

**Gentofte Hospital
Medicinsk afdeling C**

Udviklingsprojekt til sikring af faldforebyggende tiltag hos ældre

Samarbejdsprojekt mellem
Gentofte Hospital (Medicinsk afd C og Akutklinikken),
Herlev Hospital (Medicinsk afd O og Akutmodtagelsen) og
6 kommuner (Gentofte, Lyngby-Tårnbæk, Rudersdal, Gladsaxe,
Egedal og Furesø)

Rapporten er udarbejdet af
projektkoordinator, sygeplejerske Tea Broeng, og overlæge
Marianne Kirchhoff
Juni 2013

1. Indledning.....	3
Baggrund	3
Sundhedsstyrelsen.....	3
Faldforebyggelse hos den hjemmeboende ældre	4
Den skrøbelige faldpatient	4
Faldpatienter i Akutklinikkerne	5
Formål med projektet.....	5
Projektorganisation.....	5
Den projektansvarlige styregruppe.....	5
Akutklinikker	6
Kommuner.....	6
Projektets mål.....	6
Effektmål	7
Rapportens opbygning.....	7
2. Praktisk gennemførelse af udviklingsprojektet.....	8
Målgruppe	8
Metode.....	8
Dataindsamling og screening i Akutklinikker	8
Basal screening og opfølgning i kommuner	8
Proces og effekt.....	9
Data og databearbejdning	10
Etik og lovgivning	11
Økonomi	11
3. Resultater	11
3.1 Akutklinikkerne	11
3.2 Fra Akutklinik til 6 kommuner	14
3.3 Faldkonsulenternes besøg	14
Beskrivelse af de besøgte	15
Interventioner.....	19
Opfølgning på handleplanerne	21
3.4 Hospitalskontakter og død	21
Hospitalskontakter, død og faldtruethed	22
3.5 Semistrukturerede interview – Akutklinikpersonale, faldtruede ældre samt faldkonsulenter.....	24
Implementering af screeningsspørgsmål i Akutklinikkerne.....	24
4. Diskussion af metode og resultater	29
Opsporing, risikovurdering og forebyggelse af faldskader hos ældre	29
Andel som er vurderet af faldkonsulent i kommunerne	30
Andel som får iværksat faldforebyggende tiltag i kommunen	31
Beskrivelsen af de besøgte	31
Død og hospitalskontakter.....	32
5. Sammenfatning og perspektivering	33
Forslag til den videre proces	34
Anbefalinger	34
6. Bilagsoversigt.....	34
7. Litteraturliste	35

1. Indledning

I denne rapport præsenteres evalueringen af "Udviklingsprojekt til sikring af faldforebyggende tiltag hos ældre". Akutklinikkerne på Gentofte og Herlev hospitaler har i perioden december 2011 frem til november 2012 samarbejdet med syv af Region Hovedstaden Planområde Midt's optagekommuner: Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Lyngby-Tårnbæk og Rudersdal med henblik på identificering af ældre med risiko for fald samt implementering af faldforebyggende tiltag hos de 65+ årige faldtruede borgere. Siden projektets opstart er akutområdet omstruktureret således, at de tidligere skadestuer nu er ændret for Gentoftes vedkommende til Akutklinik og for Herlevs Akutmodtagelse. For læsevenlighedens skyld benævnes de begge Akutklinik.

Som indledning på rapporten beskrives kort baggrunden og formålet for projektet. Videre præsenteres projektorganisationen og projektets mål. Til sidst i indledningen gives en introduktion til strukturen i rapporten.

Baggrund

Faldulykker blandt ældre er den hyppigste ulykkestype og udgør i Danmark, såvel som i resten af den vestlige verden, et folkesundhedsproblem(1;2). Blandt hjemmeboende ældre falder én ud af tre mindst én gang årligt, og incidensen stiger med alderen, således efter de 80 år er forekomsten øget med med 50 %, alvoren af skaderne ligeledes. Kvinder falder hyppigere end mænd, men mænds faldulykker har højere dødelighed (2). Omkring 15 % af faldene skyldes eksterne forhold (f.eks. glat fortov eller høj kantsten), som ville få de fleste til at falde og tilsvarende antal har en enkelt identificerbar årsag (f.eks. synkope eller Parkinsons sygdom). Den resterende andel fald skyldes multiple, interagerende faktorer (3). Der er identificeret flere end 400 forskellige risikofaktorer for fald, der dog defineres forskelligt i forskellige studier. Blandt risikofaktorer er ikke-modificerbare, som alder, køn, aldersbetinget nedsat syn og nedsat reaktionstid. Blandt de modificerbare er svimmelhed, fysisk inaktivitet og gangproblemer. Jo flere risikofaktorer for fald jo større er risikoen for fald. Fald indenfor det sidste år er prædikator for nyt fald.

Faldulykkerne dækker over et kontinuum af patientforløb ved at strække sig fra patienter med et enkelt snublefald til patienter med svære faldproblematikker, inklusiv forekomst af besvimelse og svære balanceproblemer(4;5). Faldrelaterede skader er associeret med øget dødelighed, nedsat mobilitet, reduceret social kontakt og tab af funktionsevne, som betyder afhængighed af offentlige ydelser(1;2). Faldrelaterede skader har således store menneskelige og samfundsøkonomiske konsekvenser og er derfor et væsentligt indsatsområde inden for forebyggelse.

Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2006 anbefalinger til forebyggelse af fald hos de 65+ årige som henvender sig i skadestuen efter fald (1). Anbefalingerne indbefatter systematisk vurdering af alle 65+årige patienter, der henvender sig til Akutklinikken eller indlægges på sygehus efter et fald med henblik på identifikation af patienter med forøget risiko for fald og dermed behov for udredning, evt. sundhedsfaglig intervention/behandling og forebyggende tiltag. Med hensyn til identifikation af patienter, der er i risiko for at falde igen, anbefales det at der fokuseres på fire enkle spørgsmål:

1. Havde patienten bevidsthedstab i forbindelse med faldet?
2. Oplever/har patienten daglige gang- eller balanceproblemer?
3. Har patienten oplevet flere (mere end et) fald indenfor det sidste år?
4. Lider patienten af svimmelhed?

Såfremt der svares ja til et af ovenstående spørgsmål, bør der henvises til/gennemføres en egentlig faldudredning. Sundhedsstyrelsen lægger op til at faldudredningen inddrages i en basal faldudredning (praktiserende læge eller sygehus ambulatorium) og en special udredning (Speciallæge, praktiserende læge eller sygehus). En nyere MTV rapport har dog vist, at der ikke er den ønskede effekt af en hospitalsbaseret, multifaktoriel faldudredning og intervention målrettet ældre med mindst ét skadevoldende fald (4).

Sundhedsstyrelsen anbefaler videre, at sygehusejerne indgår aftaler om opfølgning og sammenhængende patientforløb i almen praksis og kommunalt regi.

I rapporten defineres fald som: En utilsigtet hændelse, der resulterer i, at en person kommer til at ligge på jorden/gulvet eller et andet lavere niveau.

Faldforebyggelse hos den hjemmeboende ældre

Adskillige strategier til faldforebyggelse har været afprøvet i kliniske studier (3;4). Nogle studier har fokuseret på at afprøve enkelte interventioner f.eks. træning eller D-vitamin-tilskud, men hvis ældre har flere samtidige risikofaktorer for fald, vil effektiv forebyggelse fordrage interventioner rettet mod flere eller alle risikofaktorer hos den enkelte. Multifaktoriel udredning og intervention er etableret på baggrund heraf. I 2010 udkom to opdaterede Cochrane rapporter over faldforebyggende interventioner hos ældre dels hjemmeboende og dels bosiddende på plejehjem (3;6). For de hjemmeboende var der evidens for 1) Individuelt tilpasset træning i hjemmet eller træning der omfatter flere elementer (styrke, balance og udholdenhed), 2) D-vitamin hos dem med lavt d-vitaminiveau, 3) gradvis udtrapning af psykotrop medicin¹, 4) Boligændringer hos højrisiko personer f.eks. dem med dårligt syn. Endvidere foreligger praktiske guidelines internationalt fra geriatriske selskaber og nationalt i form af anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen og Sund By Netværket (7).

Med Strukturreformen i 2007 blev forebyggelse en central opgave for kommunerne og en nyere Momentumundersøgelse viser også, at når det drejer sig om særlige indsatser som faldforebyggelse har næsten halvdelen (45%) af landets kommuner indført tiltag (8) men at der er en stor forskellighed i sundhedsindsatserne og dermed besværliggøres mulighederne for samarbejde på tværs af sektorerne. Et syddansk, tværsektorielt projekt² har vist, at der er en række udfordringer i forhold til at etablere et effektivt og sammenhængende faldforebyggelsesforløb for faldtruede ældre med kontakt med sygehus, kommune og praktiserende læge. Her peges især på to områder; for det første at implementering af nye forebyggende arbejdsgange i sekundær sektor er vanskeligt og for det andet, at faldtruede ældre ikke selv (trods målrettet pjece) retter henvendelse til egen kommune med henblik på vejledning, hjælp eller støtte til faldforebyggelse (9).

Den skrøbelige faldpatient

Begrebet "frailty" har længe været almindeligt brugt udtryk om skrøbelige geriatriske patienter og dækker over en dynamisk, alders-relateret tilstand af tab af evner – som defineres ved tilstedeværelsen af bestemte sociale, psykologiske og fysiske karakteristika. Geriater Linda Fried (10) lancerede i 2001 en definition på Frailty med et biologisk udspring, som et klinisk syndrom, bestående af mindst tre af fem karakteristika; 1) vægttab, 2) nedsat selvrapporeret energi, 3) nedsat muskelstyrke, 4) nedsat ganghastighed og 5) nedsat fysisk aktivitet. Frailty er med denne definition associeret med fald, faldende funktionsniveau, indlæggelse og død,

¹ Sove-, beroligende og antidepressiv medicin.

² "Formålet var at forebygge ældres faldulykker, afgrænset til borgere, der er patienter under indlæggelse, forårsaget af fald og/eller faldrelaterede skader, der oplever et sammenhængende forløb. Disse forløb er kendetegnende ved højt informationsniveau og god dialog mellem borger/patient, sygehus, praktiserende læger og kommune" (9)

men studier har også vist, at nok kan tilstanden betragtes som fremadskridende, men samtidigt også, at den kan sinkes, afbrydes eller helt tilbagerulles – f.eks. ved træning. Et tilsvarende indeks, som er lettere klinisk at håndtere og beregne er SOF frailty index³, som udregnes på basis af 3 variabler 1) utilsigtet væggtab på 5 kg eller mere, 2) manglende evne til at rejse-sig 5 gange uden brug af arme og 3) nedsat selvrapporeret energi. Personer som scorer 0 kategoriseres som robuste, 1 som pre-frail og 2 eller mere som frail (11). SOF frailty Index er fundet ligeværdig med Linda Frieds Frailty Index mht at forudsige fald, Akutklinikhenvendelser og hospitalsindlæggelser.

Evnen til at mestre sin livssituation kan påvirkes af den fysiske skrøbelighed, men andre faktorer som humør og kognitiv status, socialt netværk, køn og motivation spiller ind på den ældres evne til at kompensere for deres faldproblem (2;13). Erfaringer fra et faldforebyggelsesprojekt på Frederiksberg viste, at selvom mange faldtruede ældre tog i mod et tilbud om udredning, var det kun de færreste, der magtede selv at iværksætte forebyggende initiativer (14). Projektet viste videre, at en kategorisering af patienter i tre grupper er anvendelig for at få faldpatienter henvist til det rigtige tilbud; 1) ressource stærk, 2) sårbar og 3) ressourcevag, hvor de mest ressourcevage ikke selv magtede at tage initiativ til opfølgning. Det er altså ikke nok at have et systematisk faldforebyggelsestilbud, der er behov for en identificering af hvem, der har behov for støtte og hjælp til iværksættelse af udredning og forebyggende foranstaltninger. Der er et behov for at afprøve nye metoder til afdækning af faldrisiko hos ældre, tværsektoriel kommunikation samt implementering af målrettede interventioner i kommunalt regi.

Faldpatienter i Akutklinikkerne

Akutklinikkerne på Herlev og Gentofte hospitaler modtager patienter fra ni kommuner. Ved projektets start udgør de 65+ årige i alt knap 80.000. Det forventes, at mindst 1/3 falder årligt, og af disse kommer 10-20% alvorligt til skade ved faldet .

Formål med projektet

Projektets formål var at sikre indsats for de skrøbeligste ældre, ved at nedsætte faldtruede ældres risiko for gentagne fald, dette var søgt opnået ved:

- Implementering af Sundhedsstyrelsens screeningsanbefalinger i Akutklinikker
- Optimal kommunikation med kommuner vedrørende faldtruede patienter
- Implementering af faldforebyggende tiltag brugt systematisk på skrøbelige, ressourcevage ældre.

Projektorganisation

Projektet har været organiseret med en overlæge og projektkoordinator, som i samarbejde med en projektansvarlig styregruppe har udviklet en model for opsporing, samarbejde og kommunikation mellem Akutklinik og kommuner omkring den ældre faldpatient. Videre blev der udviklet et basalt faldscreeningsværktøj (bilag 2) til kommunernes faldkonsulenter med henblik på vurdering, interventioner og opfølgning i borgernes hjem.

