

FALDFOREBYGGELSE HOS ÆLDRE – VARIG INDSATS

Nedenstående stikord om faldforebyggelse er udarbejdet ultimo februar 2014 til administrationen i Fredensborg Kommune, som en hjælp til at "projektgøre" emnet Faldforebyggelse. Der er dels tale om "Ældremilliarden" fra Regeringen og dels det kommunale budget, hvor yderligere ressourcer kan søges til faldforebyggelse. Ældre er i denne forbindelse defineret som mennesker over 60 år.

1. Hvorfor faldforebyggelse hos ældre?

Faldforebyggelse er primært vigtig af to grunde, den ene er at ældre falder meget hyppigere end yngre og den anden er at faldulykker hos ældre ofte resulterer i knoglebrud, hyppigst arm og hofter.

Faldulykker repræsenterer den alvorligste ulykke blandt ældre, fald fører ofte til langvarig sygelighed, til tab af den normale selvhjulpne tilværelse og i omkring 10 % af de ældre over 80 år til død af årsager, som kan relateres direkte til faldet. Omkring 13.000 ældre indlægges hvert år på hospital efter et fald.

Faldulykker koster samfundet dyrt, den seneste opgørelse viser at et fald med indlæggelse på hospital i gennemsnit koster samfundet kr. 600.000,- hvoraf de kommunale udgifter udgør godt halvdelen af pengene. Så der er utvivlsomt også mange penge at spare ved at investere i faldforebyggelse.

2. Oversigt over årsager til og risikofaktorer for faldulykker

I den enkelte faldulykke er der ofte flere risikofaktorer involveret, hvorfor det er vigtigt at kende og begrænse samtlige faktorer. Disse består i

- Høj alder
- Køn (kvinder falder oftere end mænd)
- Lav kropsvægt
- Tidligere faldulykker
- Nedsat daglig aktivitet
- Ortostatisk hypotension (periodevis lavt blodtryk)
- Polyfarmaci (for meget, forkert, for lidt medicin, for meget psykofarmaka, sovemedicin mv.)
- Alkohol overforbrug
- Sukkersyge (som ikke er sufficient reguleret)
- Kognitiv dysfunktion (dehydrering, Alzheimer mv.)
- Gangproblemer
- Urininkontinens (skal på toilettet flere gange om natten)
- U hensigtsmæssigt fodtøj (tøfler mv.)
- Nedsat syn, uhensigtsmæssige briller
- Faktorer i omgivelserne (i hjemmet, udenfor hjemmet, på hospital og i plejebolig)

3. Risiko for fraktur/ knoglebrud

er især hoftefrakturerne som er alvorlige og disse kan skyldes:

- Osteoporose (knogleafkalkning som ikke er blevet diagnosticeret/behandlet)
- Knoglemetastaser
- Andre knoglesygdomme

4. Andre risikofaktorer som er hyppige hos ældre

- Manglende subkutant fedt (manglende fedt mellem huden og knoglerne)
- Neurologiske problemer (fx dårlige reflekser til at forebygge fald, langsom nerveledningshastighed)
- Fald i forbindelse med bevidstløshed
- Usmidige led, langsomme bevægelser (når ikke at tage for sig)

5. Årsager/risikofaktorer til faldulykker i detaljer:

5.1 Faktorer i omgivelserne

5.1.1. Indendørs i hjemmet: (60 % af faldulykker sker i hjemmet)

- Løse gulvtæpper
- Elektriske ledninger tværs over gulvet
- Støvsugere og andre ting som ikke er sat på plads efter brug
- Våde gulve/overflader i badeværelser, bruseniche, badekar
- Utilstrækkelig belysning (ældre skal have kraftigere lys end yngre)
- U hensigtsmæssig placering af møbler (ganglinjer skal holdes fri)
- Manglende gelænder, håndtag, greb i badeværelset

