

Sykepleieien



#FRITT FALL

Når eldre mennesker faller,
starter problemene.





NYE NUTRIDRINK 2 KCAL

Når behovet er større enn appetitten



Supplering med Nutridrink 2 kcal, en protein- og energirik næringsdrikk, kan hjelpe skrøpelige eldre med å oppnå ernæringsmålene sine raskere¹⁻². De smakfulle næringsdrikkene gjør det lettere å finne smaken på livet igjen, selv når appetitten mangler.

- ✔ 4 gode smaker for å lettere kunne gjennomføre ernæringsbehandlingen
- ✔ Tynn konsistens
- ✔ 2 flasker per dag dekker et normalt dagsbehov for D-vitamin hos eldre³
- ✔ Høy næringstetthet for å oppnå ernæringsmålene raskere
- ✔ Høyt proteininnhold som hjelper med å vedlikeholde og gjenoppbygge muskelmasse⁴

Referanser: 1. Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G et al. Frailty Consensus: A Call to Action. JAMDA 2013;14:392-397. 2. Tieland M, van de Rest O, Dirks ML, et al. Protein supplementation improves physical performance in frail elderly people: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Am Med Dir Assoc. 2012;13:720-726. 3. Nordic Nutrition Recommendations, 2012. 4. Better Care through better nutrition: value and effects of medical nutrition. MNI Evidence Dossier. 2018.2. *Nutridrink 2 kcal er registrert som næringsmiddel til spesielle medisinske formål og skal brukes i samråd med helsepersonell.

Tlf: 23 00 21 00 | www.nutricia.no



NUTRICIA
Nutridrink®
2 kcal



EFFEKTIV SMERTELINDRING MED ET ALTERNATIV TIL TABLETTER.



Voltarol Forte gel påføres direkte på leddene, og er både smertelindrende og betennelsereduserende.



Gleden av bevegelse

▼ **OZEMPIC**[®] (semaglutid) – ukentlig **GLP-1-analog**¹



Tilgjengelig på blå resept til behandling av voksne med diabetes type 2 etter metformin²

- har vist bedre glykemisk kontroll og større vektreduksjon enn Januvia[®], Bydureon[®], Trulicity[®] og Lantus[®]^{3*}
- har vist reduksjon i alvorlige kardiovaskulære hendelser^{3**}



**STØRRE
HBA_{1c}-REDUKSJON^{3*†}**

13-20 mmol/mol (1,2-1,8%)[‡]

Indikasjoner⁵ Ozempic[®] er indisert til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og fysisk aktivitet:

- Som monoterapi når metformin er vurdert uegnet grunnet intoleranse eller kontraindikasjoner
- I tillegg til andre legemidler til behandling av diabetes.

For resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll, kardiovaskulære hendelser og populasjoner som ble undersøkt, se SPC avsnitt 4.4, 4.5 og 5.1.



**STØRRE
VEKTREDUKSJON^{3*†#}**

3,5-6,5 kg[‡]

Ozempic[®] er ikke indisert for vekttap

****** Relativ risikoreduksjon

***** Behandling med Ozempic[®] viste vedvarende, statistisk overlegen og klinisk relevant reduksjon i HbA_{1c} og kroppsvekt i opptil 2 år sammenlignet med placebo og behandling med Januvia[®], Lantus[®], Trulicity[®] og Bydureon[®].³

† Ozempic[®] vedlikeholdsdose 0,5 og 1 mg. Dosen kan økes til 1 mg én gang per uke for å bedre den glykemiske kontrollen ytterligere.¹

‡ Intervallene viser gjennomsnittsverdier fra ulike studier.³



**REDUKSJON I ALVORLIGE
KARDIOVASKULÆRE
HENDELSER^{3**†}**

26% RRR[#]

****Kardiovaskulær sikkerhetsstudie:** 3297 pasienter med type 2-diabetes og høy kardiovaskulær risiko ble tilfeldig randomisert til Ozempic[®] eller placebo, begge i tillegg til standardbehandling for HbA_{1c} og kardiovaskulære risikofaktorer for å nå behandlingsmål.⁴

Primært endepunkt: Kardiovaskulær død, ikke-fatal hjerteinfarkt, ikke-fatal hjerneslag (HR 0,74 95% KI 0,58-0,95, p=0,001 for non-inferiority, p=0,02 for superiority, testing for overlegenhet var ikke forhåndsdefinert) 26% relativ og 2,3% absolutt risikoreduksjon.⁴

Referanser: 1. Ozempic[®] SPC, avsnitt 4.2 (sist oppdatert 27.03.2020) 2. <https://www.felleskatalogen.no/t/medisin/blaarev-register/a10bj06-1> (10.05.2020) 3. Ozempic[®] SPC, avsnitt 5.1 (sist oppdatert 27.03.2020) 4. Marso SP, Bain SC, Consoli A, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2016;375:1834-1844 5. Ozempic[®] SPC avsnitt 4.1 (sist oppdatert 27.03.2020)



Sykepleien gir deg:

nyheter
fagartikler
forskningsartikler
debatt
quiz

sykepleien.no

Nye artikler for sykepleiere hver dag

papirutgaver
Sykepleiens bokasin
går i dybden på et tema
– du får det i posten



nyhetsbrev
Våre viktigste saker
– to ganger i uken.

Meld deg på via facebook
eller på sykepleien.no

ANNONSE

▼ ITULAZAX® Smeltetablett.

Standardisert allergenekstrakt av pollen fra bjørk (*Betula verrucosa*) 12 SQ-Bet. **Indikasjon:** Voksne: Moderat til alvorlig allergisk rhinitt og/eller konjunktivitt induisert av pollen fra den homologe bjørkegruppen¹. Pasienter med en klinisk anamnese med symptomer til tross for bruk av symptomlindrende legemidler, og en positiv test for sensibilisering til et medlem av den homologe bjørkegruppen (pricktest og/eller spesifikk IgE).¹ Bjørk, or, agnbøk, hassel, eik, bøk. **Dosering:** Behandling bør initieres av lege med erfaring i behandling av allergiske sykdommer. Voksne: 1 smeltetablett daglig. Behandling initieres utenfor pollensesongen og fortsettes i trepollensesongen. Klinisk effekt i trepollensesongen (homolog bjørkegruppe) er vist når behandling startes minst 16 uker før forventet start av trepollensesongen (homolog bjørkegruppe), og fortsettes gjennom hele sesongen. Internasjonale behandlingsretningslinjer for immunterapi mot allergi viser til en behandlingsperiode på 3 år for å oppnå sykdomsmodifikasjon. Dersom det ikke sees forbedring i løpet av 1. behandlingsår, er det ingen indikasjon for å fortsette behandlingen. Første smeltetablett bør tas under medisinsk tilsyn, og pasienten bør overvåkes i minst 30 minutter for å kunne diskutere, og ev. behandle, ev. umiddelbare bivirkninger. Glemte dose: Dersom behandlingen stoppes i >7 dager, anbefales det å kontakte lege før behandlingen fortsetter. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for hjelpestoffene. FEV1 <70% av anslått verdi (etter tilfredsstillende farmakologisk behandling) ved behandlingsstart. Alvorlig astmaeksaserbasjon eller ukontrollert astma i løpet av de siste 3 månedene før behandlingsstart. Aktive systemiske autoimmune lidelser (responderer ikke på behandling) og immundefekter, -svikt eller -suppresjon. Malign neoplastisk sykdom med aktuell sykdomsrelevans. Akutt alvorlig oral betennelse eller munnsår. **Advarsler og forsiktighetsregler:** Alvorlig systemisk allergisk reaksjon: Behandlingen seponeres og lege skal kontaktes umiddelbart ved alvorlig systemisk allergisk reaksjon, alvorlig astmaeksaserbasjon, alvorlig faryngealt ødem, svelgevansker, pustevansker, stemmeendring, hypotensjon eller følelse av at halsen er tykk. Systemiske symptomer kan begynne som rødme, pruritus, varmfølelse, generelt ubehag og agitasjon/angst. Et alternativ for å behandle alvorlige systemiske allergiske reaksjoner er adrenalin. Effekten av adrenalin kan forsterkes hos pasienter som behandles med TCA, MAO- og/eller COMT-hemmere, noe som kan få fatale følger. Adrenalineffekten kan reduseres hos pasienter som behandles med betablokkere. Pasienter med hjertesykdom kan ha økt risiko ved alvorlig systemisk allergisk reaksjon, klinisk erfaring er begrenset, og immunterapi mot allergi bør forskrives med forsiktighet til pasienter med alvorlig hjerte- og karsykdom. Oppstart bør vurderes nøye hos pasienter med tidligere systemisk allergisk reaksjon ved s.c. immunterapi mot trepollenallergi, da risiko for alvorlige allergiske reaksjoner kan være økt. Preparater for behandling av potensielle reaksjoner må være tilgjengelig. Astma: Astma er en kjent risikofaktor for alvorlige systemiske allergiske reaksjoner. Alvorlig astmaeksaserbasjon i løpet av de 12 siste månedene er en kjent risikofaktor for fremtidig eksaserbasjon. Astmatikere må informeres om behovet for å søke medisinsk hjelp umiddelbart ved plutselig astmaforverring. Hos pasienter med astma som får en akutt luftveisinfeksjon bør behandlingsstart utsettes til infeksjonen er løst. Betennelse i munnen: Hos pasienter med alvorlig betennelse i munnen (f.eks. oral lichen planus, sår i munnen eller trosse), munnsår eller etter munnkirurgi inkl. tanntrekking eller etter tannløsning, bør behandlingsoppstart utsettes og pågående behandling midlertidig avbrytes for å bedre helningen av munnhulen. Lokale allergiske reaksjoner: Kan forventes under behandlingsperioden. Disse reaksjonene er vanligvis milde eller moderate, men mer alvorlige reaksjoner kan forekomme. De første dagene med administrering i hjemmet kan det forekomme bivirkninger som ikke er sett 1. behandlingsdag. Ved signifikante lokale bivirkninger bør anti-allergisk behandling (f.eks. antihistaminer) vurderes. Eosinofil øsofagitt: Hos pasienter med alvorlige eller vedvarende gastroøsofageale symptomer må medisinsk hjelp søkes. Autoimmune sykdommer i remisjon: Forsiktighet utvises. Samtidig vaksinerings: Vaksinerings kan gis uten å avbryte behandlingen, etter medisinsk evaluering av allmennstilstanden. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med symptomlindrende anti-allergiske legemidler kan øke pasientens toleransenivå for immunterapi. Dette må vurderes ved seponering av slike legemidler. **Graviditet og amning:** Behandling bør ikke startes under graviditet. Det er ikke forventet noen effekt på spedbarn som ammes. **Bivirkninger:** Primært forventes det at milde til moderate lokale allergiske reaksjoner oppstår i løpet av de første dagene og forsvinner innen noen måneder (i mange tilfeller innen 1-2 uker). I de fleste tilfeller må reaksjonen forventes å starte innen 10 minutter etter inntak, og avta innen 1 time. Alvorligere lokale allergiske reaksjoner kan oppstå. Svært vanlige: Pruritus i øret, halsirritasjon, munnoedem, oral pruritus, oral parestesi, tungepruritus. Vanlige: Rhinitt, oralt allergisyndrom, dysgeusi, hoste, tørr hals, dysfoni, orofaryngealsmerter, faryngealt ødem, faryngeal parestesi, abdominalsmerter, diaré, dyspepsi, dysfagi, gastroøsofageal refluksykdom, glossodyn, oral hypoestesi, leppeødem, leppepruritus, munnplager, blemmer i munnslimhinnen, stomatitt, hevelse i tunge, urticaria, ubehag i brystet, følelse av fremmedlegeme. **Reseptgruppe:** C **Pakninger og priser:** 30 stk. (blister), Vnr 08 13 44, 1147,00 kr; 90 stk. (blister), Vnr 46 25 44, 3368,40 kr. **Innehaver av markedsføringsstillatelsen:** ALK-Abelló A/S, Bøge Allé 6-8, 2970 Hørsholm, Danmark. Basert på SPC godkjent av SLV 05.06.2020.

ITULAZAX® refunderes etter blåreseptforskriften § 2, jf 1b

Refusjonsberettiget bruk: Til behandling av voksne pasienter med moderat til alvorlig allergisk rhinitt og/eller konjunktivitt, med en sykehistorie med symptomer til tross for symptomlindrende behandling og en positiv hudpricktest og/eller spesifikk IgE-test.

Refusjonskoder:					
ICPC			ICD		
Kode	Sykdomsområde	Vilkår	Kode	Sykdomsområde	Vilkår
F71	Allergisk konjunktivitt	248, 250	H10.1	Allergisk (akutt atopisk) konjunktivitt	248, 250
R97	Allergisk rhinitt	248, 250	J30	Vasomotorisk og allergisk rhinitt	248, 250

Vilkår:	
248	<p>Refusjon ytes kun når følgende vilkår er oppfylt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasienten har hatt moderat til alvorlig sesongavhengig bjørkepollenindusert rhinitt eller konjunktivitt i minst to år. • Optimal symptomatisk behandling gir ikke tilstrekkelig sykdomskontroll eller kan ikke brukes av tungtveiende medisinske grunner. • Allergi er påvist med positiv hudpricktest og/eller spesifikk IgE-test for bjørkepollen. • Ved oppstart skal injisert bjørkepollen velges fremfor Itulazax hvis pasienten samtidig får injeksjon med andre allergenekstrakter.
250	Refusjon ytes kun til voksne fra og med 18 år

Denne sesongen er det bjørk som gjelder!

Med ITULAZAX® finnes det nå et nytt behandlingsalternativ for de med bjørkepollenallergi som ikke får tilstrekkelig effekt av symptomlindrende behandling.^{1,2}

ITULAZAX® er den første allergivaksinasjonen i tablettform for behandling av allergisk rhinitt forårsaket av pollen fra den homologe bjørkegruppen.*

ITULAZAX®
er godkjent for
blåresept.

1. Biedermann T et al. J Allergy Clin Immunol. 2019;143:1058–66
2. ITULAZAX® SmPC, juni 2020

* Homologe bjørkegruppen inkluderer: *Betula verrucosa* (europeisk hvit bjørk), *Alnus glutinosa* (or), *Corylus avellana* (hassel), *Carpinus betulus* (agnbøk), *Quercus alba* (hvit eik), *Castanea sativa* (kastanje), *Fagus sylvatica* (vanlig bøk).

Sykepleien

Ansvarlig redaktør

Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no
Tlf. 40852179

Temareduktør

Liv Bjørnhaug Johansen
liv.bjornhaug.johansen
@sykepleien.no
Tlf. 97632910

Deskansvarlig

Ellen Morland

Design og grafisk produksjon

Nina E.H. Hauge

Forside og illustrasjoner

Monica Hilsen

Journalister

Eivor Hofstad, Ann-Kristin
Bloch Helmers, Ingvald Bergsagel
og Bente Haarstad

Fotograf

Siv Johanne Seglem

Fagredaktører

Torhild Apall Dybvik og Eli Smedstad

Redigering fagartikler

Signe Marie Flåt og Johan Alvik

Annonser

Ingunn Roald
Tlf. 91 60 38 12 (stilling)

Silje M. Torper
Tlf. 22 04 31 67 (kunngjøringer)

Maud P. Kaino
Tlf. 97 74 21 20 (produkt)

Repro/trykk

Stibo Complete
Danmark

Utgivelsesdato

15. oktober 2020

Kontakt

Sykepleien
PB 456 Sentrum
0104 Oslo
Tlf. 99 40 24 09



Innhold 5/2020

#fall

At pasienter faller er hverdagslig i mange helseinstitusjoner. Alle vet at det ofte får alvorlige konsekvenser. Hva kan sykepleiere gjøre?

- 10 Leder, Barth Tholens: En høy pris for et lite uhell
- 13 **Del I: Hvorfor snakke om fall?**
- 16 FAGARTIKKEL: Hvorfor faller eldre?
- 20 Kan det skyldes medisinene?
- 24 FAGARTIKKEL: Hva innebærer en fallskade?
- 30 10 millioner kroner utbetalt etter fallskader
- 32 Regjeringen klarte ikke å redusere antall hoftebrudd





SIDE
38



SIDE
46



SIDE
52



SIDE
58



SIDE
64

37 Del II: Møt menneskene bak fallstatistikken

- 38 KJELL RAMBERG (71): – Jeg har fått en psykisk knekk
- 46 BRITT LARSSON (68): – Jeg savner å gå på ski. Sykle, løpe
- 52 TOVE GASKA (80): – Jeg er redd for å bli rullestolavhengig
- 58 METTE HAMMERGREN (86): – Smerten var så grusom at jeg nesten ble bedøvd
- 64 GERD HELEN HANSEN (71): – Jeg har begynt å se meg over skuldra i byen
- 43 «Jeg ser det trehvite gulvet komme mot meg ...»
Les utdrag fra Thorvald Steens «Det hvite badehuset» på side **43, 50, 56 og 62**
- 68 LIV B. JOHANSEN: Da jeg ikke var der



SIDE
42

70 Del III: Det er mye sykepleiere kan gjøre

- 72 SYKEPLEIER PÅ FALLPOLIKLINIKK: Jakter på snubletråder hver dag
- 80 FAGARTIKKEL: Hva gjør vi når eldre har falt?
- 88 OSLO-BYDELER: Reduserte hoftebrudd med 40 prosent på fire år
- 94 FAGARTIKKEL: Pasienten får effektiv oppfølging på osteoporoseklinikken
- 100 LEVANGER: Judoklubben lærer eldre å falle som en banan
- 106 FYSIOTERAPEUT: Tenk forebygging tidlig. Fire enkle øvelser
- 112 VELFERDSTEKNOLOGI: Sensoren varsler når «Anna» står opp
- 118 Vil redusere hoftebrudd med minst 500 i året



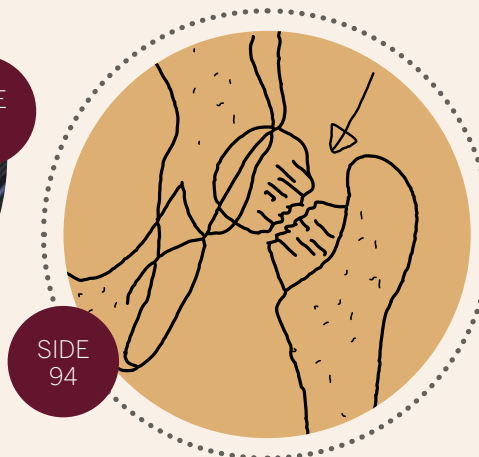
SIDE
88



SIDE
72



SIDE
100



SIDE
94

**Barth Tholens**

Redaktør

LEDER

En høy pris for et lite uhell

Fall blant eldre koster både den enkelte og samfunnet dyrt. Som oftest settes det først i gang tiltak når uhellet allerede har skjedd.

Det mangler sannelig ikke på innsikt og gode intensjoner. Hadde det vært opp til myndighetene, ville de fleste av oss levd lenger, fordi vi hadde latt være å snuble i trappa, skli på badet eller tryne på isen. Faktisk har myndighetene bestemt at det skal jobbes aktivt med å forebygge fall. Det er bare det at eldre faller likevel.

HJELPER IKKE

Det er forskjellige årsaker til at økt kunnskap om fall alene ikke hjelper. Den handler om demografien vår: Selv om vi lever stadig lenger, og helsetilstanden hos eldre stadig blir bedre, øker samtidig antallet eldre som statistisk sett både snubler, sklir og faller.

Det er også andre årsaker. Når antallet eldre i samfunnet øker, øker også antallet medisinske diagnoser og medisinbruken. Det blir mange piller, enten man

nå bor hjemme eller på sykehjem. Eldre pasienter slipper å dø av påløpt sykdom, fordi mer effektive medisiner holder dem i sjakk. Men pillene gjør dem samtidig sløve, søvnige og, ja, falleferdige.

AKSELERERENDE FORLØP

Fall koster samfunnet enorme summer i form av innleggelse og rehabiliteringstiltak. Det er et pengesluk uten like. Fall er som regel ikke en enkelthendelse, men starten på et alvorlig pasientforløp i akselererende tempo.