Den projektansvarlige styregruppe

- Ledende overlæge Kirsten Damgaard, Medicinsk afdeling C, Gentofte Hospital

³ som er valideret på personer, der er indgået i "Study of Osteoporotic Fractures" samt andre (11;12)

- Overlæge Marianne Kirchhoff, Faldklinikken, Medicinsk afdeling C, Gentofte Hospital
- Afdelingssygeplejerske Lisbeth Hansen, Akutklinik afdeling F, Gentofte Hospital
- Fysioterapeut Hilleborg Sass, Medicinsk afdeling C, Gentofte Hospital
- Klinisk sygeplejespecialist Susanne Dibbern, Akutmodtagelsen afdeling A, Herlev Hospital
- Fysioterapeut Lise-lotte Sangild, Faldklinikken, Medicinsk afdeling O, Herlev Hospital
- Sygeplejerske Else Jespersen, Faldklinikken, Medicinsk afdeling O, Herlev Hospital
- Centerleder Malene Cort Madsen, Pleje og Genoptræningscenteret Teglporten, Rudersdal Kommune, repræsentant For Gentofte Hospitals optagelsesområde
- Udviklingsfysioterapeut Susanne Danielsen, Træning og Aktivitet i Center for Social og Sundhed, Ballerup Kommune, repræsentant For Herlev Hospitals optageområde
- Projektkoordinator Susanne Meldgård/Tea Broeng, Medicinsk afdeling C, Gentofte Hospital

Akutklinikker

Akutklinikkerne på Herlev og Gentofte Hospitaler deltog i screening af faldpatienter og videreformidlede oplysninger til kommunens faldkonsulent. Projektets kontaktpersoner på Akutklinikkerne var:

- Herlev Hospitals Akutmodtagelse: Klinisk sygeplejespecialist Susanne Katrine Dibbern
- Gentofte Hospitals Akutklinik: Afdelingssygeplejerske Lisbeth Hansen

Kommuner

Af de 9 kommuner, der hører til Herlev og Gentofte Hospitalers optageområder, accepterede 7 at deltage. Hver kommune udpegede faldkonsulenter til at vurdere henviste borgere og iværksætte faldforebyggende initiativer. Faldkonsulenter i de deltagende kommuner var:

- Ballerup Kommune: Teamleder, social- og sundhedsassistent Helle Skov (ophørte sin stilling sommer 2012)
- Egedal Kommune: Sygeplejerske Jette Topp Brandes
- Gladsaxe Kommune: Fysioterapeut Karin Darhauge
- Furesø Kommune: Fysioterapeut Anne Hega Nielsen og fysioterapeut Inge Stadsvold Mikkelsen
- Gentofte Kommune: Sygeplejerske Mehdi Tadayoni
- Lyngby-Tårnbæk Kommune: Ergoterapeut Ania Thomasen
- Rudersdal Kommune: Sygeplejerske Tea Broeng

Projektets mål

Projektets mål var, at Akutklinikpatienter med en falddiagnose på Gentofte og Herlev Hospitaler:

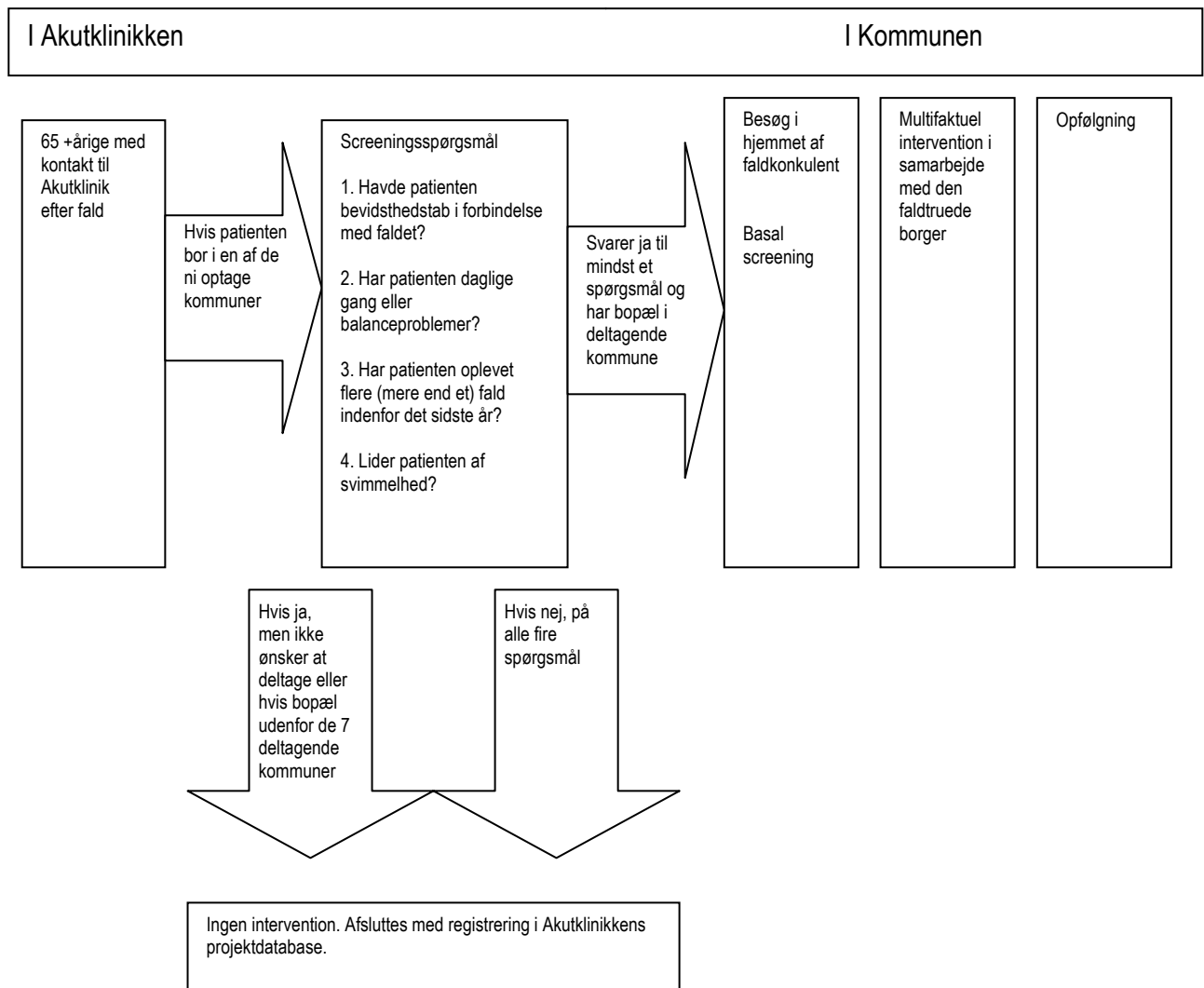
- Screenes i Akutklinikken
- Registreres, hvorvidt patienten vurderes faldtruet
- Registreres, hvorvidt patienten, hvis faldtruet, ønsker besøg af kommunal faldkonsulent
- Registreres, hvis de henvises og vurderes af kommunens faldkonsulent, samt registrere hvilke initiativer, der iværksættes
- Registreres, hvis yderligere interventioner afvises
- Registreres, hvis de i projektperioden genhenvender sig i Akutklinikken.

Effektmål

- 90 % af patienter med falddiagnose, er screenet i Akutklinikken
- 90 % af patienter med faldrisiko, der accepterer besøg, vurderes af faldkonsulent i kommunen
- 90 % af de besøgte får iværksat faldforebyggende tiltag i kommunen

Projektet ønsker samtidig at indhente erfaringer med, hvad der fremmer og hæmmer faldforebyggende tiltag i Akutklinikker og kommuner.

I nedenstående figur 1 er flowdiagram for projektets faldpatienter skitseret.



Rapportens opbygning

Evalueringsrapporten er struktureret således, at kapitel 2 skitserer projektets praktiske gennemførelse inkl. nødvendige justeringer, der er foretaget undervejs. Med udgangspunkt i projektets formål og mål beskrives projektresultaterne i kapitel 3, hvor de effektmål som blev opstillet for projektet vil indgå. I kapitel 4 diskuteres projektets metode og resultater i forhold til eksisterende viden på området. Afslutningsvis peges der på perspektiver for fremtidig organisering og samarbejde omkring den ældre faldtruede patient.

2. Praktisk gennemførelse af udviklingsprojektet

Projektperiode: 15/12 2011 til 15/11 2012

Målgruppe

Målgruppen var 65+årige borgere i de 7 deltagende kommuner. Ældre fra Herlev og Rødovre blev screenet men modtog ikke opfølgingsbesøg.

Inklusionskriterier:

65+årige, der var faldet og henvendte sig til Akutklinikken på Gentofte eller Herlev Hospital. Definitionen på fald er beskrevet på side 3.

Eksklusionskriterier:

Faldpatienter, der er borgere bosat udenfor de syv deltagende kommuner.

Metode

Dataindsamling og screening i Akutklinikker

Indsamling af data blev foretaget ved hjælp af screeningsinterviews⁴, hvor ældre med risiko for fald blev identificeret ved hjælp af de fire spørgsmål udarbejdet af Sundhedsstyrelsen:

Hvis der blev svaret JA til ét eller flere spørgsmål, blev patienten informeret mundtligt og skriftligt om projektet, og spurgt, om han/hun ville deltage. Herunder accept af, at kommunens faldkonsulent blev kontaktet, og oplysninger videregivet (Bilag 1). Patienten kunne til enhver tid trække sig ud af projektet jævnfør etiske retningslinjer for deltagelse i videnskabelige forsøg. Faldpatienter blev screenet i døgnets 24 timer.

Projektkoordinator underviste og superviserede Akutklinikernes personale i screeningsspørgsmålene, indholdet af faldkonsulentens hjemmebesøg samt registreringen af faldpatienter. Screeningskemaet blev udfyldt af sygeplejersken i Akutklinikken, der efterfølgende faxede det til kommunens faldkonsulent. I Akutklinikdatabasen blev alle screenede registreret med køn, alder, kommune og screeningsresultat. Det var indledningsvist besluttet, at projektet kun skulle omhandle de patienter med falddiagnose, som blev hjemsendt direkte fra Akutklinikkerne. Det viste sig dog hurtigt, at det var svært for sygeplejerskerne på Akutklinikkerne at skelne mellem dem som blev hjemsendt (og dermed inkluderet) og dem som skulle indlægges (og dermed ekskluderes). Resultatet blev, at meget få blev screenet. I et forsøg på at hæve andelen af screenede patienter, blev det i februar 2012 besluttet at inkludere begge grupper.

Basal screening og opfølgning i kommuner

Til opfølgning og iværksættelse af interventioner blev hjemmebesøg anvendt. Kommunerne udpegede medarbejdere som fungerede som faldkonsulenter. Alle faldkonsulenter gennemgik et uddannelsesprogram bestående af 2 halve temadage samt studiebesøg i faldklinikker og Akutklinikker. Videre blev der lokalt i kommunen indgået samarbejdsaftaler omkring hvilke henvisningsmuligheder, der forelå til diverse service- og træningstilbud.

⁴ På begge screeningssteder er arbejdsgangen, at sekretæren har det første møde med patienten, hvor oplysninger omkring henvendelsen indsamles. Hvis henvendelsen svarede til inklusionskriterierne blev screeningsarket lagt frem til den behandlende sygeplejerske.

Kommunens faldkonsulent modtog en faxmeddelelse fra Akutklinikken, hvorefter borgeren blev kontaktet. Forud for hjemmebesøget orienterede faldkonsulenten sig i forhold til borgerens tidligere kontakter til kommunen, herunder kontakt til træningsenhed, hjælpemiddelcentral, madordning, hjemme- og hjemmesygepleje eller dagcenter.

Hjemmebesøget bestod af en samtale af ca. én times varighed. Samtalen tog udgangspunkt i en basal screening, som samtidigt fungerede som spørgeguide (Bilag 3), hvor oplysning og overblik over interne og eksterne årsager til faldepisoden indgik. Faldscreeningsværktøjet blev diskuteret og evalueret af faldkonsulenterne inden anvendelse. En del af besøget forsøgte at afdække, hvilke forandringer den ældre var villig til at kaste sig ud i. Der blev udarbejdet en handleplan for og iværksat interventioner med udgangspunkt i borgerens ønsker. Videre blev der indgået skriftlig aftale om, hvordan og hvornår der blev fulgt op. (Bilag 4) Opfølgningen var overvejende telefonisk, en til tre måneder efter hjemmebesøget.

Vurderingen af, hvilke interventioner, der skulle iværksættes, skete ud fra borgerens egenomsorgskapacitet, kognitive- og fysiske ressourcer samt motivation. Afhængig af behovet, blev tiltag iværksat i samarbejde med praktiserende læge, pårørende og kommunens egne medarbejdere inden for visitation, hjemmehjælp, hjemmesygepleje, hjælpemidler, genoptræning, madordning m.m. samt evt. frivillige hjælpere, håndværkere eller andre eksterne samarbejdspartnere. Interventionen hjemmetræning var enkle styrke- og balanceøvelser, som faldkonsulenten instruerede den ældre i, hvorefter denne selv skulle træne dagligt.

Faldkonsulenterne registrerede alle modtagne screeningssedler, hvorvidt faldpatienten var besøgt og begrundelsen, hvis ikke det havde været muligt, oplysninger om de besøgte vedr. fald- og balancerelaterede forhold, hjælpeforanstaltninger fra hjemmeplejen, forhold vedr. livsstil, boligforhold, skrøbelighed, egenomsorgsressourcer og faldkonsulentens handleplaner. Endvidere registreredes BMI⁵, blodtryk og resultatet af test for styrke og koordination i underkroppen – Rejse-Sætte-Sig (RSS). Ved denne test afprøves, hvor mange gange på 30 sekunder en person kan rejse/sætte sig fra en stol uden brug af armene, som holdes over kors på brystet. Testen er en del af Senior Fitness Test. Den er vist valid til gruppen af hjemmeboende ældre (+60). Der er vist en stærk sammenhæng mellem nedsat muskelstyrke og faldrisiko, og det er vist, at personer, der ikke klarer otte oprejsninger er i høj risiko for tab af funktionel mobilitet. Der findes normalområder for alder, for mænd og kvinder.

Formålet med dataindsamlingen var dels at sikre fokus på forhold med betydning for faldtendens og dels at beskrive ældre, faldtruede Akutklinikpatienter i forhold fysisk formåen, skrøbelighed og ressourcer, tilknytning til hjemmeplejen samt behov for faldforebyggende initiativer og patienternes accept og fastholdelse heraf.

Proces og effekt

I Akutklinikkerne er anvendt audit på screeningsprocenten. Det er foregået ved, at der på udvalgt perioder⁶, er sammenholdt skadesedler med screeningssedler med det formål at registrere og optimere screeningsandelen

⁵ Body Mass Index (BMI) er den mest udbredte metode til at beregne eller indikere under- og overvægt hos grupper og individer (sammenhængen mellem højde og vægt). Referenceintervallerne er højere hos 65+ årige end den resterende voksenbefolkning; (undervægtig <24, normalvægtig 24-29 og overvægtig >29) (15).

⁶ Der har i perioden været foretaget audit på patientforløbene og udarbejdet stikprøver af screeningsandelene på dags og ugebasis - i alt 10 uger. Gentofte Akutklinik har haft ca. 20 faldpatienter pr uge og Herlev Akutmodtagelse ca. 50. Stikprøverne har vist en screeningsprocent for Gentoftes vedkommende på 21-79 % og for Herlevs vedkommende på 0-50 %.

af Akutklinikpatienter med falddiagnose. Det har været svært for personalet at fastholde en stabil, høj andel af screenede 65+ årige faldpatienter i Akutklinikkerne. Den samlede, gennemsnitlige screeningsprocent var 23.

Der har fra ledelsens side været lagt vægt på personalets positive tilgang og der har været iværksat flere initiativer for at inddrage og understøtte Akutklinikpersonalets arbejde med screeningen. Personalet på Gentofte Akutklinik har deltaget i udarbejdelse af en lille film om projektet til Regionens temadag om den medicinske patient, afholdt temamøde med faldkonsulenter fra Rudersdal og Gentofte kommuner. Herlev Akutklinik har været udfordret af afdelingsomlægning/flytning samt akkreditering x 2, men efter fremlæggelse af dårlige screeningsresultater blev der gjort ihærdige forsøg på at understøtte flere screeninger. Der har videre været "screeningschokolade" og været afholdt en intern konkurrence om hvem der screener flest. Akutklinikkerne har i projektperioden undergået organisatoriske forandringer, så der nu er en Akutklinik i Gentofte og en Akutmodtagelse i Herlev. Ambulancekørselen og natbetjeningen er i denne forbindelse reduceret på Gentofte, så det nu er Herlev, der modtager patienterne.

Målene blev evalueret midtvejs og ved projektets afslutning.

Projektkoordinator og faldkonsulenter har løbende afholdt projektmøder (ca. hver 2. måned), hvor der blev erfarings- og vidensudvekslet i forhold til faldkonsulentfunktionen, den lokale forankring og de kommunale samarbejds- og henvisningsmuligheder. Disse projektmøder var kendetegnet ved stabilt fremmøde og stort engagement fra gruppedeltagerne. Med hensyn til den lokale forankring kan nævnes, at der i flere kommuner blev afholdt undervisningsforløb af frontpersonale i Hjemmeplejen og Træningsenhed om praksisnære arbejdsmetoder og andre faggruppers tilbud i kommunen. Videre blev der indført et mindre pilotprojekt omkring faldregistrering i en enkelt kommune.

