

REHAB-INFO

Januar 2015



Fall og fallførebygging

Teamet har ordet

Fall er den vanlegaste årsaka til at eldre skadar seg både i og utanfor helseinstitusjonar. Kvart år vert rundt 9000 personar over 50 år behandla for hoftebrot i Noreg. Kostnadane for dette er berekna til i overkant av 3 milliardar kroner. Fallskadar kan førebyggast. Systematisk og helsefremmande arbeid er viktig for å oppnå dette. Me ynskjer difor i dette nummeret av rehab-info å setje fokus på fall, og kva ein kan gjera for å førebygge og hindre fall.



Kunstnaren i denne utgåva av Rehab-info er Sveinung Iversen

Fødd på Voss 1954.

Utdanning: Bergen Kunsthåndverksskule 1973- 77

Sveinung Iversen debuterte på Haustutstillinga i 1976. Etter det har han hatt ca. 70 separatutstillingar. Han har i desse åra arbeida innan ulike uttrykksformer, men som regel på papir, teikning, akvarell, blandingsteknikkar eller djuptrykk.

Bileta er innkjøpt av Nasjonalgalleriet, Riksgalleriet, Bergen Kunstmuseum, Nordenfjeldske Kunstindustrimuseum, Oslo Kommunale Kunstsamlingar, Norsk Kulturråd, Sørlandets Kunstmuseum og Sogn og Fjordane Kunstmuseum.

Vann førstepris på BELA Biennale for Europeisk og Latinamerikansk grafikk. Osaka, Japan 2013.
Fekk Voss kommune sin kulturpris 2014.

Framsida: «100m»

Rehab-info er ei informasjonsavis om rehabilitering for Voss Lokalsjukehusområde. Den er utgjeve av Avdeling for rehabilitering og tverrfaglege tenester ved Voss Sjukehus. Send ros, ris og tips til gode saker eller tema til: Britt.Madli.Manger@helse-bergen.no

"Når du blir gammel så faller du ned?"

Marte Mellingsæter, overlege, Geriatrik avdeling, Akershus universitetssykehus

Alle mennesker vil helst greie seg selv, stå på egne ben og kunne gå hvor de vil uten å være redd for å falle. Fall og frykt for å falle har store personlige konsekvenser, i tillegg til å være en stor folkehelseutfordring. I Norge har vi over 9000 hoftbruudd hvert år. De fleste skyldes fall og mange av disse pasientene forblir betydelig redusert. Også de som ikke skader seg alvorlig, kan bli redde for å falle på nytt, bli passive og sosialt isolert. Må det være slik?

Det er eldre mennesker som faller. Blant eldre over 65 år faller en av tre hvert år, og med økende alder faller enda flere.

Forekomsten er spesielt høy i sykehus og sykehjem. Fall er definert som ufrivillig å havne på et lavere nivå. Heldigvis går det som oftest ganske bra, men i 10-15 % av tilfellene krever fallet sykehusinnleggelse på grunn av større skader eller brudd. Personer som har falt, men ikke skadet seg alvorlig, må få oppmerksomhet og muligheten til å forebygge nye fall.

Mange årsaker til fall

Fall kan skyldes akutt sykdom. Tilstander som infeksjoner, hjerteinfarkt, hypoglykemi og slag kan hos eldre manifestere seg som funksjonssvikt og fall. Disse fallene er vanskelige å forebygge, men kan avdekke en skrøpeligheit som man kan prøve å gjøre noe med etter at den akutte tilstanden er behandlet.

Fall som ikke skyldes akutt sykdom har som oftest en sammensatt årsak. Gradvis utvikling av ustøhet og falltendens over tid kan forebygges, hvis man tar tak i alle årsakene det er mulig å gjøre noe med.

Alder i seg selv og sykdom som blant annet hjerneslag, parkinsonisme og reumatiske sykdommer, fører hos mange til svekkelse av muskulatur og balanse. Tilbakemeldingen fra leddene om kroppens posisjon (proprioepsjon) svekkes også naturlig som følge av aldring, noe som fører til at man blir mer avhengig av synet for å opprettholde balanse. Leddproteser kan forsterke dette problemet. Likevektsorganet i det indre

øret svekkes og i tillegg har mange redusert syn og hørsel.

Inaktivitet er vår tids store svøpe og er hos mange eldre dessverre en følge av sykdom. Men alt for ofte er dårlig tilrettelegging for aktivitet, manglende informasjon og entusiasme fra helsepersonell eller manglende motivasjon, hos den eldre selv, årsaken. Inaktivitet er farligere for eldre enn yngre mener jeg, for mens yngre blir tykke eller dvaske, faller eldre og brekker hoften. Romøren, professor i aldringskunnskap sier: *"Det slår meg at mye av det som kalles aldringsprosesser egentlig skyldes latskap."*

Behov for blodtrykksmedisin kan endres over tid, og overbehandling kan gi ortostatisk blodtrykksfall. Spesielt i forbindelse med oppreising eller nattlige toalettbesøk kan blodtrykksfall gi ustøhet, besvimelse og fall hos en svekket person. Også andre medikamenter som sterke smertestillende, sovemedisiner, benodiazepiner og antidepressiva kan føre til ustøhet og fall.

Eldre med demenssykdommer er spesielt utsatt for fall og det har trolig flere forklaringer. Personer med demens kan være ukritiske, ta sjanser og glemme rullatoren sin. Parallelt med endring i hukommelse svekkes også andre funksjoner i kroppen slik at demente blir mer utsatt for fall. Underernæring og vitaminmangel sees ofte hos de som allerede er skrøpelige og kan forverre falltendens ytterligere.

Noen ganger er det ytre faktorer som fører til fall. Det kan være løse tepper og ledninger, manglende rekkverk, glatte badegulv eller rotete leiligheter med redusert fremkommelighet. Glatte fortau er nok mindre viktig enn avisoverskrifter tilsier, de fleste eldre faller innendørs.

Besvimelser er en ofte oversett årsak til fall. Eldre er ofte alene når de faller og husker ikke alltid hva som skjedde. Overraskende fall, hvor man "plutselig bare lå der" og kanskje har pådratt seg skade i hodet/ansikt, bør gi mistanke om besvimelse. Tidligere hjertesykdom, brystmerter, hjertebank, bevissthetstap i sittende eller liggende stilling må gjøre at man mistenker hjertesykdom som årsak til besvimelse.

Forebygging nytter

Den gode nyheten er at det hjelper å forebygge. Retningslinjer fra de britiske og amerikanske geriatriforeningene sier kort oppsummert at man skal spørre alle eldre om fall, undersøke de som har falt grundig, og deretter gjøre noe med alle årsakene man fant.

Denne typen tiltak kalles multifaktoriell intervensjon og har vist gode resultater i studier. Tiltak som fremheves er å redusere medikamenter som gir ustøhet og fall, operere for grå stær, tilrettelegge hjemme, implantere pacemaker hos pasienter som har besvimelser som skyldes hjertesykdom og gi D-vitaminskudd til pasienter med svært lave nivåer.

Men skal man lykkes med forebygging trengs det nesten alltid trening av styrke og balanse i tillegg! Treningen må være intensiv nok og ha progresjon, altså bli tyngre og mer utfordrende ettersom formen blir bedre. For å sikre deltagelse hos eldre, er det viktig å tilby tilrettelagt transport og kombinere treningen med sosialt samvær.

Helsedirektoratet har gledelig nok tatt dette innover seg, og i årets rapport;

Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet står det at "Eldre med nedsatt mobilitet bør gjøre balanseøvelser og styrketrening tre eller flere dager i uken for å styrke balansen og forhindre fall."

Vi kan alle begynne med å spørre eldre pasienter vi møter om de har falt! Videre må vi sørge for tidlig mobilisering i sykehus samt tilby og etterspørre trening! Hvis pasientene i tillegg kan komme til en lege som er opptatt av hvorfor de har falt, som måler ortostatisk blodtrykk, ser gjennom medisinalisten og gjør nødvendige endringer, har vi kommet langt.



Kilder:

Fallforebygging i kommunen.
Helsedirektoratet, 2014, Rapport IS 2114
Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. Helsedirektoratet, 2014, IS 2170
Smebye KL, Granum S, Wyller TB, Mellingsæter M (2014) Medisinske funn i en tverrfaglig geriatriisk fallpoliklinikk. Tidsskr Nor Legeforen 134 705-709.