Fall fører til immobilitet og forverret allmenntilstand, som igjen kan føre til flere fall eller andre alvorlige komplikasjoner. Kostnadmessig er det som en snøball som begynner å rulle, og som vokser i omfang for hver omdreining.

Men først og fremst betyr fall betydelig nedsatt livskvalitet hos eldre og risiko for en hurtig nedadgående spiral med tanke på kommende helseutfordringer.



“
ET FALL ER IKKE
BARE ET UHELL.
FOR MANGE ELDTRE
PASIENTER KAN DET
VÆRE STARTEN PÅ
EN KATASTROFE.

LØNNSOM FOREBYGGING

Forskningen er ganske entydig, og etter hvert vet vi også hvordan vi effektivt kan forebygge fall. Fysisk aktivitet, inntak av vitamin D, fall-trening og reduksjon av legemiddelinntaket er en god start. Å identifisere pasienter i risikozonen og gi dem ekstra oppfølging er også gode tiltak.

Paradoksalt nok, tatt i betraktning myndighetenes ambisjoner, settes det oftest først i gang tiltak når fallet er et faktum. Skal tallene ned, må mange parter i miljøet rundt eldre pasienter samarbeide proaktivt om tiltak.

Sykepleiere har en nøkkelrolle her, fordi de ofte har god oversikt over pasientenes utfordringer og dessuten deler ut medisiner til vedkommende. Arbeidet må prioriteres av sykepleierledere, selv om den langsiktige gevinsten ofte er vanskelig å få øye på i et årsbudsjett.

POLSTRING

Forebygging er ikke uten etiske utfordringer. Vi kan ikke polstre alle eldre med puter på rumpa for at de skal unngå å brette lårhalsen når de faller. Vi kan ikke ha sensorer overalt som piper når de møter en utfordrende situasjon. Og vi kan heller ikke nekte eldre å drikke et glass rødvin for mye, legge ut på for krevende turer i nabolaget eller tvinge dem til å gå på judo for å lære seg å falle.

SKJELLSETTENDE

Det vi derimot kan, er å øke bevisstheten om hvor skjellsettende et enkelt fall kan være. Det håper Sykepleien å kunne bidra med i denne temautgaven.

For et fall er ikke bare et uhell. For mange eldre pasienter kan det være starten på en katastrofe. Kan sykepleiere være med på å avverge eller utsette det første fallet, eller det andre, er det verdt mer enn summen av alle lege- og sykehusbesøkene til sammen. ●



DEL I:

Hvorfor snakke om fall?

- Fall er den tiende viktigste årsaken til dødsfall og sjette viktigste årsak til helsetap i Norge, blant annet større enn helsetapet forbundet med hjerte- og karsykdommer.
 - Fallskader utgjør nesten halvparten av alle årlige ulykkesdødsfall.
- Fall er et økende problem for eldre kvinner og menn i den vestlige verden. Ofte ender det med bruddskader.
 - 40 prosent av sykehjemsinnleggelser kommer i etterkant av fallskader.

Tekst Eivor Hofstad, Bente Haarstad, Ellen Morland



Hvor mange dør?

- I 2016 ble det registrert 885 dødsfall som følge av fallulykker.

**15 per
100 000**

døde i en fall-ulykke i 2016

- I perioden 2015–2016 var det totalt 15 per 100 000 som døde.
- Fallskader utgjør nesten halvparten av alle årlige ulykkesdødsfall, men andelen er trolig høyere siden fallulykker blir kategorisert med uspesifisert dødsårsak dersom fall ikke spesifikt nevnes på dødsmeldingen.

Slik defineres en fallulykke:

En fallulykke kan defineres som en uventet hendelse der personen mister balansen og lander på bakken, gulvet eller et lavere nivå (Gillespie et al., 2012), uavhengig av om skade oppstår. I hovedsak kan vi dele inn fallskader etter to hovedtyper; skade som følge av fall fra et punkt høyere enn bakkenivå, samt skade som oppstår ved fall fra stående, gående eller løpende stilling.

Kilder: Folkehelseinstituttet, Dødsårsaksregisteret, Folkehelsemeldingen 2015 og Folkehelsemeldinga 2019, FMDS og NPR, Helsedirektoratet, Ruth Aga og Bente Gunnarshaug.

150 000

ulykkeskader fra fall

Hvor mange fallulykker?

- Omtrent 42 000 personer over 60 år er utsatt for fallulykker som krever legebehandling.
- Totalt er det observert nesten 72 000 ulykkeskader under kategorien fall, samt 78 000 beregnede tilfeller, til sammen om lag 150 000, eller 53 prosent av ulykkene som registreres i spesialisthelsetjenesten, ifølge tall fra 2017.



Illustrasjonfoto: Mosiphotos

Hvorfor så ustø?

- Alder er en viktig faktor (mindre motstandskraft). Fallskader øker med alder, og tidligere fall vil være en indikator på risiko for nye fall.
- Generell allmenntilstand gir økt risiko (f.eks. demens, hjerneslag, dehydrering).
- Bruk av flere medikamenter eller bruk av beroligende medisiner øker også risikoen (f.eks. lavt blodtrykk og påfølgende besvimelse).

Hvem faller mest?

- Om lag en tredjedel av alle pasienter på sykehjem, sykehus og i hjemmehjelptjenesten opplever fall i løpet av ett år.
- Hvert år faller om lag en tredel av dem som er over 65 år, og halvparten av dem over 80 år.
- Halvparten av ulykkeskadene behandlet i spesialisthelsetjenesten skyldes fall. Det er to topper i denne statistikken: tenåringer som pådrar seg fallskader i fritidsaktiviteter, samt eldre som faller i eller ved bolig. Det er en liten overvekt av menn som utsettes for fallrelaterte skader i de yngste aldersgruppene, men fra 45-årsalderen er det flere kvinner som skades.

1/3

av dem over 65 år faller

Illustrasjonsfoto: Colourbox

1 av 3

fallulykker skjer i bolig eller ved boligområde

Det skjer ofte hjemme

- Hjemmet er det vanligste skadestedet for alle typer ulykker.

- I 2017 døde 307 personer over 70 år som følge av fall hjemme. Det reelle tallet er trolig høyere, fordi mange fallulykker blir registrert som «andre dødsulykker».

- Hver tredje fallulykke inntreffer i bolig eller ved boligområde. I 6 av 10 fallulykker holdt den skadde på med en aktivitet som knyttet seg til lek, hobby og annen fritidsaktivitet. Det er en overvekt av yngre pasienter for denne skadetyper.

- For eldre ser man at mange av deres fallulykker utendørs skyldes glatt føre og manglende strøing på fortau, mens løse ledninger, teppekanater, trapper og andre «fallfeller» øker risikoen for fallulykker innendørs.



9 000

hoftebrudd hvert år

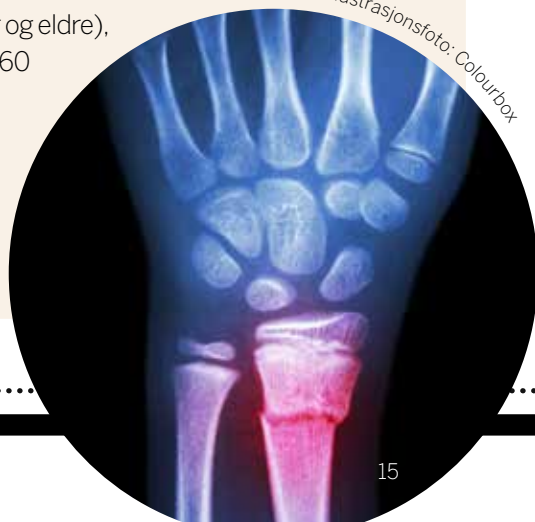
Eldre kvinner dør oftest

53%

kvinne

- Det er en liten overvekt av kvinner (53 prosent) som har fallulykker som ender i dødsfall.
- Dødsfall på grunn av fallulykker øker kraftig med alder, spesielt for kvinner.
- I perioden 2015–2016 var det 13 per 100 000 menn og 17 per 100 000 kvinner som døde i fallulykker.
- Forekomsten av falldødsfall er størst blant de aller eldste (90 år og eldre), spesielt for kvinner med 660 omkomne per 100 000.

Illustrasjonsfoto: Colourbox



Mange brykker noe, særlig hoften

- Ved fallulykker blant eldre skjer det særlig mange hofte- og håndleddsbrudd.
- Hoftebrudd er mest alvorlig, her ligger Norge på verdensstoppen med 9000 i året. 75 prosent av dem skjer i hjemmet. Rundt 70 prosent av alle hoftebrudd skjer blant kvinner.
- Hoftebrudd koster det offentlige (stat og kommune) en halv million kroner det første året, og opp mot en million kroner over to år.
- Mange brudd skyldes redusert beinmasse (osteoporose) kombinert med et fall. Forekomsten av brudd i Norge er blant den høyeste i verden, og årsakene til dette er stort sett ukjente.

**HOVEDBUDSKAP:**

Fall hos eldre representerer et betydelig helseproblem. En rekke medisinske årsaker kan ligge bak en falltendens hos eldre, og ofte er det flere årsaker som virker sammen. Eldre med falltendens trenger derfor alltid en grundig medisinsk undersøkelse. Hvis falltendensen har oppstått eller forverret seg raskt, trenger pasienten øyeblikkelig hjelp.

QR-KODE**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2020.82071

NØKKEWORD:

• Geriatri • Fall • Eldre • Hjemmesykepleie

FAGARTIKKEL

Hvorfor faller eldre?

Det er flere årsaker til at eldre faller. Hvilke forhold øker risikoen?

FORFATTER

**Torgeir Bruun Wyller**

Professor i geriatri og overlege, Universitetet i Oslo og Geriatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus

De fleste fallene får ikke så alvorlige konsekvenser, men mange fall fører likevel til skader. Mange eldre som har falt, blir liggende lenge uten å klare å komme opp igjen, og mange eldre er svært redde for å falle og innskrenker derfor aktivitetsnivået sitt.

Blant de mest alvorlige konsekvensene finner vi hodeskader og hoftebrudd. Hoftebrudd medfører en rekke komplikasjoner, en ikke ubetydelig dødelighet og svært ofte et varig svekket funksjonsnivå. Ikke sjelden er

hoftebrudd den utløsende faktoren som gjør at en pasient havner på sykehjem for resten av livet.

Tiltak for å forebygge fall blir ofte sterkt konsentrert om fallfeller i hjemmet, strøying av fortau, belysning, støttehåndtak med mer. Disse tiltakene er viktige.

Men dessverre forsømmes det ofte å vurdere om det er forhold ved personens helse som fører til økt fallrisiko, og som kan korrigeres. Ofte er det det, men dessverre går svært mange eldre rundt med høy fallrisiko som det kunne vært gjort noe med, men som ingen tar tak i.

AKUTT ØKENDE FALLTENDENS MÅ UNDERSØKES

Når gamle mennesker brått, fra timer til dager, får sterkt økende problemer med å holde seg på beina, skyldes det ofte akutt sykdom. Sammen med delirium er brått økende falltendens ofte en del av det syndromet som gjerne går under navnet «akutt funksjonssvikt».

Gamle som blir akutt syke, mister svært ofte evnen til å mestre ting de ellers kan, som å tenke klart (de får delirium) eller holde seg oppreist (de faller). Nyoppstått falltendens er derfor et viktig, men veldig uspesifikt symptom. Det forteller oss at pasienten kan være akutt syk, men det sier ingenting om hva som feiler vedkommende.

Ved akutt sykdom får gamle ofte sparsomt med organrettede symptomer. De kan for eksempel ha hjerteinfarkt uten brystmerter, lungeemboli uten tung pust, alvorlige infeksjoner uten feber eller blindtarmsbetennelse uten magesmerter.

Derfor skal uspesifikke

symptomer som brått økende falltendens avstedkomme en grundig medisinsk undersøkelse.

FLERE FORHOLD KAN BIDRA TIL ØKT FALLTENDENS

En rekke forhold kan øke risikoen for fall hos eldre. Grensen mellom årsaker til fall og risikofaktorer for fall er uskarp. Når man utreder gamle med falltendens, finner man av og til én dominerende årsak som kan behandles, og dermed slutter pasienten å falle. Det er moro å gjøre slike funn, men det skjer ikke så ofte.

Mye vanligere er det at pasienten har flere risikofaktorer som øker risikoen for fall. Noen lar seg korrigere, andre ikke. Hvis vi korrigerer det vi kan korrigere, vet vi at pasienten høyst sannsynlig kommer til å oppleve færre fall i fremtiden enn om vi ikke gjør noe, men ofte får vi ikke helbredet falltendensen fullstendig.

Legemidler

Svært mange legemidler disponerer for fall – via ulike mekanismer. Hvis pasienten bruker flere slike legemidler, vil fallrisikoen naturligvis bli tilsvarende større. Dette gjelder alle legemidler som senker blodtrykket, både de som brukes som blodtrykksmedisiner, og de som brukes for andre formål.

Eksempler på blodtrykks-senkende legemidler er kalsiumblokkere, betablokkere, alfablokkere (som brukes mot prostatabesvær), diuretika, A2-blokkere, ACE-hemmere og langtidsvirkende nitropreparater.

Videre vil alle legemidler som virker sløvende på hjernen, gi økt risiko for fall. Dette gjelder alle angstmidler, sovemidler,

antipsykotika, antidepressiver, opioidanalgetika – inkludert kodein i Paralgin Forte – og antiepileptika.

Diabetesmedisiner kan føre til falltendens hvis blodsukkeret blir for lavt. En rekke forskjellige legemidler, blant annet epilepsimidler, psykofarmaka, diuretika, A2-blokkere og ACE-hemmere, har tendens til å gi hyponatremi, som i sin tur gir større tendens til å falle. Fordi underernæring disponerer for fall, vil også legemidler som gir redusert appetitt, indirekte kunne gi falltendens.

Konklusjonen er at hos en eldre pasient som har tendens til å falle, må man gå kritisk gjennom hele medisinalisten for å vurdere hva pasienten har av risikomedikamenter, og om noen av dem bidrar i så stor grad til fallfare at de bør seponeres, dosejusteres eller byttes ut med noe annet.

Ernæringssvikt

Når personer tar inn mindre energi enn de forbruker, brukes først energilageret opp i form av fett. Deretter vil kroppen begynne å forbrenne protein for å skaffe nok energi til hjernen og de grunnleggende livsprosessene.

Kroppens viktigste proteinlager er muskulaturen, særlig de store musklene i lårene og setet. Eldre som er i ernæringsmessig underskudd, vil derfor rett og slett forbruke musklene sine som energireserve. Dermed blir de svakere og faller lettere.

Fall får dessuten ofte mer alvorlige konsekvenser hos tynne. De har dårligere «polstring», og siden fettvevet er det viktigste produksjonsstedet for østrogen etter klimakteriet, har tynne postmenopausale kvinner også økt risiko for osteoporose.

“

Svært mange legemidler disponerer for fall.

►

Ortostatisme

Ortostatisk hypotensjon er fall i systolisk blodtrykk på 20 mmHg eller mer og/eller fall i diastolisk blodtrykk på 10 mmHg eller mer når man reiser seg fra sittende eller liggende til stående stilling. Det er svært viktig å registrere om blodtrykksslaget er ledsaget av symptomer eller ikke. Typiske symptomer er svimmelhet, at det svartner for øynene og en følelse av å ville besvime.

KILDE: STORE MEDISINSKE LEKSIKON

Generalisert tonisk-klonisk anfall (GTK-anfall)

Generaliserte tonisk-kloniske anfall er den mest alvorlige anfallsformen ved epilepsi og starter typisk med plutselig bevissthetstap etterfulgt av tilstiving av hele kroppen, av og til med skrik og tungebitt.

KILDE: HELSE-BIBLIOTEKET.NO

Kardiologiske årsaker

Lavt blodtrykk og ortostatisk hypotensjon er sterke risikofaktorer for å falle. Av og til skyldes lavt blodtrykk legemidler, som forklart ovenfor, og da kan man vurdere å endre legemiddellisten.

Hos gamle som har lavt blodtrykk eller ortostatisme (se faktaboks) uten å bruke blodtrykkssenkende legemidler, kan man gi råd om elastiske strømper og tilstrekkelig inntak av vann og salt, eksempelvis en halv liter Farris mellom frokost og lunsj hver dag. I meget sjeldne tilfeller kan man gi råd om blodtrykkshovende medisiner.

Videre kan både for rask puls, for eksempel dårlig regulert atrieflimmer, og for langsom puls, eksempelvis på grunn av atrioventrikulært blokk (AV-blokk), føre til falltendens. Det samme kan enkelte klaffesykdommer, særlig aortastenose.

Synkope

Mennesker som besvimer, har ofte hukommelsestap om hendelsen. Hvis en gammel og litt ustø person plutselig finner seg selv liggende på gulvet, er det helt logisk at vedkommende tenker: «Jeg snublet sikkert!» Men det kan faktisk tenkes at vedkommende har besvimt.

Hvis ingen har sett det som skjedde, er det ofte ikke lett å bringe mekanismen på det rene. Hvis den som har falt, husker godt hva som skjedde og for eksempel kan beskrive at hun eller han mistet balansen og kan beskrive måten hun eller han landet på, har vedkommende antakelig ikke vært bevisstløs.

Men hvis beskrivelsen er uklar, og særlig hvis pasienten har skadet hodet eller armene i fallet, kan man få mistanke

om synkope, altså kortvarig bevissthetstap. Pasienter som besvimer, «klasker» ofte hardt i bakken og slår ut tenner, brekker nesen eller annet, mens de som faller av andre årsaker, oftere «siger sammen» eller faller på setet eller hoften.

Synkope kan i sin tur ha mange årsaker. Hos unge er «vanlig besvimelse» nesten alltid ufarlig, men hos eldre ligger det oftere alvorlig sykdom bak. Årsakene til synkope er mange av de samme som er beskrevet under kardiologiske årsaker til fall i avsnittet over.

Hvis man mistenker at en eldre person har falt på grunn av synkope, er det som regel grunn til rask videre utredning.

Epilepsi

Epileptiske anfall kan også «maskere» seg som et fall. Det er ikke sjelden at epilepsi oppstår første gangen i høy alder hos en person som ikke har hatt sykdommen tidligere. Da trenger det ikke være som et klassisk generalisert tonisk-klonisk anfall (GTK-anfall, se faktaboks). De ufrivillige bevegelsene kan av og til forekomme bare i én del av kroppen, og er av og til lite synlige.

Noen ganger kan epilepsi-anfall være vanskelig å skille fra synkope. Et hjelpemiddel for å skille de to fra hverandre er at pasienter som synkoperer, vanligvis våkner raskt og helt fullstendig opp, og da er de helt «seg selv» igjen.

Pasienter med epilepsi, derimot, har ofte en postiktal fase – tiden etter et anfall – som er preget av tretthet og forvirring. Hos unge med epilepsi varer denne fasen ofte bare noen få minutter, men hos eldre kan den vare mange timer

og av og til flere dager.

Det er svært nyttig å oppdage de tilfellene av fall som skyldes epilepsi, siden korrekt medikamentell behandling kan stoppe anfallene.

Parkinsonisme

Parkinsonisme er et syndrom som kjennetegnes av skjelvinger, treghet i muskulaturen (rigiditet), langsomme bevegelser (hypokinesi) og svekkede posturale reflekser. Ved svekkede posturale reflekser flytter pasienten ikke beinet automatisk når han eller hun er i ferd med å ta overbalanse, slik det er normalt å gjøre.

Parkinsonisme kan skyldes Parkinsons sykdom, andre hjernesykdommer eller være en bivirkning av antipsykotiske legemidler. Det er ikke vanskelig å skjønne at parkinsonisme er en viktig risikofaktor for fall, for disse pasientene beveger seg sakte og klarer ikke å «fote seg» i tide hvis de holder på å falle.

Hos ellers friske personer er det ikke så vanskelig å kjenne igjen parkinsonistiske symptomer. Men gamle kan være trege og ubevegelige også av andre årsaker, slik som artrose, artritt eller kompresjonsbrudd, og da kan det av og til kamuflere parkinsonismen.

Hvis pasienten har Parkinsons sykdom, har de ofte svært god effekt av legemidler som inneholder levodopa (Madopar, Sinemet eller Stalevo), og derfor er det meget nyttig å stille denne diagnosen.