5.1.2. Indendørs på plejehjem, hospitaler mv.: (20 % af faldulykker sker på plejehjem, hospitaler mv.)

- Alt overflødig inventar fjernes fra gangearealer, toiletter mv.
- Der etableres gelænder langs væggene
- Gulve skal være rene og ikke glatte
- Særlig opmærksomhed ved toiletbesøg og bad
- Belysningen skal være god
- Mulighed for at tænde/slukke lyset fra sengen
- Svage patienter udstyres med nødkald og/eller GPS
- Sengeborde o.a. sættes indenfor patientens rækkevidde (gælder svage patienter)

5.1.3. Udendørs: (De sidste 20 % af faldulykker sker andre steder)

- De fleste ældre som går dårligt bliver inde døre i dårligt vejr
- Is, sne, glat føre medfører faldulykker
- Ujævne fortovsfliser, kantsten, huller i vejen mv.
- Løse hunde, stærk trafik, andre trafikanter som ikke viser hensyn mv. (ældre bliver nervøse og falder)

5.2 Faktorer i det enkelte menneske

5.2.1 Muskelkraft og balance:

- Inaktivitet resulterer i tab af muskelkraft, proprioception og balance
- Muskelkraften tabes som en procentdel af den tilbageværende kraft
- Leddene bliver stive og langsomme hos ældre
- En god hjernefunktion er vigtig for balancen
- Ældre skal opfordres til at holde sig i gang
- Lænestolen er livsfarlig for ældre
- Ældre skal opfordres til selv at gøre de daglige aktiviteter
- Ældre skal helst gå til træning tre gange om ugen
- Ben, balder og balance skal trænes dagligt (hjemmeprogram)
- Ældre mister selvtilliden efter et fald, kan genopbygges gennem træning
- Aktiviteten skal tilpasses den enkelte ældre
- Aktiviteter som giver øger muskelstyrke i ben og hofter er vigtige
- At deltage på hold kan styrke motivationen
- Selvtræning uden løbende instruktion kan gøre mere skade end gavn

5.2.2. Neurologiske problemer:

- TCI og/eller mindre hjerneblødninger/blodpropper i hjernen giver betydelig svaghed
- Parkinsonisme giver usikker motorik, gangfunktion, balance mv.
- Neuropati i forbindelse med fx diabetes forringer gangfunktion og balance
- Neurologiske sygdomme som nedsætter koordinationen
- Begyndende (uopdaget) demens nedsætter gangfunktion, koordination og balance
- Alle neurologiske sygdomme bør blive diagnosticeret tidligt og behandlet

5.2.3. Alkohol:

- Alkohol kan disponere til faldulykker både direkte og indirekte
- Nogle ældre har et højt forbrug af alkohol
- Mange faldulykker hos ældre skyldes intoksikation (fuldskab)
- Det er vanskeligt at få ældre til at erkende et højt alkoholforbrug
- Delirium Tremens er en risikofaktor ved indlæggelse
- Indirekte fører alkohol ofte til polyneuropati (føle- og gangforstyrrelser)
- Alkoholisk demens og alkoholpsykose er andre risikofaktorer

5.2.4. Tab af bevidsthed/ bevidstløshed:

- Pludselig tab af bevidsthed fører ofte til et fald
- Forbigående svimmelhed kan skyldes dehydrering/ væskemangel
- Hyppig forbigående svimmelhed bør udredes lægeligt
- Uregelmæssig hjerteaktion kan medføre bevidstløshed og hjertestop
- Tab af bevidsthed i forbindelse med kramper bør udredes (epilepsi, abstinenser)
- Ved uregelmæssig hjerteaktion kan ablation/pacemaker komme på tale
- Ortostatisk hypotension (blodtryksfald ved hurtig rejsning fra stol/seng)

5.2.5. Synsforstyrrelser:

- Mange ældre har problemer med at skelne kontraster
- Grå stær
- Macula Degeneration
- Forkalkning af blodforsyningen til Retina (øjenbaggrunden)
- Synsfelt indskrænkninger
- Diabetes/ sukkersyge medfører ofte synsforstyrrelser