Kan bruk av medisiner føre til fall?

Frank Jørgensen, farmasøyt, Sjukehusapoteket i Bergen

Hensikten med å bruke medisiner er at en skal ha nytte av dem, enten ved å lindre smerter eller andre plager og/eller helbrede sykdom slik som f.eks. antibiotika gjør. Samtidig kan bivirkninger utgjøre en del av erfaringen med å bruke medisiner. Noen får ingen bivirkninger selv ved bruk av mange medisiner, mens andre opplever mye ubehag.

En rekke medisiner gir økt fare for fall ved at de bl.a. kan føre til bivirkninger som svimmelhet og/eller døshet, blodtrykksfall osv. Dette gjelder i enda sterkere grad om det samtidig foreligger sykdommer eller tilstander som i seg selv innebærer økt fallfare (dårlig til bens, redusert syn, underernæring, alder over 70 år, tidligere brudd, Parkinsons sykdom, slag osv.).

Eksempler:

Bruk av sovemedisin (bl.a. Imovane®, Zopiclone®, Apodorm® og Vallergan®) fører til mange fall, både hjemme og på sykehus/sykehjem. Dette er medisiner som gir nedsatt aktivitet i hjernen og som derfor hos mange fører til økt fallfare grunnet døshet, ustøhet og «tregere reaksjonstid» på dagtid.

De sterke smertestillende midlene (bl.a. Nobligan®, Tramadol®, Paralgin Forte®, OxyContin® og Morfin®) gir også nedsatt hjerneaktivitet med økt døshet mv. til følge. Bruk av paracetamol (bl.a. Paracet® og Pinex®) medfører ingen økt fare for å falle.

På samme måte som sovemedisiner gir medisin mot angst og uro (bl.a. Sobril®, Stesolid®, Valium® og Vival®) økt fare for å falle.

De som bruker medisiner mot nedstemthet og depresjon er utsatt for økt fallfare, spesielt ved bruk av Remeron® og Tolvon® som begge gir økt døshet hos mange. Raske blodtrykksfall kan skje, spesielt ved endring fra liggende/sittende til stående stilling (bl.a. ved bruk av Efexor

Depot® og Venlafaxin®). Slike fall i blodtrykket fører til svimmelhet og i noen tilfeller besvimelse.

Blodtrykksmedisiner kan gi økt fallfare, spesielt ved oppstart eller økning av dosene. Dette gjelder bl.a. ved start av medisiner som senker blodtrykket ved å dempe aktiviteten i renin-angiotensin-aldosteron systemet (bl.a. Renitec®, Enalapril® og Diovan®). Her kan det skje raske blodtrykksfall ved endring fra liggende/sittende til stående stilling, dvs. at det oppstår ortostatisk hypotensjon. Ortostatisk hypotensjon kan også skje ved bruk av medisiner mot urinlekkasje (inkontinens) (Detrusitol SR, Vesicare m.fl) og midler mot forstørret prostata (bl.a. Tamsulosin® og Omnic®).

Faren for å falle forsterkes ytterligere om to eller flere av medisinene brukes samtidig (f.eks. Imovane®, Remeron® og Paralgin Forte®). Det viser seg også at samtidig bruk av fire eller flere medisiner fører til økt fallfare uavhengig av hvordan medisinene virker.

Tiltak for å redusere fallfare som har med medisinbruk å gjøre

Den beste måten å redusere faren for fall på er sammen med lege, sykepleier og farmasøyt å finne frem til hvilke medisiner som må brukes i hvilke doser for å få så god effekt som mulig kombinert med minimal fallfare. For mange, spesielt eldre pasienter viser det seg at det er mulig å stoppe eller redusere dosene av mange medisiner uten at dette går ut over helse og livskvalitet, snarere tvert om.

Trening gjer meg sprek både fysisk og psykisk

Intervju med Paul Sønnesyn

«Trening gjer meg sprek både fysisk og psykisk. Då eg ikkje kunne sykla meir på grunn av dårleg balanse, byrja eg på eit kurs på Hagahaugen. Der trenar me balanse, bevegelse av alle ledd og trening av alle musklar. No er det kurs nr 2 eg går på. Eg lyt halda kroppen ved like».

Paul er pensjonist etter 42 år som teknisk sjef ved mekanisk avdeling HMMV. Han har 4 born, 11 barneborn og 4 oldeborn. To av borna bur på Voss. Han og kona bur i barndomsheimen til kona i Haugamoen.

Eg møter Paul på snart 91 år heime i stova hans. Han går med ei krykke og ynskjer meg velkomen inn. Kona hans, Ingjerd på 89 år, er også heime. Begge nyttar hjelpemiddel ved gange. Paul fortel entusiastisk om den gode treninga han får i gruppa på Hagahaugen, der han går kvar tysdag og torsdag. I tillegg går han ein dag i veka ved Sentrum fysioterapi for individuell trening.

«Det er to treningsgrupper på Hagahaugen no, og det er fem personar på mi gruppe. Eg er saman med fire damer. Eg vert henta og bringa heim med taxi. Dette er ei fantastisk ordning !»

Paul fortel at han gradvis fekk dårlegare balanse og vart «dårleg til beins». Tilfeldigvis fekk han høyra om treningskurset på Hagahaugen og melde seg på. Han har mellom anna lært korleis ein skal koma seg opp att dersom han er uheldig og fell.

« Eg ramla i hagen for eit par månader sidan, då eg skulle ut med matavfallet. Eg gjekk med ei krykke i eine handa og matavfallet i den andre. Brått hengde ei grein seg fast i den eine tøffelen min. Då eg skulle ta ut greina, kjende eg at eg heldt på å falla framover. For å hindre dette lena eg meg så langt bak at eg i staden ramla på ryggen. Så då låg eg der... Fekk brest i 3 ribbein, men eg klarde å koma meg opp att sjølv. Eg snudde meg rundt på magen, fekk

beina innunder meg og tok tak i hekken slik at eg fekk dra meg opp att.»

Han går no med 1 – 2 krykker, av og til rullator om han skal ut og handle. Rullatoren likar han ikkje å gå med fordi han vert så framoverbøygd. « Eg får betre kroppshaldning av å gå med krykker», fortel han.

Aktivitetar

Både Paul og kona likar å vera på farten og er framleis med på ulike aktivitetar. Dei deltek på eldretreff i soknerådet, sentrumstreffet, og er med på bussturar og møter. Vonheimspensjonisten som er fast ei gong i månaden er viktig å delta på også. I sommar hadde dei ein veldig kjekk biltur saman med sonen til Sørlandet. Alle desse aktivitetane er veldig viktige for dei.

«Me har opplevd mykje sjølv med nedsett balanse og høg alder. Det er viktig å ha god hjelp av familie og vener som me kan stola på. Me er heldige.»

Paul køyrde sjølv bil fram til januar 2014. Då syns han det var nok, og følte seg ikkje trygg i den rolla lenger. «Eg vart mindre oppmerksam, og då kunne eg ikkje køyra trygt.» Han ynskte å bestemma dette sjølv, før familien følte dei måtte «ta frå han sertifikatet».

Hindra fall

Paul og Ingjerd har flytta soverommet ned i hovudetasjonen. Det vart vanskeleg å gå i trapp, og no har dei alt på eit plan. Det gjer kvardagen lettare og hindrar farlege situasjonar. Hagen rundt huset har alltid vore ein hobby og det er som medisn å arbeida der fortel Paul. «Eg tek det med ro,

brukar god tid, og kviler meg på reiskapane når eg treng det». Det er viktig å ikkje liggja på sofaen og gje opp. Det er ei belastning å ha dårleg balanse men du kan førebyggja ein del sjølv.

«Sjå kvar du trakkjar, ha på deg gode sko med godt grep og bruk stavar, særleg når det er vinter eller regnvær. Gå gode steg, ikkje dra beina etter golvet, og pass deg for lause tepper og dørstokkar. Du må berre akseptera problemet, vera i aktivitet. Er du i ro vert du stiv».

Paul har stor familie og eg lurar på korleis fallfaren hans har påverkar dei. Han fortel at han kan sjå at dei er redde for han. « Dei er redde for at eg skal ramla og bryta meg sund».

Kva syns du me som helsepersonell bør tenkja ekstra på ?