I tilfellene der parkinsonisme er en legemiddelbivirkning, må man gjøre hva man kan for å få seponert det utløsende legemiddelet. Parkinsonisme av andre årsaker kan være vanskelig å behandle.

Polyneuropati

Polyneuropati fører til dårlig ledningsevne i nervene, som oftest mest i beina. Vanlige årsaker er diabetes mellitus og overforbruk av alkohol, men neuropati kan også ha en lang rekke andre årsaker. Hvis neuropatien rammer de motoriske nervene, blir pasienten svak i muskulaturen.

Hvis sykdommen rammer de sensoriske nervene, får pasienten dårlig følesans, ofte svært uttalt i fotsålene. Dermed kjenner ikke pasienten hvordan kroppens vektfordeling mot underlaget er: om han eller hun er i fare for å falle bakover eller forover. Både motorisk og sensorisk polyneuropati gir derfor økt tendens til å falle.

Det finnes ingen generell behandling av polyneuropati, men man må prøve å behandle årsaken. Ved diabetisk polyneuropati vil det ofte være nyttig å regulere blodsukkeret bedre. Ved alkoholisk neuropati vil symptomene kunne bli bedre dersom pasienten klarer å redusere alkoholforbruket eller helst slutte helt å drikke.

Demens

Moderat til alvorlig demens er en kraftig risikofaktor for fall – av minst tre årsaker. For det første vil personer med demens ofte opptre ukritisk, glemme å holde seg fast eller glemme at de er avhengig av rullator.

For det andre rammer demens ofte romretningssansen, slik at pasienten har vanskeligere for å bedømme avstand, se dybder med mer. Dermed vil personen med demens ha lett for å snuble i kanter og trappetrinn eller bomme på stolen når vedkommende skal sette seg.

For det tredje rammer demens ikke bare kognitive funksjoner, som hukommelse og

romretningssans, men også motoriske funksjoner. Personer med alvorlig demens har ofte ganske parkinsonistiske bevegelser. Dermed får de økt fallrisiko på samme måte som beskrevet i avsnittet om parkinsonisme.

Hvis en person med kjent, alvorlig demens faller til stadighet, er det derfor i mange tilfeller demensen i seg selv som er den viktigste årsaken. Men det er ingen grunn til ikke å vurdere om det også kan foreligge andre årsaker.

Kanskje vedkommende i tillegg bruker legemidler, slik som blodtrykksmedisiner, som øker tendensen til å falle? Da vil disse to forholdene forsterke hverandres effekt.

Demensen kan vi ikke helbrede, men da er det desto større grunn til å gå kritisk gjennom andre forhold som kan bidra til falltendens, og korrigerer det som kan korrigeres.

Sykdommer i likevektsorganet

Av og til er det sykdommer i balanseorganet i det indre øret som gjør at pasienten faller, for eksempel «krystallsyke» (BPPV – benign paroksysmal posisjonsvertigo) eller Ménières sykdom.

Pasienter med slike sykdommer har ofte en uttalt svimmelhet, altså en bevegelsesillusjon der de føler at verden snurrer rundt eller går i bølger rundt dem.

Det er viktig å spørre spesifikt hva pasienten mener dersom han eller hun klager over «svimmelhet», for mange bruker dette ordet rett og slett om det å føle at man er på nippet til å falle – det vi i helsevesenet vanligvis kaller for ustøhet. Ustøhet skyldes som regel sykdommer andre steder enn i likevektsorganet.

Men hvis pasienten er «ekte svimmel», er det mer sannsynlig med en sykdom i likevektsorganet.

Hvis et slikt symptom er oppstått helt akutt, kan det også skyldes hjerneslag i lillehjernen eller noen av nerveforbindelsene til eller fra lillehjernen. Slike pasienter trenger umiddelbar behandling.

Svekket balanse og svake muskler i beina

Svekket balanse og svake muskler i beina er nok den aller vanligste risikofaktoren for fall hos eldre. Alle vet at muskler blir svake om de ikke brukes. Men mange vet ikke at det samme gjelder balanseevnen. Eldre som rører seg lite, mister både muskelkraft og «balansekraft», og får økt fallrisiko.

Det gode budskapet er imidlertid at begge deler lar seg trene, uansett hvor gammel man er. Sterkere bein og en mer trent balanse gir klart redusert fallrisiko.

Men det er ikke så lett å trene balansen på egen hånd, for slik trening innebærer at man må utfordre balansen, altså sette seg i en situasjon der man føler man er nær på å falle. De fleste mennesker vil naturlig prøve å unngå det.

Mange norske kommuner har de senere årene startet gruppebasert styrke- og balansetrening for eldre. Slike tilbud er som regel meget gode, som enda flere eldre burde få sjansen til å delta på.

NOEN TILFELLER BØR HENVISES VIDERE

Kompliserte tilfeller kan henvises videre til spesialisthelsetjenesten, for eksempel til en geriatrisk poliklinikk. Geriatrisk avdeling ved Oslo universitetssykehus (OUS) har egen fallpoliklinikk (1) med særlig kompetanse på utredning av pasienter med falltendens av ukjent årsak. Det går an å henvise til vår fallpoliklinikk også for pasienter som ikke har OUS som lokalsykehus. ●

“

Epileptiske anfall kan også 'maskere' seg som et fall.



REFERANSER

- Hele teksten er basert på **Wyller TB. Geriatri – en medisinsk lærebok**. 3. utg. Oslo: Gyldendal; 2020
- Smebye KL, Granum S, Wyller TB, Mellingsæter M.** Medisinske funn i en tverrfaglig geriatrisk fallpoliklinikk. Tidsskr Nor Legeforen. 2014;134:705–9.

FAGINTERVJU

Kan det skyldes medisinene?

Både psykofarmaka og hjertemedisiner kan gjøre pasienter svimle og ustø. At bruken av dem fører til fall er ikke bevist, men heller ikke motbevist.

• **Tekst** Eivor Hofstad

Fallrelaterte legemidler omtales gjerne som FRID (fra engelsk: fall-risk increasing drugs).

FRID omfatter først og fremst ulike psykofarmaka, men også andre grupper, blant annet legemidler som påvirker hjerte- og karsystemet.

De inkluderer:

- beroligende midler og sovemedisiner (for eksempel benzodiazepiner)
- antipsykotika
- antidepressiver
- antihistaminer
- blodtrykkssenkende midler (som diuretika og betablokkere)
- antiarytmika
- antikolinergika (for eksempel midler mot overaktiv blære)
- opioider
- NSAIDs (smertestillende og betennelsesdempende legemidler uten steroider eller kortikosteroider)

SYSTEMATISKE OVERSIKTER VISER INGEN ÅRSAKSSAMMENHENG

De eldste bruker mye legemidler, og dermed er det nærliggende å mistenke

dem som årsaken til fall. Men det er det altså ikke sikker dokumentasjon for i forskning. Det er uklart om assosiasjonen mellom FRID og fall skyldes legemidlene i seg selv, eller andre ting, som for eksempel de underliggende faktorene som legemidlene skal behandle.

Det hevdes både i planen for en systematisk oversikt fra Canada i 2017 og i den norske kunnskapsoppsummeringen «Fall og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene» fra 2017.

Forfatterne av den norske oversikten hevder at det ikke er noe entydig svar, verken på om polyfarmasi (bruk av flere legemidler samtidig) gir økt fallrisiko, eller om visse grupper av legemidler, for eksempel benzodiazepiner, antipsykotika, antidepressiver, diuretika og hjerteglykosider, gir økt fallrisiko.

En internasjonal kunnskapsoppsummering fra i år etterlyser mer veldesignede intervensjoner og hevder at det er begrenset evidens for høy bruk av FRID blant eldre som har fått en fallskade og ingen reduksjon i FRID-bruk etter å ha vært i kontakt med helsepersonell på grunn av fall.

“

Sunt vett kommer man langt med.



MORTEN FINCKENHAGEN,
LEGEMIDDELVERKET

MENER HELSEPERSONELL MÅ VÆRE OBS PÅ FRID

– At man foreløpig ikke kan si noe sikkert om en årsakssammenheng mellom fallrisiko og bruk av FRID, betyr ikke at en slik sammenheng er motbevist, men at man må gjøre flere studier, om mulig med bedre studiedesign, sier overlege Morten Finckenhagen.

Han jobber ved enhet for riktig bruk av legemidler hos Legemiddelverket.

Finckenhagen synes at helsepersonell bør være obs på FRID når man skal tenke fallforebygging og skal sette i gang ulike tiltak i samarbeid med pasienten.



FRID: Fallrelaterte legemidler, gjerne kalt FRID (fra engelsk: fall-risk increasing drugs), omfatter først og fremst ulike psykofarmaka, men også andre grupper, blant annet legemidler som påvirker hjerte- og karsystemet. Foto: Berna Rikur / Mostphotos

– Legemiddelgjennomgang med eventuell avmedisinering av uhensiktsmessige legemidler bør alltid inngå i en slik pakke av tiltak sammen med for eksempel fysisk aktivitet, hvor særlig lårstyrke og balanse trenes, samt ergoterapeutiske tilpasninger av bolig og tekniske hjelpemidler, sier han.

– *Selv om det altså ikke er forskningsmessig bevist at FRID er årsaken til fall?*

– Etter en slags fundamentalistisk evidensbasert gullstandard kan vi ikke si sikkert at det er en årsakssammenheng. Men den nye definisjonen av

evidensbasert sier at man også skal ta hensyn til kunnskapsbasert erfaring og pasientenes erfaring.

Finckenhagen minner om at FRID er legemidler som ut fra farmakologisk kunnskap og klinisk erfaring øker risikoen for svimmelhet, ustøhet og fall.

– Sunt vett kommer man langt med, sier overlegen.

BRUKER OVER FEM LEGEMIDLER

– *Hvorfor er det så vanskelig å bevise eller motbevise at det er en årsakssammenheng mellom FRID og fall?*

– Det er så mange faktorer som påvirker fallrisiko hos eldre at det blir nesten umulig å designe en studie som kan måle fallrisiko for ett enkelt legemiddel. Studier av legemiddelgjennomgang med seponering av uhensiktsmessige legemidler har ikke vist sikker effekt på for eksempel fall eller dødelighet. Det kan henge sammen med at for få pasienter er inkludert i studiene, sier Finckenhagen.

Han minner om at fall hos eldre har sammensatte årsaker, hvor det viktigste rett og slett er alder og fysisk og kognitiv

funksjonsnedsettelse. Dessuten brukte nesten 70 prosent av eldre over 65 år over fem legemidler i 2017.

Overlegen er gammel fastlege og har vært med på å skrive kapittelet om avmedisinering i Norsk legemiddelhåndbok.

– Jeg ønsker å gi fastlegene kompetanse og selvtillit til å gjøre legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang og prøvesepone

potensielt skadelige legemidler. Det er faktisk ikke pensum på medisinstudiet i dag, sier han.

BEKYMRING FOR ELDRES ALKOHOLKONSUM

En risiko Finckenhagen mener er sterkt undervurdert, er det at legemidler og alkohol påvirker hverandre.

– Det er økende bekymring for at alkoholkonsumet blant eldre har økt

betydelig de senere år, legger han til.

– *Hvilke av FRID-legemidlene er spesielt farlige i kombinasjon med alkohol?*

– Alt som påvirker nervesystemet. Men også legemidler mot hjerte- og karsykdommer vil kunne påvirkes, slik at man risikerer å ødelegge for eksempel blodtrycksbehandlingen, sier Morten Finckenhagen fra Legemiddelverket. ●

NY BRITISK STUDIE:

Flere legemidler, men ikke antipsykotika, ga større risiko

19. august kom en prospektiv kohortstudie som fant assosiasjoner mellom legemiddelbruk og fall hos pasienter som bor på institusjoner i Storbritannia.

FORFATTERNE ANALYSERTE data fra 1655 beboere. Gjennomsnittlig alder var 85 år, nærmere to av tre var kvinner, og 67 prosent av pasientene hadde en demensdiagnose. Polyfarmasi, definert som fem eller flere legemidler, ble påvist hos 62 prosent av pasientene.

I løpet av tre måneder ble det registrert ett eller flere fall hos 519 pasienter (31 prosent). Forfatterne fant videre at fall var assosiert med alder, kjønn (menn falt mer enn kvinner i denne studien, vanligvis er det omvendt), demens og antall legemidler.

De fant videre at odds for fall økte med nesten 1,4 ganger ved fast bruk av psykotrope legemidler. Mer spesifikt fant de en assosiasjon for fall ved bruk av antidepressiva og benzodiazepiner, men ikke for antipsykotika.

Forfatterne viser videre til at de ikke hadde data på pasientenes funksjonsnivå, og dermed ikke kan utelukke at antipsykotika i større grad brukes hos pasienter som stort sett sitter eller ligger.

Samtidig understreker de at funnene på antipsykotika var uventet, og at det ikke er grunnlag for å utelukke at

antipsykotika har sammenheng med fall i sykehjem. De viser til at det i Storbritannia har vært oppmerksomhet på riktig bruk av antipsykotika til sykehjemspasienter med risikofaktorer for fall, noe som kan ha påvirket resultatet.

Resultatene fra studien støtter opp om funn forskere i andre land har gjort ved studier i sykehjem. Antall legemidler og psykotrope legemidler er mulige risikofaktorer for fall, og verktøy for legemiddelgjennomgang og avmedisinering bør brukes regelmessig.

KILDE: RELIS



BENZODIAZEPIN: Disse medisinene ble assosiert med fall i denne studien. Arkivfoto: Stig M. Weston



En selvfølgelig del av alles hverdag.

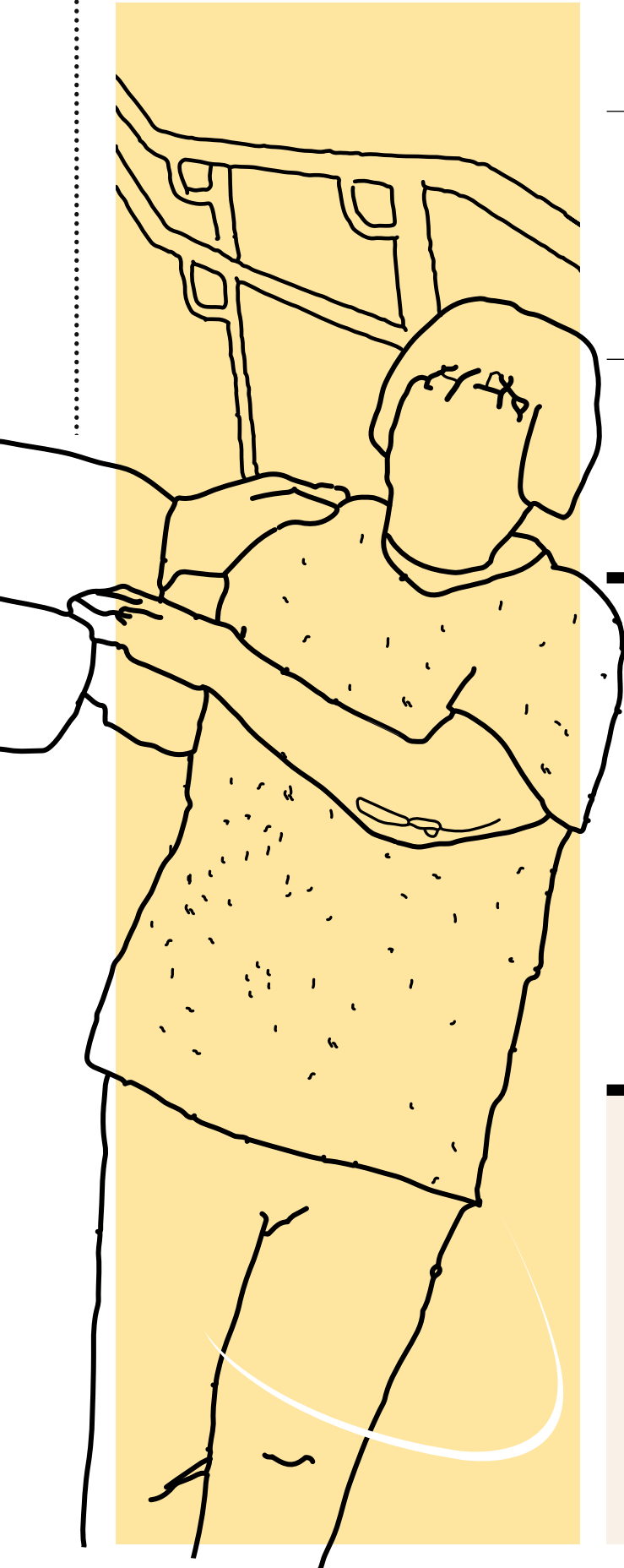


Dokumentert effekt mot virus og bakterier.



KiiltoClean AS
post.no@kiilto.com / tel. 66 77 11 70
www.antibac.no
facebook.com/antibacnorge



**HOVEDBUDSKAP:**

Eldre som faller, har høy risiko for alvorlige bruddskader. Skader kan føre til tap av funksjon og selvstendighet, og de kan være livstruende. Mange underliggende årsaker til fall kan forebygges. Vi kan behandle underliggende medisinske tilstander, rydde opp i legemidler, trene styrke og balanse og gjøre hjemmet tryggere. I tillegg kan skaderisikoen reduseres ved å behandle beinskjørhet. Systematisk kartlegging av fall- og bruddrisiko hos risikopasienter reduserer skader.

QR-KODE**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2020.82105

NØKKELOORD:

• Brudd • Eldre • Forebygging • Geriatri • Skade

FAGARTIKKEL

Hva innebærer en fallskade?

Bruddskader som følge av fall endrer livet til mange eldre. De går fra å være aktive og selvhjulpne til å trenge omsorg og pleie.

FORFATTER

**Ruth Aga**

Overlege og stipendiat,
Folkehelseinstituttet og
Skadelegevakten,
Oslo universitets-
sykehus

Alle sykepleiere kjenner lyden av en pasient som faller, og har funnet eldre pasienter liggende på gulvet. Dere observerer hvem som er ustødige, og gjenkjenner hvem som er i risikozonen for å falle.

Sykepleiere er nærmest pasientene og ser hva fallskader betyr for den enkelte. Mange fall resulterer i brudd. De av dere som arbeider på legevakter og ved ortopediske avdelinger, har sett hvor mye lidelse og funksjonssvikt bruddskader

medfører. Og alle som arbeider med rehabilitering og pleie i kommunene, vet at fall og brudd endrer livet. Mange eldre går fra å være aktive og selvhjulpne til å trenge daglig omsorg og pleie.

FALL HOS ELDERE ER ET STORT PROBLEM

Fallskader er vanlig blant eldre, og omtrent halvparten av eldre som bor hjemme, faller årlig (1). Fra kommunehelsetjenesten vet vi at opp mot 40 prosent av innleggelsene på sykehjem skjer i etterskant av fall (2).

Hoftebrudd er en alvorlig og vanlig fallskade, som nesten bare rammer eldre, og særlig utsatt er de som er skrøpelige eller har beinskjørhet. Om lag halvparten av hjemmeboende eldre som får et hoftebrudd, kommer aldri tilbake til det funksjonsnivået de hadde før skaden med tanke på gangfunksjon og å være selvhjulpne hjemme (3, 4). Ifølge det nasjonale hoftebruddregisteret dør 24 prosent av pasientene med hoftebrudd i løpet av det første året etter skaden. Norge har også en av verdens høyeste forekomster av hoftebrudd med cirka 9000 brudd årlig.

HOFTEBRUDD ER KOSTNADSKREVENDE

Hoftebrudd er en av de mest kostnadskrevenne diagnosene i Norge. Et gjennomsnittlig hoftebrudd ble for ti år siden beregnet å koste cirka 540 000 kroner bare i løpet av det første året, og det koster nå sannsynligvis totalt mer enn 1 million kroner per brudd (6). Mesteparten av disse kostnadene er knyttet til kommunale tjenester som hjemmebasert omsorg, rehabilitering og sykehjem.

Vi vet at befolkningen over 80 år vil øke dramatisk over de neste tiårene når de store

etterkrigskullene går inn i alderdommen. Så selv om risikoen for at den enkelte eldre skal få et brudd er redusert de senere årene (7, 8), forventer vi at det totale antallet hoftebrudd vil øke betydelig (9) fordi det blir så mange 80- og 90-åringer. Vi forbereder oss på en formidabel eldrebølge, og forebyggende arbeid kommer til å bli veldig viktig for å holde hodet over vannet i helsetjenestene.