Den kvalitative evaluering af metode og proces blev foretaget ved hjælp af enkelt- og fokusgruppeinterviews. Der blev gennemført 2 fokusgruppeinterview med alle faldkonsulenterne á 45-60 min. varighed, hvor 1 var midtvejs i projektet og 1 var afsluttende. Videre blev der gennemført 2 fokusgruppeinterview med personale fra screeningsstederne; 1 på hver Akutklinik efter screeningsperioden var ophørt. I Akutklinikkerne deltog hvert sted; en sekretær og to sygeplejersker, som alle havde deltaget i projektførelsen.

For at få fokus på patientperspektivet blev der på udvalgte patienter, gennemført 10 enkeltinterviews med det overordnede formål at belyse patientens oplevelse af at deltage i projektførelsen, som skitseret i figur 1. Der blev anvendt semi-struktureret interviewform. Interviewpersonerne er udvalgt af faldkonsulenterne, ud fra kriterier om afsluttet forløb, god hukommelse og henholdsvis gode og dårlige forløb.

Data og databearbejdning

Alle data er løbende registreret i separate databaser for hospital og hver kommune i EpiData 3,1, som afslutningsvis er sammenkørt. Data er i rapporten inddelt i afsnit for Akutklinikkerne og for kommunerne.

I faldkonsulenternes database manglede cpr.nr. på 2 personer, hvorfor disse ikke kunne matches med de relevante screeningssedler fra Akutklinikkerne. Der er derfor en lille unøjagtighed i vurderingen af formidlingen fra Akutklinik til faldkonsulent. Der mangler oplysning om køn og alder på disse to. Data fra Ballerup Kommune indgår ikke i opgørelsen, da faldkonsulenten ophørte sin stilling inden projektets ophør[4]. Ballerup kommune var efterfølgende ikke i stand til at videreføre opgaveløsningen på kvalificeret vis, hvilket gav validitetsmæssige problemer omkring data. I forbindelse med overførsel af data fra Lyngby-Tårnbæk til den samlede database skete der en fejl, således at kun 29 af 70 besøgte blev overført. At der manglede data blev først opdaget efter alle analyser var foretaget og data er ikke efterfølgende indlemmet i databasen. Videre var

oplysningerne vedr. relevansen af faldforebyggende initiativer i Lyngby-Tårnbæk så afvigende, at der måtte være tale om en systematisk fejl, hvorfor Lyngby-Tårnbæk ikke indgår i opgørelsen over interventioner og opfølgning på handleplaner.

Data er analyseret i SPSS. Der er blevet anvendt simple tests som χ^2 test, Kruskal Wallis og Mann Whitney. Kvantitative data er beskrevet med medianværdier frem for gennemsnit. Signifikansniveau er 5 %.

Ud fra svarende i enkelt- og fokusgruppeinterviewene er data blevet transskriberet og analyseret ud fra meningskondensering og tematisering. Fundene præsenteres samlet i resultatkapitlet.

Etik og lovgivning

Alle deltagere modtog skriftligt og mundtligt information og afgav informeret samtykke før deltagelse. Alle kunne til en hver tid udgå af projektet. Indledningsvist var kravene til deltagelse, at patienten i Akutklinikken gav skriftligt tilsagn til at blive kontaktet af faldkonsulenten, men dette krav blev fraveget til fordel for mundtligt tilsagn. Databaserne er anmeldt og opbevaret efter forskrift fra Datatilsynet.

Det blev diskuteret om, det var rimeligt, at de patienter, som afviste at deltage i projektet, skulle registreres i Akutklinikdatabasen. Da data er beskyttet af *Persondataloven* og *Sundhedslovens retningslinjer vedr. anvendelse af personhenførbare oplysninger* og fremstillingen i evalueringsrapporten er gjort anonym blev det vurderet som værende etisk forsvarligt. En anden diskussion, som foregik i gruppen af faldkonsulenter, var selve tilgangen til den ældre borger og dennes liv. Projektet, som søger at indkredse og forebygge særlige risikofyldte patientforløb, har en iboende risiko for at reducere de ældre liv til sygeliggjorte risikopersoner. Her blev det diskuteret, hvordan faldkonsulentens viden om risikofaktorer skulle vægtes i borgerinddragelse, vejledning og anbefalinger omkring interventioner i den ældres liv.

Økonomi

Region H har finansieret projektet. Der var bevilliget midler til aflønning af kommunernes faldkonsulenter, projektkoordinator samt projektets overlæge i forbindelse med bearbejdning af database og rapportskrivning.

3. Resultater

Dette kapitel består af en deskriptiv opgørelse over de inkluderede borgere. Resultaterne fra Akutklinikkerne og besøg i kommunerne beskriver dels Akutklinikkenes indsats, kommunikationen mellem hospital og kommune og ældre Akutklinikpatienter i forhold til

- Gang- og balancerelaterede forhold
- Potentielt modificerbare risikomarkører
- Skrøbelighed og ressourcer
- Grad af selvhjulpethed
- Behov for faldforebyggende initiativer og accept samt fastholdelse heraf
- Hospitalskontakter og død

Efterfølgende præsenteres den kvalitative evaluering, sammenfattet fra enkelt- og fokusgruppeinterviews gennemført på henholdsvis kontaktpersoner i Akutklinikkerne, faldkonsulenterne og udvalgte patienter/borgere. Afslutningsvis diskuteres udvalgte resultater fra de kvantitative og kvalitative analyser.

3.1 Akutklinikkerne

Resultater fra screeningen ses i tabel 1. Resultaterne er opgjort både for det samlede materiale og for de 6 kommuner, som indgår i opgørelsen af faldkonsulenternes dataindsamling.

Der var 28 personer, der havde mere end én faldrelateret kontakt til Akutklinikken, idet 26 personer var blevet screenet ved 2 lejligheder og 2 personer ved 3.

Mere end 70 % af de screenede personer fandtes at være faldtruede og 82 % af disse accepterede tilbuddet om besøg af en faldkonsulent.

Faldtruede var ældre end ikke faldtruede, 84 og 76 år. Der imod sås ingen aldersforskel på faldtruede, der henholdsvis accepterede og ikke accepterede besøg af faldkonsulenten.

Tabel 1. Det screenede antal faldepisoder, antal personer, disses køn og alder, andelen af faldtruede, og andelen heraf, der accepterede besøg af faldkonsulenten.

	Alle 9 kommuner	Ballerup	Herlev/Rødovre	De 6 deltagende kommuner
Hospital H/G	529 / 273			
Antal screenede fald	802	64	105	631
Antal personer	772	62	104	606
Køn M/K	183(24%) / 589			139 (23%) / 467
Alder (median)	83år (65-103)			83år (65-101)
Andel faldtruet	547 (71%)	44 (71%)	76 (73%)	427 (70%)
Alder faldtruet/ikke truet	84år / 77år *			84år / 76år *
Andel accept. besøg		38 (86%)		330 (82%)
Alder accept / ikke accept				84år / 83år **

* p=0,000

** p=0,139

Der har på begge Akutklinikker været foretaget screeninger på personer som ikke indgår i projektet, f.eks. på personer under 65 år eller med bopæl i en kommune udenfor projektets optagekommune. 31 screeningssedler var så mangelfuldt eller misvisende udfyldt, at det ikke kunne afgøres hvorvidt patienten var faldtruet og på 13 af de screeningssedler, hvor patienten var faldtruet, fremgik det ikke hvorvidt der var givet tilsagn om de ønskede besøg. Hovedparten (94 %) var dog udfyldt i en sådan grad, at det fremgik hvorvidt patienten var faldtruet og hvorvidt vedkommende ønskede besøg af faldkonsulent.

I nedenstående tabel 2 er opgjort andelen af screenede, 65+ årige personer, som har henvendt sig til Akutklinikken med faldrelateret skade i forhold til det (estimerede) antal, som var forventet ville pådrage sig alvorlige skader ved et fald⁷. Her fremgår det, at personer fra Herlev, Gentofte og Lyngby-Taarbæk kommune er mere tilbøjelige til at opsøge Akutklinik når et fald har medført skade. Disse kommuner ligger geografisk tæt på en lokal Akutklinik. Dette kunne tyde på, at afstanden til den lokale Akutklinik spiller ind på den ældres vilje til at opsøge behandling der, hvilket da også er vist i tidligere studier (16). Videre skal det bemærkes at medianalderen hos de screenede fra Egedal er signifikant lavere end hos resten af kommunerne (p=0,008). Relativt har der været dobbelt så mange screeninger på personer fra Herlev som fra Egedal⁸. En del faldulykker hos de 65+ årige må således forventes, at være blevet behandlet i andet regi (f.eks. hos praktiserende læge, hjemmeplejen eller af pårørende).

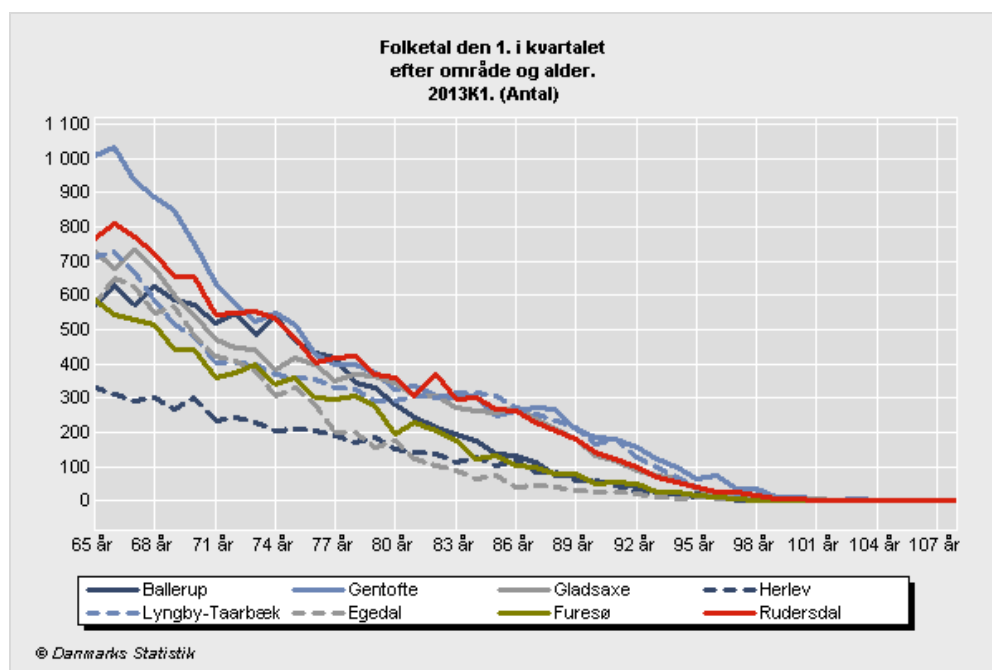
⁷ Det estimerede tal er udregnet ud fra antagelsen om af 1/3 del af alle 65+ årige falder årligt og deraf vil 20 % komme alvorligt til skade ved faldet.

⁸ Forskellen i afstand fra Ølstykke (Egedal) og Herlev til skadestuen på Herlev hospital er ca. 25 km.

Tabel 2. Opgørelse over antal faldscreenede og estimerede antal faldtruede fordelt på antal +65 årige i Planområde Midts optagekommuner

Kommune	65+ årige (2011 tal)	Antal screenede personer	% screenede personer ift antal estimerede 65+ borgere med faldulykker	Estimeret antal +65 årige som kunne have opsøgt lokal skade-stue ifm faldulykke	1.	2.
Gentofte	12874	197	23	850	84	75
Lyngby-Taarbæk	10148	150	22	670	83	76
Rudersdal	11422	99	13	754	83	75
Gladsaxe	10520	76	11	694	84	75
Ballerup	9115	64	10	602	83	74
Egedal	6325	32	8	417	78	72
Furesø	7168	52	11	473	81	74
Herlev	4859	52	16	321	81	75
Rødovre	6799	53	12	449	83	75

1. Medianalder for screenede personer
2. Gennemsnitsalder for gruppen af 65-105 år (Danmarks statistik)



Tabel 3. Auditopgørelse på andel screenede faldpatienter i Akutklinikkerne

Akutklinik	Uge									
	3	4	8	10	11	13	15	22	38	43
Gentofte	31 %	40 %	29 %	43 %	79 %	48 %	37 %	31 %	10 %	21 %
Herlev	3 %	0 %	3 %	0 %	7 %	50 %	30 %	18 %	8 %	24 %

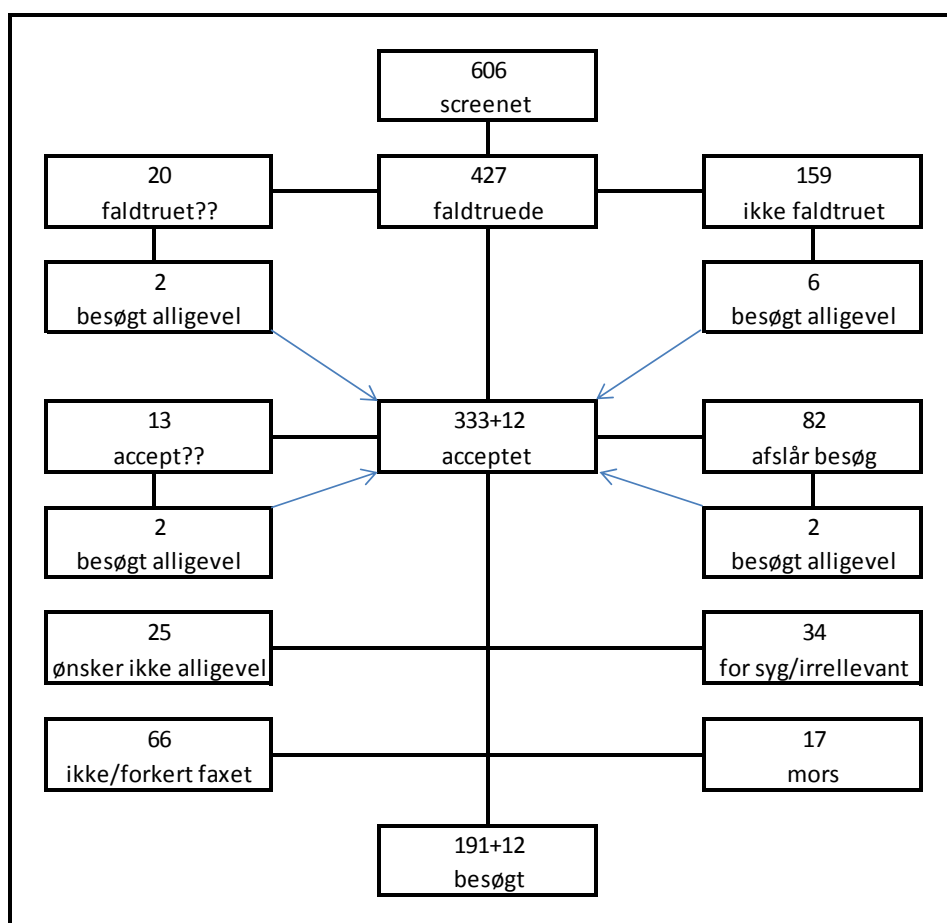
Effekt mål	Resultat
90% af patienter med falddiagnose er screenet i Akutklinikken	23 %

3.2 Fra Akutklinik til 6 kommuner

De 330 faldtruede, som accepterede faldkonsulentbesøg, havde haft i alt 350 besøg på Akutklinikkerne. Af disse blev de 269 (77 %) faldepisoder faxet korrekt til faldkonsulenten, mens faldkonsulenten ikke blev informeret i 72 (21 %) af tilfældene. 9 personer, der var screenet som værende ikke faldtruede, blev alligevel faxet og 6 af dem besøgt. Af disse havde 4 ifølge oplysninger ved faldkonsulentbesøget haft mellem 2 og 12 faldepisoder indenfor det sidste halve år, og på den baggrund kan man mistænke fejlagtig afkrydsning på screeningsarket.