Gje god informasjon og gode tips. I tillegg er det viktig å gje oss god tid. Eg ynskjer helst å greia meg sjølv, og har heimesjukepleie berre til dei gjeremåla eg ikkje klarar sjølv. Når eg dusjar vert det

veldig glatt på golvet og då er det stor fare for at eg ramlar. Det gjev meg tryggleik å ha dei her ! Vidare er det godt at me er to i heimen heile tida for då kan me hjelpa kvarandre.

Gode råd

Gode råd Paul gjev til andre som har fallfare er å ha tankane med seg heile tida. Ikkje skunda seg. Du må ikkje springa for å ta telefonen, la den heller ringja. Ta kontakt med helsevesenet via fastlege, heimetenesta eller fysioterapeut om du merkar at balansen vert dårlegare. «Å vera i aktivitet er nok det viktigaste rådet mitt!»

Pårørande må ha tolmod, la oss prøva sjølve og ikkje skunda på. Alle dagar er ikkje like, eg er ikkje alltid like opplagt eller i like god form.

«Det er elles viktig å passa på seg sjølv, setja grenser for kva ein kan og ikkje kan utføra. Du kjenner best sjølv kor skoen trykkjer».



Ernæring og fallfare hos eldre

Klinisk ernæringsfysiolog Kaia Hevrøy Waage, Voss sjukehus

Muskelstyrke og funksjon spelar ei viktig rolle i risiko for fall. Sarkopeni er aldersrelatert ufrivillig tap av muskelmasse, som gir tap av styrke og funksjon. Ein multifaktoriell prosess som involverer både interne og eksterne faktorar. Inadekvat ernæring er med på å akselerere utviklinga av sarkopeni. Samtidig er fleire ulike ernæringsmessige faktorar foreslått til å påverke sarkopeni.

Underernæring

Eldre har eit redusert energibehov, men likevel eit like høgt eller høgare behov for vitaminer og mineraler i forhold til unge. Samtidig ser ein ofte at eldre av ulike grunnar har eit redusert matinntak. Dette gjer at eldre er i særskild risiko for underernæring. Underernæring er med på å akselerere utviklinga av sarkopeni. Sarkopeni og underernæring er assosiert med auka sjukelighet, særleg auke i infeksjonar og komplikasjonar, inkludert fall og funksjonshemming. Kosttrettlegg og eventuelt tilbod om næringsdrikkar og næringstilskot for å auke protein og energiinntaket kan indirekte førebygge fall gjennom betra ernæringsstatus, muskelmasse og gripe-styrke hjå pasientar med sjukdomsrelatert underernæring.

Protein

Å sikre adekvat proteininntak er viktig for å bevare muskelmasse. Inadekvat proteininntak ser ut til å hovudsakleg påverke muskelvev i form av redusert syntese, og ikkje ved auke i nedbryting av muskelprotein. Ei epidemiologisk studie har vist at proteininntak er positivt assosiert med bevaring av feittfri masse hos elde menn og kvinner. Resultata antyder at eldre har eit høgare proteinbehov per kg kroppsvekt enn yngre. For å dekke proteinbehov bør alle hovud måltid innehalda proteinrike mat-varer. Kjelder til protein er t.d.; kjøtt, fisk, fugl, egg, meieriprodukt og belgvekster.

Vitamin D, folat og vitamin B12

Forsking indikerer at vitamin D spelar ei rolle i bevaring av muskelmasse og

funksjon. Tilskot til heimebuande eldre som har lav vitamin D status, ser ut til å førebygge mot fall, medan tilbod om rutinemessig vitamin D tilskot til eldre innlagt i institusjon kan sjå ut til å redusere førekomst av fall. Norske anbefalingar om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet anbefaler eit dagleg vitamin D inntak på 10 µg for vaksne og 20 µg for eldre (>75år). Eldre som er lite eksponert for sollys bør rutinemessig få dagleg tilskot av vitamin D i tillegg til inntak frå kostholdet.

Forsking tyder på at lave nivå av vitamin B12 og folat kan gi auka risiko for fall. Eldre som har eit lavt matinntak bør ta eit dagleg multivitamin- og mineraltilskot.

Praktiske kostråd

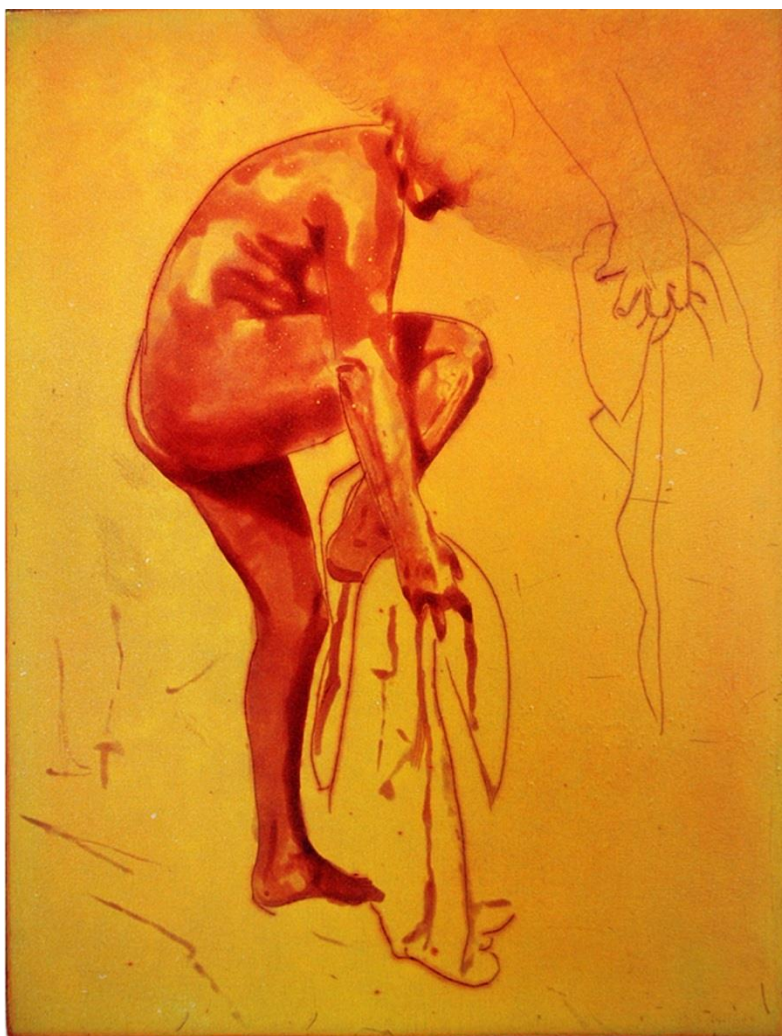
- Kosthold berika med protein og energi
- 4 hovudmåltid per dag
- 1-2 energirike mellommåltid
- Proteinrike matvarer til alle hovudmåltid – fisk, fugl, egg, ost, mjølk, kjøtt, yoghurt, nøtter o.l.
- Energi og proteinrik drikke – mjølk, drikkeyoghurt, Biola, juice o.l.
- Unngå nattfaste over 11 timar
- Tilskot av næringsdrikker ved inadekvat matinntak

Kjelder:

Helsedirektoratet. Fallforebygging i kommunen, Helsedirektoratet, 2013, IS-2114

Mithal A. et.al. Impact of nutrition on muscle mass, strength, and performance in older adults. Osteoporosis International May 2013, 24, 5, pp 1555-1566

Maurits F. J. Vandewoude, Carolyn J. Alish, Abby C. Sauer, and Refaat A. Hegazi, "Malnutrition-Sarcopenia Syndrome: Is This the Future of Nutrition Screening and Assessment for Older Adults?," Journal of Aging Research, vol. 2012, Article ID 651570, 8 pages, 2012. doi:10.1155/2012/651



«Tørker foten»

Mangt skal vi møte – og mangt skal vi mestre.
Dagen i dag – den kan bli vår beste dag.