HVORFOR FALLER ELDERE?

En viktig årsak til at mange faller mer med alderen, er at de blir mer skrøpelige. Å bli skrøpelig innebærer blant annet at en taper muskelstyrke og blir mer sårbar for sykdom og skader. Dette skjer i ulik grad hos eldre og avhenger i stor grad av livsførsel, ernæring og fysisk aktivitet.

En rekke underliggende medisinske tilstander bidrar til utvikling av skrøpeligheit. Sykdom kan gi redusert balanse, oppmerksomhet og blodsirkulasjon til hjernen. Sykdom kan også føre til at bevegelsesapparatet ikke fungerer så godt som tidligere. God gangfunksjon er avhengig av alle disse elementene.

Mange eldre bruker legemidler som øker fallrisikoen gjennom å påvirke hjernens funksjon. Legemidler kan svekke skjelettet slik at det tåler fall dårligere.

Det fysiske miljøet eldre beveger seg i, påvirker fallrisikoen. Vi vet at mange hjem er overmøblerte og har snublefeller som teppekanter og terskler samt utrygge trapper og glatte gulv. I et slikt miljø kan det å skynde seg for å rekke toalettet eller å åpne døra når det ringer på, lett resultere i fall. Sykehjem og andre institusjoner arbeider med å trygge innemiljøer for å redusere fall, og kommuner strør fortauer og måker om vinteren med samme mål.

MANGE FALLER OM NATTEN

På Oslo skadelegevakt får vi nesten daglig inn eldre som har falt om natten i forbindelse med dobesøk. Det er mange varianter av hva som har skjedd, men vi ser ofte at dette er eldre som har gjentatte dobesøk hver natt. Mange bruker sovemidler – dette er åpenbart en gruppe som har dårlig nattesøvn. I tillegg kan det være kronglete å komme seg fra soverommet til do – på veien må de ofte forsere terskler og tepper i dårlig belysning.

De fleste fallene synes å komme når den eldre skal reise seg fra toalettet, og her kan det være mange årsaker som virker sammen. Toalettet kan være lavt slik at dårlig muskelstyrke i lårene gjør det tungt å reise seg. Det er også en typisk situasjon for besvimelser. Når pasienten besvimer, kan det skyldes en vasovagal synkope etter å ha sittet og trykket litt, eller ortostatisk hypotensjon, som ikke er uvanlig hos dem som bruker blodtrykksmedisin. Som dere ser, kan mange årsaker samvirke: vannlatingsproblemer, medikamenter, miljøfaktorer i hjemmet og redusert muskelstyrke hos den eldre.

MANGE ER BEINSKJØRE I NORGE

Beinskjørhet (osteoporose) er en viktig årsak til at eldre som faller, skader seg oftere, og at disse skadene blir så alvorlige. Typiske lavenergi-brudd, det vil si fall fra stående høyde eller lavere, er hoftebrudd, kompresjonsbrudd i ryggen samt brudd i håndledd eller overarm. Særlig utsatte er de som har hatt tidligere brudd eller har falt flere ganger. Andre risikofaktorer er å ha beinskjørhet i familien, bruk av kortison, å være underernært, røyking eller rusmisbruk.

“ Forebyggende arbeid kommer til å bli veldig viktig for å holde hodet over vannet i helsetjenestene.

Ortostatisk hypotensjon

Ortostatisk hypotensjon er lavere blodtrykk i stående stilling enn i liggende eller sittende. Reiser man seg hurtig, kan dette føre til svimmelhet.

KILDE: STORE MEDISINSKE LEKSIKON

Vasovagal synkope

Vasovagal synkope er den vanligste formen for besvimelse (synkope). Det skyldes langsommere hjerterytme (bradykardi) og blodtrykksfall på grunn av en økt aktivitet i vagusnerven (10.hjernenerve).

KILDE: STORE MEDISINSKE LEKSIKON

“ Sykdom kan gi redusert balanse, oppmerksomhet og blod-sirkulasjon til hjernen.

Vi vet at en viktig årsak til den høye forekomsten av hoftebrudd i Norge er beinskjørhet, men et spørsmål innen forskningen er hvorfor så mange nordmenn blir beinskjøre. Samtidig er det et paradoks at svært mange beinskjøre i Norge med høy risiko for nye brudd ikke får behandling som styrker skjelettet og reduserer bruddrisikoen (10).

HVEM BØR FÅ VURDERING OG BEHANDLING?

Norsk faggruppe for osteoporose og beinhelse skriver at det er viktig og effektivt å tilby alle som har gjennomgått et lavenergi-brudd, vurdering med tanke på osteoporose (11).

Videre bør alle over 50 år som har gjennomgått enten

1. et hoftebrudd,
2. et kompresjonsbrudd i ryggen med mer enn 25 prosent sammenfall, eller
3. to andre lavenergi-brudd (for eksempel et håndleddsbrudd og et ankelbrudd),

tilbys medikamentell behandling som styrker skjelettet. Denne typen behandling halverer risikoen for alvorlige brudd (12, 13).

Disse behandlingsrådene inngikk i NoFRACT, et stort forskningsprosjekt som omfattet blant annet fire universitetssykehus i Norge, og hvor det var tverrfaglig enighet om denne oppfølgingsplanen. NoFRACT har bidratt til at mange sykehus i Norge de siste årene har bygget opp en sykepleiedrevet oppfølging av alle pasienter over 50 år som har gjennomgått brudd, for å utrede og tilby behandling av osteoporose, såkalt Fracture Liaison Service (FLS).

HVA GJØR DU NÅR DU FINNER EN SOM HAR FALT?

I de første sekundene når vi finner en som ligger på gulvet, skal vi

Tabell 1. Fallrisiko hos eldre. Observasjoner og tiltak

Observasjoner fra sykepleier	Tiltak
Redusert styrke/balanse Se etter langsom og ustødig gange, vansker med å reise seg fra stol	Fysioterapi Treningsgrupper
Legemidler Se etter høyt antall legemidler, sløvende legemidler, ortostatisk hypotensjon (svartner når man reiser seg)	Legemiddelgjennomgang hos fastlege eller geriater
Mulig synkope (illebefinnende før et fall)	Legeundersøkelse
Gjennomgått brudd Rusmisbruk Demens	Undersøke for beinskjørhet
Tidligere fall i hjemmet – hvor og hvordan? Mange snublefeller hjemme Behov for hjelpemidler	Fallforebyggende hjemmebesøk Ergoterapeut
Vekttap og dårlig ernæring	Legeundersøkelse Kartlegge hva som gir utfordringer i gjennomføringen av måltider Ernæringstilskudd
Dårlig syn	Synsundersøkelse og nye briller Bedre belysning Ryddet bort snublefeller
Endringer i helsetilstand Redusert oppmerksomhet eller forvirring Mer ustødig	Legeundersøkelse

tenke på det som er aller viktigst, og vi går tilbake til vår ABCD (Airways, Breathing, Circulation, Disability): Sjekk pust og sirkulasjon, deretter bevissthet. Etter at vi har gjort dette, kan vi sjekke hvor pasienten har vondt samt bevegelighet av armer og bein.

Vanlige skader vi ser etter hos eldre som har falt, er hoftebrudd, brudd i håndledd eller overarm samt ulike skader mot hodet.

Vi må være oppmerksomme på underliggende årsaker til fallet som trenger akutt undersøkelse og behandling. Vanlige utløsende årsaker kan være et hjerteinfarkt, hjerterytmeforstyrrelser,

hjerneslag, infeksjoner, elektrolytt-forstyrrelser eller dårlig regulert blodsukker.

UNNGÅ DEN NESTE FALLSKADEN

Fallskader kan forebygges, og det gjøres en stor innsats i kommunene i Norge for nettopp dette. Det er gjort veldig mye forskning på området (14, 15), og det vi har best dokumentert effekt av, er:

1. Trening av styrke og balanse. Dette er det tiltaket flest vil ha nytte av, og det bør tilbys omtrent alle med økt fallrisiko. Treningen må imidlertid tilpasses den enkeltes nivå og være hyggelig for

at den eldre skal fortsette. Trening er ferskvare og virker bare så lenge man fortsetter å trene.

2. Fallforebyggende hjemmebesøk med sikring av hjemmemiljø. Her kan man både ta bort snublefeller og tilby hjelpemidler som gangstøtte, håndtak, do-forhøyer og trykkgghetsalarm.

3. Medisinsk utredning. Svært mange tilstander kan øke fallrisikoen. Selv om mange tiltak virker fornuftige, kan det være vanskelig å påvise effekt gjennom forskning. Vi har god dokumentasjon på at fallrisikoen går ned ved behandling av hjerterytmeforstyrrelser med pacemaker, operasjon av grå stær, å gi D-vitamin ved mangel samt en grundig legemiddelgjennomgang. Utredning kan skje hos fastlegen eller

ved en geriatrisk avdeling hos mer komplekse pasienter.

4. Behandle beinskjørhet for å redusere bruddrisikoen ved fall. Dette er det enkelttiltaket som har størst effekt med tanke på å redusere konsekvensene av alvorlige fallskader (16).

TILTAKENE MÅ TILPASSES DEN ENKELTE

Det er viktig å huske på at det som oftest er en kombinasjon av flere underliggende faktorer som resulterer i fallskader, og at tiltakene må skreddersys den enkelte for å virke (se figur 1). Å gjøre en bred kartlegging av eldre som virker å ha forhøyet fallskaderisiko, vil kunne halvere deres fremtidige risiko på gruppenivå.

Et godt eksempel på at

fallforebyggende innsats gir resultater, er fra bydelene Nordstrand og Østensjø i Oslo, hvor de oppnådde en 40 prosent nedgang i antall hoftebrudd fra 2013 til 2017 (17, 18). Bydelene hadde da gjort en betydelig innsats både med fallforebyggende hjemmebesøk og trening rettet mot risikogrupper.

DE MEST KREVENDE PASIENTENE

Rusmisbrukere og demente har høy fallrisiko, som er svært vanskelig å redusere. Samtidig er fallskader ekstra vanskelige å håndtere for dem, og det medfører fortvilelse og frustrasjon for alle rundt disse pasientene.

Ofte er osteoporosebehandling det eneste vi kan tilby pasientene

“ Toalettet kan være lavt slik at dårlig muskelstyrke i lårene gjør det tungt å reise seg.

ANNONSE

Foto: Mario Travani



Bursdagsgaven som redder liv

En gave til Leger uten Grenser kan være et godt og livsviktig alternativ i forbindelse med **bursdagsfeiring**.

Ring oss på tlf 21 04 24 52, eller gå inn på www.legerutengrenser.no.
Kontonummer: 5005 06 36728

Merk innbetalingen med navn på jublant, samt navn på giver(e) av gaven.



for å redusere skadeomfanget når de faller. Erfaringsmessig har mange alkoholmisbrukere alvorlig osteoporose. Fordi både rusmisbrukere og demente kan ha problemer med å håndtere tablettbehandling, er intravenøs behandling med zoledronsyre (Aclasta) å foretrekke. Effekten av en dose kan vare i flere år og reduserer risikoen for hoftebrudd med 41 prosent og kompresjonsbrudd i ryggen med hele 70 prosent (19).

SYKEPLEIERE ER VIKTIGE I FALLFOREBYGGINGEN

God fallforebygging krever tverrfaglig samarbeid, og mange

forebyggende tiltak gjøres av fysioterapeuter, ergoterapeuter, fastleger og geriater.

Imidlertid er sykepleiere de som er nærmest pasientene både i sykehus, på sykehjem og i hjemmesykepleien. Dere er de første til å gjenkjenne og vurdere hvem som er i risikonen for et nytt fall, og dere er i best posisjon til å ta initiativ til videre utredning og tiltak med tanke på å forebygge fallskader.

Sykepleiere er også nøkkelpersoner når det kommer til å koordinere tjenestene rundt komplekse pasienter.

Etter min erfaring er det en stor styrke i arbeidet med å

forebygge fall at sykepleiere arbeider systematisk og dokumenterer arbeidet sitt godt. Fallforebygging krever denne typen systematikk for å være effektiv. Utfordringen for sykepleiere er imidlertid at de ofte arbeider under tidspress, som gjør at de må prioritere enkeltoppgaver som haster. Da kan det være vanskelig å få tid til forebyggende tiltak.

Å MØTE DEN ENKELTE

Fallforebygging krever mye av oss som helsepersonell. Personlig føler jeg at jeg særlig blir utfordret på to områder:

Først og fremst må jeg forstå hva som er viktig i livet til den



REFERANSER

- Rubenstein LZ, Josephson KR.** The epidemiology of falls and syncope. *Clinics in geriatric medicine.* 2002;18(2):141–58.
- Narum I, Bergland A.** Forskningsbasert fallforebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten: Utprøving av forskningsbasert kunnskap. Oslo: Høgskolen i Oslo; 2011.
- Dyer SM, Crotty M, Fairhall N, Magaziner J, Beaupre LA, Cameron ID, et al.** A critical review of the long-term disability outcomes following hip fracture. *BMC Geriatr.* 2016;16(1):158. DOI: 10.1186/s12877-016-0332-0
- Osnes EK, Lofthus CM, Meyer HE, Falch JA, Nordsletten L, Cappelen I, et al.** Consequences of hip fracture on activities of daily life and residential needs. *Osteoporos Int.* 2004;15(7):567–74.
- Cauley JA, Chalhoub D, Kassem AM, El-Hajj Fuleihan G.** Geographic and ethnic disparities in osteoporotic fractures. *Nature reviews Endocrinology* 2014;10(6):338–51. DOI: 10.1038/nrendo.2014.51
- Hektoen LF.** Kostnader ved hoftebrudd blant eldre. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014.
- Omsland TK, Holvik K, Meyer HE, Center JR, Emaus N, Tell GS, et al.** Hip fractures in Norway 1999–2008: time trends in total incidence and second hip fracture rates: a NOREPOS study. *Eur J Epidemiol.* 2012;27(10):807–14. DOI: 10.1007/s10654-012-9711-9
- Søgaard AJ, Holvik K, Meyer HE, Tell GS, Gjesdal CG, Emaus N, et al.** Continued decline in hip fracture incidence in Norway: a NOREPOS study. *Osteoporos Int.* 2016;27(7):2217–22. DOI: 10.1007/s00198-016-3516-8
- Omsland TK, Magnus JH.** Forecasting the burden of future postmenopausal hip fractures. *Osteoporosis Int.* 2014;25(10):2493–6. DOI: 10.1007/s00198-014-2781-7
- Hoff M, Skurtveit S, Meyer HE, Langhammer A, Søgaard AJ, Syversen U, et al.** Anti-osteoporosis drug use: too little, too much, or just right? The HUNT study, Norway. *Osteoporos Int.* 2018;29(8):1875–85. DOI: 10.1007/s00198-018-4560-3
- Den norske legeförening.** Behandlingsveileder ved lavenergibrudd. Norsk ortopedisk forening; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.legeföreningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-ortopedisk-forening/faggruppe-for-osteoporose-og-benhelse/behandlings-veileder-ved-lavenergibrudd/> (nedlastet 24.08.2020).
- Ensrud KE, Black DM, Palermo L, Bauer DC, Barrett-Connor E, Thompson DE, et al.** Treatment with alendronate prevents fractures in women at highest risk: results from the Fracture Intervention Trial. *Arch Intern Med.* 1997;157(22):2617–24.
- Guyatt GH, Cranney A, Griffith L, Walter S, Krolicki N, Favus M, et al.** Summary of meta-analyses of therapies for postmenopausal osteoporosis and the relationship between bone density and fractures. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2002;31(3):659–79, xii.
- Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM.** Interventions for preventing falls in older people living in the community. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub3
- Helsedirektoratet.** Fallforebygging i kommunen. Kunnskap og anbefalinger. Oslo: helsedirektoratet; 2013. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fallforebygging-i-kommunen-kunnskap-og-anbefalinger> (nedlastet 24.08.2020).
- Dell R, Greene D, Schelkun SR, Williams K.** Osteoporosis disease management: the role of the orthopaedic surgeon. *The Journal of Bone and Joint Surgery American Volume.* 2008;90(Suppl 4):188–94. DOI: 10.2106/jbjs.h.00628
- Helse- og omsorgsdepartementet.** Færre skal dø eller bli alvorlig skadet etter en fallulykke i hjemmet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/farre-skal-do-eller-bli-alvorlig-skadet-etter-en-fallulykke-i-hjemmet/id2613026/> (nedlastet 31.08.2020).
- Bydel Nordstrand, Oslo kommune.** Søknad om Innovasjonsprisen ved bydelsdirektør Andersen TM. Oslo: 2017. Tilgjengelig fra: https://www.difo.no/sites/difino/files/bydel_nordstrand_oslo_kommune_-_soknad_innovasjonsprisen_2017.pdf (nedlastet 31.08.2020).
- Black DM, Delmas PD, Eastell R, Reid IR, Boonen S, Cauley JA, et al.** Once-yearly zoledronic acid for treatment of postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med* 2007; 356:1809–22. DOI: 10.1056/NEJMoa067312
- Oslo kommune.** Eldre utsatt for fall og brudd. Oslo: Oslo kommune. Tilgjengelig fra: <http://fallogbrudd.no/#checklists> (nedlastet 14.09.2020).

enkelte jeg møter. Her ønsker jeg ofte å involvere pårørende. I samtalen må jeg lytte, anerkjenne den enkeltes behov og integritet og ta meg tid til å bygge tillit. For å greie dette må jeg dempe mitt eget behov for å komme med raske løsninger på de problemene jeg selv synes er viktige.

Dernest må jeg ha en bred fagkunnskap om ulike årsaker til fallskader, tiltak som virker, og hva jeg vet er praktisk mulig å få til. Kartleggingen av den enkeltes risiko bør være bred og systematisk, men tilpasses hva som passer for den enkelte. Her er sjekklister gode hjelpemidler (20), disse er etter min oppfatning ment å

brukes veiledende og ikke slavisk.

Veldig mange av tiltakene vil kreve endringer i livet og at den det gjelder, skal bevege seg ut av egen komfortsone. Dette er krevende, ikke alle vil, og mange trenger litt tid på seg. Det er ikke enkelt å begynne å trene for en som aldri har gjort det. De fleste er sterkt knyttet til hjemmet sitt, og å forandre romløsninger og fjerne tepper kan sitte langt inne. Oppstart og avslutning av behandling med medisiner føles ofte utrygt.

God fallforebygging krever mye av deg som sykepleier, både faglig og menneskelig. Men det er dypt meningsfullt å bygge helse, ikke bare behandle sykdom.

OPPFORDRING I EN TRAVEL HVERDAG

Til dere som er hjemme-sykepleiere og sykepleiere som arbeider med eldre som har falt og skadet seg: Takk for den viktige jobben dere gjør!

Dere mer enn noen andre vet hvor store konsekvenser fallskader får. Dere er i en særskilt stilling for å gjenkjenne dem med høyest risiko for å falle igjen. Let etter risikofaktorer for nye fallskader hos den enkelte pasienten, bruk gjerne sjekklister for fallrisikovurdering. Ta initiativ til videre oppfølging og samarbeid med annet helsepersonell som kan bidra til en helhetlig vurdering og tiltak. ●

“ Det er et paradoks at svært mange beinskjøre med høy risiko for nye brudd ikke får behandling som styrker skjelettet.

ANNONSE

sykepleiere med hjerte for faget.

#wecare.

- Randstad Care har avtale med sykehus i hele Norge
- Vi er første-leverandør i Helse Nord og Helse Midt-Norge
- Vi som jobber med utleie av sykepleiere, er selv sykepleiere
- Vi tilbyr faste stillinger opptil 100%

du får blant annet:

- oppfølging av fast kontaktperson
- selv bestemme hvor og når du jobber, og når du vil ha ferie
- ekstra god lønn med gode tillegg for kveld, natt og helg
- dekket reise og bolig ved pendling

Vil du vite mer om hva vi kan gjøre for deg?