3.3 Faldkonsulenternes besøg

I nedenstående Figur 2 ses flowdiagram over de 606 der er screenet fra de 6 kommuner.



2 personer uden CPR nummer blev også besøgt, men indgår ikke i figur 2, da de ikke kunne kobles til et besøg i Akutklinikken. På grund af ufuldstændigt udfyldte og forkert faxede screeningsark kunne effektmålet vedrørende andelen af faldtruede ældre der blev set af faldkonsulenten ikke udregnes nøjagtigt. I alt 347 personer havde accepteret besøg og 205 blev besøgt svarende til en tillempet målopfyldelse på 59 %.

Effektmål	Resultat
90% af patienter med faldrisiko, der accepterer besøg, vurderes af faldkonsulent i kommunen	59 %

De 205 besøgte fordeler sig på de 6 kommuner på følgende måde:

Tabel 4. Antal besøgte, køn og alder i de 6 kommuner

Antal besøgte i kommunerne							
	Gentofte	Lyngby-Tårnbæk	Rudersdal	Gladsaxe	Egedal	Furesø	N
Besøgt	74	29	28	32	10	32	205
Køn M/K	14 / 58	7 / 22	7 / 21	4 / 28	4 / 6	1 / 31	37 / 166
Alder	84,5	87	85	83	80,5	81,5	84

82% af de besøgte var kvinder. Medianalderen for dem, der var besøgt var 84 år. Der var tendens til at dem der var døde (median 91 år) eller for syge til besøg (median 87 år) var ældre, dog ikke signifikant.

Der er stor forskel på tidspunkt for hjemmebesøget i forhold til hvornår den enkelte faldt (0-192 dage). Den mediane tidsperiode mellem Akutklinikhenvendelse og det faldforebyggende hjemmebesøg er 16 dage og 70 % er besøgt indenfor 4 uger. Årsager til disse udsving tilskrives indlæggelse og genindlæggelse, efterfølgende (indlagte) genoptræningsforløb, kontaktproblemer (svarer ikke telefonen eller kontaktoplysninger ikke korrekte) eller ventetid hos faldkonsulenten.

Beskrivelse af de besøgte

Fordelingen i de enkelte variable i faldkonsulenternes database fremgår af bilag 4.

Fald.

Godt halvdelen af alle fald blev beskrevet som hændelige uheld og 46 % var generet af svimmelhed. Hyppigheden af svimmelhed var særlig høj hos personer med mulige synkoper, hvor 2 ud af 3 var svimle, i modsætning til ældre, der faldt pga. hændelige uheld, hvor det kun var knapt hver tredje ($p=0,004$)

Muskelstyrke, BMI og utilsigtet vægttab

RSS var under gennemsnittet for alderen hos 143 (73 %) og var hos 128 af disse - svarende til 2 ud af 3 af de besøgte, så dårlig at personen var i risiko for tab af den funktionelle mobilitet. Kun hos 47 (24 %) var RSS i normalområdet for alderen og i 6 tilfælde over.

Normværdierne for RSS er baseret på raske ældre i forskellige aldersgrupper og er således korrigeret for alder. Hos de besøgte er der selv hos yngre høj hyppighed af personer med svært nedsat RSS. Denne hyppighed stiger i de 2 ældste aldersgrupper i forhold til de 65-84 årige ($p=0,03$), som udtryk for at andelen af raske i disse grupper er meget lav.

Tabel 5. Risiko for tab af den funktionelle mobilitet målt ved Rejse-sætte-sig test (RSS) i forskellige aldersklasser.

	65-79 år	80-84 år	85-89 år	90+ år	N
RSS ikke i risiko	22	22	15	9	68
RSS risiko for tab af mobil	33 (60 %)	31 (59 %)	31 (67 %)	33 (79 %)	128
N	55	53	46	42	196

Hver 5 patient var undervægtig med BMI på under 21 og 56% havde BMI under 24, der hos 65+årige anses for nederste grænse for normalvægt. Kun 11 (7 %) var overvægtige med BMI>30. Der sås ingen sammenhæng mellem BMI og alder.

Der var en ikke signifikant tendens til stigende hyppighed af nedsat muskelstyrke med tiltagende BMI

Tabel 6. Risiko for tab af den funktionelle mobilitet målt ved rejse-sætte-sig test (RSS) hos under-, normal- og overvægtige vurderet ud fra Body Mass Index(BMI)

BMI	Undervægt		Normalvægt	Overvægt	N
	<21	21-23,99	24-29,99	30+	
RSS ikke i risiko	20	26	19	3	68
RSS i risiko for tab	23 (53%)	40 (61%)	57 (75%)	8 (91%)	128
N	43	66	76	11	196

(p=0,08)

Hver fjerde, 49 personer, havde haft et utilsigtet væggtab inden for det sidste år og i 26 tilfælde var det angivet til at være 5 kg eller mere. Især de undervægtige havde tabt sig. Mere end hver tredje med BMI under 24 havde inden for det sidste år haft et utilsigtet væggtab, og jo højere vægtklasse des færre med utilsigtet væggtab.

Tabel 7. Utilsigtet væggtab hos under-, normal- og overvægtige vurderet udfra Body Mass Index(BMI)

BMI	Undervægt		Normalvægt	Overvægt	N
	<21	21-23,99	24-29,99	30+	
Ja	24 (57%)	14 (21%)	9 (12%)	1 (9%)	48
Nej	18	53	68	10	149
N	42	67	77	11	197

P=0,000

Gangredskab.

Kun 35 (17 %) brugte hverken gangredskab inde eller ude. 30 (14 %) brugte altid gangredskab ude, men klarede sig uden indendørs, mens 83 (40 %) altid brugte gangredskab (stok eller rollator) både inden- og udendørs, øvrige brugte af og til et gangredskab. Personer, der brugte gangredskab indendørs var ældre, end dem der klarede sig uden, 85 år mod 81 (p=0,000)

Kun 9% af dem, der brugte rollator indendørs havde normal muskelstyrke (RSS) mod 58% af dem der ikke gjorde og 29 % af dem, der af og til brugte rollator indenfor (p=0,000). Samme tendens sås vedr behov for gangredskab på gaden, men mindre udtalt (p=0,01)

Sociale forhold og ydelser fra hjemmeplejen.

Hovedparten 149 (73 %) boede alene og 31 (20 %) af disse havde ikke noget netværk til støtte. Der var ingen forskel i alder for enligboende (84 år) og samboende (83 år) p=0,27

40 (20 %) personer fik slet ingen ydelser fra hjemmeplejen, 39 (19 %) fik udelukkende praktisk hjælp til rengøring, 52 (36 %) fik anden hjælp end personlig pleje, 74 (35 %) fik både personlig og praktisk hjælp. I alt 50 personer (24 %) modtog samtlige ydelser: praktisk, personlig, bad, medicindosering og hjælp til ernæring og væske. Personer, der ikke fik hjælp var yngst (median 79 år), personer der fik hjælp til kun rengøring var 82 år og ældre, der modtog hjælp til personlig pleje var 87,5 år

Tabel 8. Antal ydelser fra hjemmeplejen i forskellige aldersgrupper

	65-79 år	80-84 år	85-89 år	90+ år	N
Ingen ydelser	20 (36%)	11 (21%)	8 (16%)	1 (2%)	40
1-2 ydelser	19	25	14	13	71
3-5 ydelser	16 (29%)	17 (32%)	28 (56%)	31 (69%)	92
N	55	53	50	45	203

P=0,000

Frailty Index og patientens ressourcer

Ud fra definitionen for frailty blev 81 (41 %) kategoriseret som skrøbelige og 36 (18%) som robuste. Faldkonsulenterne fandt at 68 (33 %) var ressourcesvage og havde brug for hjælp til iværksættelse af interventioner og 44 (22 %) var ressourcestærke.

Tabel 9. Skrøbelighed vurderet ved Frailty Index i forskellige aldersgrupper

	65-79 år	80-84 år	85-89 år	90+ år	N
Robust	14 (25%)	15 (28%)	5 (11%)	2 (5%)	36
Pre-frail	20	22	23	18	83
Frail	21 (38%)	16 (30%)	19 (40%)	23 (53%)	79
N	55	53	47	43	202

P=0,002

Tabel 10. Patienternes egenomsorgsressourcer i forskellige aldersgrupper

	65-79 år	80-84 år	85-89 år	90+ år	N
Ressourcestærk	20 (36%)	11 (21%)	8 (16%)	5 (11%)	44
Brug for lidt hjælp	26	26	22	18	92
Ressourcesvag	9 (16%)	16 (30%)	19 (39%)	22 (49%)	66
N	55	53	49	45	202

P=0,007

Faldkonsulenterne vurderede i de fleste tilfælde at ældre, der ifølge Frailty Index blev kategoriseret som skrøbelige, havde få egenomsorgsressourcer og at robuste havde gode. I næsten halvdelen af tilfældene faldt faldkonsulentens vurdering dog over eller under den "tilsvarende" gruppe i Index, som udtryk for at den sundhedsfaglige vurdering af egenomsorgskapacitet ikke måler det samme som det primært fysiske Frailty Index.

Tabel 11. Faldkonsulenternes vurdering af egenomsorgsressourcer i forhold til skrøbelighed vurderet ved Frailty Index

	Robust	Pre-frail	Frail	N
Ressourcestærk	22	18	4	44
Brug for lidt hjælp	11	47	34	92
Ressourcesvag	3	18	43	64
N	36	83	81	200

p=0,000

Relationer mellem skrøbelighed, ressourcer, hjælp fra hjemmeplejen og potentielt modificerbare risikomarkører.

Der var signifikant sammenhæng mellem både antallet og arten af ydelser fra hjemmeplejen i forhold til skrøbelighed og ressourcer.

Tabel 12. Ydet hjælp fra hjemmeplejen i forhold til skrøbelighed målt ved Frailty Index

	Ingen hjælp	Kun rengøring	Anden praktisk hjælp	Personlig/anden hjælp	N
Robust	21 (53%)	5 (13%)	5 (10%)	5 (7%)	36
Pre-frail	17	19	28	19	83
Frail	2 (5%)	15 (39%)	18 (35%)	46(66%)	81
N	40	39	51	70	200

P=0,000

Tabel 13. Hjælp fra hjemmeplejen i relation til faldkonsulentens vurdering af egenomsorgsressourcer

	Ingen hjælp	Kun rengøring	Anden praktisk hjælp	Personlig/anden hjælp	N
Ressourcestærk	24 (60%)	11 (28%)	5 (10%)	4 (5%)	44
Brug for lidt hjælp	16	26	31	19	92
Ressourcesvag	0	2 (5%)	15 (29%)	51 (69%)	68
N	40	39	51	74	204

P=0,000

Der var ikke signifikant sammenhæng mellem ydelser og utilsigtet væggtab, men dog tendens til at ældre med væggtab oftere havde hjælp fra hjemmeplejen til mad og drikke 24 (49 %) end personer uden væggtab 54 (35%), p=0,08 og at de oftere modtog mere hjælp fra hjemmeplejen. Der sås ingen sammenhæng mellem utilsigtet væggtab og det at bo alene.

Tabel 14. Utilsigtet væggtab i relation til hjælp fra hjemmeplejen

	Ingen hjælp	Kun rengøring	Anden praktisk hjælp	Personlig/anden hjælp	N
Utilsigtet væggtab	5 (13%)	10 (26%)	10 (20%)	24 (32%)	49
Intet væggtab	35	29	40	50	154
N	40	39	50	74	203

P=0,10

Ældre, der havde behov for gangredskab indendørs havde også oftere praktisk og personlig hjælp samt hjælp til bad, mad og drikke (p=0,000). Der sås både sammenhæng mellem brug af gangredskab og muskelstyrke målt ved RSS og arten af hjælp der ydedes af hjemmeplejen. 14 ud af 20 (70%) af dem, der klarede sig uden hjælp og gangredskab havde muskelstyrke over risikogrænsen i forhold til de 39 personer med behov for

gangredskab både inden og udendørs og som modtog hjælp til personlig pleje, hvor alle var i risiko for at miste den funktionelle mobilitet (tabel 15).

Tabel 15. Sammenhængen mellem risiko for tab af den funktionelle mobilitet målt ved Rejse-sætte-sig test (RSS) og brug af gangredskab i forhold til ydet hjælp fra hjemmeplejen. Eksklusive personer, der ikke kommer selvstændigt på gaden.

Type hjælp i hjemmet		Hverken inden eller udendørs	Enten inden eller udendørs	Både inden og udendørs	N	p
Ingen Hjælp	RSS ikke i risiko	14	8	3	25	
	RSS i risiko	6 (30%)	5 (39%)	3 (50%)	14 (36%)	
		20	13	6	39	0,65
Kun hjælp til rengøring	RSS ikke i risiko	4	9	4	17	
	RSS i risiko	0 (0%)	5 (36%)	15 (79%)	20 (54%)	
		4	14	19	37	0,003
Praktisk/anden Hjælp	RSS ikke i risiko	5	6	7	18	
	RSS i risiko	3 (38%)	6 (50%)	22 (76%)	31 (63%)	
		8	12	29	49	0,08
Personlig/anden Hjælp	RSS ikke i risiko	2	3	0	5	
	RSS i risiko	1 (33%)	8 (73%)	39 (100%)	48 (91%)	
		3	11	39	53	0,000
Total	RSS ikke i risiko	25	26	14	65	
	RSS i risiko	10 (29%)	24 (48%)	79 (85%)	113 (64%)	
N		35	50	93	178	0,000

Interventioner

Faldkonsulenternes vurdering af relevante interventioner

Af de 176 besøgte (eksklusiv Lyngby-Tårnbæk) var der 10 personer, hvor der ikke blev fundet indikation for iværksættelse af nogen interventioner. Af disse boede de 6 på plejehjem, 1 havde netop været på genoptræningsophold og 1 havde en rask ægtefælle. Det mediane antal relevante interventioner ud af de 13 mulige kategorier var 4. Hos 26 (15 %) personer var der behov for mere end 8 interventioner og hos 4 blev fundet behov for alle 13 interventionsmuligheder. Der var ingen sammenhæng mellem antal relevante interventioner og hverken alder eller skrøbelighed. Derimod var der sammenhæng med den i forvejen givne hjælp. Der blev fundet flest relevante interventioner hos ældre, der kun havde hjælp til rengøring som det ses af nedenstående.

Tabel 16. Antal relevante interventioner i forhold til den ældres eksisterende hjælp

	Ingen hjælp	Kun rengøring	Anden praktisk hjælp	Personlig/anden hjælp
Median	4	5	4	3
Min-max	1-13	0-13	0-13	0-10
N	35	31	45	63

P=0,002

De ældres accept af de tilbudte interventioner

Af de 166, hvor der var fundet behov for relevante interventioner, accepterede 158 én eller flere af de foreslåede tiltag..

Effektmål	Resultat
90% af de besøgte har fået iværksat faldforebyggende tiltag i kommunen	90%

Af de 158 accepterede 114 (69 %) mere end 3/4 af de foreslåede interventioner, og 83 af disse accepteredes samtlige. Modsat afslog 8 (5 %) personer samtlige de foreslåede interventioner. Hos 1 af disse var der fundet behov for interventioner inden for alle 13 kategorier.

I forhold til at afslå interventioner sås hverken sammenhæng med alder, mængden eller arten af i forvejen ydet hjælp fra hjemmeplejen og heller ikke med skrøbelighed eller ressourcer.