Erik Bye

Fall

Er pasientene gamle
Er de over sekstifem?
Da kan de ramle
Så finn skjemaet frem
Gi dem poeng
Får de flere enn to?
Da vet vi hvem
Som har fallrisiko
Husk hoftebeskytter!
Resepten er blå
Vi vet at det nytter
Hvis de har den på
Drikk de nok?
Må de ofte på do?
Del ut en sokk
Til dem uten sko
Er pillene fall-farlig?
Ring farmasøyten fort!
Vi vil ha det forsvarlig
Kan denne pillen tas bort?
En BMI over tjue
Det ønsker vi alle
En tynn liten frue
Har lett for å falle
Når du tror at de sover
Da roter de mest
Kanskje klatrer de over
En sengehest
Et lite avsnitt
Om det vi har gjort
Få det svart på hvitt
I kommunens rapport

Christine Gjertsen, Helse
Bergen, Haukeland
universitetssjukehus

Ikke «bare» et fall

Bård Erik Bogen, fysioterapeut og doktorgradsstipendiat ved Haraldsplass Diakonale Sykehus

Heldigvis er det grep som kan gjøres for å unngå fall. Et av de mest virkningsfulle enkelttiltakene for å redusere fallrisiko er trening, og tallrike studier har vist at treningsprogrammer bidrar til at eldre mennesker lettere holder balansen.

Hvor mange eldre er det som faller, og hvorfor faller de?

På hjemmesiden til det prestisjetunge medisinske tidsskriftet The Lancet sin hjemmeside kan man se et lite utvalg med videoer som viser eldre personer som faller ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61263-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61263-X/fulltext)).

I en av videoene ser vi en eldre mann gå en korridor med en hund i bånd. På et tidspunkt kommer hunden foran mannen, og i forsøket på å gå utenom mister han balansen og faller.



Robinovitch et al. The Lancet, [Volume 381, Issue 9860](#), Pages 47 - 54, 5 January 2013

Mannen er ustø og «snublete», og han mister balansen i en situasjon der de fleste unge mennesker uten vansker hadde holdt balansen.

Å falle er utbredt blant eldre mennesker: I Norske studier har vi sett at ca. halvparten av kvinner i midten av 70-årene faller minst en gang i løpet av et år. En betydelig andel av fallene medførte skader eller brudd. Men selv om det er mange som faller så er det likevel ikke «vanlig» å falle.

Et fall er nesten alltid et tegn på at en eller flere ting ikke er helt i orden. Fall kan karakteriseres som misforhold mellom en persons kapasitet og krav i omgivelsene. Hva er det så som svekker kapasiteten hos eldre mennesker? Noen fall kan settes direkte i forbindelse med sykdommer: Slagpasienter og pasienter med Parkinson

faller oftere enn andre, likeledes personer med sykdommer i balanseorganene i det indre øret. For mange skyldes imidlertid fallet ikke nødvendigvis en bestemt sykdom, men snarere en slags oppsamlet effekt av mange kroppssystemer som ikke fungerer optimalt lenger. Et eksempel er syn. Mange eldre får dårligere syn med økende alder, og kontraster kan være vanskelig å oppfatte.

«Trappetrinnene var av svart marmor, på samme måte som gulvet. Siden jeg hadde bifokale briller var jeg ikke i stand til å se hvor det siste trinnet endte»

(hentet fra kommentarfeltet i en artikkel i New York Times om fall hos eldre, hvor eldre og pårørende ble oppfordret til å komme med egne erfaringer)

Hos eldre blir musklene mindre i omfang. Mange eldre kan ikke utvikle like stor kraft, og heller ikke utvikle kraft like hurtig som hos yngre. Dette kan for eksempel gjøre det vanskelig å ta hurtige balansesteg. Tap av muskelstyrke har for en stor del med redusert aktivitet å gjøre: Mange eldre personer lever mer stillesittende liv enn yngre, og utfordrer ikke musklene. Dermed tapes kapasiteten, som igjen fører til at krevende aktiviteter unngås. På grunn av dette kan vi komme «ut av trening» med å ta oss frem i ulike omgivelser: Trapper, ulendt terreng, glatt underlag, menneskemengder, trafikk osv.

En annen endring vi ser hos mange eldre personer er endringer i hjernen og endringer i kognitiv funksjon, og mange studier har funnet at dette påvirker fallrisikoen. Dette kan skyldes at personene ikke lenger kan vurdere situasjoner riktig, men også at hjerneendringene har en direkte påvirkning

på motorikken og bevegelsesevnen. Endringer i hjernen kan påvirke måten vi for eksempel går på, med nedsatt rytme, flyt og balanse.

Også behandling av sykdommer hos eldre kan være problematisk (iatrogenisitet). Mange eldre bruker mange medikamenter fast og interaksjonene mellom disse er kjent for å øke fallrisikoen. Hvis eldre personer bruker 4-5 medikamenter fast kan det gi økt fallrisiko, uavhengig av hvilke medikamenter det er. I tillegg er det enkelte medikamenter som er kjent for å gi økt fallrisiko alene. Eksempler på dette er antidepressiva og beroligende medikamenter, som vist i ny forskning fra Universitetet i Bergen (<http://forskning.no/aldring-medisin-menneskekroppen/2013/10/eldre-pa-lykkepiller-far-oftere-hoftebrudd>).

“Min far hadde vansker med å sove, så han prøvde å bruke en medisin. Det fungerte ikke i det hele tatt, for når han måtte stå opp for å gå på toalettet, så snublet han hele tiden. Han prøvde en annen sovemedisin også, men alle la merke til hvor dårlig balanse han fikk»
(Fra New York Times om fall hos eldre, hvor eldre og pårørende ble oppfordret til å komme med egne erfaringer)

I ulike studier er det identifisert over 400 risikofaktorer for fall. Ofte kan årsaken til et fall være sammensatt: En person kan for eksempel ha litt nedsatt muskelstyrke, litt nedsatt syn og i tillegg bruke legemidler. Det kan være summen av risikofaktorer som er tilstede som tilslutt gjør at personen mister balansen.

I mange tilfeller har ikke et fall så store direkte konsekvenser, men ofte kan det oppstå små eller store skader. Et brudd, og kanskje særlig et hoftebrudd kan være nokså alvorlig: Faren for ikke å gjenvinne full mobilitet er stor, og ca. en fjerdedel av alle som bryter hofte dør i løpet av det påfølgende året.

“Jeg ble overrasket over at hun, etter tre uker på sykehuset, ikke egentlig kunne gå lenger. Bena var ikke brukne, eller skadet i fallet. Det skyldtes at hun hadde ligget i sykehussengen»

“Min mor falt og brakk hoften. Legen fortalte meg at sjansen var at hun ville være død I løpet av 18 måneder. Jeg ble forskrekket. Hun hadde for det meste vært frisk frem til da. Hun falt 3-4 ganger til, gjenvant aldri evnen til å gå og døde etter 14 måneder»
(fra New York Times om fall hos eldre, hvor eldre og pårørende ble oppfordret til å komme med egne erfaringer).

Heldigvis er det grep som kan gjøres for å unngå fall, som å fjerne «snublefeller» i hjemmet og å sørge for å bruke egnete synshjelpemidler.

Et av de mest virkningsfulle enkelttiltakene for å redusere fallrisiko er trening, og tallrike studier har vist at treningsprogrammer bidrar til at eldre mennesker lettere holder balansen. I studiene fremgår det også at treningen bør pågå en stund, inneholde elementer av både styrke og balanse, og være nokså krevende. Trening gjør musklene sterkere og raskere, men antakelig har treningen også en effekt på hjernen og hvordan den bearbeider inntrykk og planlegger nye handlinger og bevegelser i ulike situasjoner. Egnete treningstilbud for eldre kan derfor gi store individuelle og samfunnsmessige gevinster.

Hva som skjer når det store etterkrigskullet blir seniorer på alvor er vanskelig å vite. Sannsynligvis vil de ha bedre helse og bedre funksjon enn tidligere generasjoner, og ikke minst vil de ha andre forventninger til å kunne følge opp familie, venner og fritidsinteresser. Likevel er det grunn til å tro at forekomsten av fall hos eldre fortsatt vil være høy, og at samfunnet generelt og helsevesenet spesielt bør være rustet for de utfordringene det vil medføre.

Hvordan kan vi forebygge fall? – Tips og ideer

Irmelin Smith Eide, Ergoterapeut ved Haraldsplass Diakonale Sykehus

Et fall kan få store konsekvenser for den som rammes. Både helsepersonell og pårørende må bruke føre var prinsippet – hva kan vi gjøre for å forebygge at den eldre faller? Det er viktig å oppmuntre til økt aktivitet og tilrettelegge for mestring.