5.2.6. Medicin:

- For meget, for lidt, forkert lægeordineret medicin kan medføre faldulykker
- Smertestillende medicin for længe og/eller for meget
- Sovemedicin, angstdæmpende medicin mv. (er for nedadgående)
- Antipsykotisk medicin kan give gangforstyrrelser
- Blodtryksdæmpende medicin som giver for lavt blodtryk

5.2.7. Væskemangel/dehydrering:

- Når kroppen er i væskeunderskud fungerer hjernen dårligere
- Tørstfunktionen er nedsat hos ældre, derfor drikker de mindre
- Vandladningsproblemer gør at ældre undgår at drikke for meget

5.2.8. Kost- og spiseproblemer:

- Ældre har ofte jernmangel/blodmangel som medfører træthed/svimmelhed
- Ældre kan have Perniciøs Anæmi, bør udredes lægeligt
- Ældre har ofte for lidt protein i blodet på grund af forkert kost, medfører træthed/svimmelhed

6. Hvorledes forebygge/undgå faldulykker

Ovenfor er beskrevet årsager og risikofaktorer for faldulykker. Faldulykker er et kompliceret område og faldforebyggelse bør sætte ind på "hele paletten". Desuden bør forebyggelse af frakturer/knoglebrud få en speciel opmærksomhed, idet det især er hoftefrakturer som nedsætter førlighed og livskvalitet hos den person som bliver ramt, ligesom det er følgerne af hoftefrakturer, som er den største post på budgettet over faldulykker.

Jeg har kendskab til, at man på Gentofte Hospital og Bispebjerg Hospital har "*Faldklinikker*" hvor patienter, som er faldet bare en enkelt gang, kan blive henvist til. Lægeligt er der oprettet et nyt speciale "*Orto-geriatri*" som er et samarbejde mellem speciallæger i geriatri (alderdommens sygdomme) og ortopædkirurger (kirurgiske knoglesygdomme). Jeg kender de ledende overlæger som er Marianne Kirchhof og Susanne van der Mark, og jeg vil gerne arrangere et besøg, hvis det har interesse for administrationen.

På Frederiksberg Hospital har man en "*Faldklinik*", som udreder svimmelhed og træner balanceproblemer, og som godt kan minde om det jeg forestiller mig at man har mulighed for at etablere i Fredensborg Kommune. (Det er overlæge Marianne Kirchhof som står for det lægelige, og jeg vil gerne tage kontakt også her m.h.p. et evt. besøg)

Jeg kan ikke se, at Region Hovedstaden har etableret en faldklinik i Nordsjælland, hverken på Hillerød Hospital eller et andet sted, men jeg ved ikke om det er under opbygning.

Når man taler om faldforebyggelse deler man ind i primær og sekundær intervention:

6.1 Primær intervention:

- Mere motion og mere fysisk aktivitet (holdaktiviteter og selvtræning med instruktion/korrektion 2-3 gange om ugen)
- Mere motion i hverdagen (benbøjninger ved støvsugning, skrælle kartofler på et ben osv.)
- Balancetræning på hold (der kan være 30-40 raske ældre pr. hold)
- Senoryoga (som udspænder de stive led og giver bedre bevægelighed)
- Oplysning om faldproblemer, risiko for fald etc. (Bispebjerg Hospitals foredrag om faldforebyggelse med power points (kan lånes/købes) er et glimrende supplement til hold)
- Medicinsanering
- Ændre boligen, fjerne ting som kan medvirke til fald
- Optimere undersøgelse og behandling for lægelige lidelser/sygdomme (Få patienten checket ordentligt op lægeligt, - ikke bare symptombehandling)

6.2 Sekundær intervention

- Omfatter patienter som allerede er faldet mindst en gang, hvor der skal sættes ind som ved primær intervention og desuden skal patientens sundhedstilstand og psykiske tilstand gennemgås, udredes og behandles af praktiserende læge med særlig interesse for ældre, eller – endnu bedre – af en speciallæge i geriatri.
- Ved knoglebrud skal scanning for knoglemineralindhold gennemføres.