Kontakt oss i dag!

 randstad



randstad.no/care
care@randstad.no
+47 400 21 410

NYHET

10 millioner kroner utbetalt etter fallskader

Knekt sengehest og manglende risikovurdering er to eksempler på hva som har gitt utbetaling av pasientskadeerstatning etter fall i helsetjenesten.

• **Tekst** Ann-Kristin B. Helmers

92 av de til sammen 124 klagesakene fra pasienter som har falt, og som Norsk pasientskadeerstatning (NPE) har behandlet mellom 2010 og 2019, kommer fra fall på somatiske sykehus.

39 av de 124 som klagde i perioden, fikk medhold. 85 fikk avslag.

Til sammen er det utbetalt over 10 millioner kroner i erstatning etter fallskader i denne perioden.

SENGEHESTEN KNAKK

Her er eksempler på saker som har fått medhold:

En eldre kvinne er innlagt på et somatisk sykehus med urinveisinfeksjon. Det er kjent fra før at kvinnen har demens. Så, under morgenstellet dagen hun skal skrives ut, skjer det: Sengehesten knekker, kvinnen faller ut av senga.

Hun får en blødning i ryggmargen og lammelser i begge bena. Helsetilstanden svekkes gradvis, og kvinnen dør.

Ifølge Norsk pasientskadeerstatning er det uklart om sengehesten var feilmontert eller burde vært skiftet ut. Men dette skal

uansett ikke skje, mener NPE. Det ble derfor utbetalt pasientskadeerstatning etter hendelsen.

I et annet tilfelle har en sykehuspasient fått tilkjent erstatning etter et fall da vedkommende skulle ut av senga en uke etter en ryggoperasjon. Bøylene til å holde seg fast i knakk. Pasienten fikk komplekst regionalt smertesyndrom etter hendelsen.

FALT UNDER REHABILITERING ETTER HOFTEOPERASJON

En pasient fikk medhold i erstatningskravet etter en skade som oppsto på grunn av manglende låsing av sengehjul:

Pasienten var operert og hadde fått satt inn hofteprotese.

Under et rehabiliteringsopphold faller pasienten ut av senga. Det viser seg at hjulene på senga ikke er låst, slik at den beveger seg under forflytningen.

Pasienten får påvist et nytt brudd i samme hofte ved røntgenundersøkelse. Bruddet blir operert. Det er ikke tegn til at protesen har løsnet, men pasienten får nedsatt funksjon i etterkant.

BLE FUNNET BEVISSTLØS UTENFOR SYKEHJEM

Også ved sykehjem har det vært fallhendelser som har gitt medhold fra NPE:

En pasient var innlagt på sykehjem på grunn av demens og var samtidig til tider ustø og hadde falt tidligere. En dag blir pasienten funnet bevisstløs utenfor sykehjemmet og dør noen timer senere. Det er ikke gjort risikovurdering av fare for fall, gangfunksjon og vandring.

Fallforebyggende tiltak og tettere tilsyn ville mest sannsynlig forhindre at pasienten gikk ut eller blitt oppdaget tidligere, ifølge NPE, som mener dette var svikt ved behandlingen.

SVIKT FRA HELSEPERSONELL

For å ha rett til erstatning må det være en type svikt i måten helsepersonellet har tatt vare på pasienten. Svikten består da i at man ikke har sikret eller passet på pasienten godt nok.

I tillegg må fallet ha gitt pasienten en skade som fører til et økonomisk tap eller varig men, opplyser NPE, og viser til eksempler hvor de har gitt avslag på søknad om pasientskadeerstatning etter fall:

Erstatningssaker

- Totalt ble 124 saker etter fall behandlet av Norsk pasientskadeerstatning i 2010-2019.
- 39 fikk medhold, 85 fikk avslag.

Herfra kom klagene:

- Somatiske sykehus: 92
- Sykehjem/hjemmetjeneste: 24
- Psykiatriske institusjoner: 4
- Offentlig kjøp av helsetjenester: 3
- Kommunelege-/fastlegeordningen: 1

FIKK IKKE DEKKET UTGIFTER ETTER TANSKADER

I forbindelse med en innleggelse på ortopedisk avdeling på grunn av flere bruddskader etter fall, blir en pasient fulgt til toalettet før legging. Pasienten faller i gulvet fra toalettsetet og skader en tannbro i overkjeven.

Men kravet om dekning til utgifter til ny tannbro blir avslått.

NPE begrunner det med at beskrivelsen av tilstanden var i tråd med vanlig praksis hvor helsepersonell fulgte inn på toalettet og så ventet utenfor.

Et annet eksempel gjelder en pasient som snublet og pådro seg et lårhalsbrudd. Pasienten blir innlagt og operert, men dør kort tid senere.

Her ble det anført av klager at lårhalsbrudd med påfølgende dødsfall skjedde på grunn av avslag på søknad om korttidsopphold. NPE konkluderte med at pasienten allerede hadde praktisk bistand, gåtrenting og tilsynsbesøk, og at det ikke var grunnlag for sykehjemsplass. NPE avsto derfor erstatningssøknaden.

TEKNISK SVIKT

På spørsmål om hva som kjennetegner de sakene som gis medhold, svarer avdelingsdirektør i NPE, Anne-Mette

For å ha rett til erstatning må et fall enten gi varig skade eller et økonomisk tap på over 10 000 kroner. ANNE-METTE GULAKER, NPE



Gulaker, at kjennetegnet er at skadene oppstår i mange forskjellige situasjoner:

– Det kan for eksempel være demente pasienter som er ustødige, eller pasienter som har vært gjennom en type undersøkelse som gjør dem svimle og uvel, og at man ikke passer godt nok på. Det kan også være teknisk svikt, som at en sengehest ikke fungerer som den skal, sier hun.

STORT SKADEPOTENSIAL

Når det gjelder mørketall påpeker hun at det nok er åpenbart at det skjer langt flere fall i helsetjenesten enn det som kommer inn til dem, og at ikke alle fall forårsaker skade.

Men noen av sakene de har behandlet, illustrerer hvor stort skadepotensial en fallskade kan ha, påpeker hun:

– Et fall kan gi veldig alvorlige

skader med store konsekvenser, både økonomisk og personlig, for den det gjelder. Det er mye å hente på å forebygge fallskader, både for pasientene, den behandleren som er involvert og rent samfunnsøkonomisk, sier hun.

– Er det for få som søker om pasientskadeerstatning etter slike skader?

– For å ha rett til erstatning må et fall enten gi varig skade eller et økonomisk tap på over 10 000 kroner. I mange tilfeller hvor eldre faller, vil nok ikke dette vilkåret være oppfylt, og det er dermed ingen grunn til å melde saken til NPE.

– Men det er ganske sikkert også tilfeller der både dette vilkåret og vilkåret om at fallet skyldes svikt i ytelsen av helsehjelpen, altså feilbehandling, er oppfylt og saken kunne meldes oss. Hvor stort dette mørketallet eventuelt er, vet vi ikke, sier hun. ●

NYHET

Regjeringen klarte ikke å redusere antall hoftebrudd

I 2015 hadde regjeringen et mål om å redusere antall hoftebrudd med 10 prosent innen 2018. Flere kjente fagfolk har ikke hørt et kvekk om det målet, og regjeringen klarte ikke engang 1 prosents reduksjon.

• **Tekst** Eivor Hofstad

I 2015 kom regjeringen med et dristig mål i folkehelsemeldingen (Stortingsmelding nr. 19):

«Regjeringen vil intensivere arbeidet for forebygging av fallulykker og har som mål å oppnå 10 prosent reduksjon i antall hoftebrudd innen 2018», sto det på side 101.

Norge har nemlig lenge vært i verdenstoppen på antall hoftebrudd i forhold til befolkningens størrelse.

Tallene fra Nasjonalt Hoftebruddregister viser at regjeringen ikke engang klarte 1 prosents reduksjon.

Antallet primæroperasjoner, det vil si operasjoner av nye hoftebrudd, var i 2015 8411 og i 2018 var det 8334. Det er en nedgang på bare 0,92 prosent.

STABILE HOFTEBRUDDSTALL

Jan-Erik Gjertsen, en av Norges fremste hoftebruddforskere og leder av Nasjonalt Hoftebruddregister, sier til Sykepleien at han ikke har hørt om regjeringens mål for reduksjon av antall hoftebrudd.

Gjertsen er også seksjonsoverlege ved Ortopedisk avdeling på Haukeland universitetssjukehus.

– 10 prosents reduksjon er en ganske stor reduksjon, og antallet hoftebrudd har holdt seg rimelig stabilt i Norge de siste årene, sier han.

Siden registeret ble opprettet i 2005, har antall hoftebrudd holdt seg på rundt 8 400 nye brudd (primæroperasjoner) i året, og rundt 900 reoperasjoner etter hoftebrudd. Registeret registrerer bare de som opereres for hoftebrudd.

– *Vet man hvor mange hoftebrudd som ikke opereres?*

– Dette dreier seg nok om noen ganske få. Også svært gamle og syke pasienter opereres vanligvis for hoftebrudd, sier Gjertsen.

NEDGANG FOR 2019

I 2019 ble 7 877 primæroperasjoner og 876 reoperasjoner rapportert til registeret. Det var en markert nedgang i antallet primæroperasjoner i forhold til tidligere år. Men

ved Hoftebruddregisteret tror de ikke nedgangen er reell, fordi rapporteringsgraden ved sykehusene av forskjellige årsaker er dårligere enn tidligere.

Selv om antallet hoftebrudd er stabilt, er andelen av personer over 50 som får hoftebrudd, fallende i Norge. I 2016 hadde kvinner over 50 år hatt 20 prosent færre hoftebrudd i løpet av de siste 15 år, og mennene hadde hatt en nedgang på 10 prosent.

Det at antallet hoftebrudd er stabilt, skyldes at det stadig blir flere eldre.

Forskerne kan ikke fastslå med sikkerhet hva som er årsaken til nedgangen i aldersgruppa over 50 år, men de har noen antakelser:

– Langt færre røyker, og røyking er en risikofaktor for osteoporose. I tillegg har vi blitt mindre stillesittende i perioden, det kan ha hatt positiv effekt. Dessuten har folk gått opp i vekt, noe som kan virke gunstig på hoftebrudd, sa førsteforfatter Anne Johanne Sjøgaard ved FHI da studien ble presentert for fire år siden.



BEINSKJØRHETSTOPPEN: Den største årsaken til at Norge ligger på hoftebruddstoppen i verden, er at vi også ligger på beinskjørhetstoppen. Likevel er ikke identifisering og oppfølging av beinskjøre nevnt i regjeringens siste folkehelsemeldinger fra 2015 og 2019. Foto: Mostphotos

FORTSATT I VERDENSTOPPEN PÅ HOFTEBRUDD

– Selv om vi har hatt en tydelig nedgang i andelen som får hoftebrudd de siste årene, så er Norge fortsatt i verdenstoppen på forekomst av hoftebrudd. Det er flere årsaker til det, mener Jan-Erik Gjertsen og peker på osteoporose (beinskjørhet) som den viktigste faktoren. Norge er også i verdenstoppen på osteoporose.

– *Hvorfor har vi så høy forekomst av osteoporose i Norge?*

– Risiko for osteoporose er både arv og alder. Kvinner får mer osteoporose enn menn. Tidlig overgangsalder,

kroppbygging, lite fysisk aktivitet, røyking og kosthold/ernæring spiller inn, men jeg vet ikke om jeg kan peke på én bestemt risikofaktor her. Og selv om kanskje nordmenns levevaner endres, så tar det tid før vi ser endringer av for eksempel forekomst av osteoporose, sier Gjertsen.

ETTERLYSER BEDRE OSTEOPOROSEOPPFØLGING

To andre av de mest kjente hoftebruddforskerne i landet, Frede Frihagen, ortoped og overlege ved Sykehuset Østfold, og Lene B. Solberg, ortoped og overlege ved Oslo universitetssykehus, Ullevål,

har heller ikke hørt om regjeringens plan om å få ned antall hoftebrudd med 10 prosent.

De mener hovedgrunnen til at regjeringen ikke lykkes med målet sitt er manglende satsing på oppfølging.

– Den mest effektive og sannsynligvis rimeligste måten å få ned tallene på hoftebrudd på ville vært å tilby alle over 50 år i Norge som brykker noe, utredning og eventuelt behandling for osteoporose. Medikamentell behandling er det best dokumenterte tiltaket, sier Frihagen.

(Les eget intervju med Frihagen og Solberg på side 118, der de forklarer



UKJENT MÅL: – Jeg har ikke hørt om regjeringens mål om å redusere antall hoftebrudd med 10 prosent, sier Jan-Erik Gjertsen, ortoped, hoftebruddforsker og leder av Nasjonalt Hoftebruddregister. Foto: Silje Katrine Robinson

hvordan de mener antall hoftebrudd kan reduseres kraftig.)

– KAN IKKE SE AT REGJERINGEN HAR GJORT NOE

Sykepleier May-Britt Stenbro jobber som fagkoordinator ved osteoporoseenheten ved revmatologisk seksjon på Drammen sykehus. Hun er en av få sykepleiere i landet som følger opp personer over 50 år med lavenergibrudd, tar bentetthetsmålinger og gir råd om behandling i samråd med lege hvis de har osteoporose.

Stenbro har i likhet med Jan-Erik Gjertsen, Frede Frihagen og Lene B. Solberg ikke hørt eller merket noe til regjeringens plan for å få ned hoftebruddstallene siden 2015.

“

Også svært gamle og syke pasienter opereres vanligvis for hoftebrudd.

JAN-ERIK GJERTSEN, ORTOPED, HOFTEBRUDDFORSKER OG LEDER AV NASJONALT HOFTEBRUDDREGISTER.

– Jeg kan ikke se at regjeringen har gjort noe som helst disse årene. De nevner fallforebygging og legemiddelgjennomgang i meldingen, men jeg kan ikke huske at det ble nevnt noe om utredning/vurdering av osteoporose og behandling med bruddforebyggende legemidler som vi har tilgjengelig, og

som er effektive, sier hun.

Stenbro etterlyser også nasjonale retningslinjer i form av en oppdatert handlingsplan og mer lik oppfølging og behandling etter brudd, og aller helst forebygging av brudd.

– Regjeringen bør sørge for å få en dedikert sykepleier på hvert sykehus som



Regjeringen bør sørge for å få en dedikert sykepleier på hvert sykehus som driver bruddforebyggende behandling.

MAY-BRITT STENBRO, SYKEPLEIER OG FAGKOORDINATOR
VED OSTEOPOROSEENHETEN, DRAMMEN SYKEHUS.

Foto: Nina Hernæs



driver bruddforebyggende behandling. En bentetthetsmåler koster vel 1 million kroner, og en sykepleier tjener rundt 500 000 i en vanlig dagstilling, påpeker hun, og legger til:

– I dag er det for mye tilfeldigheter. Noen steder får man nødvendige ressurser, andre steder ikke.

TROR MÅLET BLIR VANSKELIG Å NÅ
Jan-Erik Gjertsen ved Hoftebruddregisteret mener at regjeringens mål om 10 prosents reduksjon i antall hoftebrudd vil være vanskelig å nå, siden det blir flere og flere eldre.

– Men, med god både primær- og sekundærforebygging av osteoporose og nye brudd, så er det håp om at andelen av befolkningen som opplever hoftebrudd, fortsatt vil synke fremover, sier han.

Gjertsen mener det jobbes målrettet med å forebygge hoftebrudd rundt i Norge, og peker på både medikamentell behandling for å hindre osteoporose samt fallforebygging som viktige tiltak.

REGJERINGENS TILTAK

I folkehelsemeldingen fra 2015 ramset regjeringen opp følgende tiltak som fallforebygging:

«Fallforebygging skal inkluderes i arbeidet med kvalitetsindikatorer, hjemmebesøk, pasientsikkerhetsprogrammet og

det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å sammenstille erfaringer fra utviklingsprogrammet for forebyggende hjemmebesøk og videreutvikle modeller. Pasientsikkerhetskampanjens tiltakspakke for å forebygge fall i sykehjem og sykehus videreføres i pasientsikkerhetsprogrammet (2014–2018).»

Altså ikke et ord om oppfølging av lavenergibrudd hos de over 50 år, slik fagfolkene anbefaler.

Statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, Frøydis Høyem, påpeker at de har fått på plass flere nasjonale kvalitetsindikatorer:

- Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for brudd
- Overlevelse 30 dager etter innleggelse grunnet hoftebrudd
- Hoftebrudd operert innen henholdsvis 24 timer og 48 timer for pasienter over 65 år. Andelen som ble operert innen 48 timer økte noe, fra 89,7 prosent i 2018 til 91,4 prosent i 2019.

YTTERLIGERE TILTAK

Statssekretær Høyem nevner også følgende tiltak fra regjeringen i perioden:

- Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24–7» varte fra 2014 til 2018. Fra 2019 driftes programmet av Helse-

direktoratet. Forebygging av fall i helseinstitusjoner har vært et av inn-satsområdene både i pasientsikkerhetsprogrammet og videreføringen, og det er utviklet en tiltakspakke rettet både mot primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

- Helsedirektoratet lanserte i 2019 et e-læringskurs for å styrke kompetanse om fallforebyggende trening og aktivitet hos ansatte på sykehjem, eldre- og seniorsentre, dagaktivitetstilbud og på treningssentre. Satsingen ses i sammenheng med regjeringens nullvisjon for fallulykker.
- Denne regjeringen har også videreført og forsterket en samarbeidsavtale med Finans Norge om Skadeforebyggende forum. Denne avtalen mellom det offentlige og private og frivillige organisasjoner skal stimulere til økt tverrfaglig samarbeid for å forebygge skader og redusere fall.
- Arbeidet med bedre oversikt over ulykkene er fulgt opp, blant annet via rapporter om skadebildet i Norge fra FHI, sist oppdatert i 2019.

REGJERINGEN INNRØMMER UTILSTREKkelige TILTAK

– Hva er årsaken til at regjeringen ikke var i nærheten av å nå målet i antall hoftebrudd?

Foto: Helse- og omsorgsdepartementet



“

Det er klart at tiltakene ikke har vært tilstrekkelige for å nå målet om 10 prosent reduksjon i antall hoftebrudd.

FRØDIS HØYEM, STATSSEKRETÆR I
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

– Insidensen har gått ned, så vi er på rett vei, skriver Høyem i sitt e-postsvar og fortsetter:

– Samtidig er det viktig med en samlet innsats for å redusere alvorlige fallulykker. Vi blir flere eldre, derfor må vi i tiden fremover intensivere innsatsen for å forhindre alvorlige fall og å styrke muskulatur og skjelett.

(Insidens betyr andel av befolkningen som får hoftebrudd. Red.ann.)

– Var tiltakene feil, eller har de ikke blitt gjort?

– Det er klart at tiltakene ikke har vært tilstrekkelige for å nå målet. Vi har fortsatt ikke gode nok data om skader og ulykker, som er en viktig forutsetning. Dette jobbes det med. Det kan også ha sammenheng med at de som må dekke kostnadene ved ulykker, ikke er de samme som har ansvar for forebygging. Dette er kjente problemstillinger som det ikke er enkle løsninger på, skriver hun.

Høyem opplyser at dette er omtalt i folkehelsemeldingen fra 2019, og at det følges opp ved å se på hvordan det hun kaller «insentivstruktur» kan bli bedre.

– I folkehelsemeldingen ble det også lansert en nullvisjon for alvorlige ulykker ved fall i hjemmet. Dette skal gi et bedre grunnlag for mer systematisk arbeid for forebygging av ulykker, skriver hun.

MÅLET BLE KOMMUNISERT I OFFENTLIGE MELDINGER

– Hvorfor har Helse og omsorgsdepartementet valgt å holde målet om 10 prosents reduksjon av antall hoftebrudd så «hemmelig» for fagmiljøene?

– Målsettingen er kommunisert både i Folkehelsemeldingen (2014–2015) og Stortingsmeldingen Kvalitet og pasientsikkerhet 2014. Helse- og omsorgstjenesten arbeider i tråd med målet, blant annet innenfor det godt forankrede pasientsikkerhetsprogrammet. Vi erkjenner samtidig at det tar tid å bygge opp målrettede tiltak og systemer som kan imøtekomme ambisjonen med kvalitetsindikatorer, Norsk pasientregister-data, arbeidet med pasientsikkerhet og tilbud om styrke- og balansetrening, skriver Frødis Høyem.