Fall skjer oftest i forbindelse med forflytning eller utføring av daglige gjøremål. Tar den eldre hensyn til sin reduserte balanse i det daglige?

Mange fall skjer om natten/tidlig på morgenen i forbindelse med toalettbesøk. Plages en av blodtrykksfall eller generell svimmelhet må en ta det med ro før en reiser seg opp fra sengen. Det er ikke alltid like lett når en helst vil skynde seg til wc. For noen er løsningen å ha en toalettstol ved sengen. Det er ikke alltid lett å få på stødige sko. Løsningen kan være å sove med antisklisokker. De får en både som ullsokker eller i syntetisk materiale.

Er det langt mellom soverom – bad? Er det «snublefeller» som må passeres, løse matter, høye dørterskler, løse ledninger? Er det montert støttehåndtak ved toalettet? I eldre år trenger øyet lengre tid til å tilpasse seg lys/mørke. Jevn belysning mellom rommene vil gi økt sikkerhet.

En hoftebeskytter har dokumentert effekt på å minske risiko for lårhalsbrudd. Enkelte synes hoftebeskytteren er vanskelig å få av/på, og for dem gir den økt risiko for å falle. Det må vurderes om hoftebeskytteren er nyttig for den enkelte.

Mange har behov for ganghjelpemiddel. For eldre med svekket kognitiv funksjon, er det vanskelig selv å tenke ut hvordan rullatoren bør plasseres når en skal åpne kjøleskapet, eller at en må bruke bremsene i nedoverbakker. Slik opplæring skal gis av helsepersonell.

Og ved utgangsdøren – står det en beholder med strøsand klar til bruk før en går ut vinterstid?

Men hvordan opplever den eldre fallfaren selv? For noen er bekymring for å falle blitt en måte å leve på. «Før jeg reiser meg fra en stol må jeg alltid ...» De daglige gjøremål blir en utfordring, og resulterer ofte i økt inaktivitet og dermed økt risiko for å falle.

Det krever endring av vaner og rutiner for å kunne bevege seg trygt med sviktende balanse. En må bruke bedre tid når en skal reise seg, finne gode støttepunkt ved utføring av gjøremål, og ofte ta side-steg fremfor å strekke seg.

For noen er det bedre å utføre oppgaver sittende enn stående. En arbeidsstol kan gi mulighet for å utføre flere aktiviteter selv. Stol i dusjen gir økt sikkerhet.

Spørsmålet: «Hva gjør du dersom du faller?» er skremmende for noen. De fleste blir tryggere ved å øve seg på å komme opp fra golvet selv, samt å vurdere mulighet for å nå en telefon. Andre har behov for en trygghetsalarm.

Det er viktig å oppmuntre til økt aktivitet og bevegelse, og tilrettelegge for mestring. Dersom det er utfordringer i aktivitetssituasjoner, ta kontakt med ergoterapeut i kommunen. På nettsiden: www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/ finnes gode sjekklister, forslag til tiltak, brosjyremateriell og e – læringskurs om fallforebygging for helsepersonell.

Lokalsjukehuskonferansen 2015

Lokalsjukehuskonferansen 2015 vil ha fall og fallforebygging som tema med undertittelen «Når de blir gamle så faller de ned?» Konferansen vert arrangert på Park Hotel Vossevangen tysdag 3. mars 2015.

Overlege Marte Mellingsæter frå Akershus universitetssykehus, Avdeling for geriatri og indremedisin, skal ha foredrag om utredning, konsekvensar, behandling og oppfølging av fall.

Kaia Hevrøy Waage, klinisk ernæringsfysiolog ved Voss sjukehus, vil ha foredrag om kor viktig god ernæring er for å forhindra fall.

Irmelin Smith Eide, ergoterapeut ved Haraldsplass Diakonale Sjukehus, vil gje gode råd og tips i høve tilrettelegging i heimen og på institusjon.

Bård Bogen, fysioterapeut og doktorgradsstipendiat ved Haraldsplass

Diakonale Sjukehus, skal ha foredrag om førebyggjande fysisk trening.

Frank Jørgensen, farmasøyt ved Voss sjukehus skal ha foredrag om kva påverknad medisinar kan ha i høve fallfare.

Fysioterapiavdelinga ved Voss sjukehus vil presentera fallprosjektet dei har gjennomført i samarbeid med medisinsk avdeling.

Invitasjon til konferansen ligg ute på nettsida: www.samarbeidsraadet.no med påmeldingsfrist 17. februar.

Me ynskjer alle hjarteleg velkomen til konferansen!



Fallprosjekt ved Voss sjukehus

Olaug Skjerve Gravdal og Jannicke Lien, Fysioterapiavdelinga, Voss sjukehus

Fysioterapiavdelinga ved Voss sjukehus søkte i 2013 om såkornmidlar, til prosjektet «Førebyggje fall hjå pasientar over 65 år som er innlagt ved Voss sjukehus». Dette er midlar Helse Vest deler ut årlig til lokale kvalitetsutviklings-prosjekt, som ein del av den regionale kvalitetssatsinga i Helse Vest RHF.

Prosjektet er ei vidareføring av prosjektet «Hindre fall blant eldre», som er eit kvalitetssikringsprosjekt i Helse Vest. Der har arbeidsgruppa bestått av representantar frå Helse Bergen, Haraldsplass Diakonale sykehus og Helse Fonna. Vårt prosjekt er eit implementeringsprosjekt, det vil seia at me skal innføra og tilpassa dette prosjektet til lokale forhold ved Voss sjukehus, Medisinsk avdeling.

Prosjektleiari for prosjektet ved Voss sjukehus har vore Fysioterapiavdelinga, med Medisinsk avdeling som samarbeidspartnar. Prosjektet starta hausten 2013, og er ferdig ved utgangen av 2014.

Fall hjå pasientar over 65 år.

Pasientar over 65 år fell oftare enn pasientar i andre aldersgrupper, og for mange får det store konsekvensar. Kvar 3. person over 65 år fell årleg, og det er identifisert fleire risikofaktorar for fall hjå eldre. Dette kan være høg alder, tidlegare fall, depresjon, ortostatisme, leddsjukdommar, kognitiv dysfunksjon, nedsett syn, balanse- og gangvanskar, muskelsvakheit og kombinasjon av 4 legemidlar eller fleire. Studier viser at risikoen for fall aukar frå 8 % til 78 % dersom pasienten har 4 eller fleire av desse faktorane tilstade.

Redusera risiko for fall for pasientar ved medisinsk avdeling.

Målet med prosjektet har vore å kvalitetssikre og utvikla faglege rutinar, slik at Fysioterapiavdelinga jobbar kunnskapsbasert med fallførebygging. Me har også hatt som mål å bedra og

systematisera rutinar for oppfylgning av pasientar med fallrisiko, både internt på Fysioterapiavdelinga og tverrfagleg med dei ulike yrkesgruppene på Medisinsk avdeling. Eit anna mål har vore å auka kunnskapen og merksemda om faktorar som påverkar fallrisiko og korleis ein kan førebygga dette. Ved Fysioterapiavdelinga har alle tatt i bruk objektive mål og testar for å vurdere fallrisiko og funksjonssvikt, og ved Medisinsk avdeling er det auka kunnskap og merksemd om registrering og avviksmelding av fall.

Pasientar over 65 år, som er innlagt ved Medisinsk avdeling, vert no vurdert for fallrisiko ved hjelp av eit kartleggings-verktøy «Stratify». Dette er eit skjema med spørsmål som sjukepleiar eller hjelpepleiar går gjennom saman med pasienten i løpet av det fyrste døgnet etter innlegging. Her blir ein scora for låg, middels eller høg fallrisiko.

Pasientar som har høg fallrisiko, blir fylgt opp med tiltak på sengepost, samt tilvising til Fysioterapiavdelinga for vidare vurdering. Tiltak som vert sett i gang kan vera utdeling av antiklisokkar, tilstrekkeleg belysning, ha tilpassa ganghjelpemiddel tilgjengelig, resept på hoftebeskyttar og gjennomgang av medikamentlister.

