelse og hjerteproblemer, er det meget vigtigt at samarbejde.

Povl Riis:

Kan vi rekruttere samme andel, uanset hvilke aldersgrupper, der er tale om? Det er godt at høre, at det aldrig er for sent; men er det trods alt ikke både bedre og nemmere at rekruttere dem, som ikke er i fysisk form sent i livet, på et tidligere tidspunkt? Er det ikke de stærke ældre, der rekrutteres sent i livet med devisen "Det er aldrig for sent"?

Lillemor Lundin-Olsson:

Det er klart, at det er lettest at rekruttere de grupper, som selv tiltrækkes af den form for aktiviteter, som går til gymnastik og lignende – men jeg tror, at det er vigtigt, at vi finder frem til forskellige former for træning, således at der i højere grad bliver tale om et *vil* end om et *skal*. Kort sagt: Man skal have det rart, når man træner.

Hanne Backe:

Stafetten, som vi begyndte dagen med i dag, kunne jeg godt tænke mig at tage op. Vi ved jo virkelig meget på det faldforebyggende område, så det, der er den store udfordring for os i dag, må være, at vi lokalt får samlet den viden, vi har, og for mit vedkommende, derefter får konfronteret beslutningstagerne med denne viden. Det er helt klart, at det kræver flere ressourcer, hvis vi skal yde en større indsats, og jeg synes, at tiden nu er inde til, at vi i fællesskab, på tværs af sektorerne, gør lidt tydeligere opmærksom på faldproblemet's størrelse, og – ja – simpelthen anmoder pænt om flere penge.

Povl Riis:

Det er fint at sigte meget bredt og prøve at hjælpe alle. Men da vi nu ikke

kan frelse alle, kan vi måske i stedet udvide valgmulighederne for de mange?

Hanne Backe:

Det er lige præcis valgmulighederne, som er meget vigtige at fokusere på. Vi har fra vores sundhedsprofil, som masser af kommuner og amter udarbejder i dag, en mængde viden, men bruger vi den rigtigt og nok? Knap halvdelen af de omkring 16.000 ældre i Københavns Kommune, der blev spurgt, svarede, at de gerne vil være mere fysisk aktive, og med stigende alder øgedes denne andel tilmed. Folk vil gerne. Det vi skal, er derfor at fjerne de nævnte barrierer, så vi alle kan komme på banen.

Nina Beyer:

En ting er, at man sætter forskellige ting i gang, men jeg tror samtidig, at der skal oplysning til, for de fleste er motiverede. På Bispebjerg Hospital er der lavet en rundspørge, der viste, at 70 pct. af de gamle mennesker ønskede at være mere aktive, og halvdelen ønskede, at hospitalet hjalp dem med det. Der ligger derfor en kæmpeopgave på hospitaler, hos praktiserende læger osv. for at få folk til at ændre en adfærd i det øjeblik, de er motiverede. Det kunne man efter min mening godt arbejde noget mere på.

En anden væsentlig ting er, at denne livslange træning sikres. Det kan godt være, at det ofte begynder med, at ældre lokkes med af en nabo. Men indsatsen kunne også øges ved, at ældre efter et ophold på et genoptræningscenter eller efter et 8-ugers tilbud, ikke blot får at vide: Hvor var du dygtig fru Hansen, og derefter får udleveret en brochure. Der skal følges op på sådanne tiltag. Desuden burde der være flere muligheder i idræts-

klubberne for dem, der har været væk et stykke tid. De kan nemlig ikke hoppe ind på det samme hold igen, men de kan godt deltage i 3. halvleg.

For det tredje er de instruktører, der bruges til forskellige aktiviteter for ældre, i dag ikke uddannet godt nok. Det er ikke kun et problem i Danmark, men et internationalt problem.

Afslutningsvis vil jeg pege på byplanlægning: Man skal gøre trapperne mere synlige, og undlade at rengøre elevatorerne.

Povl Riis:

Når I rekrutterer ældre til træning, er deres begrundelse så, at de gerne vil leve længere? Mit gæt er, at de også vil lægge megen vægt på, at deres liv bliver bedre. Det er fremgået flere gange i dag, at efter en, to eller tre måneders træning, føler de velvære. Det kan vel næsten sammenlignes med ikke-rygerne, der pludselig opdager, at rollen som fladfisk højt oppe på stranden ændres, så de igen kan trække vejret. Er livskvaliteten det væsentligste?