– HELSEFORETAKENES ANSVAR Å FØLGE RETNINGSLINJER

Både Gjertsen, Frihagen, Solberg og Stenbro mener viktigste tiltak for å få ned hoftebruddene er at sykehusene følger opp personer over 50 år med lavenergibrudd, utreder dem for osteoporose og eventuelt starter legemiddelbehandling.

– Er dette en fremgangsmåte dere har noen planer om å tilrettelegge for i departementet?

– Denne fremgangsmåten er allerede ivaretatt i de faglige retningslinjene for osteoporose, utarbeidet av Norsk ortopedisk forening. Det er fagmiljøene og

Helsedirektoratet som vurderer hva slags behandling og oppfølging pasienter skal få i Norge. Ny behandling tas i bruk på bakgrunn av oppdatert kunnskap fra Norge og andre land, svarer Høyem.

– Men problemet er jo ikke mangel på retningslinjer, det er mangel på finansiering. Derfor spør jeg om dette er en fremgangsmåte Helse- og omsorgsdepartementet har planer om å legge til rette for?

– Ansvaret for å følge opp pasienter etter gjeldende veiledere og retningslinjer ligger hos helseforetakene, svarer statssekretæren.

EN NULLVISJON FOR ALVORLIGE FALLULYKKER

– Hvilket mål har dere for de neste årene?

– Regjeringen har et mål om færre alvorlige fallulykker og har i Folkehelsemeldinga 2019 lagt en nullvisjon for alvorlige fallulykker i hjem og bolig. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle en tverrsektoriell handlingsplan for denne nullvisjonen, og regjeringen vil fastsette nasjonale mål og utarbeide tiltak for å nå målene. Helsedirektoratet vil i løpet av høsten oversende en tidsplan og videre fremdrift for arbeidet, skriver statssekretæren.

Høyem understreker at forutsetningen for nullvisjonen hviler på å kunne måle nedgangen i antall brudd, og alle helseforetak og store legevakter skal registrere fallskader i Norsk pasientregister (NPR).

I dag rapporteres kun halvparten av skadene som kommer inn til sykehusene og legevaktene i de største byene til NPR.

– Flere helseforetak og legevakter har høy registreringsandel, noe som gir kommunene et godt grunnlag for fallforebyggende arbeid, og vi håper at flere følger etter. Departementet har i oppdragsdokument for 2020 skissert at helseforetakene skal sette mål for registreringen. Fra februar 2021 vil Skadedata fra Norsk pasientregister publiseres på nett. Da kan kommuner se hvordan deres kommune ligger an og etterspørre bedre data, legger hun til. ●

DEL II:

Å miste fotfestet

Bak hvert tall i fallstatistikken er det et menneske.
Bla videre og møt fem av dem.



**Kjell
Ramberg**
(71)

– Jeg har
fått en psykisk
knekk

SIDE
40



**Britt
Larsson**
(68)

– Jeg savner
å gå på ski.
Sykle, løpe

SIDE
48



**Tove
Gaska**
(80)

– Jeg er
redd for å
bli rullestol-
avhengig

SIDE
54



**Mette
Hammergren**
(81)

– Smerten var
så grusom at
jeg nesten ble
bedøvd

SIDE
60



**Gerd Helene
Hansen**
(71)

– Jeg har begynt
å se meg over
skuldra når jeg
er i byen

SIDE
66

... les også hvordan
forfatter Thorvald Steen
beskriver følelsen av å falle.
SIDE 42, 50, 56 og 62



SIDE
42

Kjell Ramberg (71)

- bor i Skien
- falt ut av rullestolen utendørs to ganger

PORTRETT

– Jeg har fått en psykisk knekk

Kjell Ramberg har ventet i åtte måneder på å få en rullestol som kan brukes ute. To ganger har han stupt i asfalten fra innerrullestolen og skadet seg på vei til butikken. Nå er han blitt engstelig.

Tekst Eivor Hofstad • **Foto** Siv Johanne Seglem

Kjell Ramberg har kols, har operert inn 11 stenter i blodårene rundt hjertet og har hatt prostatakrefte.

– Jeg har kols grad fire og bare 13 prosent lungekapasitet, men jeg har et oksygenopptak på 92 prosent, noe som er ganske bra med så lite lungekapasitet. Problemet mitt er å få pusta ut, sier han.

Ramberg bor i Skien og er fortvilet over at han må klare seg med en rullestol bare ment for innebruk.

– Stolen har bare rågummihjul uten luftslange inni, og har ingen fjæring. Når jeg kjører over fotgjengerfeltet, rister det så jeg nesten ikke får puste.

– PUSTER SOM EN BLÅHVAL

Det var i fjor at tilstanden hans forverret seg så mye at han havnet i rullestol. Før det brukte han en såkalt prekestol når han skulle forflytte seg. Det er som en høy rullator.

– Jeg klarer ikke å gå mellom sofaen og kjøkkenet og puster som en blåhval hvis jeg



SMERTER I ARMEN: Kjell Ramberg har mistet tenner, knekt ribbein og skadet armen i fallene fra rullestolen. Armen er verst, fordi det blir vanskelig å løfte ting og å kle på seg. Han ønsker å klare seg mest mulig selv.

flytter meg fra rullestolen til en stol, forklarer han.

Han har fått en firehjuls-scooter til utebruk, men den er så stor at han ikke kommer seg inn på de minste butikkene. Han kommer seg heller ikke inn på handikaptoalettene med den.

– Og jeg har jo det prostatakjøret, så jeg må komme meg på do ofte.

Innerullestolen kommer han seg inn på handikaptoalettene med, men den får han ikke snudd slik at han får lukket døra.

– Det er ikke noe koselig å måtte rope på hjelp fra folk om de kan lukke døra etter meg. Jeg har lyst å få laga sånne klistremerker og henge opp: «Ikke for handikappede», skal det stå.

SØKTE I NOVEMBER

Ramberg ønsker seg en uterullestol.

– Jeg vil ha en som er avvibrert, med fjæring og luft i hjulene.

Han søkte kommunen om det i november i fjor, og venter fremdeles på svar. Åtte måneder har gått når dette intervjuet gjøres. ▶



Når hjulene treffer en fire centimeter høy kant, er det bom stopp.

Kjell Ramberg

Først må det komme en ergoterapeut hjem til ham for å se om han virkelig har behov for ny rullestol. Så må ergoterapeuten søke, og så må stolen bestilles.

Ramberg ser for seg at det ennå kan ta mange måneder før han får en ny stol.

– Kommunen prioriterer ikke helsepersonellstillinger. Det er mangel på både sykepleiere og ergoterapeuter. Jeg har skrevet et leserinnlegg til lokalavisa, der jeg spør om Skien kommune tør å komme opp med en liste over hvor mange brudd og hodeskader de har fordi de ikke prioriterer disse stillingene, forteller han.

Ramberg har også stilt opp i intervju i Telemarksavisa i håp om å få fortgang i saken.

MISTET TENNER, SKADET ARM OG KNEKTE RIBBEIN

Etter at Ramberg søkte om ny rullestol, har han ramlet ut av innerullestolen to ganger på vei til butikken. Begge gangene stupte han forover og slo seg i asfalten ved en fortauskant. Og begge gangene tenkte han «Nå er det slutten!».

– Når hjulene treffer en fire centimeter høy kant, er det bom stopp.

Han slo ut ei tann i det første fallet, som var i fjor.

I år brakk han to ribbein på høyre side og slo overarmen sin så hardt at han ikke klarer å løfte litt tyngre ting, som en kaffekanne. Han klarer ikke å helle noe. På- og avkledning har også blitt vanskelig.

– Jeg var ikke hos legen, men jeg har brekt ribbein før, så jeg vet hvordan det er. Mens de grodde, strevde jeg fælt med å puste. Jeg føler at jeg stamper i motbakke og er så

oppgitt at jeg ikke orker å få undersøkt armen. Han hadde et nesten-fall til, hvor en dame som gikk ved siden av ham, klarte å fange ham opp før han deiste i asfalten.

– Men jeg slo kjeven i joysticken på stolen, så jeg mista enda en tann.

REDD FOR Å OMKOMME

Begge gangene Ramberg falt på bakken, kom folk til med én gang og hjalp ham.

– Jeg pusta jo så fælt at de spurte om de skulle ringe etter ambulanse, men jeg ville bare hjem. Jeg orka ikke å dra bort til senteret for å handle vaskemiddel og banan da.

– *Hva har konsekvensene av fallene vært for deg?*

– Psykisk har jeg fått meg en knekk. Jeg kan ikke noe om psykologi, men jeg har blitt mye mer engstelig og urolig. Alle ting jeg gjør må jeg tenke meg godt om før jeg gjør. Jeg er redd for at jeg en dag smekker hodet så hardt i gata at jeg omkommer. Jeg har fått det mye dårligere, spesielt med armen. Jeg vil så gjerne gjøre ting sjøl, jeg vil ikke havne på institusjon, det er jo dyrere for kommunen også.

MARERITT

Han har blitt mer ensom.

– Jeg blir jo sittende inne hele året og er helt aleine. Når du blir sjuk, er det ikke mange kamerater igjen, heller.

Tre ganger om dagen får han besøk av hjemmetjenesten, som blant annet hjelper ham med frokost, forstøver og bipap.

– Jeg kaller dem englene mine, sier han.

Ramberg har hatt flere mareritt om at han faller ut av rullestolen.

– Da våkner jeg av at jeg bare har et halvt hode. ●



ALENE: Kjell Ramberg blir sittende mye inne alene og føler seg ensom. En rullestol til utebruk hadde gjort livet noen hakk bedre.

Foto: Trine Hisdal



Thorvald Steen (f. 1954) debuterte som lyriker i 1983 og har gjennom et rikt forfatterskap skrevet romaner, diktsamlinger, skuespill, noveller, barnebøker og essays. Han er aktivt engasjert i samfunnsdebatten om menneskerettigheter og menneskeverd. Steen har selv en medfødt progredierende muskelsykdom og har brukt mye selvbiografisk materiale i sine bøker.

I romanen «**Det hvite badehuset**» rammes fortellingen inn av hovedpersonen faller uten å være i stand til å komme seg opp. Her kan du lese et utdrag fra boken.





Hodet skyter ut, haken tipper ned mot brystet.
Klærne følger meg: en grønn skjorte, svarte
Levisbukser.

Plaggene omslutter kroppen, bortsett fra den høyre
skjortemansjetten, som ikke er kneppet igjen.

En blafrende, grønn vimpel ved håndleddet.

Jeg ser det trehvite gulvet komme mot meg, sammen
med den nordøstre delen av Svalbard, som fyller meste-
parten av kartet som ligger på parketten.

Som et tårn faller jeg, hodet, håret, munnen, ørene,
haken, panna, hoftene, kneskjellene, lår- og leggbeina,
anklene, trærne, alt faller.

Jeg ser den brune vinduskarmen, listene i hjørnet.

Jeg skimter så vidt stangen og den halve kuppelen på
stållampa et stykke unna.

Farten øker.

Tar jeg meg for, vil håndleddet brette.

Snøen hviler lett på furutreets nåler utenfor.

Blomstermånedene er for lengst forbi.

Jeg faller videre.

Blodet pumpes tusener av kilometer gjennom pulsårer,
arterier, vener og kapillærer.

Tennene er en del av kraniet.

Jeg glefser etter luft.

Jeg strekker ikke ut armene.

Jeg tar meg ikke for.



Tærne presser seg sammen under skolæret.
Alle ti.
Jeg faller mot nord.
Den blå sofaen står uberørt av bevegelsen i rommet.
De rødlige solstrålene blir silt gjennom gardinene.
Lyset strømmer inn gjennom vinduet.
Gardinet er trukket litt til side.
Sola lager avtrykk på gulvet.
Støvnuggene flyr rundt meg i sin langsomme ferd nedover.
Mitt støv.
Vi lever ikke så lenge.
Vi vet *noe* om oss selv, ikke mye.
Sammen med meg svever de håndskrevne arkene mot parketten,
med mors og mine ord.
Årringene er lysere enn resten av treverket under meg.
Hælene står skrått, nesten loddrett, som kommaer.
Kroppen er en stjerne, en torso med fem greiner: to lange bein, to
kortere armer og en knoll med bein og brusk, med kjøtt, hud og hår.
Hodet forlenger torsoens vertikalakse.
Stjernen faller.
Greinene er lettere en torsoen, som drar resten med seg nedover.
Jeg prøver å løfte hendene for å beskytte hodet.
Jeg rører på fingrene.
Mitt sentrum, kroppens tyngdepunkt, er rett nedenfor navlen.

Buken, denne ballongen med elastiske vegger, omfavner innvollene.

Magen, tarmene, nyrene, leveren, milten, lungene, lymfe- og bukspyttkjertlene er blindpassasjerer på ferden.

De følger lydig tyngdekraften.

Organene arbeider ufortrødent: utskiller, absorberer, lagrer, sorterer, forbrenner, celler fødes og dør.

Ryggraden vrir sine trettifire virvler, med mellomvirvelskiver av brusk og med mykt, geléaktig stoff i midten.

Sideleddene og musklene mellom virvlene gjør vridningen mulig, de er bardunene som holder ryggmasten på plass.

Jeg faller med beina under meg, med sine lange og en gang kraftige muskler, skapt for arbeid og skihopping.

De tunge lårbeina er festet til bekkenet med sterke leddbånd.

Senene hindrer klærne i å gli ut av stilling.

Føttene med ledd som en gang vekslet mellom kraft og smidighet for å holde kroppen oppreist.

For noen små, begavete ledd.

Iherdige sherpaer, med tjueseks knokler, fordelt på fotrot, mellomfot og tær, omgitt av leddbånd, muskler, sener, kjøtt og blod for å drive beina, hoftene, torsoen, armene og hodet opp og framover.

Jeg lander i en haug.

Bløtt og hardt.

Tekstiler, hår, kjøtt og knokler.

Det er det hele.



Les neste del på side 50

Britt Larsson (68)

- bor på Jar i Bærum
- snublet i sine egne ben da hun var på tur med hunden

PORTRETT

– Jeg savner å gå på ski. Sykle, løpe

Britt Larsson har flyttet inn i underetasjen hos sønnen. Der føler hun seg trygg, men det skjer stadig noe likevel.

– Jeg hadde gått tur med bikkja og skulle svinge inn porten. Så bare snublet jeg i mine egne ben. Mer husker jeg ikke, forteller hun om et av sine ferskeste fall.

Tekst Ann-Kristin B. Helmers • **Foto** Siv Johanne Seglem

Bildet hun tok etter episoden i porten forteller sitt: Hun falt. Framover. Ansiktet traff bakken først. Britt Larsson har Parkinson sykdom. Det betyr at fallrisikoen er stor. Hun har brukket armen, slått hodet. Falt i bursdagsselskap, falt hjemme, falt ute.

Akkurat idet hun skulle hilse på barnebarnet for første gang, ble kroppen nummen. Bena bar ikke, hun datt rett ned. Landet på bakhodet i gulvet.

Hun har falt på stranda. Sklidd på en stein på Huk, gikk rett i bakken. Ansiktet først – igjen.

Og den terskelen inne i leiligheten ... Hun blir irritert bare av å tenke på den:



I UNDERETASJEN: Her føler Britt Larsson seg trygg sammen med hunden Bajas, men det fins terskler og andre hindringer som gjør at hun likevel stadig går over ende.

– Den terskelen har jeg snublet i sikkert ti ganger. Nå er jeg så obs på dette her at det går stort sett bra, sier hun.

SØNNEN BOR I ETASJEN OVER

For ni år siden flyttet hun inn i kjellerleiligheten i samme hus som sønnen og svigerdatteren.

Hun eier sin del av huset og har ingen

planer om å flytte på seg.

– Det er det tryggeste for meg. Det er fint å bo her, barnebarna er rett i nærheten, hagen er stor og for det meste flat som en fotballbane, sier hun.

Leiligheten har bare den ene litt forhøyede terskelen, de andre er lavere. Alt er på ett plan. Hun rekker opp til øverste hylle i kjøkkenskapene uten krakk.

“

Den terskelen har jeg snublet i sikkert ti ganger.

Britt Larsson

Men så er det alltid noe: Som døra på oppvaskmaskinen. Den sto åpen, og da snublet hun i den – deiset i gulvet.

Senere samme dag:

– Jeg skulle gå ned trappa inn fra hagen.

Det var mange på besøk hos meg den dagen.

Brita snublet i et trinn, fikk tak i en stolpe, men glapp den. Så hun falt. Forover. Inn på Bærum sykehus med brukket arm bar det.

SAVNER Å LØPE

Trygghetsalarmen har hun hatt i tre år. En gang har hun hatt bruk for den:

– Jeg falt ut av senga på natta og satt fast mellom senga og veggen. Jeg kom meg ikke løs, men fikk trykket på alarmen. På et blunk så sto det to kjekke karer der. De hjalp meg. Det gikk veldig fort og greit, det, sier hun.

Frykten for å falle sitter i magen og fører til at hun binder seg, både når hun er hjemme og ute.

– Jeg savner å gå på ski. Sykle, løpe.

Hun har syklet over Hardangervidda to ganger.

Som tidligere ambulansesjåfør for Røde Kors har hun levd et aktivt liv.

– Jeg var alltid i farta, sier hun.

Nå er det annerledes. Samtidig vil hun prøve. Gjøre radiusen så stor hun kan.

– Sønner min bygde en trapp i hagen her.

En fin trapp. Jeg så jo at jeg ikke ville klare å gå i den, men jeg ville likevel prøve, han hadde jo laget den! Så det klarte jeg, da. Jeg gikk ned alle trinnene. En gang. Men flere ganger blir det ikke, sier hun.



MØTE MED BAKKEN: Britt Larsson så slik ut etter fallet på vei inn porten etter en tur med hunden. Bildet tok hun selv.

Hun tar med hunden Bajas på luftetur, handler mat på butikken, går tur i Frognerparken og passer barnebarna. Det ikke utenkelig at hun tar en skogstur, heller, dersom det er en vei å gå på der. Selv om bena kan stikke seg når hun minst venter det.

Hun øver på fallteknikk. En annen teknikk hun har for å håndtere alle fallene er slik:

– På kvelden tenker jeg: Jeg er glad jeg ikke falt i dag. ●



TURKOMPIS: Det hender Britt Larsson tar med hunden Bajas på tur i skogen. Hun prøver å gjøre radiusen sin så stor hun kan.

Jeg ligger på gulvet og puster ujevnt.
Jeg mister seks hundre tusen hudpartikler hver time.
Jeg nyser, luften fra lungene blåser ut gjennom munnen med en hastighet på hundre og seksti kilometer i timen.
Jeg setter ord på bevegelsene, også dem jeg ikke er herre over.
Det gir meg en illusjon av å beherske kroppen.
Den kroppen hjernen i sin tid var herre over.
Øynene lukkes.
Jeg vrir meg.
Knærne verker.
Jeg puster gjennom nesa.
Jeg prøver å puste dypt.
Mellomgulvet spenner seg et par sekunder og blir flatt tilsvarende lenge, slapper av og inntar sin kuppelformete hvilestilling, før det igjen spennes mellom bryst- og bukhulen.



Foto: Trine Håsdal

Thorvald Steen er aktivt engasjert i samfunnsdebatten om menneskerettigheter og menneskeverd. Steen har selv en medfødt progredierende muskelsykdom og har brukt mye selvbiografisk materiale i sine bøker. Les mer om ham på side 42.



Her kan du lese et utdrag fra boken **«Det hvite badehuset»**.

Jeg trekker lufta inn.

Jeg holder pusten til jeg har telt til tre,
slik at den får bredt seg dypt i lungene.

Jeg blåser ut gjennom munnen.

Buken drar seg sammen.

Takk, store mellomgulvmuskel, som gir
meg surstoff til hjernen, slik at jeg fortsatt
kan tenke og bevege meg.

Jeg klarer å vrenge meg over på siden.

Jeg holder pusten og lytter.

Det er stille.



Les neste del på side 56

Tove Gaska (80)

- bor i Østensjø bydel i Oslo
- snublet tre ganger hjemme

PORTRETT

– Jeg er redd for å bli rullestolavhengig

For Tove Gaska er den mest plagsomme senvirkningen av en hjerneblødning at hun er blitt ustødig. Tre ganger har hun falt hjemme og skadet den venstre leggen.