Graden af accept var størst hos ikke demente, hvor 75 % accepterede mere end 3/4 del af de foreslåede interventioner mod 59% hos personer, hvor der mistænkes hukommelsesproblemer ($p=0,03$). Der sås ingen sammenhæng mellem dagligt alkoholindtag og acceptgraden.

Træning og utilsigtet væggtab

I 78 (44%) tilfælde fandt faldkonsulenten ikke at henvisning til træning uden for hjemmet var relevant. Af de 97 tilfælde, hvor det fandtes relevant accepterede kun 54 (56 %). Hos de ældste accepterede mindre end hver femte. Med hensyn til hjemmetræning fandtes dette kun i 41 (23 %) tilfælde ikke at være relevant. Der var større acceptgrad af hjemmetræning end henvisning til træning uden for hjemmet, 113 af 134 (89 %).

Både ressourcer og graden af hjælp fra hjemmeplejen havde betydning for accept af henvisning til træning uden for hjemmet, således at jo mere hjælp og jo færre ressourcer des færre accepterer og des færre findes tilbuddet relevant for.

Tabel 17. Andel, der accepterer henvisning til træning i kommunen, i forhold til alder

	65-79	80-84	85-89	90+	N
Accepterer	18 (67 %)	13 (48 %)	17 (74 %)	6 (19 %)	54
Afslår tilbud	9	14	6	13	42
N	27	27	23	19	96

$P=0,02$

Med hensyn til træning i hjemmet accepterede 27 af 29 robuste (98 %), mod kun 38 (73 %) af 52 skrøbelige, ($p= 0,02$), mens alderen ikke havde betydning.

Af 42 personer med utilsigtet væggtab blev ernæringsintervention fundet relevant i 37 (88 %) tilfælde. Af disse accepterede 26 mens 11 (30 %) afslog. 53 % af de ældre med utilsigtet væggtab havde haft hjælp til væske og ernæring fra hjemmeplejen, men tabt sig alligevel.

Faldkonsulentens sundhedsfaglige baggrund

Faldkonsulenternes sundhedsfaglige baggrund var forskellige, i 2 kommuner var de fysioterapeuter, og i 3 øvrige sygeplejersker⁹. Der viste sig forskelle mellem sygeplejersker og fysioterapeuter i forhold til vurderingen af om en intervention var relevant. Sygeplejersker fandt henvisning til læge relevant i 65% af tilfældene, fysioterapeuter kun i 29% ($p=0,000$). Hvor sygeplejersker fandt praktisk og personlig hjælp, andre hjælpemidler relevant i henholdsvis 26%, 21% og 24% , fandt fysioterapeuterne det kun relevant i 5%, $p=0,001$, 4% ($p=0,002$) og 11% ($p=0,04$). Der var også forskel på hvor hyppigt fysioterapeuter fandt hjemmetræning relevant 64%, men sygeplejerskerne fandt det relevant hos 84% ($p=0,002$). Der blev ikke fundet forskel i forhold træning på hold.

I forhold til utilsigtet væggtab og dermed risiko for sarkopeni er der forskel på hvor ofte fysioterapeuter og sygeplejersker fandt hjemmetræning relevant. Hos ældre med utilsigtet væggtab fandt sygeplejersker i 86% af tilfældene hjemmetræning relevant, mens hjemmetræning kun blev fundet relevant i 43% af tilfældene i de

⁹ I Lyngby-Tårnbæk kommune var faldkonsulenten ergoterapeut, men data indgik ikke i interventionsopfølgelsen

kommuner hvor faldkonsulent var fysioterapeut ($p=0,003$). Hos ældre uden utilsigtet væggtab var der ingen forskel på faggrupperne med hensyn til hvor hyppigt hjemmetræning blev fundet relevant.

Opfølgning på handleplanerne

Af de 176 besøgte blev 156 inden for 3 måneder telefonisk kontaktede med henblik på at følge op på aftalte interventioner; desuden blev 12 genbesøgt selv om der ikke var aftalt interventioner på første møde. 4 personer blev ikke fulgt op, enten fordi der ikke var aftalt interventioner eller fordi patienten ikke havde ønsket det. Der var 2 personer, der var planlagt genbesøgt, men var døde før det kunne finde sted. Derudover var 3 andre uden aftalte handleplaner døde.

Hos 156 personer, som havde accepteret en eller flere interventioner var disse fulgt hos hovedparten. 121 personer (77 %) gennemførte samtlige aftalte interventioner, også selv om der var tale om mange, op til 12. I 28 (18 %) tilfælde var 1 intervention ikke gennemført (og i 7 af disse tilfælde var det den eneste aftalte intervention). Hos 1 person blev 3 ud af 4 aftaler ikke efterlevet. Der var ikke signifikant sammenhæng mellem alder, mængden eller arten af hjælp fra hjemmeplejen, muskelstyrke (RSS) og i hvilken grad aftalte interventioner blev gennemført. Heller ikke hverken graden af skrøbelighed eller egenomsorgskapaciteten havde betydning.

I alt var aftalt 408 interventioner og af disse blev 45 (11 %) ikke gennemført. Den hyppigst ikke gennemførte intervention var hjemmetræning, hvor 16 (19 %) af 86 ikke gennemførte.

Tabel 18. Andelen, der gennemførte alle aftalte interventioner i forhold til skrøbelighed og til egenomsorgsressourcer

	gennemført alle (%)		gennemført alle (%)
Robust	24 (20 %)	ressourcestærk	26 (21 %)
Pre-frail	49 (40 %)	brug for lidt hjælp	55 (45 %)
Frail	49 (40 %)	ressourcesvag	42 (34 %)
	$p=0,48$		$p=0,98$

Derimod var der klar sammenhæng mellem utilsigtet væggtab og ikke gennemførte aftaler, hvor 39 % med utilsigtet væggtab ikke gennemførte en eller flere aftaler mod 14% uden væggtab.

Tabel 19. Andelen der gennemførte alle aftaler i forhold til utilsigtet væggtab

	Utilsigtet væggtab	Intet væggtab	N
Alt gennemført	25 (61 %)	94 (83 %)	119
En/flere ikke gennemført	16 (39%)	19 (17%)	35
N	41	113	154

$p=0,004$

I forhold til forskelle i sundhedsfaglig baggrund i relation til vurdering af relevans af interventioner blev hjemmetræning ikke så hyppigt fundet relevant i de kommuner, hvor faldkonsulenterne var fysioterapeuter. Til gengæld sås der i forhold til gennemførelsen af hjemmetræningen at kun i 1 (3 %) ud af 30 tilfælde af hjemmetræning, som var aftalt af fysioterapeuterne, ikke blev gennemført i modsætning til 15 (21%) af 72 tilfælde aftalt af sygeplejerskerne ($p=0,02$)

3.4 Hospitalskontakter og død

Der er indhentet oplysninger om henvendelse til Akutklinik, indlæggelser og død fra projektstart 15. december 2011 til 15. marts 2013. Observationsperioden går fra primær henvendelse i Akutklinikken til 15. marts 2013 eller i tilfælde af mors dødsdatoen. Medianlængden af observationsperioden var 261 dage, den længste 456,

den korteste 0 dage. I alt 88 var døde i perioden. Det drejer sig om hospitalskontakter uanset årsag, ikke kun faldrelaterede. Data vedrører de 585 personer fra de 6 kommuner, hvor screeningssedlen var udfyldt i en sådan grad at det kunne afgøres hvorvidt personen var faldtruet eller ej.

Der forekom i perioden 327 (1-8) nye henvendelser på Akutklinikkerne hos 206 personer og 470 indlæggelser (1-14) hos 230 personer. Der blev forbrugt i alt 3032 sengedage, den gennemsnitlige indlæggelseslængde var 13,2 dage (1-85). Der var kun 277 (47 %) af deltagerne, der hverken havde været indlagt eller haft nye henvendelser på Akutklinikken.

Tabel 20. Indlæggelser og yderligere henvendelser på Akutklinikken ud over den primære henvendelse

	Nye besøg på Akutklinikken	Indlæggelser
Ingen	379	355
1	137	118
2	44	53
3	17	30
4+	8	29

Hospitalskontakter, død og faldtruethed

Der sås signifikant forskel på faldtruede og ikke faldtruede både med hensyn til død og hospitalskontakter. 19 % af de faldtruede var døde i perioden, mod kun 3 % af de ikke faldtruede. I forhold til den primære henvendelse til akutklinikken døde 10 % indenfor de første 11 dage, 20 % inden for de første 26 dage og 30 % inden for 2 måneder.

Tabel 21. Døde blandt faldtruede og ikke faldtruede

	Faldtruet	Ikke faldtruet	total
Død	83 (19%)	5 (3%)	88
Ikke død	344 (81%)	153 (97%)	497
N	427	158	585

p=0,000

Der var signifikant flere indlæggelser i gruppen af faldtruede i forhold til ikke faldtruede. 42 blev indlagt i forbindelse med den primære henvendelse i Akutklinikken. Yderligere 28 blev indlagt i den første uge efter den primære henvendelse. Også antallet af indlæggelsesdage var højere i gruppen af faldtruede, 8 i forhold til 5 dage hos ikke faldtruede (p=0,007).

Tabel 22. Indlæggelser hos faldtruede og ikke faldtruede

	Faldtruet	Ikke faldtruet	total
Ikke indlagt	233 (55%)	122 (77%)	355
1 indlæggelse	95 (22%)	23 (15%)	118
2 indlæggelse	44 (10%)	9 (6%)	53
3+ indlæggelser	55 (13%)	4 (3%)	59
N	427	158	585

p=0,000

Også antallet af nye henvendelser i Akutklinikken var signifikant højere hos faldtruede. I forhold til hvor lang tid, der gik efter en henvendelse i Akutklinikken til en ny henvendelse fandt sted, sås det, at påfaldende mange nye henvendelser fandt sted relativ kort tid efter. Ved opslag i den elektroniske journal (OPUS) sås, at nogle henvendelser skyldes nye fald eller problemer med at klare sig, men de fleste nye henvendelser kort efter skyldtes gibsgener eller smerter.

Tabel 23. Nye besøg i Akutklinikken hos faldtruede og ikke faldtruede

	Faldtruet	Ikke faldtruet	Total
Ingen besøg	264 (62%)	115 (73%)	379
1 besøg	109 (26%)	28 (18%)	137
2+ besøg	54 (13%)	15 (10%)	69
N	427	158	585

p= 0,047

Tabel 24. Længden af perioden fra primære henvendelse i Akutklinikken til ny henvendelse i forhold til hvor stor en andel perioden udgør af den længste periode (341 dage). For faldtruede med mere end 1 yderligere besøg (163 personer)

	Antal dage fra primære besøg til 1. nye henvendelse
9%	3
15%	7
25%	18
50%	69
75%	151
100%	341

Tabel 25. Længden af perioden fra første yderligere henvendelse i Akutklinikken til 2. ny henvendelse i forhold til hvor stor en andel perioden udgør af den længste periode (295 dage). For faldtruede med mere end 2 yderligere besøg (54 personer)

	Antal dage fra 1. nye Besøg til 2. nye henvendelse
9%	2
15%	6
25%	12
50%	48
75%	106
100%	295

3.5 Semistrukturerede interview – Akutklinikpersonale, faldtruede ældre samt faldkonsulenter.

Præsentation af interviewfundene er bygget op omkring Akutklinikernes indsats, kommunikationen mellem hospital og primærsektor samt implementeringen af de faldforebyggende tiltag hos de ældre faldtruede i forhold til projektets formål. Se afsnittet om proces og effekt s. 9 for nærmere beskrivelse interview- og analysemetode samt informanter. Medianalderen var 83 år (76-90 år), hvoraf de 7 var kvinder og 3 mænd. Alle er interviewede i eget hjem.

Implementering af screeningsspørgsmål i Akutklinikkerne

Implementering af faldrisikoscreening i arbejdsgangen på begge Akutklinikker har været udfordret gennem hele forsøgsperioden, trods flere tiltag¹⁰ for at højne andelen af screenede. Det har generelt været sværere på Herlev end Gentoftes Akutklinik at få risikoscreenet faldpatienterne, som ud over at være større også har flyttet lokaler undervejs og nu modtager alle patienterne fra ambulancekørslen. Der er ud fra fokusgruppeinterviewene fundet tre temaer, som har haft betydning i forhold til Akutklinikpersonalets oplevelser og overvejelser omkring at deltage i udviklingsprojektet.

For det første var rolle- og ansvarsfordelingen for arbejdsgangen omkring faldscreeningen lidt uklar på de to Akutklinikker. For selvhenvendte borgere var det på begge Akutklinikker sekretæren som modtog, registrerede og forberedte papirerne til personalet, som så faldpatienten. For ambulancepatienter (Herlev) meldes patienten telefonisk og kører direkte i Akutmodtagelsen – uden at sekretæren selv snakker med patienten, hvilket betød at screeningskemaet ikke var lagt frem til sygeplejersken. Der er generel enighed blandt personalet i Akutklinikkerne om, at sekretærene er gode til at lægge skemaet frem når de er i kontakt med patienten. Det er i mødet mellem faldpatienten og sygeplejersken udfordringen har ligget. På Gentofte bliver patienten set enten af en læge eller en sygeplejerske (og af og til begge), på Herlev bliver patienten altid indledningsvist set af en sygeplejerske. Det har på Gentofte Akutklinik betydet, at når faldpatienten kun blev tilset af en læge blev vedkommende konsekvent ikke faldscreenet, da lægerne ikke var orienteret omkring proceduren. På Herlev har der videre været en tendens til først at informere om projektet og spørge patienterne om de ville deltage, og kun hvis de accepterede blev de risikoscreenet.

For det andet blev patienternes alder (i begge ender af den screenede aldersgruppe) fremhævet som en udfordring for sygeplejerskerne. Flere sygeplejersker beskrev en stor del af patienterne som (mentalt) svækkede under deres besøg i Akutklinikken, og det opleves svært (og tidskrævende) for sygeplejersken at indhente valide svar på de fire spørgsmål samt formidle overfor patienten, hvad projektet og hjemmebesøget går ud på. I den ene akutklinik vendes der i interviewet flere gange tilbage til diskussioner i personalegruppen omkring det meningsløse i, at alle friske 65-70 årige skulle screenes; *”det er måske at sygeliggøre raske eller gøre dem ældre end de er?”*.

Til sidst må personalets tilgang og opbakning til projektet på begge Akutklinikker fremhæves som medvirkende årsag til den svingende succes med implementeringen af screeningen. Projektets screeningsperiode på næsten et år nævnes som meget lang; *”I starten var det nyt og spændende, men når man har fået nej rigtigt mange gange og screeningstallene forblev dårlige så... ja, der har helt klar manglet noget gejst omkring det her projekt”*. Tiltagene med ”screeningschokolade” til personalet blev oplevet som en

¹⁰ Det har været et tilbagevendende tema i personalemøder, og der var, af flere omgange, indkøbt dåser med ”screeningschokolade” samt udlovede biografbilletter til den sygeplejerske, som screenede flest patienter.

positiv tilkendegivelse af personalets indsats. Selv om der er mange positive tilkendegivelser fra personalet i Akutklinikkerne påpeges det, at det ikke er et projekt som er udviklet i Akutklinikken – personalet kan ikke helt se fordelene i den ekstra indsats *"det er helt klart presset ned ovenfra – som endnu en ekstra arbejdsopgave, dem er der mange af"* og *"det er ikke de fire spørgsmål som tager ret lang tid, men vi har fokus på det akutte, måske opleves det ikke som vigtigt...? Generelt er vi ikke sløsedede i vores arbejde. For et eksempel spørgsmålet om folk har fået deres stivkramppevaccination, den udfylder vi næsten altid 100 %"*. Med mindre, at patienten oplyser, at denne er blevet akut dårlig (f.eks. svimmel) forud for sit fald, er der en tendens til at betragte faldulykken, som et (hændeligt) uheld snarere end et udslag af sygdom eller begyndende svækkelse; *"Hvorfor er det alle der skal screenes, han er jo bare faldet, han er jo ikke syg"*. En anden oplevelse af projektet skal findes hos en sygeplejerske, som beskriver, at risikovurderingen og indsatsen for de meget gamle er lidt nyttesløs; *"hvordan er der ikke sat ind tidligere – altså ude i kommunen – inden de er så gamle og ikke kan samarbejde om at nedsætte risikoen?"*. Personalets rutiner og fokus er centreret omkring et "akut paradigme", hvor faldforebyggelse nok er en god idé men ikke tildes prioritet. Der er på begge Akutklinikker ikke tradition for forebyggelse af fald gennem systematisk risikovurdering. Der var ingen bemærkninger til screeningskemaets udformning eller anvendelse, men det foreslås, at spørgsmålene nemt kunne indgå i KISO (den indledende sygeplejevurdering), hvis det implementeres permanent.