Fysioterapeuten gjennomgår ein eller fleire objektive testar med pasienten, og rettleiar i samband med t.d. behov for ganghjelpemiddel, samt tek kontakt med fysioterapeut i kommunehelsetenesta for t.d. vidare oppfylgning individuelt eller i fallførebyggande gruppe.

«Det har gått bra til no»

Magnhild Branstveit, Ergoterapeut Granvin Herad

Fallførebygging - heimebesøk til eldre over 75 år. I 2012 deltok alle kommunane i Helse vest i ei spørjeundersøking om «Forebyggjende heimebesøk til eldre». Me hadde planar – og i kjølvatnet av spørjeundersøkinga sette me i gang.

Spørjeundersøkinga hadde bakgrunn i samhandlingsreforma som la vekt på styrking av førebyggjande helsearbeid i kommunane for å møte framtidige helseutfordringar. Eit av spørsmåla var om vår kommune hadde starta opp eller hadde planar om å gjennomføre «Forebyggjende heimebesøk til eldre». Me hadde planar – og i kjølvatnet av spørjeundersøkinga sette me i gang.

Heradsstyre og eldreråd vart informert om planane våre og me fekk klarsignal.

Me laga eit informasjonsbrev til dei over 75 år der me mellom anna skreiv at: «Overordna føremål med heimebesøket er å styrkja den eldre si mogelegheit for god helse og vera sjølvhjelpen i eigen heim» og at det var høve til å takke nei til besøk. Ingen har takka nei til no.

Fyrste besøk vart gjennomført i april 2013. Sjukepleiar og ergoterapeut gjennomfører besøket. Nokon tek me kontakt med - andre kontaktar oss av ulike årsaker og me «nyttar sjansen».

I utgangspunktet skulle dette være ei kartlegging som skulle oppdage demens og utsetje behov for helsetenester generelt. Me brukar difor eit skjema som heiter «Aktivitetsintervju» for å få kartlagt vidt. Då får me ei innsikt i kva aktivitetar vedkommande har i løpet av eit døgn og kan i samtalen spørja kvar postkassa er, soverom i høve til toalett mm. I vår

målgruppe er postkassa oftast ute og i tydeleg høgdeskilnad frå huset. Soverom og toalett gjerne i ulike etasjar.

Me brukar og *Aldring og helse* sitt skjema: «Observasjon av sikkerhet i hjemmet». Under tema «Fall» er det spørsmål om golvmatter, dørstokkar og trapper utan gelender.

Fallførebygging vart ein viktig og naturleg del av heimebesøket – viktigare enn me såg på førehand. Sjukepleiar sin innfallsvinkel er helse, medisinerbruk og hygiene. Ergoterapeut tek utgangspunkt i forflytning ute/inne og utforming av bustad.

Resultat av heimebesøka våre:

Tiltak etter heimebesøk har vore alt frå gjennomgang av medisinar som vedkommande tek, til ombygging av bad. Når den eldre seier: «Det har gått bra til no» er det eit varsel for oss. Me tolkar det som ein situasjon dei kjenner seg utrygge i og at det kan være fare for fall.

Av dei me har besøkt er det situasjonar på bad og ved trapp som er hyppigast omtala.

Stort sett alle kan forklara kva dei føler er utrygge situasjonar, men dei manglar ofte nokon til å setje i gang tiltak. Me ser det til dømes som ei god investering å dele ut støttehandtak frå kommunalt lager og å tilby montering, då det kan auke tryggleik og truleg forhindra fall.

Man tror alltid at man må bli gammel for å bli klok, men i virkeligheten har man, når alderdommens år kommer, nok med å holde seg like klok som man var.

Johann Wolfgang von Goethe

Vossamodellen - kvardagsrehabilitering

Synnøve Herre, fysioterapeut og prosjektleiar for kvardagsrehabilitering

Vossamodellen starta som eit prosjekt om kvardagsrehabilitering i Voss kommune. Med inspirasjon frå danske kommunar har ein utvikla ein lokalt forankra modell for rehabilitering av vaksne og eldre heimebuande personar.

Prosjektet

I månadsskiftet mai-juni 2012 starta prosjektet Vossamodellen opp i Voss kommune. Dette var eit samhandlingsprosjekt mellom Voss kommune og forskarar, hovudsakleg frå Høgskolen i Bergen og Senter for omsorgsforskning Vest. Her vart pleie og praktisk bistand integrert i dagleg rehabilitering. Ordinært personell i heimetenestene gjennomfører tidsavgrensa rehabilitering i samarbeid med og under vegleiing av fysio- og ergoterapeut.

Ein slik avtalt og avgrensa tidsperiode viser seg å vera eit godt virkemiddel for framdrift og motivasjon. Fokus vert flytta frå kva type og mengde hjelp ein skal tildele, til kva som skal til for at vedkommande skal bli mest mogleg sjølvhjelpen. 61 kandidatar var med i studien, halvparten i intervensjonsgruppe og den andre halvparten i ei kontrollgruppe. Siste kandidaten i prosjektet vart avslutta våren -14. Alle prosjektdeltakarane vert rekartlagde etter 3 og 9 månader, intervensjonsgruppa også etter 15 månader. Det vert og utført tidsregistrering av alt kommunalt personell som yter bistand i heimen. Rekartlegging og innhenting av tidsregistrering føregår fortløpande og er venta avslutta våren -15. Følgjeforskning vert utført og resultatane vil gi analyse om effekt av kvardagsrehabilitering, kommunal ressursbruk, jobbtilfredsheit, deltakarane sine erfaringar og pårørande sine erfaringar.

Tilbod vidare

Det er no vedteke i Voss kommune at kvardagsrehabilitering er ei teneste på lik linje med andre kommunale helsetenester.

Dersom ein får innvilga kvardagsrehabilitering, får ein eit skriftleg vedtak frå tildelingskontoret. Vedtaket gjeld i inntil 3 månader, eller til måla er oppnådd. For å vera kandidat for kvardagsrehabilitering må vedkommande ha hatt eit funksjonsfall og ha problem med å meistra minst ein kvardagsaktivitet.

Motivasjon for den aktuelle tenesta er og viktig. Fysioterapeut eller ergoterapeut reiser heim til vedkommande og gjer ei kartlegging. Ein går igjennom Canadian Occupational Performance Measure (COPM), der brukaren vurderer sine daglege aktivitetar og utføringa av dei. Dette resulterer i at brukar set seg opp inntil 5 mål han eller ho ynskjer å jobba mot. Brukar må utføra Short Physical Performance Battery (SPPB), som omfattar vurdering av statisk balanse, gangtest og det å reisa og setja seg frå stol. Her vert det gitt ein score ut ifrå utførelse. Ein går og gjennom COOP/WONKA, som er til hjelp for å avdekka helseproblem og seier noko om generell helsetilstand. I tillegg vert det registrert kva tenester vedkommande har og kva medisinar han/ho brukar. Ut frå dette vert det laga ein tverrfagleg rehabiliteringsplan, og rehabiliteringa skjer i og rundt heimen.

Tiltaka varierer mykje ut ifrå kva mål og ressursar den enkelte har. Fysio/ergo er innom minimum to besøk i veka, heimetenestene utfører avtalte tidsavgrensa tiltak når dei likevel er hjå brukar. Planen og tiltaka vert evaluert fortløpande undervegs og ein har korte tverrfaglege møte kvar veke. Når måla er oppnådd eller dei tre månader, er gått vert vedkommande rekartlagd med det same testbatteriet.

Eldre personar med utfordringar i å meistre dagliglivets aktivitetar kan ein sjå på som ei sårbar gruppe. Kjenneteikn på slik sårbarheit kan vere fall, låg ganghastigheit og vekslende funksjonsnivå. Denne sårbarheita aukar med stigande alder. Ein antar at 30% av eldre over 65 år har eit eller fleire fall kvart år, prosentandelen aukar ved passerte 75 år (Tuntland og Ness, 2014).