Tekst Eivor Hofstad • **Foto** Siv Johanne Seglem

For mange år siden ble Tove Gaska diagnostisert med en aneurisme som førte til hjerneblødning.

– Jeg tror det var i 2004.

Etter det har jeg blitt mer og mer ustø. Det er senvirkninger av hjerneblødningen som ga meg en enorm svekkelse i hele venstre side, også i foten, forteller hun.

Det fører til at hun ikke alltid klarer å løfte den venstre foten så høyt som hun skal, og kan snuble i matter og dørstokker og andre små hindringer på gulvet eller bakken. Hun

tar ingen legemidler, selv ikke når hun har problemer med å sove.

FOSSBLØDDE

– Jeg har snublet tre ganger hjemme og skadet meg i den venstre leggen rett over ankelen. Den siste gangen i mars/april i år skulle jeg ut i gangen og snublet i dørstokken. Jeg revnet i leggen så jeg fossblødde. Blodet fløt. Inneskoene ble ødelagt.

Tove Gaska kom seg opp for egen maskin, men tenkte hun trengte hjelp.

– Da trykket jeg for første gang på alarmen jeg har skaffet meg, sier hun.



SNUBLET: Tove Gaska snublet i dørstokken i vår og rev opp den venstre leggen. Hun fossblødde og måtte trykke på alarmknappen.

Folkene fra alarmselskapet kom, og en av dem stelte såret hennes. De ba henne kontakte legen sin. Hun gikk en gang i uken og fikk stelt såret ved Østensjø legesenter i Oslo. Nå har det grodd fint.

TRYGG MED RULLATOR

– Har du blitt redd for å falle mer?

– Egentlig ikke.

Hun har fått seg både rullator og staver. Hun går ingen steder uten støtte nå.

– Jeg føler meg trygg med rullatoren. Jeg har akkurat vært på butikken og handlet, så det klarer jeg fint med den, sier hun.

Med stavene er det tyngre.

– Jeg blir fortere sliten i hele kroppen når jeg bruker stavene. Jeg bor midt i en bakke, så jeg gruer meg til vinteren når jeg skal ut med broddene. Men det gidder jeg ikke tenke på nå som det er sommer og tørt og fint.

MER USTØ ETTER DREN

For to år siden fikk Tove Gaska operert inn en shunt i hodet som skal drenere ut overflødig væske i hjernen.

– De mente det kunne hjelpe på ustøheten, men jeg kan ikke si jeg har merket noen

“

Jeg gruer meg til vinteren når jeg skal ut med broddene.

Tove Gaska (80)

bedring. Jeg har bare blitt mer ustø, men det er ikke sikkert det har noe med drenet å gjøre, det kan jo være alderen også, sier hun.

– *Hvordan føler du deg om dagen?*

– Ganske sliten. Jeg er i dårligere form enn for 14 dager siden, fordi treningen jeg har gått på i et år, har stoppet opp for sommerferien, forteller hun denne dagen i juli da Sykepleien er på besøk.

HÅPER Å BLI BEDRE

– Jeg er redd for å bli rullestolavhengig.

Samtidig går jeg jo og håper at jeg skal bli bedre. Jeg forventer ikke at jeg skal bli mitt gamle meg, men i sommer skal jeg opp til Finnmark og Kirkenesdagene. Og så skal jeg feire 80-årsdagen min med mine søsken.

– *Tar du med rullatoren?*

– Nei, bare stavene. Men jeg håper det er mulig å få leie en rullator mens jeg er der.

Hun gleder seg også til treningsprogrammet «Sterk og stødig» kommer i gang igjen til høsten og håper hun får beskjed fra bydelen når det skjer. ●



KÅBAL: – Jeg legger kabal som en avveksling fra avislesing og tv-titting, sier Tove Gaska, mens hun venter på at treningsgruppen hun er med i skal starte opp igjen.

VIL TRENE: Tove Gaska veksler mellom å bruke staver og rullator som støtte når hun skal ut. Hun vil trene og holde seg i form for å kunne leve et aktivt liv.



Jeg ser opp.
Taket er ikke helt hvitt.

Det kan være antikkhvitt, i hvert fall ikke perlegrått.

Jeg regner med at øynene mine fortsatt er blekt blå
og pupillene mine er svarte.

Det er mulig at noen blodkar har sprukket og
fargen på deler av hornhinnen er rød,
som kondensstriper på et flyshow.

Jeg kjenner smerter i hodet.

Kan det stamme fra hjertet?

Et isfjell flyter inni meg.

Jeg løfter hodet, jeg vender ansiktet i flere retninger,
jeg klarer å skjelne mellom tak og vegger.

Jeg sier kråke, mest for å få stemmen min til å
minne meg på at jeg eksisterer.

Kråke, gjentar jeg, jeg kunne ha sagt hva som helst
for å få bekreftet at jeg er her, og forvise meg om at
ordene kommer ut av hodet og ikke bli liggende
igjen som emballasje rundt tanker.

Jeg uttaler flere ord, de forlater tunga og farer ut
mellom tennene og leppene, de blir til mer enn to
setninger.

Jeg blir stille.



Foto: Trine Hisdal

Thorvald Steen er aktivt engasjert i samfunnsdebatten om menneskerettigheter og menneskeverd. Steen har selv en medfødt progredierende muskelsykdom og har brukt mye selvbiografisk materiale i sine bøker. Les mer om ham på side 42.



Her kan du lese et utdrag fra boken **«Det hvite badehuset»**.

Blodet renner gjennom årene.

Årene omringer de 206 knoklene i skjelettet.

I dag er alle hele.

Jeg har glemt å ta på meg armbåndsuret.

Jeg hører vann i rørene i veggene.

Tre døde fluer lager skygger i støvet i
lampekuppelen.

Støv er tyngre enn luft.

Det adlyder gravitasjonskraften, slik fluer og jeg
gjør, under det rektangulære taket.



Les neste del på side 62

Mette Hammergren (86)

- bor på Manglerud i Oslo
- skled og falt på glatt gress ute

PORTRETT

– Smerten var så grusom at jeg nesten ble bedøvd

Mette Hammergren har hatt tykktarmskreft og lever med brokk i magen og kneproteser på grunn av artrose. Men det er bare blåbær i forhold til da hun falt og rev av den firedobbelte senen i låret.

Tekst Eivor Hofstad • **Foto** Siv Johanne Seglem

Det var like før jul i 2009. Mette Hammergren var 75 år og hadde akkurat vært på svømmetrening på Ammerud i Oslo. Hun gikk hjemover fra Manglerud T-banestasjon da hun kom på at hun kunne stikke ned til naboblokka og henge opp en plakat om julemarkedet til Østre Aker musikkorps.

– Stien med steiner nedover var bratt. Jeg tenkte at jeg ikke måtte falle, så jeg valgte å gå på gresset istedenfor. Men det hadde regnet i flere dager, så jeg gled og tok hele gressmatta med meg da jeg falt, forteller hun.

TRODDE NESTEN BEINET VAR DELT I TO

Hammergren ble liggende skrått på ryggen med høyrebeinet brettet under seg i en vinkel som var alt annet enn naturlig. Hælen kom inn i livet på henne. Hun ropte høyt da det skjedde.

– Smerten var så grusom at jeg nesten ble bedøvd. Det var ikke så ille når jeg lå i ro, men når jeg kom borti foten, var det helt forferdelig vondt.

– *Hva tenkte du mens du lå der?*

– «Du får ikke foten din opp der!» Jeg skjønnte ingen ting. Jeg trodde nesten beinet var delt i to.



KONSEKVENSER: Etter quadriceps-senerupturen har Mette Hammergrens høyrebein blitt svakt. Hun halter, har vondt i ryggen, har hatt en smertefull lyskestrekk og ramler mer.

Hun fikk ringt en venninne i blokka som tok med seg enda en venninne med krøllspenner i håret og tørkle på hodet. De hentet ulltepper og ringte etter ambulanse. En mann fra blokka og vennen hans hjalp til med å forflytte henne.

BESVIMTE

På legevakten kom hun inn på bære med gjørmete bukse til en ung mannlig lege som ba henne kle av seg og legge seg ned. Venninnen hennes var med og hjalp henne. En hyggelig sykepleier ga henne to Pinex Forte før de tok røntgenbilde.

– Legen sa han ikke kunne se noe på

røntgenbildet, fordi det var så hovent, så jeg ble sendt hjem igjen med beskjed om å komme tilbake om en ukes tid. Sykepleieren hjalp meg med å stille inn krykkene som legen ga meg.

Vel hjemme i oppgangen besvimte hun og braste inn i døren til naboen så en blomsterpotte knuste. Hun tror det kanskje var de sterke smertestillende pillene som begynte å virke.

Venninnen fikk hjulpet henne inn og kledd av henne.

FIKK HJELP AV DØTRENE

I dagene som fulgte så døtrene til henne.

Mette Hammergren hadde ikke bedt om noen hjelp fra kommunen, men ingen fra



Jeg skrek til så jeg nesten gikk i taket.

Mette Hammergren

legevakten hadde varslet bydelen heller, slik de har rutine for å gjøre i dag gjennom fallmeldinger.

– Svigersønnen min er fysioterapeut og syntes jeg skulle komme meg på legevakta igjen, fordi kneet var helt mørkeblått, nesten svart, og veldig hovent. Men jeg skulle være lydig pasient, så jeg sa «det går nok bra», sier hun.

Den åttende dagen hadde Hammergren ny time på legevakten. Denne gangen var det en kvinnelig yngre lege som møtte henne.

– Beinets var helt dinglete, og hun ba meg løfte det da jeg lå på undersøkelsesbenken. Jeg sa at det kunne jeg ikke. Hun ville ta i hælen og løfte, men da ropte jeg ut at hun ikke måtte det, fordi det ville gjøre veldig vondt. Hun måtte ta under kneet.

HYPERVENTILERTE OG GRÅT

Legen sa ingenting til Hammergren, men gikk ut av rommet og hentet en eldre mannlig lege. Han trykket inn i kneet hvor senen skulle være festet, men hvor det nå bare var et hull.

– Jeg skrek til så jeg nesten gikk i taket. De snakket seg imellom, men sa ingenting til meg. Til slutt fikk jeg beskjed om at jeg måtte komme meg til Ullevål for å opereres, fordi det var noe som var røket.

Taxi måtte hun bestille selv. På vei ned i heisen fikk hun en reaksjon.

– Jeg hyperventilerte og begynte å gråte. «Det er bare en reaksjon», unnskyldte jeg til mannen jeg sto i heisen med.

Vel nede kunne ingen i den første luken hjelpe henne med å bestille taxi. Det måtte hun få gjort i en annen luke. Hun snudde ryggen mot folkemengden og gråt litt mer.

– Da kom det en liten pakistansk pike og så på meg. «Det er ikke så farlig. Det er bare jeg som er litt lei meg. Det går bra,» sa jeg for ikke å skremme henne. Hun skulle kanskje til lege selv og kunne bli redd.

STATIV I TO MÅNEDER

På akuttmottaket på Oslo universitetssykehus, Ullevål, ble hun godt mottatt, først av en ung lege og en turnuskandidat.

– De spurte om jeg hadde kjørt motorsykkel, for dette var en sjelden skade de gjerne kunne se ved slike ulykker.

Under operasjonen boret de hull i kne-skålen hennes for å sy den firedelte senen fast. Hun var våken under seansen og husker at hun likte godt den ene legen som opererte.

– Han fleipet med hvilken knute de skulle bruke. «Skal vi ta båtmannsknop eller?».

Etter fire dager ble hun utskrevet til Abildsø sykehjem, hvor hun var to uker på en rehabiliteringsavdeling.

– En fysioterapeut lærte meg å gå i trappa med stativet, forteller Hammergren.

Hun måtte gå med stativ rundt kneet i to måneder, som jevnlig ble skrudd til, slik at hun etter hvert kunne bøye kneet.

ÅRSAKEN TIL RYGGVOND OG FLERE FALL

– En av legene på Ullevål fortalte meg at legen på legevakten kunne ha oppdaget hva som feilte meg hvis han hadde bedt meg om å løfte foten mens jeg lå på benken. Det er nemlig umulig når quadriceps-senen er røket.

Hun klagde ikke på det hun opplevde på legevakten.

– Jeg vet jo ikke om det hadde hjulpet noe om jeg hadde blitt operert åtte dager før, men jeg hadde veldig smerter den uken, og hele forløpet ble jo forlenget med åtte dager. Jeg ble også fortalt at jeg hadde vært utsatt for å kunne få blodpropp mens jeg gikk på krykker og ventet på operasjon.

Dette første fallet tror hun er årsaken til flere problemer hun nå har med beina.

– Høyrebeinet er blitt svakt, så jeg halter og belaster skjevt når jeg går, slik at jeg har fått vondt i ryggen. Jeg ligger med en pute mellom

beina om natta. Det hjelper. Jeg har også hatt flere fall siden.

FRYKT FOR LYSKESTREKK

Hun frykter å få tilbake lyskestrekken som kom på høyresiden i fjor i april. Den varte nesten to uker og var så vond at hun havnet på legevakten.

– MR-bildene viste at det var endringer i muskelfibrene, sier hun.

Etter lyskestrekken fikk hun et fire dagers opphold på KAD-avdelingen på Aker sykehus. De kontaktet bydelen hennes, så hun

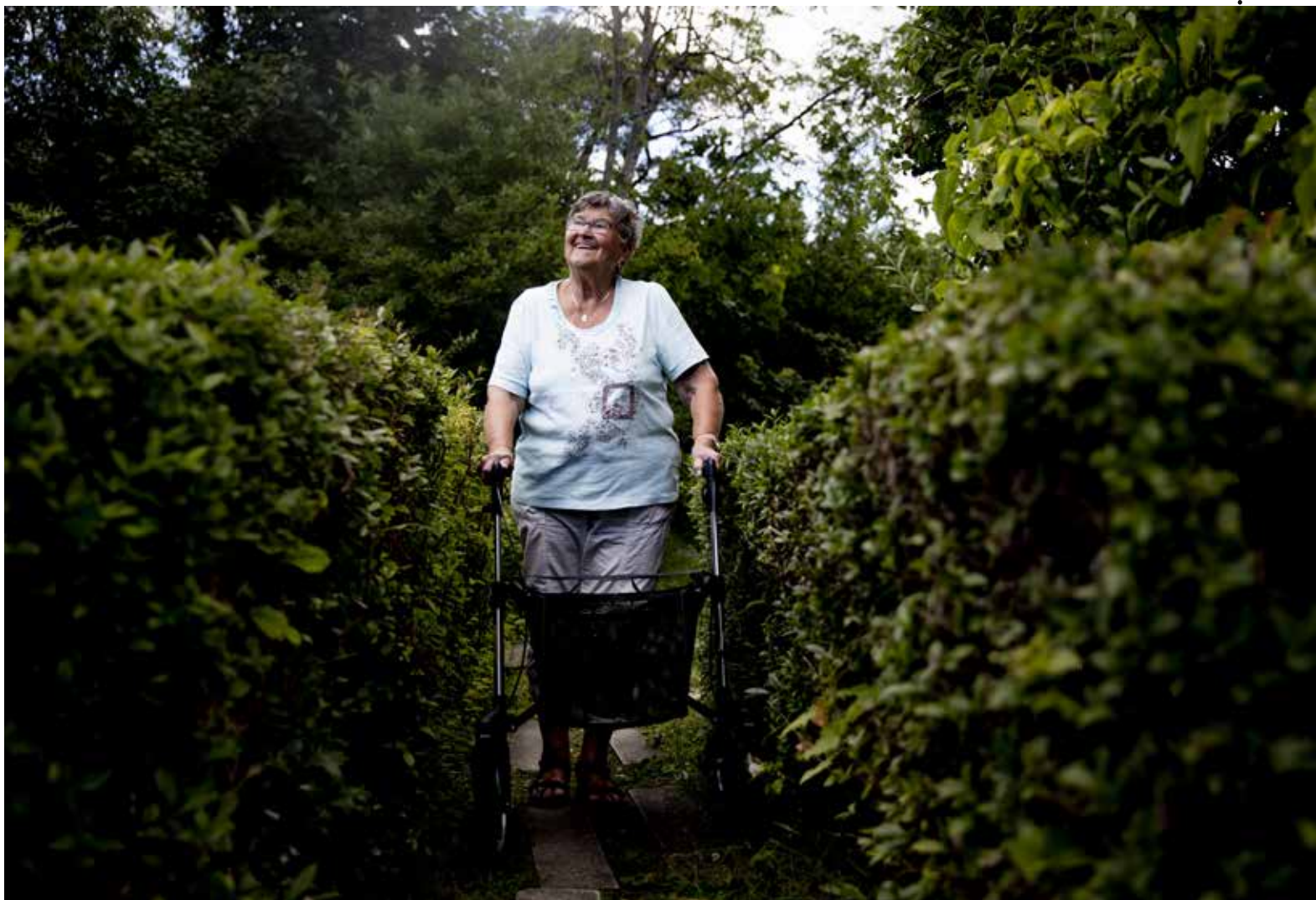
fikk invitasjon til å bli med på trening.

I fjor høst ble hun med i sterk og stødig-prosjektet i bydelen. Der trener de ganske hardt en time to ganger i uka.

– Treningen hjelper veldig bra! Men dessverre har det vært stopp i åtte-ni uker under koronaperioden, så jeg har blitt mye svakere.

De rakk å komme i gang igjen med øvelser ute i slutten av mai, før det ble sommerferie.

– Jeg har noen øvelser jeg gjør hjemme hver dag, men jeg må ikke overanstrenge meg. Da er jeg redd jeg får krampe i beinet som går opp i lysken igjen, sier Mette Hammergren. ●



STERK OG STØDIG: Mette Hammergren deltar i bydelens sterk og stødig-prosjekt og merker at treningen hjelper. Men på grunn av en pause under koronaepidemien, har hun blitt svakere igjen.

Jeg strekker ut venstre arm.
Fingrene når fram til kneet.

Det er fortsatt ømt.

Det er godt at jeg ikke falt utendørs.

Der kunne jeg frosset i hjel.

Bare ikke strømmen går.

Skulle det skje, vil aggregatet ta over.

Forresten, jeg har aldri spurt vaktmesteren om vi har det.

Strømmen gikk midt under en hjerteoperasjon på et sykehus på Vestlandet.

Da de endelig fant aggregatet, virket det ikke.

Jeg løfter venstre bein, strekker ut begge armene og lar hendene møtes bak kneet.

Fingrene fletter seg i hverandre.

Det gjør vondt, men jeg får strukket ryggen.

Jeg løfter hodet, strekker nakkemusklene og vender ansiktet fra venstre mot høyre, deretter motsatt vei.

Det smerter i skuldrene, hendene slipper taket og leggen, baksiden av kneet, låret, faller i gulvet.



Foto: Trine Hisdal

Thorvald Steen er aktivt engasjert i samfunnsdebatten om menneskerettigheter og menneskeverd. Steen har selv en medfødt progredierende muskelsykdom og har brukt mye selvbiografisk materiale i sine bøker. Les mer om ham på side 42.



Her kan du lese et utdrag fra boken **«Det hvite badehuset»**.

Jeg prøver å løfte det høyre kneet.

Beinet har sovnet.

Jeg prøver å vekke det, drar i buksa for å få liv i lårbein, kneskål og leggbein.

Jeg får kneet noen centimeter over parketten før det deiser ned igjen.

Under klærne er det 1,8 kvadratmeter hud som brer seg utenpå fem liter blod, tretten milliarder nerveceller og tjuéfem billioner røde blodlegemer.

Jeg har 23 kromosompar i hver celle.

Kromosomene i hvert par er like lange, bortsett fra i det fjerde. Der er det ene kromosomet ørlite grann kortere enn det andre.

Derfor kan jeg ikke reise meg og forsvinne ut av denne teksten.



Gerd Helene Hansen (71)

- bor på Holmlia i Oslo
- ble påkjørt av elsparkesykkel

PORTRETT

– Jeg har begynt å se meg over skuldra når jeg er i byen

Gerd Helene Hansen ble meid ned av en elsparkesykkel på Aker Brygge i fjor sommer. Hun tror hun aldri vil komme seg helt etter hendelsen.