Lig Akutkliniksygeplejerskernes erfaringer, kan de fleste ældre interviewede ikke huske omstændighederne omkring, hvordan de blev inkluderet i projektet eller hvilken information de gav/modtog. Hvis besøget i Akutklinikken endte med indlæggelse var det karakteristisk, at de ikke kunne redegøre for handlingsforløbet på de forskellige afdelinger eller hvem der iværksatte kontakt til kommunen. De interviewede ældre var dog generelt positive overfor spørgsmål og initiativer, der omhandler deres helbred, hvis de selv eller pårørende kunne se meningen med det *"Jeg synes det er meget I gør ud af det... det er virkelig fint"* og *"Jeg kom med i projektet fordi min datter og svigersøn sagde jeg skulle"*. Flere fejler forskellige sygdomme og har gode erfaringer med at deltage i andre sundheds- eller forebyggelsesprojekter; *"Jeg er vant til at nogen spørger ind til mit helbred... er kun glad for at blive kontrolleret"*.

Vejledning om hjemmebesøg og kommunikation med kommunerne

I forhold til at motivere til det forebyggende hjemmebesøg, spiller sygeplejerskens viden om det konkrete hjemmebesøgs indhold og faldforebyggelsens generelle potentiale en vigtig rolle(2). Størstedelen af de ældre med faldrisiko har været positive over for tilbuddet, men henholdsvis 16 % (gentofte) og 9% (Herlev) af de faldtruede ønskede ikke besøg af faldkonsulenten. Generelt har de interviewede sygeplejersker fra Akutklinikkerne den opfattelse, at hjemmebesøget kun handlede om hjælpemidler og boligindretning/ændringer, hvilket ifølge personalet kan have haft indflydelse på de faldtruede ældres afslag på hjemmebesøg. Der efterspørges mere viden omkring, hvad faldkonsulenten undersøger og tilbyder. I de tilfælde hvor patienterne siger nej vurderede personalet, at det var fordi patienterne enten følte sig *"raske og friske"* eller hvis de allerede havde *"fået sat et greb op eller tildelt et hjælpemiddel"*. Pårørende bliver også nævnt som en årsag, hvis denne ikke kan se fordelene ved besøget. Alkoholproblematik fylder ikke meget i gruppen af ældre faldpatienter Akutklinikkerne, men når de har været der, opleves de at afvise tilbuddet om hjemmebesøg.

Tværasektoriel kommunikation

I forhold til kommunikationen mellem Akutklinik og kommune omkring den faldtruede ældre, er der 21 % af faldepisoderne, hvor borgeren er screenet, vurderet faldtruet og har accepteret besøg af faldkonsulent, hvor screeningsseddelen ikke er modtaget af faldkonsulenten. Det er uvist om fejl- eller manglende håndtering er sket i Akutklinikken eller hos faldkonsulenten, men det kan tyde på, at arbejdsgangen ikke er optimal. De henvisninger som er modtaget fungerer generelt fint. Der er enkelte undtagelser, hvor skemaerne ikke er fyldestgørende udfyldt med rigtige telefonnumre og cpr.nr. Et par enkelte gange har faldkonsulenterne

modtaget henvisninger på borgere, som enten boede i en kommune som ikke var inkluderet i projektet eller blot boede i en nabokommune. Der har generelt ikke været brug for at kontakte Akutklinikken efter henvisningerne er modtaget. Hvis der manglede oplysninger har faldkonsulenten selv kunne finde oplysningerne via internet eller kommunens omsorgssystem. Nogle henvisninger har indeholdt lidt historik omkring faldet eller hvis borgeren var forvirret, har pårørende med o.s.v. Dette opleves meget værdifuldt for faldkonsulenten. Det beskrives ofte som et godt udgangspunkt for samtale omkring selve faldet. Der udtrykkes lidt bekymring omkring faxsystemets sikkerhed. En faldkonsulent oplevede, at en fax var gledet ud af holderen og faldet ned under faxmaskinen. Selv fremhæver personalet fra Akutklinikkerne, at proceduren omkring fax er lidt besværligt, og det foreslås fra begge sektorer, at den elektroniske kommunikationsplatform mellem sygehus og kommune (MedCom) udbygges og anvendes i stedet. Videre anbefales det, at der udarbejdes en brochure, hvor den faldtruede ældre ville kunne læse om faldrisiko og muligheder for forebyggelse i kommunerne.

Faldkonsulentens besøg i hjemmet

Hverken faldkonsulenter eller de ældre har angivet at ventetiden mellem fald og besøget har været for lang, trods store variationer. En faldkonsulent beskriver hvordan; *"det tidsmæssige har ingen betydning... Effekten er det samme. Motivationen for ændringer kommer ofte under samtalen som en "øjeblikkelig"*. De fleste er besøgt indenfor en uge efter hjemkomst fra sygehus eller genoptræningsophold. Hvis årsagen til faldet har været noget konkret i omgivelserne, har enkelte ældre selv (eller pårørende) taget initiativ i mellemtiden – f.eks. fjernet løse ledninger.

Fælles for de fleste interviewede ældre var, at de forud for faldet, har været overvejende selvhjulpne og nu indhentes af flere "svækkelser", hvoraf faldet var en bidragende årsag. Der ses store forskelle i borgernes forudsætninger og ressourcer i forhold til at kompensere for deres nye begrænsninger. Nogle borgere har stor indsigt i egne behov/ønsker og anvender det netværk, de allerede har med veninder, pårørende og kommunal hjælp. Andre har et løbende behov for hjælp til at definere og følge op på de faldforebyggende initiativer. Her beskriver faldkonsulenterne samarbejdet med kommunens fagpersoner af stor betydning; *"Det er en stor fordel at involvere de faste hjemmehjælpere, de ved hvornår de skal motivere og hvornår de skal kompensere"*

Med få undtagelser udviser alle interviewede stor tilfredshed med at være besøgt *"... jeg er dybt taknemmelig over, alt det der er blevet gjort for mig"* og størstedelen mener selv, at de er den rigtige målgruppe for den faldforebyggende indsats. Når de ældre beskriver faldkonsulentens besøg, som en succes er der overvejende fokus på to ting; samtalen om den ældres livssituation og de fundne interventioner. Hverdagen i de ældres liv er kendetegnet ved kroppens sårbarhed og foranderlighed, hvilket kræver støtte til at håndtere og tilpasse sig nye vanskelige situationer, som tidligere blev taget for givet. En tidligere, næsten selvhjulpne, ældre mand beskriver, hvordan han blev trist, da han kom hjem efter indlæggelse; *".. man kan jo ikke bære noget, man skal tænke sig meget om hele tiden"*, han referer her til den nye situation med afhængighed af hjælpemidler og netværk. Faldkonsulentens besøg havde betydning for, hvordan han oplevede sine muligheder for at blive i eget hjem, samt hvilke forholdsregler han selv kunne tage. Faldkonsulenterne beskriver tilsvarende, at samtalerne med de ældre omkring deres livssituation med fald er *"fagligt meget meningsfyldt... En længere samtale kommer rundt om de områder, de ældre tillægger betydning – og de viser ofte en glæde ved at dele det med en, som er interesseret"*.

Der hvor faldforebyggelsesbesøget ikke blev oplevet tilfredsstillende var når borgen ikke har fået indfriet sine forventninger. To af de interviewede ældre havde bl.a. forventninger om at faldkonsulenten skulle træne dem i *"at falde sikkert"* og *"at komme op igen efter fald"*, de havde med andre ord en sikker forestilling om deres behov og ønsker, som de ikke umiddelbart fik indfriet ved faldkonsulentens besøg. En enkelt ældre

efterspørger også initiativer, der umiddelbart ligger udenfor kommunens formåen – bedre indretning af bybusser og mere ”ældre-sikker” kørsel.

Faldforebyggende samtale med udgangspunkt i systematisk vurdering

Der er overvejende gode erfaringer med at anvende screeningsværktøjet i besøget hos den faldtruede ældre. Den brede og multifaktorielle tilgang betød, *”at man kunne komme hele vejen rundt om borgerens situation og ikke kun arbejde med en enkelt sundhedsproblematik”*, og faldkonsulenterne oplevede i tillæg, at systematikken gav mulighed for at drøfte nogle af de ting, som potentielt senere, kunne blive et problem eller en mulighed for borgeren (f.eks. hvilke trænings- og samværstilbud kommunen rådede over). Den kommunale forankring i faldkonsulenternes ansættelse beskrives som en styrke, da kun en mindre andel af de besøgte er ressourcestærke i forhold til motivation og egenomsorgskapacitet. Det betød, at der var behov for tæt kontakt til egen læge, pårørende og/eller Hjemmeplejen. Videre var arbejds gange og henvisninger i forhold til dokumentation, hjælpemidler, visitation eller træning afklaret. Ikke alle ældre oplevede dog faldkonsulentens fokus og systematik under besøget helt meningsfuld; *”Hun ville gerne vide det hele... også noget, der ikke var til nogen nytte. Hun var flink og diskret, men jeg var ikke meget for, at hun spurgte ind til de dårlige sider”*. Faldkonsulenterne beskriver tilsvarende forløb, hvor den systematiske tilgang til den ældres livssituation med fald må *”lægges lidt i baggrunden”* således det er den ældre, som definerer hvad der skal tales om. Faldkonsulenterne beskriver, at en al for adfærdsmotiverende tilgang med ”risikovurdering” viste sig erfaringsmæssigt at have sine begrænsninger – kun de områder som den ældre selv fandt meningsfulde var de villige til at acceptere. Der var ikke altid sammenhæng mellem hvad faldkonsulent og borger oplever som problematisk eller hvilke interventioner der er meningsfyldte. Men det er karakteristisk for de fleste, at de tilpasser deres liv efter omstændighederne. Bekymringerne går på tab af deres færdigheder (f.eks. ikke længere kunne komme ned og handle) samt angst for at ligge længe efter et nyt fald.

Der har været variation i årsager til fald hos de ældre og deraf også forskel på om de syntes deres problem er afhjulpel. Mange af de ældre interviewede oplever, at der har været mange fagpersoner i hjemmet. Der er en tendens til, at ældre med mange hjælpeforanstaltninger har svært ved at skelne mellem, hvem der iværksatte hvilke interventioner og ofte peges på de pårørende, som dem der sørger for den fornødne hjælp. Uanset borgers svækkelse, er det kun de løsninger, de selv finder acceptable, som de anvender.

I nogle kommuner er der hjemmebesøg af kommunens terapeuter i forbindelse med borgere udskrives fra egentlige genoptræningsophold. I de tilfælde oplever faldkonsulenterne og borgerne det overflødig med faldkonsulentens besøg, da de generelt dækker de sammen områder. En del af de besøgte borgere er allerede i et forløb på faldklinikken, hvor der har været iværksat behandlings- og træningsmæssige tiltag. Her blev der fra faldkonsulenternes side peget på et behov for opfølgning og støtte i forhold til foreslået behandling/tiltag, især hos dem som var mere skrøbelige og resourcesvage.

Pårørende

Kun én enkelt af de interviewede havde pårørende (ægtefælle) med til faldkonsulentens besøg og evalueringssamtale, og her oplevede de begge faldkonsulentens besøg meningsfuldt, som en forlængelse af den måde, de normalt greb deres samliv og udfordringer an. Faldkonsulenterne beskriver tilsvarende, at der hvor de pårørende var tilstede, har de typisk været meget opbyggende omkring de faldforebyggende initiativer. Fysisk og mental svækkelse betyder for en stor gruppe af de faldtruede, at de har brug for hyppig støtte, guidning og opmuntring af personer i deres netværk. 73 % af de besøgte ældre boede alene, hvor 80 % af disse dog angav at have et godt netværk. Projektet har ikke haft fokus på medinddragelse af pårørende, men faldkonsulenterne beskriver generelt, at de har haft gode erfaringer med inddragelse af pårørende efter aftale med de ældre. Det forsåles fremadrettet, at den ældre opfordres til at invitere pårørende eller personer fra det tætte netværk med til besøget med faldkonsulenten.

Aftaleark

Mange af de ældre har ingen erindringer om aftalearket, og flere har fundet det mangelfuldt bl.a. pga. manglende dato. En enkelt borger syntes det var direkte frastødende; ”overskriften kan jeg slet ikke klare: at lave aftaler om, ikke at falde... Det kan man ikke... Så jeg lagde det nederst i bunkeren”. En anden borger tog aftalearket meget alvorlig ”Vi indgik en kontrakt, hvor jeg nok må indrømme, at jeg har svigtet lidt i intensiteten af mine øvelser... Det var ikke fordi jeg var ligeglad – jeg burde have øvet noget mere”. Faldkonsulenterne beskrev tilsvarende, at de ofte glemte at bruge aftalearket i hjemmet, men at kommunens omsorgssystem ofte var der aftaler blev dokumenteret. Dette gav mulighed for, at den faste hjemmehjælp eller – sygeplejerske kunne følge op i hverdagen.

Opfølgingskontakt

Opfølgningen er oftest foregået pr. telefon, men det er karakteristisk at de ældre ikke husker denne samtale; ”jeg kan ikke huske at der er lavet opfølgning”. Faldkonsulenterne beskriver også visse udfordringer ”Det er ikke altid nemt at følge op.. Enten tager de ikke telefonen eller også er de på dagcenter eller træning”. Opfølgningen opleves ofte som tidskrævende men samtidigt meget meningsfuld og vigtig. Ved opfølgningen er det de planlagte interventioner, som evalueres – nogen gange drøftes også nye problematikker, som er opstået siden besøget.

Tværfaglighed – erfaringer med faldkonsulent funktionen

Faldkonsulenternes forskellige faglige baggrund (3 kommuner hvor det var sygeplejersker, 2 hvor det var fysioterapeuter og 1 hvor det var en ergoterapeut) og dermed forskellig tilgang til besøget hos den faldtruede var ofte genstand for erfaringsudveksling og diskussion i gruppen af faldkonsulenter. Der var en tendens til, at faldkonsulenterne vurderede behov og iværksatte initiativer indenfor deres egen kompetence og ”ekspert” område. Fysioterapeuterne havde overvejende fokus på træningstiltag og sygeplejerskerne havde hyppigere kontakt til egen læge og iværksatte oftere kompenserende hjælpeforanstaltninger som hjemmehjælp eller ernæringsintervention. Der var bred enighed i gruppen af faldkonsulenter, at den tværfaglige sammensætning havde bidraget til større forståelse af hinandens kompetenceområder og der var et ønske om at fortsætte i et fagligt netværk, som dels er tværfagligt, tværkommunalt og tværsektorielt sammensat.