Fall

Vår erfaring er at fall er eit viktig tema for mange. Ein del av kandidatane som har hatt og får kvardagsrehabilitering har hatt eit fall, fallet kan ha skjedd grunna funksjonstap eller dei kan ha fått eit funksjonstap etter fallet. Mange sit og att med ei redsle i kroppen for å falla igjen, dette kan skapa ei stor usikkerheit og ein nedgåande spiral. Svært mange set seg opp eit eller fleire mål som går på å betra mobilitet, det kan vera å gå trygt med mindre eller utan støtte, kunna gå til butikken sjølv, gå trapp e.l. I tillegg til å betra styrke og balanse, har me erfart at det ofte og handlar om å gjera personen trygg i situasjonen. Det er viktig å sjå heile situasjonen rundt brukaren. Me opplever at det kan vera ein fordel at rehabiliteringa skjer heime i trygge omgjevnader, og med tett tilknytning til dagleglivet til brukar. Det gjev oss og eit godt utgangspunkt for å

tilretteleggja omgjevnadane, for å forhindra fall i heimen. Om brukar oppnår måla sine, utgjer det ofte ein stor forskjell i livskvalitet og opplevd meistring av eige liv.

Voss kommune har samanlikna med fylket (4,6%) og resten av landet (4,5%) ein stor andel eldre over 80 år (6,7%) (Statistisk sentralbyrå, 2012). Det er spådd at me står framfor ei stor og aukande utfordring der ressursar og behov ikkje går opp. Vår tru er at kvardagsrehabilitering med tverrfagleg kompetanse og sterk brukarmedverknad kan gi raskare rehabiliteringsforløp, meir varig resultat og ein meir innhaldsrik arbeidskvardag for personalet. Me vonar og at ringverknadane vil vera at alle tenesteytarar innan pleie og omsorg vil ha auka fokus på brukarane sine evner, restevner og potensiale. Dersom ein kan hjelpe nokre til å klare seg sjølv, frigir ein tid og ressursar som kan forvalta betre til fordel for dei som har eit reelt omsorgsbehov.

Kilder:

Tuntland, H. og Næss, N.E. (red.) 2014, Gyldendal forlag, «Hverdagsrehabilitering». Statistisk sentralbyrå Halvtidsrapport des. 2013, «Vossamodellen»



Nytt frå kommunane

Eidfjord kommune

Margunn Læg Reid, rehabiliteringskoordinator/avdelingssjukepleiar

Pleie og omsorgstenesta i Eidfjord kommune vart kopla elektronisk opp mot Helse Bergen 23.okt 2014. No arbeidar me med å få inn gode rutinar blant dei tilsette for å få dette til å fungera best mogeleg.

Kommunen arbeidar jamt og trutt mot ny/fornyng av sjukeheimen. Me ventar på endeleg avgjerd i kommunestyret i desember om kva løysing dei vel.

Frå 1.september vart ambulansen i Eidfjord overført til Helse Bergen.

Fallførebygging i pleie og omsorgstenesta:

Me har mange tiltak i tenesta som er fallførebyggjande. Mange av desse er innbakt i kvardagen vår.

Døme på slike tiltak kan vera:

- Når nokon søker om heimebaserte tenester har me alltid heimebesøk før søknaden vert handsama, då får me samstundes eit bilete av heimen og fallfarar.
- Kommunale tenester syter for at det vert brøyta og strøydd utfor kommunale bustader. Me har også heimevaktmeister som etter søknad er behjelpelig for dei som ikkje kan utføra dette sjølv.
- Pleie og omsorgstenesta har vert med på prosjektet «Legemiddelgjennomgang» og fortset med dette arbeidet.
- Me tilbyr hoftebeskyttarar for dei på heimen som er særleg utsette for fall.

Voss kommune

Anne Grete Haugen, leiande fysioterapeut Voss kommune

Koordinerande eining er no lagt til Tildelingskontoret for helse- og omsorgstenester. Det står på nettsida til Voss kommune at Tildelingskontoret er Koordinerande eining for habilitering og rehabilitering (KE) og har ansvar for å fylgje opp brukarar med omfattande tenestebehov. KE skal bidra til samordning av tenester for å sikra eit heilskapleg tilbod.

Fallførebyggjande gruppe på Hagahaugen

Våren 2014 starta kommunefysioterapeutane ei fallførebyggingsgruppe på Hagahaugen. Gruppa hadde 7 deltakararar, 4 kvinner og 3 menn. Deltakarane vart

rekruttert frå dagavdelinga på Hagahaugen og Voss sjukeheim, frå rehabiliteringsavdelinga på Hagahaugen, heimesjukepleien kom med forslag og det same gjorde fysioterapeutane. Alle deltakarane vart testa med Timed Up&Go (TUG), Bergs balanseskala og Fall efficacy scale international (FES I). På bakgrunn av testresultata fekk dei tilbod om plass i gruppa. Treninga vart leia av 2 turnusfysioterapeutar. Deltakarane hadde fellestrening 1 time 2 gonger i veka i 12 veker (totalt 20 gonger grunna fleire helgedagar i perioden) og dei vart oppmoda til eigentrening min. 1 økt i veka. Dei fekk 3 enkle eigentreningsøvingar.

Evalueringa viste klar betring på Bergs balanseskala hos alle, varierende resultat på TUG og varierende resultat på FES I. Alle ga uttrykk for at balanse og styrke i beina var betre og ynskte å vere med i ny gruppe viss mogeleg. Dei såg fram til treningane. Ingen hadde falt i perioden treninga varte. Nokre av deltakarane har mista balansen, men klart å hente seg inn att, noko dei sjølv seier dei ikkje ville greidd tidlegare. Når treningsperioden var over, fekk deltakarane utdelt eigentreningsprogram med kjende øvingar for å betre styrke og balanse.

Førebyggande heimebesøk

Kommunalavdeling helse- og omsorg i Voss kommune har tilbod om eit førebyggande heimebesøk til dei innbyggerane som fyller 80 år. Formålet er å ha ei heilskapleg tilnærming som fremmer individuell livskvalitet, eige helse og funksjonsnivå. Fokuset er å styrkja trivsel, tryggleik og helse, samt førebygge helseskader. Alle eldre som ikkje allereie mottek pleie- og omsorgstenester får eit brev det året dei fyller 80 år der ein informerer om føremålet med besøket og kjem med forslag til tidspunkt. Tilbodet er frivillig.



«Kårkall»

Slåtthaug sykehjem - erfaringer fra fallprosjekt

Kathrine Skjeldal, prosjektleder.

Slåtthaug sykehjem i Stavanger deltok i 2013 i Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender», med innsatsområde mot fall og fallforebygging. I løpet av prosjektperioden gjorde vi en del erfaringer som vi ønsker å dele videre.

Slåtthaug sykehjem ligger i Madla bydel i Stavanger kommune, og vi har 54 langtidspasienter fordelt på 2 etasjer. Vi har også et dagsenter i tilknytning til sykehjemmet. Vi hadde før oppstart av prosjektet hatt noen fall som var alvorlige (medførte skade/brudd), og var nødt til å gjøre forbedringer på det området.

Vårt mål for forbedringsarbeidet var at vi skulle redusere fall med 30 % i prosjektperioden, og at vi skulle øke kompetansen for fallforebygging blant ansatte på sykehjemmet. Disse målene klarte vi å oppnå i løpet av prosjektperioden. Fallgruppen ble satt sammen av tilsynslege, sykepleier og hjelpepleiere fra avdelingene, og prosjektet hadde allerede fra start god forankring hos ledelsen. Dette var avgjørende for et godt prosjekt.

«I trygge hender» arrangerte 3 samlinger i Haugesund, og vi hadde to telefonkonferanser underveis med grupper fra hele landet, for å holde fremdrift i prosjektet. Vi gjorde også månedlige registreringer av antall fall i Extranet, som er et registreringsverktøy utarbeidet av pasientsikkerhetskampanjen, og vi leverte fremdriftsrapporter underveis.

Det var viktig å få ut informasjon til ansatte og pårørende om prosjektet og hvilke tiltak vi ønsket å sette i gang. Vi hadde derfor fall som tema oppe i ulike fora som pårørendemøter, allmøter for alle ansatte, avdelingsmøter og sykepleiemøter. Fall var også tema på faglunsjer og det ble fast tema i kvalitetsutvalget ved sykehjemmet. Dette bidro til at personalet fikk økt kunnskap og ble mer engasjerte i prosjektet.

Vi startet også med å kartlegge alle pasientene med kartleggings skjema som heter «Stratify» for å kunne finne de pasientene som var i risikogruppen for fall. Primærsykepleier og sekundærkontakt startet deretter med å lage individuelle tiltakspakker til hver pasient, og vi prøvde å begrense oss til 4 - 5 tiltak som vi syns var viktige. Dette for å kunne dokumentere hva som var blitt gjort for hver pasient, og for å kunne ha bedre individuell oppfølging.