Nina Beyer:

Det betyder meget for de fleste at kunne klare sig selv. Og det tror jeg betyder mere og mere, jo ældre man bliver. Dem, der dukker op til vores træningstilbud, er jo ikke indstillet på gymnastikopvisninger. De kommer med et håb om at få et større overskud i dagligdagen. Og de finder ud af, at de selv har indflydelse på deres tilstand. Det er meget afgørende.

Povl Riis:

Der er vi ved at lære noget vigtigt i sundhedssektoren, og jeg tror også i socialsektoren: Det kærlige formynderi er

på vej ud – i forhold til ældre, hvor fordommene er, at de bliver mere og mere ens med alderen. Heldigvis er ældre lige så forskellige, som de altid har været, og endog indimellem – lidt opmuntrende – mere forskellige. Det er derfor et vigtigt fremskridt, især når der udtænkes tilbud til ældre.

Marianne Schroll:

Det vi her taler om, er indsatsen for at fald reduceres i befolkningen, via bred fysisk aktivitet og bevidsthed om det osv. Men hvis folk *er* faldet og *er* kommet så slemt til skade, at de bliver indlagt på hospital, hvad skal vi så gøre i denne sektor? Mange kender til en analog problemstilling, som vi er på vej til at løse. Jeg tænker på de mange demente, som ingen mente, der kunne gøres noget for, og derfor blev overladt til sig selv, før man blev klar over, at der faktisk er nogle muligheder, både medikamentelt, men måske først og fremmest psykosocialt.

Der er nu lagt planer landet over, således at det, jeg vil kalde vores husgeriater og alle de praktiserende læger – hvis arbejde for 33 pct.'s vedkommende består i gamle patienter – tager sig af mulige demente gamle samt udreder de problemer, de kan, og derefter viser videre til næste niveau med mere eller anden kompetence. Tilsvarende synes jeg, at vi på faldområdet har nået et punkt, hvor problemerne er blevet meget store, men vi ved også, hvad der bør gøres ved det. Vi må i gang med at indrette os på tilsvarende måde, bl.a. udarbejde planer for hvordan de praktiserende læger som første led skal agere, samt hvilken form for undervisning og kompetenceudvikling der skal sættes ind med på næste niveau etc.

Jeg peger på geriaterne, for det er os,

der har ansvaret for lige netop disse patienter. Mange vil straks pege på pladsproblemer i ambulatorier og daghospitalet, hvis vi skal tage imod endnu flere. Men vi skal samtidig huske på, at vi ikke vil komme til at træne så mange. Der skal ikke reserveres plads til 14 besøg i daghospitalet, som disse patienter gennemsnitlig kommer til. Vi skal tage mange flere ind til *udredning* med vores tværfaglige kompetence, vores hold af sygeplejersker, terapeuter og læger som kan udrette noget i fællesskab. Og så skal vi skynde os at sende dem videre til dem, som udredningen peger på, vil kunne yde den bedste hjælp. Ved at finde de rette rutiner og samarbejdsmodeller vil der givet også kunne spares ressourcer.

Set fra mit eget lille sted, hvor vi nu har færre senge, men til gengæld en stor ambulatorievirksomhed, vil vi begynde med 2 eftermiddage om ugen, og i takt med at det rygtes, at vi er gode på dette felt, vil vi besætte alle eftermiddage, og derefter alle formiddage, og så tror jeg faktisk, at vi dækker Bispebjergs Hospitals område, når vi har gjort det.

Jens M. Lauritsen:

Vi har endnu ikke talt om almen praksis. Et studie i Odense har vist, at det vil være en meget god idé at kunne henvise fra almen praksis til nogle kortere trænings- og udredningsophold. Det skal man også lige huske. Jeg synes, der mangler faglige strukturer til at støtte disse processer, ikke mindst på kommuneniveau. Ud af vore 275 kommuner vil jeg tro, at de 250 ikke har en sådan mulighed, men det er måske lidt vovet sagt. Faglig støttemulighed kan blot betyde, at personalet har tid til at tænke sig om eller at sætte sig ind i nye metoder eller

lignende, og at de har mulighed for at gå til møder om disse spørgsmål, eller bare at mødes og drøfte det med kolleger indbyrdes. Det er et meget underprioriteret område.

Fald skal tages alvorligt. Det er det vigtigste budskab. Der kan udrettes meget rundt omkring i kommuner, amter osv. på alle niveauer. Man behøver ikke nødvendigvis at udvikle nye og indviklede metoder. I virkeligheden kan man begynde på den måde, at man blot beslutter sig for at tage området alvorligt, fx beslutter sig for at tage alle fald eller alle nødkald alvorligt i de næste 14 dage, og se hvad der kommer ud af det. Man kunne gå langsomt videre ved fx at vedtage at gøre en særlig indsats i de første 14 dage i hvert kvartal, eller finde på en hel anden metode. Det vigtigste er, at man tager fat på problemet. Min erfaring er, at det er inspirerende at samarbejde om faldforebyggelse i praksis.