Alle konsulenter har oplevet en grad af ”faglig ensomhedsfølelse” (nok især i begyndelsen) og udfordringerne har varieret i forhold til, hvor stor opbakning og tradition for forebyggelse, der har været i de forskellige kommuner. Der har generelt været tilfredshed omkring oplæring til funktionen. De fleste konsulenter oplevede dog, at de over tid, blev bedre til at fylde funktionen optimalt ud.

Demens/depression/alkoholproblematik

Gruppen af ældre med mistanke om demens (36 %), depression (22 %) eller alkohol problematik udgjorde – efter faldkonsulenternes vurdering en særlig udfordring, hvor det som minimum krævede et tæt samarbejde med pårørende eller kontaktpersoner i Hjemmeplejen. Faldkonsulenterne var fra deres hverdag i kommunen ikke uvante med denne gruppe borgere, men ud fra et forebyggelsesperspektiv oplevede faldkonsulenterne at besøgene var mindre værdifulde eftersom disse krævede en særlig viden og måske også et særligt tilbud. En stor del af denne gruppe borgere kunne f.eks. ikke deltage i kommunernes eksisterende tilbud om f.eks. træning eller rehabilitering. Manglende ressourcer eller egenomsorg gjorde dem ikke i stand til at indgå et samarbejde omkring faldforebyggelse; ”der skulle en anden slags indsats til end gode råd og vejledning”. Her blev det påpeget, at gruppen krævede en særlig indsats – a la andre indsatser for udsatte/svage borgere.

4. Diskussion af metode og resultater

Metodemæssigt har det været af væsentlig betydning at projektet har været forankret i både i hospital- og primærsektor med involvering af kommunerne, således at viden og erfaringer efter projektafslutning forbliver i den enkelte kommune. Funktionen som kommunal faldkonsulent kræver bred viden om kommunale tilbud af pleje- eller træningsmæssig art lige som kendskab til den enkelte ældre er nyttig i planlægning og opfølgning af faldforebyggende initiativer

Oprindelig var projektet planlagt som tilbud til ældre faldtruede der blev sendt hjem fra skadestuen. At ældre, der blev indlagt, også blev inkluderet kan have betydning for behovet for faldforebyggende tiltag, idet nødvendige foranstaltninger kan være foretaget i forbindelse med udskrivelsen eller under efterfølgende kommunale genoptræningsophold.

Retrospektivt, kunne man med fordel have afprøvet at inddrage plejepersonale eller pårørende i projektet (der hvor de ældre accepterede det), hvilket kunne have bidraget med erfaringer i at understøtte opsporing af forværring i faldrisiko samt implementeringen af faldforebyggende interventioner. Resultaterne fra databasen har lidt overraskende vist, at næsten 80 % af de ældre faldtruede har behov for støtte til at mestre sin situation, i en eller anden grad. 1/3 del betragtes af faldkonsulenterne som reelt ressourcetsvage. WHO peger således også på vigtigheden af at involvere både formelle og uformelle omsorgspersoner i forhold hvordan risiko for fald identificeres og forebygges hos de ældre med størst risiko (2). Tilsvarende peger Mahler (17) på behovet af, at hjemmeplejen er trænet i at finde acceptable løsninger gennem respektfulde forhandlinger mellem den faldtruede ældre og den sundhedsprofessionelle. Da årsagerne til fald dækker over en bred vifte af situationer fra uheld, aldersbetinget mobilitetstab til kronisk og akut sygdom må det antages at både de formelle og uformelle omsorgspersoner, gennem inddragelse, vil få styrket deres strategier til at støtte den ældre i at håndtere livet med faldrisiko.

I forhold til at vurdere de faldtruede ældres udbytte af faldkonsulentens besøg og de aftalte interventioner kunne man med fordel have interviewet den ældres pleje/træningspersonale samt de pårørende. Videre kunne anvendelse af opfølgende spørgeskema eller tests have vist eventuelle forbedringer eller forværringer f.eks. i forhold til Frailty Index. Her kunne man mere systematisk have belyst udbyttet af besøg og interventioner og om den ældre havde ændret opfattelse af sin evne til at mestre sin situation. Faldinterventionsstudier har bl.a. vist, at undersøgelser i forbindelse med faldudredning og træning kan gøre de ældre nervøse for at falde (1) men samtidigt også styrke selvtilliden og mindske niveauet af bekymringer for fald (2). Ovenstående kan man med fordel overveje at belyse i fremtidige studier.

Opsporing, risikovurdering og forebyggelse af faldskader hos ældre

Projektets effektmål vedr. screening blev langt fra opfyldt. Vurderet ud fra auditresultaterne blev kun 23 % screenet. Fokusgruppeinterviewene peger på, at der er forhold hos både de ældre og hos personalet, som ikke har fremmet "kulturen" for faldrisikoscreening i Akutklinikkerne. De ældre som har pådraget sig en faldskade kan ofte ikke redegøre for, hvad der er sket. Væsentlige faktorer kan være smerter, forvirring, akut sygdom, usikkerhed/bekymring for fremtiden. Tilsvarende arbejder personalet i Akutklinikken under et "akut-paradigme", hvor fald overvejende betragtes som et uheld, hvor indsatsen koncentrerer omkring den aktuelle skade eller påviste sygdom. En rundringning til 33 Akutklinikker i 3 af landes regioner viste, at kun 5 Akutklinikker (primært dem som ligger i tilknytning til en faldklinik eller geriatrik afdeling) havde indført Sundhedsstyrelsens risikoscreening og erfaringer og audit herfra viste, at screeningsprocenten lå på ca. 20 %. Der har i dette projekt været ydet en stor indsats for at øge screeningsprocenten, så hvis andelen af screenede, skal øges, må også andre metoder overvejes. Det kunne være audit forankret i afdelingen frem for i en styregruppe uden for afdelingen eller gennemgang af alle skadesedler på alle over 65 år og efterfølgende

kontakt til disse borgere. Den sidste metode har tidligere vist sig effektiv i forhold til at få kontakt til faldtruede borgere i lignende projekter (4;5), men den må betragtes at være omkostningstung på grund af tidsforbrug hos medarbejder. Efter projektets afslutning har man på Gentofte Akutklinik besluttet at indføre permanent faldscreening og auditere på denne. Ældre faldtruede tilbydes enten henvisning til faldudredning i faldklinikken eller kontakt til kommunen. Personale fra begge sektorer peger på fax af screenings seddel mellem Akutklinik og kommune som uhensigtsmæssig. Der peges i stedet på en udbygning af den eksisterende kommunikationsplatform MedCom¹¹. Erfaringer fra lignende, tværfagligt projekt i Region Syd har dog vist, at implementering af elektroniske kommunikation fra Akutklinik til kommune omkring de ældre er vanskelig (9). På en 2 måneders testperiode, blev der på fire Akutklinikker, kommunikeret til kommunen i 3 % af forløbene, trods tværsektorielle retningslinjer. For at opnå tilfredsstillende resultater for screening og kommunikation med kommunerne må der fra Akutklinikkerne ledelses side udarbejdes nye strategier for vellykket implementering.

Man kan mistænke, at ældre med faldskader i ringere grad opsøger en Akutklinik, hvis afstanden til denne er langt fra hjemmet. Egedal havde således det laveste andel af screenede i forhold til det forventede. Egedal er den kommune, der ligger længst væk fra Akutklinikken, dog må man tage i betragtning at ældrebefolkningen er "yngre" end de øvrige kommuner. Da faldhyppigheden stiger med alderen, vil det have indflydelse på hvor mange der falder. Det må derfor også overvejes, hvordan de ældre, som har lang afstand til lokal Akutklinik, opspores og tilbydes kvalificeret støtte til faldforebyggelse. Flere kommuner har allerede gode erfaringer med at tilbyde deres borgere en basal faldudredning og faldintervention i deres nære miljø (18-20), men der er på nuværende tidspunkt stor variation i tilbuddene og samtidigt foreligger der ikke nationale og regionale aftaler om samarbejde og organisering på tværs af sektorer.

Hovedparten af de screenede blev vurderet til at være faldtruede og mere end 80 % af disse accepterede tilbuddet om besøg af faldkonsulenten, hvilket må betragtes som et højt antal, og dermed en styrke for undersøgelsens eksterne validitet. Det ser derfor ud til, at Akutklinikkerne er et egnet sted at screene, både med hensyn til at identificere disse patienter, men også med stor tilslutning til yderligere udredning fra de faldtruede. I andre undersøgelser har kun en mindre andel af de faldtruede accepteret henvisning til et faldforebyggende tiltag (4). I Frederiksberg projektet, hvor der også blev tilbudt besøg i hjemmet accepterede 80 % (14). Det er derfor meget tænkeligt at forskellen i acceptgraden ligger i at besøget foretages i patientens hjem. I forhold til opsporing vurderes screeningsværktøjets fire spørgsmål at være velegnet i forhold til at identificere de faldtruede fra de ikke-faldtruede. Der fandtes signifikant forskel på faldtruede og ikke-faldtruede i forhold til antallet af kontakter til Akutklinik, indlæggelsesdage og død. Videre havde de faldtruede en højere frekvens af indlæggelser og genindlæggelser.

Andel som er vurderet af faldkonsulent i kommunerne

I forhold til effektmålet om, at 90 % af de faldtruede skulle vurderes af faldkonsulenten i kommunen, kan det anføres at 82 % i Akutklinikken har givet tilsagn om besøget. Reelt var det dog kun 62 % som blev besøgt, hvilket tilskrives dels utilstrækkelige kommunikation mellem Akutklinik og faldkonsulent og dels at nogen alligevel ikke ønskede besøg eller simpelthen var for syge og en del var døde.

¹¹ MedCom løser opgaver med fokus på at understøtte effektiv drift og trinvis udbygning af den nationale sundheds-it-infrastruktur, som er nødvendig for en sikker og sammenhængende adgang til relevante data og meddelelser på tværs af regioner, kommuner og praktiserende læger" (MedComs hjemmeside www.medcom.dk)

Andel som får iværksat faldforebyggende tiltag i kommunen

Effekt målet at 90 % af de faldtruede skulle have iværksat faldforebyggende tiltag i kommunen blev opfyldt. På nær hos nogle få personer fandtes der et stort behov for faldforebyggende initiativer og både de ældres accept af den tilbudte indsats og efterlevelse var høj.

Beskrivelsen af de besøgte

Faldkonsulenternes dataindsamling viste, at denne gruppe var karakteriseret af en høj andel af skrøbelige og mange med få eller manglende egenomsorgsressourcer. Andelen af skrøbelige var ikke overraskende størst hos de ældste, men selv i gruppen under 80 år fandtes hver tredje at være skrøbelig. Flertallet modtog ydelser fra hjemmeplejen, stigende med alderen, men selv hos de yngste under 80 modtog mere end hver fjerde 3 eller flere ydelser.

Ældre, der klarer sig med kun hjælp til rengøring, regnes almindeligvis som værende forholdsvis selvhjulpne, alligevel kategoriseredes mere end hver fjerde i denne gruppe som skrøbelig og faldkonsulenten vurderede, at kun 28 % af denne gruppe var ressourcestærke med tilstrækkelig egenomsorgskapacitet. I denne gruppe havde også hver fjerde et utilsigtet væggtab og mere end hver anden havde en muskelstyrke, der var så dårlig, at der var risiko for tab af funktionel mobilitet. Det var også i denne gruppe, at faldkonsulenterne fandt indikation for flest faldforebyggende tiltag, men selv i gruppen, som slet ikke modtog hjælp, fandtes indikation for iværksættelse af gennemsnitlig 4 initiativer. Det sidste kan være et udtryk for, at den aktuelle hjemmeplejevisitation og -udførelse enten ikke er tilstrækkeligt rettet mod faldforebyggelse eller ikke længere afspejler den ældre faldtruedes behov. Hjemmeplejevisitationer foregår typisk med 1 til 1½ års mellemrum med mindre situationen ændres radikalt i hjemmet. Det er bemærkelsesværdigt, at også hos ældre, der i forvejen fik megen hjælp, fandtes behov for yderligere faldforebyggende foranstaltninger. Den systematik og grundighed der ligger til grund for faldkonsulentens faldforebyggende forslag er muligvis mere egnet til at afsløre den ældres behov for faldforebyggende initiativer end de daglige korte hjemmehjælpsbesøg.

Det er veldokumenteret at lav muskelstyrke målt ved RRS er en risikofaktor for fald (21). Det er også veldokumenteret at træning reducerer risikoen for at falde og forbedrer funktionsniveauet (22). Fredericia-modellen¹² har vist overbevisende resultater i forhold til den ældre kan udvikle, genvinde og forebygge forringelse af sit funktionsniveau og evner (23;24). Da faldtendens er associeret med faldende aktivitetsniveau og derigennem virker selvforstærkende er en tidlig indsats vigtig. Da vi her har fundet, at ældre, der klarer sig uden eller med kun lidt hjælp, har en stor andel med meget dårlig muskelstyrke, især hvis der også er behov for gangredskab, kunne en vurdering af behovet for træning være hensigtsmæssig i forbindelse med at man i kommunen visiterer hjælp. Dette understøttes af Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger på området (31). Når to tredjedele af de besøgte, ifølge en sygeplejefaglig vurdering, findes at have behov for kontakt til egen læge, må det tages som udtryk for, at gruppen ikke bare er præget af svækkelse, men også sygdom og behov for lægefaglig indsats.

Hver fjerde af de besøgte havde haft et utilsigtet væggtab. Utilsigtet væggtab er associeret med øget mortalitet, behov for hjælp og plejehjemsanbringelse (15;25;26). Der er dokumenteret effekt af intervention og beskrevet effekt på faldrisiko, hospitalsindlæggelser og død (27-29) Utilsigtet væggtab er derfor vigtig at identificere, som

¹² I stedet for visitation til "traditionel hjemmehjælp" har 600 borgere været igennem et rehabiliteringsforløb, hvor borgerne visiteres til enten "Trænende hjemmehjælp" eller "Støttende hjemmehjælp"; 47 % af dem afsluttede forløbet som selvhjulpne, 41 % til lettere hjælp end før. Antallet af leverede timer til pleje er reduceret med 23 %, mens det samlede mindre forbrug af personaleressourcer svarer til 15 millioner kroner om året.

en potentiel modificerbar risikofaktor. Faldkonsulenten fandt i de fleste tilfælde af utilsigtet væggtab indikation for at iværksætte ernæringsintervention, også selvom den ældre i forvejen havde hjælp fra hjemmeplejen til dette. Halvdelen med væggtab havde i forvejen hjælp til ernæring, og det kunne det tyde på, at der ikke rutinemæssigt følges op på effekten af den ydede hjælp. Lav legemsvægt er i sig selv beskrevet som risikofaktor for utilsigtet væggtab. I dette materiale har mere end halvdelen af de i forvejen svært undervægtige (BMI under 21) har haft utilsigtet væggtab. Da flertallet af dem med væggtab havde hjælp fra hjemmeplejen, ville øget fokus på vægt og væggtab være profitabelt.

I undersøgelsen er anvendt faldkonsulenternes vurdering af den enkeltes egenomsorgsressourcer og behov for hjælp til at udføre faldforebyggende initiativer. Gennemførelsesgraden var lige god i alle egenomsorgsgrupperne, hvilket kan være udtryk for at der i planlægningen indregnes mere hjælp til gennemførelse af tiltag, hvis den ældre vurderes at have få egenomsorgsressourcer.