For å synliggjøre tiltakene vi laget i tiltakspakken, laget vi en plakat på hvert pasientrom med noen av de viktigste tiltakene for å forebygge fall. Da fikk vi synliggjort dette for alle ansatte som var innom pasienten. For å markere ytterligere fallfare teipet vi en rød teip på de aktuelle sengene for en ekstra påminnelse om at pasienten var i faresonen for fall. Gjennom dette fikk vi også synliggjort dette for pårørende.

Et tiltak vi valgte å ta med på alle pasientene var legemiddelgjennomgang i samarbeid med tilsynslegen på sykehjemmet. Dette har gjort at vi har blitt mer bevisst og kritiske til medisiner som kan føre til fall, blant annet sovemedisin og blodtrykksmedisin. Vi deltar også i pasientsikkerhetskampanjen med fokus på legemiddelgjennomgang. Vi har fått økt fokus på ryddig miljø i korridorene og pasientrommene, og en del møbler er blitt fjernet. Vi er bevisste på at ringesnor, rullator og andre hjelpemidler er tilgjengelige, og at pasienten ikke ligger med sokker om natten, men heller bruker antisklisokker. Bruk av sengehest og nattlys er andre eksempler på tiltak vi har gjennomført i samarbeid med pasienten.

Vi har fått økt fokus på ernæring og kosthold som et forebyggende tiltak mot fall. Vi vet at dersom pasienten får i seg for lite mat og drikke får de lavere konsentrasjon, dårligere førlighet, og kan bli mer forvirret og urolige. Dette kan gjøre at de kan bli mer utsatt for fall, og ved å sette inn ulike tiltak for å forebygge noe av dette tror vi kan redusere fallfaren ved sykehjemmet.

Et resultat av dette prosjektet er at vi har innarbeidet og laget prosedyrer for fall og fallforebyggende arbeid i kvalitetssystemet til sykehjemmet. Det inneholder blant annet informasjonsbrev til pårørende og sjekkliste for fall og sjekkliste ved nye pasienter, avviksmal for fall og Stratify skjema. Dette har gjort at gode rutiner skal

bli innarbeidet, og for at det skal bli en varig forbedring på sykehjemmet.

Vi ser etter prosjektet er avsluttet at vi ennå gjennomfører tiltakene og starter opp nye, og snakker om fallforebygging i avdelingene. Vi har bestemt at vi skal jobbe målbevisst for å holde fallstatistikken nede. Statistikken viser at vi har nedgang i fall etter at vi har gjennomført prosjektet, og da spesielt alvorlige fall.

Vi ser også at forbedringsarbeid tar tid og det er umulig å hindre alle fall. Forbedringsarbeid er krevende, men veldig gøy og motiverende for ansatte som er med å øke pasientsikkerheten.



«Høgfell»

Temakveld om Parkinson sjukdom

27. november 2014 kl. 17 – 20 arrangerte avdeling for rehabilitering og tverrfaglege tenester temakveld om Parkinson sjukdom i kantina på Voss sjukehus.

Temakvelden var gratis og open for alle. Det kom 45 deltakarar på temakvelden og både pasientar, pårørande og helsepersonell var representert.

Kvelden vart opna av John Sundal som er leiar i Hordaland Parkinson foreining. Han fortalde om foreininga og litt om kva tilbod dei har. Deretter var det eit engasjerande brukarinnlegg av Terje Bergstrøm som fortalde om korleis det er å leva med

Parkinson. Til slutt kom nevrolog og professor Ole Bjørn Tysnes frå Haukeland Universitetssjukehus og hadde eit veldig nyttig og lærerikt innlegg om Parkinson sjukdom: diagnose, symptom og behandling.

Det var ei engasjert forsamling som stilte gode spørsmål. Kvelden vart svært vellukka med gode innlegg, godt oppmøte og gode attendemeldingar frå deltakarane.



"Folkeviser".



Fallforebygging i kommunene, kunnskap og anbefalinger

Med denne rapporten ynskjer Helsedirektoratet å gje kommunane grunnlag for ei satsing på aktiv aldring, med fallførebygging som eit sentralt og viktig resultatmål. Ein vil vise tydinga av tverrsektorielt og systematisk førebyggjande og helsefremmande arbeid blant eldre. Rapporten inneheld kunnskap, prosjekterfaringar og anbefalingar om fallførebygging hos eldre.

Utgitt: November 2013

Bestillingsnummer: IS - 2114

Utgitt av: Helsedirektoratet. Eit samarbeid mellom Divisjon folkehelse og avdeling omsorgstjenester i Divisjon Primærhelsetjenester

Tema: Helse- og omsorgstjenester, Folkehelse

Målgruppe: Kommuner

||| kunnskapssenteret

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Fagprosedyrer

Ferdig prosedyre:

- **Fallforebygging hos voksne pasienter på sykehus**
Eiger: Vestre Viken HF, Oslo Universitetssykehus og Sykehuset Telemark

Prosedyre under arbeid:

- **Forebygging av fall hos pasienter i sykehus – sykepleie**
Eiger: Vestre Viken HF og Oslo Universitetssykehus

Publikasjonar

Omtale av Cochrane-oversikt

- **Fysisk trening er bra for eldre som bor i omsorgsboliger**

Nasjonal sikkerhetskampanje

- **Forebygging av fall hos eldre i sykehus og sykehjem**

SAMARBEIDSRÅDET, UNDER- UTVAL I REHABILITERING

KOMMUNAR:

KVAM HERAD

Ann Katrin Øktner
Kvam behandling og rehabiliteringsavdeling
Nedre Norheim 44, 5600 Norheimsund
Tlf. 56 55 86 20 / 912 46 792
annokt@kvam.kommune.no

VAKSDAL KOMMUNE

Sol-Kari Terjesen
Konsul Jepsensgt. 16, 5722 Dalekvam
Tlf. 56 59 44 79 / 959 87 512
Sol.Kari.Terjesen@vaksdal.kommune.no

GRANVIN HERAD

Magnhild Branstveit
5736 Granvin
Tlf. 56 52 41 40, 404 03 882
magnhild.branstveit@granvin.kommune.no

ULVIK HERAD

Reidun Stavestrand
5730 Ulvik
Tlf. 56 52 70 92 / 400 07 191 (ma, on, fr)
reidun.stavestrand@ulvik.kommune.no

VOSS KOMMUNE

Anne Grete Haugen
5700 Voss
Tlf. 952 62 004
Anne.G.Haugen@Voss.kommune.no

BRUKARORGANSISASJONAR:

SAFO

Helge Kvåle
helge.kvale@elkem.no

FFO

Kjellfrid Skutlaberg
post@nabobeino.no

HELSE BERGEN-VOSS SJUKEHUS: PSYKIATRISK REHABILITERINGSTEAM

Björg Kari Afdal Tlf 56 53 37 20
Bjorg.Kari.Afdal@helse-bergen.no

AVDELING FOR REHABILITERING OG TVERRFAGLEGE TENESTER

Britt Madli Manger Tlf 56 53 38 45
Britt.Madli.Manger@helse-bergen.no

AVDELING FOR REHABILITERING OG TVERRFAGLEGE TENESTER

VOSS SJUKEHUS

Avdelingsleiar / fysioterapeut

Britt Madli Manger Tlf. 56 53 38 45
Britt.Madli.Manger@helse-bergen.no

Ergoterapeutar

Kikki Sørgård Tlf. 56 53 38 48
Anne.Kristin.Sorgard@helse-bergen.no

Janny Hagen Tlf. 56 53 38 43
Janny.Hagen@helse-bergen.no

Sosionom

Anne Cecilie Kaldefoss Tlf. 56 53 38 49
Anne.Cecilie.Kaldefoss@helse-bergen.no

Diabetessjukepleiar

Ann Jorunn Herre Tlf. 56 53 38 46
Ann.Jorunn.Herre@helse-bergen.no

Sjukepleiar

Agnete H. Gilbakken Tlf. 56 53 38 47
Agnete.Hommedal.Gilbakken@helse-bergen.no

Klinisk ernæringsfysiolog

Kaia Hevrøy Waage Tlf. 56 53 38 50
Kaia.Hevroy.Waage@helse-bergen.no