Endelig vil jeg nævne økonomi og

medicinske teknologivurderinger, som vi slet ikke har været inde på. Ud fra mit kendskab til Fyns Amt kan jeg fortælle, at sygehusudvalget var meget tæt på at sige ja til at ofre 1 million kroner ekstra til øget billeddiagnostisk-kapacitet. Men denne indsats betød samtidig en årlig merudgift til medicin på 4 millioner kroner, og det var nok årsagen til, at det alligevel ikke lykkedes. Det er vigtigt at være opmærksom på, at hver gang, der sættes noget i gang, medfører det udgifter andre steder i systemet. Derfor skal man altid huske at se på de samlede udgifter.

Povl Riis:

Jeg vil gerne takke alle, der er mødt op, som har brugt en dag, og som oven i købet har betalt for at være vore gæster. Jeg vil ligeledes takke alle indlægsholderne og de to sekretariater fra Lægeforeningens Gerontologiudvalg og mit eget sekretariat, som har samarbejdet om at få denne dag til at fungere så godt.

¹ Kannus P, Palvanen M, Niemi S. Time trends in severe head injuries among elderly Finns. JAMA 2001; 286: 673-4.

² Interview-skema til registrering af fald kan hentes på førortalt hjemmeside: www.bola.suite.dk/foredrag/fald.doc

³ Haastregt JCM, Diederiks JPM, Rossum E, Witte LP, Voorhoeve PM, Crebolder HFJM. Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk: randomised controlled trial. BMJ 2000; 321: 994-8.

ÆldreForums tidligere udgivelser

Ny viden & gamle fordomme om ældre
Marts 1997. 13 sider

Idékatalog – Fra ældreråd til ældreråd
August 1997. 36 sider

At bygge bro mellem generationer
September 1997. 23 sider

Ældreidræt – vedligeholdelse af kroppen, leg, munterhed og socialt samvær.
December 1997. 20 sider

ÆldreForum Årsberetning 1996/97
Marts 1998. 36 sider

AgeForum Annual Report 1996/97
Juli 1998. 37 sider

Ældre og uddannelse – kulturelt behov eller nyt erhvervsgrundlag?
Juni 1998. 31 sider

Ældre & Boliger
Udarbejdet af ÆldreForum og Ældreboligrådet.
December 1998. 35 sider

Boligen til den 3. alder
Udarbejdet af ÆldreForum og Ældreboligrådet.
April 1999. 35 sider

Om sorg & omsorg
Inspiration til samarbejde om hjælp til ældre efterladte.
Februar 1999. 20 sider

Ældre & sprog – sprogets rolle i generationernes kulturelle stafetløb.
April 1999. 20 sider

ÆldreForum 1998 Årsberetning
Maj 1999. 48 sider

AgeForum 1998 Annual Report
August 1999. 48 sider

Fremtidens seniorer i Danmark
Udgivet af PriceWaterhouseCoopers og ÆldreForum.
Oktober 1999. 40 sider. Pris: 80 kr.

Globalt tema om ældre & aldring
Videnskabelig Forskning: Artikeloversigt.
Februar 2000. 72 sider

Ældre efter år 2000
Fra forskning til seniorpolitik. Rapport fra symposium den 5. november 1999.
April 2000. 48 sider

Ældres & yngres sprog – bro eller barriere?
Maj 2000. 41 sider

Ældre & demens, depression & selvmord
August 1999. 64 sider

Ældre & stofskiftesygdomme, apopleksi, afasi & knogleskørhed
December 1999. 52 sider

Ældre & syns- og hørenedsættelser.
Juni 2000. 64 sider

ÆldreForum Årsberetning 1999
Juli 2000. 44 sider

Ældre & søvn
December 2000. 20 sider

ÆldreForum 2000 Årsberetning
Juni 2001. 48 sider

AgeForum 1999-2000 Annual Report
Juli 2001. 80 sider

Måltidet & ældre i eget hjem
August 2001. 64 sider

Ældre & tandsundhed
November 2001. 40 sider

Ældreomsorg & -pleje
Inspiration for kommuner, omsorgs- og plejepersonale m.fl.
December 2001. 72 sider



Holmens Kanal 22
1060 København K

Tlf. 3395 5010

Fax 3392 8755

E-mail:
al-forum@sm.dk

Internet:
www.aeldreforum.sm.dk