Det sås forskel på faggrupperne med hensyn til hvornår henvisning til læge og iværksættelse af yderligere plejemæssige tiltag vurderes relevant. Sygeplejersker er vant til at have fokus på sygdom, medicin og pleje, og da denne gruppe borgere er præget af mange kroniske sygdomme og stort plejebæhov, vil sygeplejersker formentlig være den faggruppe, der bedst egnede til rollen som faldkonsulent. Til gengæld kan det være at fysioterapeuterne er mere realistiske i forhold til relevansen af hjemmetræning. Ældre med utilsigtet væggtab, som var præget af sarkopeni¹³ (1) blev sjældnere instrueret i hjemmetræning, til gengæld var gennemførelsesgraden meget høj. Den høje gennemførelsesgrad kan måske også være begrundet i at fysioterapeuter er bedre end sygeplejersker kan instruere i relevante øvelser.

Et randomiseret studie (30) har vist, at en faldforebyggende intervention foretaget af sygeplejersker medførte færre fald og færre hospitalskontakter, dog ikke signifikant, men deltagerantallet var relativt lille. Havde deltagerantallet været større ville forskellen mellem grupperne måske have været signifikant. Andre undersøgelser, hvor effekten af sygeplejestyret faldforebyggelse har været undersøgt har vist divergerende resultater, men de testede interventioner har også været meget forskellige. Der foreligger ikke randomiserede undersøgelser på et dansk materiale.

Død og hospitalskontakter

Oplysningerne herom bekræfter, at de faldtruede udgør en meget skrøbelig og ressourceforbrugende gruppe med højere mortalitet, flere indlæggelser, flere indlæggelsesdage og nye besøg i Akutklinikken. Der sås et mønster med ophobede nye Akutklinikbesøg. Manuelt opslag på en del af disse viste, at årsagerne til hurtigt genbesøg i nogle tilfælde var nye fald, men i de fleste tilfælde var årsagen smerter eller gipsgener – årsager, der i de fleste tilfælde burde kunne forebygges.

I denne opgørelse blev kun 42 indlagt i forbindelse med den primære henvendelse i Akutklinikken. Dette er et relativt lille antal i forhold til forventet, ud fra en tidligere dansk undersøgelse af ældre faldpatienter i Akutklinikken (5), hvor næsten 40 % blev indlagt. Det lille antal må formodes dels at bero på, at faldpatienter, der indlagdes fra Akutklinikken først indgik fra februar 2012. På grund af den meget lave indlæggeshyppighed kunne man dog mistænke, at der i hele projektperioden har været en bias i form af lavere screeningshyppighed af indlagte faldpatienter.

¹³ Sarkopeni er defineret som en kompleks medicinsk tilstand, karakteriseret ved aldersrelateret fremadskridende tab af muskelmasse, skeletmuskkelkvalitet og –funktion. Risikofaktorerne omfatter arvelige faktorer, livstil (herunder underernæring, lavt proteinindtag og fysisk inaktivitet), ændringer i levevilkår (sengeleje, immobilitet) og en række kroniske sygdomme (32).

Formålet med at indhente data vedrørende død og hospitalskontakter var at supplere beskrivelsen af denne patientgruppe, herunder ressourceforbruget i form af akutklinikbesøg og indlæggelser. Også i primærsektor forbruger denne gruppe mange ressourcer, ikke bare i form af hjemmepleje, men også i form af træningsforløb og ophold på kommunale institutioner. Belysning af dette mangler for at gøre billedet komplet. Observationstiden fra projektstart til data er udtrukket er for kort til at kunne vurdere en effekt af faldkonsulenternes indsats. Et registerudtræk vedrørende faldrelaterede indlæggelser og akutklinikbesøg til en sådan analyse vil kunne gøres på et senere tidspunkt.

5. Sammenfatning og perspektivering

Selvom det på forhånd fastsatte effektmål om, at 90 % af ældre med falddiagnose skulle screenes i Akutklinikken langt fra blev opfyldt, vurderes det alligevel at Akutklinikken er et egnet sted at identificere ældre faldtruede. Vurderet ud fra efterfølgende hospitalskontakter er screeningsredskabet velegnet til at differentiere mellem faldtruede og ikke-faldtruede. Hovedparten findes ved screeningen at være faldtruede og størstedelen af disse accepterer tilbuddet om besøg. At dette foregik i hjemmet og ikke på hospitalet kan have haft betydning for graden af tilslutning. Selvom screeningsprocenten var lav i projektperioden har projektet resulteret i, at der fortsat screenes i Gentofte Hospitals Akutklinik og at denne indsats løbende vil blive fulgt i form af audit. Projektet viste ikke-tilfredsstillende kommunikationen mellem Akutklinik og kommune vedrørende den faldtruede ældre. Dette kan skyldes praktiske udfordringer omkring anvendelse af fax, hvorfor en udbygning af den elektroniske platform MedCom bør overvejes.

Evalueringen af projektet sandsynliggjorde, at den kommunale forankring havde positiv betydning på flere niveauer. Dels havde faldkonsulent via eksisterende visitationsvurderinger og journal adgang til vigtig information omkring borgerens – ofte komplicerede – situation og ressourcer – samtidigt var samarbejdet med praktiserende læge etableret. Dels kom de nye faldforebyggende tiltag til at indgå i borgerens pleje- eller træningsjournal, herunder til hvilke initiativer, der var behov for støtte og opfølgning. På denne måde blev faste kommunale støtte- og omsorgspersoner involveret. Når næsten 80 % af de besøgte har behov for støtte for at kunne mestre deres situation, er det vigtigt med en kommunal involvering og der er behov for, at denne understøttes af en specifik faldforebyggende uddannelse af personalet. Videre kræver faldkonsulentfunktionen bred viden om lokale, kommunale tilbud af pleje- eller træningsmæssig art. Til sidst betyder den kommunale forankring, at viden og erfaringer efter projektafslutning forbliver i den enkelte kommune og således kan tænkes ind i styrkelse af det nære sundhedsvæsen.

Hos de ældre var der en høj grad af accept af de interventioner, der for den enkelte blev fundet relevante og der var også en høj grad af gennemførelse, måske fordi resourcesvage blev tilbudt hjælp til at gennemføre dem.

Projektet har givet ny viden om ældre faldtruede, der henvender sig på Akutklinikken. Faldkonsulenternes dataindsamling har vist, at denne gruppe ældre er karakteriseret af en høj andel med skrøbelighed og få eller manglende egenomsorgsressourcer. Der er høj hyppighed af potentielt modificerbare risikofaktorer som utilsigtet væggtab og muskelstyrke under aldersnormen. Muskelstyrken er hos mange så lav, at den ældre er i risiko for tab af den funktionelle mobilitet, også i den gruppe, der sædvanligvis betragtes som relativ selvhjulpne. At så mange ligger under aldersnormen underbygger at fald er et resultat af sygdom og ikke af alder.

Problemer som utilsigtet væggtab og lav muskelstyrke er selvforstærkende og associeret med progredierende funktionstab og det er derfor vigtigt med en tidlig indsats. Det bør derfor overvejes at iværksætte screening for sådanne risikofaktorer allerede ved første kontakt med det kommunale system med henblik på en tidlig

indsats. Desuden bør der følges op på iværksatte interventioner, da det sås at relativ mange havde utilsigtet væggtab på trods af, at der allerede blev ydet hjælp til mad og drikke.

Overordnet var projektets formål at sikre en indsats for de skrøbeligste ældre ved implementering af faldforebyggende tiltag målrettet til de skrøbeligste, resourcesvage ældre. De besøgte matcher den ønskede målgruppe og implementeringen af faldforebyggende tiltag har været vellykket. Projektets overordnede formål er således blevet opfyldt. Både de ældre og faldkonsulenterne fandt i høj grad at indsatsen var meningsfuld. Hvorvidt en sådan indsats resulterer i en reduktion af fald kan ikke afgøres i dette projekt og ej heller om antallet af hospitalskontakter er mindre hos besøgte end ikke besøgte. Den faldforebyggende indsats over for de skrøbeligste sigter ikke kun på tiltag rettet mod specifikke faldrelaterede faktorer, men også på forbedring af almentilstanden gennem medicinsk og plejemæssig optimering og der igennem at bedre den ældres mulighed for at kompensere for et balanceproblem. I teorien skulle indsatsen derfor ikke kun kunne reducere hyppigheden af fald og faldrelaterede skader, men også behovet for indlæggelser af andre årsager.

Forslag til den videre proces

Skrøbelige faldtruede ældre forbruger mange ressourcer både i form af akutte hospitalskontakter og af kommunale ydelser. Mange af projektets resultater kan bruges i planlægningen af den fremtidige faldforebyggende indsats, men der er stadig brug for mere viden om ressourceforbrug og indlæggelsesmønstre i begge sektorer og brug for at følge effekten af indsatsen, gerne i et randomiseret design.

Den samlede population af faldtruede ældre udgør et bredt spektrum i forhold til ikke bare risikofaktorer, men også kognitive og fysiske ressourcer samt egenomsorgskapacitet og dermed også forskelle i faldforebyggelsestiltag. Der forefindes regional vejledning i visitation til geriatrisk faldudredning og dennes indhold, men der mangler et egentligt forløbsprogram for faldtruede, dækkende hele spektret af faldtruede og både primær og sekundær sektor. Der foreligger resultater fra flere forskellige faldprojekter til brug for stratificering, og grundlaget for at udarbejde et forløbsprogram for området foreligger på nuværende tidspunkt. Et sådant bør udarbejdes, således at der er klare definitioner og aftaler om, hvem der gør hvad, hvornår og hvilke indsatser de forskellige parter; praktiserende læge, hospital og kommune, forpligtiger sig til. Herunder hvilke kommunikationsplatforme og kompetencer hos de fagprofessionelle, der skal være til stede.

Anbefalinger

- Udarbejdelse af Forløbsprogram for faldforebyggelse.
- Med henblik på at styrke evidens og kvalitet af fremtidig, tværsektorielt samarbejde og indsats anbefales det, at der i regionen gennemføres yderligere studier, gerne randomiserede, da sådanne ikke foreligger på en dansk population.

6. Bilagsoversigt

1. Screeningsseddel i Akutklinikken
2. Screeningsguide Hjemmeplejen
3. Aftaleark Hjemmeplejen
4. Fordelingen i de enkelte variabler i faldkonsulenternes database

7. Litteraturliste

- (1) Brot C et al. Faldpatienter i den kliniske hverdag - rådgivning fra Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen; 2006.
- (2) WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. 2007.
- (3) Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Gillespie Lesley D , Robertson M Clare , Gillespie William J , Lamb Sarah E , Gates Simon , Cumming Robert G , Rowe Brian H Interventions for preventing falls in older people living in the community Cochrane Database of Systematic Reviews : Reviews 2009 2009.
- (4) Vind AB, Andersen HE, Damgaard K, Olsen J, Sætterstrøm B, Jørgensen T, et al. Undersøgelse og behandling af ældre efter faldtilfælde - en medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen; 2012.
- (5) Kirchhoff M & Melin A. Screening for fall risk in the elderly in The Capital Region of Copenhagen: the need for fall assessment exceeds the present capacity. Danish Medical Bulletin 2011;58/10:1-5.
- (6) Cameron ID, Murray GR, Gillespie LD, Robertson MC, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. Cameron Ian D , Murray Geoff R , Gillespie Lesley D , Robertson M Clare , Hill Keith D , Cumming Robert G , Kerse Ngaire Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals Cochrane Database of Systematic Reviews 2010.
- (7) From A et al. 8 anbefalinger til forebyggelse af ældres faldulykker - den gode kommunale model. http://sund-by-net.dk/uploads/tx_ttproducts/datasheet/_ldres_Faldulykker_Den_gode_kommunale_model_01.pdf 2010
- (8) Jørgensen J. Kommuner opruster på sundhedsindsatsen. 11-2-2013. Kommunernes Landsforening.
- (9) Lindholm G, Stenger HR, Birk T. Forbliv - Fald - Fri. Sygehus Sønderjylland; Sønderborg Kommune; 2011.
- (10) Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001 Mar;56(3):M146-M156.
- (11) Pilotto A, Rengo F, Marchionni N, Sancarlo D, Fontana A, Panza F, et al. Comparing the prognostic accuracy for all-cause mortality of frailty instruments: a multicentre 1-year follow-up in hospitalized older patients. PLoS One 2012;7(1):e29090.
- (12) Kiely DK, Cupples LA, Lipsitz LA. Validation and comparison of two frailty indexes: The MOBILIZE Boston Study. J Am Geriatr Soc 2009 Sep;57(9):1532-9.
- (13) Host D, Hendriksen C, Borup I. Older people's perception of and coping with falling, and their motivation for fall-prevention programmes. Scand J Public Health 2011 Nov;39(7):742-8.

- (14) Melin A. "Risiko for fald? - Hvad så!" - kvalitetsudvikling af den faldforebyggende indsats i skadestuen. Frederiksberg Hospital; 2009.
- (15) Uden mad og drikke...Del 2. Fødevarerdirektoratet; 2002. Report No.: 2.
- (16) Lauritsen JM. Tilskadekomst og behandlingskontakter. 1987. Odense Universitet.
- (17) Mahler M, Sarvimaki A. Fear of falling from a daily life perspective; narratives from later life. *Scand J Caring Sci* 2012 Mar;26(1):38-44.
- (18) Birk T, Hemmersam A. Forebyggelse af ældres faldulykker. Sønderborg Kommune; 2010.
- (19) Bjørnsson K. Faldklinikken reder virvaret af årsager ud. *Sygeplejersken* 2012 Apr 27;112(5):50-3.
- (20) Rasmussen L, Bonde A. Evaluering af implementering af faldforebyggelse i Københavns kommune 2005. Københavns Kommune; 2006 Feb 27.
- (21) Jacobson BH, Thompson B, Wallace T, Brown L, Rial C. Independent static balance training contributes to increased stability and functional capacity in community-dwelling elderly people: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 2011 Jun 1;25(6):549-56.
- (22) Chou CH, Hwang CL, Wu YT. Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2012 Feb;93(2):237-44.
- (23) Kjellberg P K, Ibsen R, Kjellberg J. Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Viden og anbefalinger. Dansk Sundhedsinstitut; 2011.
- (24) Anker M. Fra Byrde til Styrke. Danske Kommuner [22]. 2011.
- (25) Payette H, Coulombe C, Boutier V, Gray-Donald K. Weight loss and mortality among free-living frail elders: a prospective study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999 Sep;54(9):M440-M445.
- (26) Chapman IM. Weight loss in older persons. *Med Clin North Am* 2011 May;95(3):579-93, xi.
- (27) McMurdo ME, Price RJ, Shields M, Potter J, Stott DJ. Should oral nutritional supplementation be given to undernourished older people upon hospital discharge? A controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2009 Dec;57(12):2239-45.
- (28) Price R, Daly F, Pennington CR, McMurdo ME. Nutritional supplementation of very old people at hospital discharge increases muscle strength: a randomised controlled trial. *Gerontology* 2005 May;51(3):179-85.
- (29) Alibhai SM, Greenwood C, Payette H. An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people. *CMAJ* 2005 Mar 15;172(6):773-80.
- (30) Lightbody E, Watkins C, Leathley M, Sharma A, Lye M. Evaluation of a nurse-led falls prevention programme versus usual care: a randomized controlled trial. *Age Ageing* 2002 May;31(3):203-10.
- (31) Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – sammenfatning af anbefalinger. Sundhedsstyrelsen, 2013.

- (32) Beyer, N. Værktøjer til systematisk identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau hos ældre borgere. Forskningsenhed for Muskuloskeletal Rehabilitering. Sundhedsstyrelsen. 2013.