7. Forslag til tiltag i Fredensborg Kommune

Dybden og bredden af faldforebyggelse i Fredensborg Kommune er afhængig af de til rådighed værende ressourcer og den politiske vilje, hvorfor jeg her vil skitsere flere modeller. Min anbefaling vil dog være, at man implementerer 7.1 og 7.2, og at man selekterer borgerne således, at man primært fokuserer på de borgere, som er motiverede. Set ud fra et cost-benefit synspunkt vil indsatsen på denne måde hjælpe flest mennesker pr. udgiftskrone.

7.1 Faldklinik rettet mod primær intervention, selvhjulpne borgere

- Målgruppen sendes et brev, hvori der spørges, om borgeren er interesseret i at lære at undgå faldulykker. De positive besvarelser checkes og borgerne samles i grupper på 30-40.
- Hver gruppe gennemgår et teoretisk forløb med foredrag om faldulykker samt et balancetræningsprogram med en ugentlig holdtræning i tre måneder. Teorien kan suppleres med oplysning om kost, tobak, alkohol, motion, mental sundhed mv. Det er vigtigt for udfaldet at borgerne samarbejder og forstår problematikens alvor, undersøgelser viser at dette gøres bedst hvis fysioterapeuten opfattes som samarbejdspartner og ikke som en autoritet.
- Opfølgning hvert år.

7.2 Faldklinik rettet mod sekundær intervention, selvhjulpne borgere

- Alle borgere som har været indlagt med fraktur efter faldulykke tilbydes udredning og balancetræning på faldklinik. Selve udredningen skal ligge i forlængelse af udredningen på hospitalet (undgå dobbeltarbejde) og skal forestås af en praktiserende læge med særlig viden om ældre eller en speciallæge i geriatri. Balancetræningen skal omfatte det samme teoretiske forløb som primær intervention og de praktiske øvelser skal indlæres på mindre, hensyntagende hold (6-8 deltagere) som forestås af en fysioterapeut med særlig viden om ældre og faldulykker. Teorien kan suppleres med oplysning om kost, tobak, alkohol, motion, mental sundhed mv. Det er vigtigt for udfaldet at borgerne samarbejder og forstår problematikens alvor, undersøgelser viser at dette gøres bedst hvis fysioterapeuten opfattes som samarbejdspartner og ikke som en autoritet
- Opfølgning hvert år.

7.3 Faldklinik rettet mod sekundær intervention, gangbesværede borgere, borgere som er præget af fysisk og/eller psykisk sygdom mv.

- Denne type faldklinik hører efter min mening ikke hjemme i kommunalt regi, men bør forefindes på et hospital. Problematikken vil ofte været kompliceret og udredningen vil kræve læger/personale fra flere forskellige specialer.
- Men man kan godt forestille, sig at personalet på plejehjem får et kursus i faldforebyggelse og at de træner siddende balance, reaktionshastighed mv. ved fx siddende boldspil, stoleympnastik, ordlege osv. med borgerne på plejehjemmet. Borgere med lettere demens vil også kunne profitere af en sådan aktivitet.

8. Afslutning

Afslutningsvis vil jeg gerne understrege, at faldforebyggelse er vigtig og at det nytter. Og hvis Fredensborg Kommune gerne vil være på forkant med udviklingen og gøre en indsats som skaffer bedst mulig livskvalitet pr. udgiftskrone, så må man ikke undlade at etablere den primære faldforebyggelse. Flere undersøgelser viser, at der er størst nytteværdi af oplysning og træning hos de borgere som er motiverede, men der ligger selvfølgelig en stor opgave i at arbejde med uligheden i sundhedsvæsenet og gennem oplysning og ”nudging” at få alle borgere med på vognen.

Lønholt, den 24. februar 2014

Josée Linnemann

Mail: joseelinnemann@dadlnet.dk