Tekst Ann-Kristin B. Helmers • **Foto** Siv Johanne Seglem

Jeg og noen venninner hadde spist middag på Aker Brygge og var på vei til en konsert. Vi skravlet og var i godt humør, forteller Gerd Helene Hansen.

Uten forvarsel kommer det noe forfra.

– Jeg ser bare en skygge og kjenner et vinddrag i luften. Så kjenner jeg et hardt støt mot skulderen.

Gerd Helene Hansen mister balansen. I sidesynet registrerer hun et par ben med blå og hvite tøysko og hjulene på en

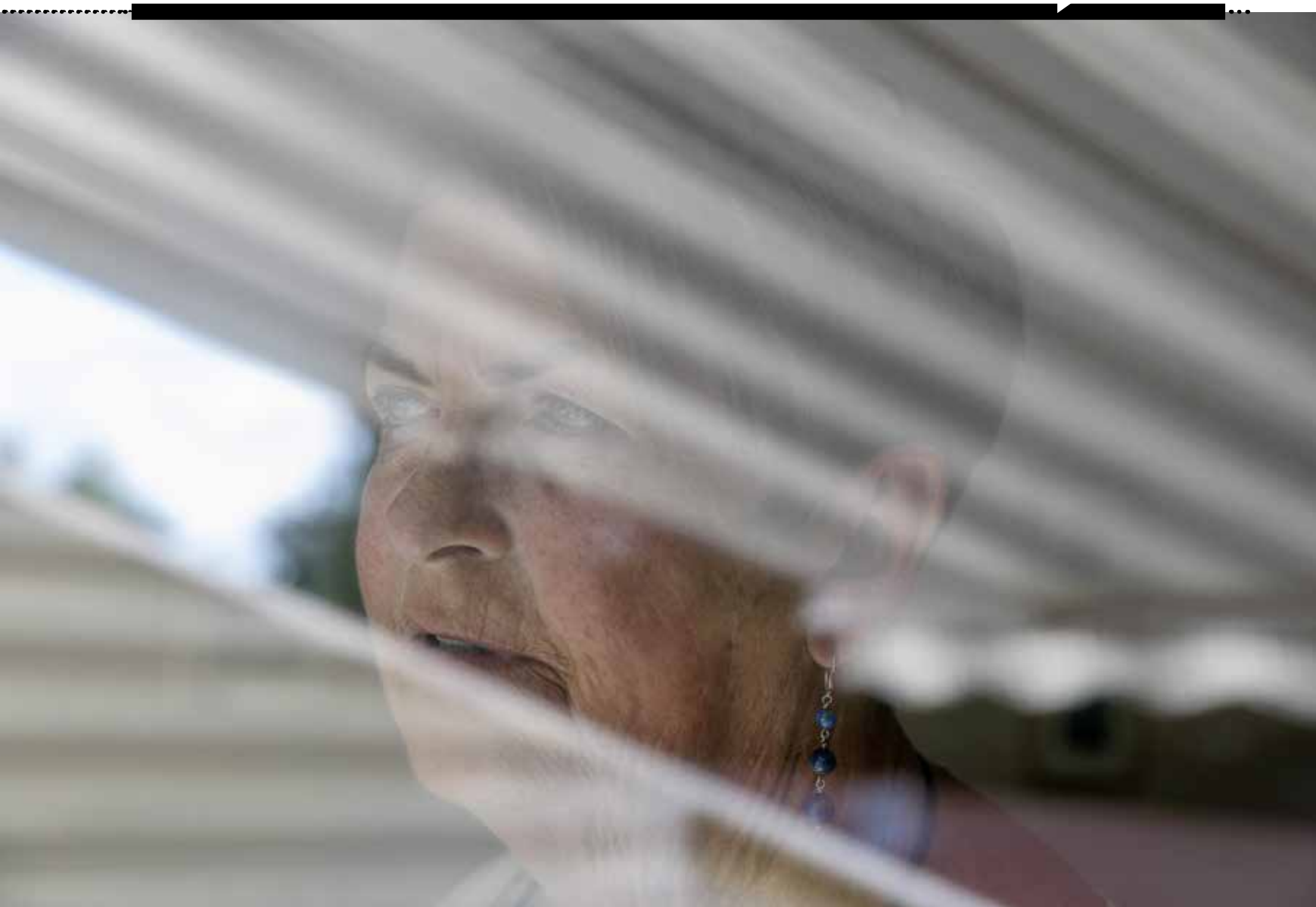
elsparkesykkel, før hun går i bakken med et smell. Det går så fort. Hun rekker ikke å ta seg for med hendene.

– Der gikk hofta. Det var det første jeg sa.

SMERTENE

– Det var så vondt, jeg visste med én gang at noe hadde gått veldig galt. Venninnene mine skjønnte ikke helt hvor alvorlig det var til å begynne med og prøvde å hjelpe meg opp, sier hun.

En mann kommer til og hjelper henne bort til et murgjerde ved bryggekannten.



PÅKJØRT: - Jeg visste med én gang at noe hadde gått veldig galt, sier Gerd Helene Hansen.

- Jeg lente meg over det gjerdet, det var ikke mulig å stå på foten.

Hun tenker tilbake og grøsser når hun kommer på smertene:

- Det var ubeskrivelig vondt. Jeg kjenner det helt ut i huden, ytterst ut i fingertuppene, når jeg snakker om det nå.

BRUKKET OG KNUST

- Dette var dagen før VG-lista hadde konsert, og de hadde begynt å sperre av på Rådhusplassen. Jeg hang over det gjerdet i noe som følte som en evighet før ambulansen kom, forteller hun.

Røntgen på sykehuset viser at hofta er brukket og hoftekulen er knust. Hun må få ny hofta og ny hoftekule.

- ANESTESILEGEN BLE FORBANNET

De blå og hvite skoene hun registrerer i fallet, tilhører en av de to guttene som står sammen på elsparkesykkelen som kjører henne ned.

- Anestesilegen ble så forbannet da jeg fortalte det. Han sa flere ganger at jeg måtte anmelde det, og det har jeg gjort. Men saken ble henlagt, og vi har ingen god beskrivelse av dem som kjørte på meg, dessverre, sier hun. ▶

“

De elsparkesyklene er jo alle steder.

Gerd Helene Hansen

SOMMER MED OPPTRENING

Før påkjørselen hadde Gerd Helene Hansen lagt planer hun gledet seg til. Hun hadde endelig kastet krykkene etter en kneskade og så frem til en aktiv sommer:

Båttur til Åsgårdstrand. Konsert med Vamp. Ei uke med fjellturer på hytta i Nord-Norge.

Slik ble det ikke. Det ble en sommer med opptrening av ny hofte og mange restriksjoner. Ikke kunne hun plukke opp noe fra gulvet, ikke kunne hun vri seg for å hente noe – og det var frem med krykkene igjen.



I VG: Gerd Helene Hansen ble intervjuet av VG i fjor sommer, rett etter påkjørselen på Aker brygge.

Åsgårdstrand ble byttet ut med Godt Haap, og Vamp måtte spille uten å ha henne blant publikum.

Et drøyt år etter fallet er hun fremdeles ikke tilbake der hun var. Hun hinker når hun går og forteller at den ene foten er kortere enn den andre. Fordi hun er benskjør, har hun lett for å få benbrudd.

– Smerter fra tidligere brudd har kommet tilbake, og av og til er det bare vondt overalt, sier hun.

Noen netter må hun opp flere ganger, og smertestillende tabletter har hun alltid tilgjengelig.

FRA SKULLERUDSTUA PÅ KRYKKER

– Jeg kommer nok aldri helt tilbake. Men jeg setter meg mål og går så mye jeg kan. Her om dagen gikk jeg fra Skullerudstua til Hvervenbukta, med krykker. Jeg liker å gå. Og legen min på sykehuset sa ja da jeg spurte om jeg kunne kjøre ATV-en jeg har på hytta, så det ser jeg veldig frem til.

Den samme legen oppfordret henne til å øve på å gå med staver, og håpet er å kunne kaste krykkene i nær fremtid.

EKKEL FØLELSE

– Men i byen er jeg utrygg. De elsparkesyklene er jo alle steder. Det er akkurat som om jeg kjenner vinddraget og ser den mørke skyggen komme brått når jeg går langs fortauet. Så må jeg se meg over skuldra for å være sikker på at det ikke kommer noen i full fart.

– Det er en ekkel følelse, det er en angst som har satt seg fast i meg, sier hun. ●

MEDIYOGA

Utdannelse for helsepersonell



Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
Tlf.: +46 85 40 882 80



KIRKENS
BYMISJON



Ønsker du å lære mer om hiv?

Vi tilbyr gratis dagshospitering i Oslo eller undervisning i hele landet.

Hiv-positive møter fremdeles mye fordommer i helsevesenet. Aksept ønsker å gi sykepleiere kunnskap og kompetanse om hvordan de kan møte hiv-positive på en god og trygg måte, og hvordan de kan fremme forståelse for mennesker som lever med hiv i helsevesenet og i samfunnet generelt.

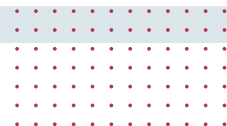
- Hvordan møte den hiv-positive på en god måte?
- Hvordan forholde seg til egen smitteangst?
- Hvordan formidle oppdatert kunnskap om hiv?
- Hvordan forholde seg til kunnskap om at pasienten er hiv-positiv?
- Hvordan ta samtaler om seksualitet?

Hospiteringen tilsvarende individuell klinisk veiledning som gir uttelling tilsvarende fire timers veiledning i Norsk Sykepleierforbunds godkjenning som klinisk spesialist i sykepleie.

Les mer på: kirkensbymisjon.no/aksept

Kontakt oss direkte for detaljer på telefon 23 12 18 20 eller firmapost. aksept@bymisjon.no

USN Universitetet
i Sørøst-Norge



USN tilbyr følgende videreutdanninger med oppstart våren 2021:

Campus Drammen

- Ernæring og helse (30 stp.)
- Danse- og bevegelsesterapi (30 stp.)
- Kunst- og uttrykksmetoder i terapi (75 stp.)
- Demensvennlige fysiske omgivelser (7,5 stp.)
- Kunnskapsbasert praksis (15 stp.)
- Dermatologisk sykepleie (30 stp.)
- Demens og alderspsykiatri (30 stp.)

Campus Vestfold

- Forsvarlig legemiddelhåndtering (15 stp.)
- Oppdateringskurs for sykepleiere (Kurs)

Søknadsfrist 15. november

→ usn.no/studier/videreutdanning/helsefag



Liv Bjørnhaug Johansen

Temareaktør

INNSPILL

Da jeg ikke var der

Jeg tror jeg kan huske dem alle. Alle dem som har falt mens jeg hadde ansvaret for dem.

Jeg husker hun som hadde hatt et slag og var ustø på grunn av venstresidig parese. Hun sto og holdt seg i vasken, og jeg trodde jeg kunne smette ut i gangen for å hente kluter og et nytt innlegg når ingen kom da vi ringte etter hjelp.

Jeg visste jeg tok en risiko da jeg gjorde det. Det hadde gått bra før. Nå gjorde det ikke det.

Og han nattevaktene fant på gulvet. Vi visste at han var både ustø og ukritisk. Han skulle hatt hyppig tilsyn og sengehest, men det hadde vært så travelt. Han fikk ingen av delene. Han havnet på ortopedien med hoftebrudd etterpå.

Jeg vet ikke hvordan det gikk med ham.

Og den gamle kreftsyke kvinnen som var ustø, men hadde klart seg uten fall helt til hun ble innlagt på en travel korttidsavdeling der hun ble satt på benzodiazepiner for en angstlidelse hun hadde håndtert uten medikamenter i årevis. Hun brakk hoften og ble hentet av en ambulanse. Jeg så dødsannonsen hennes i avisa bare noen uker senere.

Jeg husker han med kreft i hjernen som stadig skled ut av stolen sin, selv om det sto «Hyppig tilsyn når oppe» på lista. Han kunne ikke rope eller bruke alarmen. Han ble bare liggende til noen fant ham.

Og hun vi fant på dogulvet som ikke skulle ha vært oppe alene i det hele tatt, men som ikke husket det eller hva den røde knappen ved siden av senga hennes skulle brukes til.

Jeg kunne fortsatt ned denne siden og over på den neste med flere eksempler.

FRYKTEN SOM ENDRER LIVET

Tallene har dere alt lest. En av tre eldre faller hvert år. Førsti prosent av alle sykehjemsinnleggelses skjer i kjølvannet av et fall. 9000 brekker hoften. Av dem dør en fjerdedel i løpet av det følgende året.

Men også for dem som kommer helskinnede fra det, kan fallet være livsendrende. For mange av dem preger frykten for å falle igjen livet så mye at den i seg selv øker fallfaren. I kvalitative studier leser jeg om pasienter som unngår å drikke for å slippe å gå på do, og andre som helt slutter å gå ut. Dehydrering og mangel på aktivitet øker fallfaren og skaper en ond spiral mot funksjonssvikt og helsetap og ytterligere økt fallrisiko.

DET OPPREISTE MENNESKET

«Du vet, om du ser i en leksikonartikkel om mennesket, står det alltid at det er et oppreist vesen» sa Thorvald Steen på telefonen til meg da jeg var i oppstart med denne utgaven av Sykepleien. Jeg ringte ham for å be om tillatelse til å bruke hans skildring av et fall fra *Det hvite badehuset* (les utdragene på side 42, 50, 56 og 62).

Det å være oppreist er et grunnleggende trekk ved mennesket. Når du har falt og ikke kommer deg opp, har du tapt et definerende trekk ved din menneskelighet.

Jeg måtte sjekke det da jeg hadde lagt på. Han har helt rett. I Store norske leksikon nevnes oppreist gange før både bevegelig tommel og stor hjerne.

TAPT VERDIGHET

Det er ikke så rart de er redde. Frykten for å falle handler om mer enn frykten for å slå seg eller brenne et ben. Den handler om frykten for tapet av din verdighet som menneske. Frykten for å gå inn i rekken av gamle mennesker uten selvråderett og menneskeverd. Fallet er en trussel mot livet slik du vil leve det og personen du



NÅR DU HAR FALT OG IKKE KOMMER DEG OPP, HAR DU TAPT ET DEFINERENDE TREKK VED DIN MENNESKELIGHET.

vil være. Hvert fall er et menneskelig drama der alt står på spill.

Å VÆRE DER

Mange institusjoner er flinke til å tenke på fallforebygging. På de fleste stedene jeg har jobbet, har vi hatt systemer for å sikre at fallfaren blir vurdert når pasienten kommer inn, men kanskje ikke videre i oppholdet.

Er vi bevisst på at risikoen for fall øker når pasienten er nyoperert, er forvirret, har en infeksjon eller er blitt satt på vanddrivende eller fått en sovepille i løpet av natta?

Helsedirektoratet har inkludert fallforebygging i helseinstitusjoner i sin pasientsikkerhetskampanje og tilbyr kunnskap og tiltakspakker. Det er imidlertid ett tiltak som glimrer med sitt fravær. Det er det vi alltid, nesten uansett hvilket tema vi egentlig tar opp i dette tidsskriftet, ender opp med å måtte snakke om: bemanning.

Felles for alle fallene jeg nevnte innledningsvis, er dette: Jeg var ikke der når de falt. Det var heller ingen av kollegaene mine. Vi hadde ikke tid til å komme når de trengte oss, eller de som falt, var ikke i stand til å ta i bruk hjelpemidlene vi hadde utstyrt dem med. Vi kom ikke før det var for sent.

All verdens fallforebyggende sjekklistene, opplysningskampanjer, fallsensorer og overvåking hjelper lite om det ikke er noen som kan komme i tide når du må på do. ●



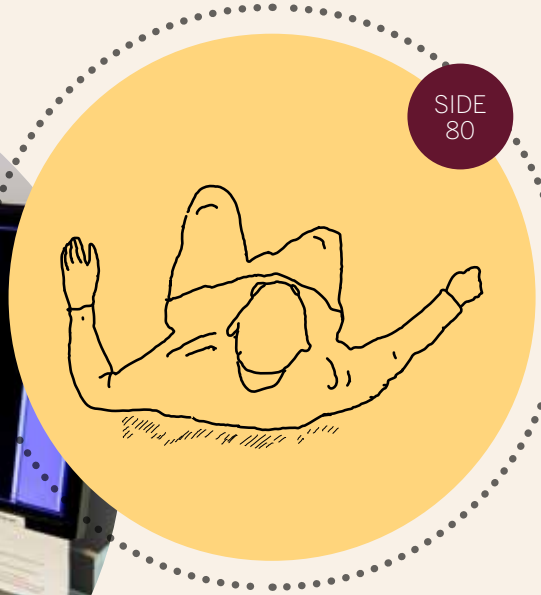
SIDE
72



SIDE
106



SIDE
88



SIDE
80



SIDE
118



SIDE
100

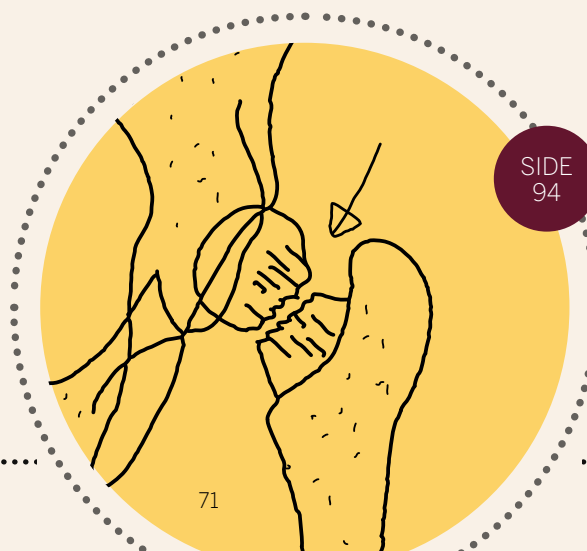


DEL III:

Det er mye sykepleiere kan gjøre

- 72** SYKEPLEIER PÅ FALLPOLIKLINIKK: Jakter på snubletråder hver dag
- 80** FAGARTIKKEL: Hva gjør vi når eldre har falt?
- 88** OSLO-BYDELER: Reduserte hoftebrudd med 40 prosent på fire år
- 94** FAGARTIKKEL: Pasienten får effektiv oppfølging på osteoporoseklinikken
- 100** REPORTASJE: Judoklubben lærer eldre å falle som en banan
- 106** FYSIOTERAPEUT: Tenk forebygging tidlig. Fire enkle øvelser
- 112** VELFERDSTEKNOLOGI: Sensoren varsler når «Anna» står opp
- 118** Vil redusere hoftebrudd med minst 500 i året

Les mer i denne delen



REPORTASJE

Jakter snubletråder hver dag

Ved fallpoliklinikken ved Oslo universitetssykehus snus alle steiner for å holde pasienten på beina. I dag skal en eldre kvinne kartlegges av spesialsykepleier Elisabet Sigurjonsdottir.

• **Tekst og foto** Ann-Kristin B. Helmers

To minutter igjen, sier spesialsykepleier Elisabet Sigurjonsdottir og kikker opp på klokka på veggen inne på det lille kontoret i bygg 20 på Ullevål.

– Så lenge, ja, sier pasienten, en kvinne i midten av 70-årene.

USTØDIGE ELDRE

Sigurjonsdottir har bedt kvinnen om å reise seg kjapt fra liggende til stående posisjon. Der skal hun så bli stående helt stille i fem minutter.

Stillestående er for å sjekke puls og blodtrykk og

sammenlikne disse fra målingene som ble gjort fra liggende posisjon. Øvelsen er en liten del av den omfattende kartleggingen som gjøres ved fallpoliklinikken ved Oslo universitetssykehus.

EN AV TRE FALLER

Ifølge helsenorge.no faller en av tre eldre over 65 år hvert år.

Tall fra Helsedirektoratets kvalitetsindikator for 2017 viser at sannsynligheten for å overleve 30 dager etter innleggelse på sykehus for hoftebrudd er på litt over 90 prosent.

Det vil si at sannsynligheten for å dø i løpet av



KARTLEGGER: Ved OUS Ullevål er det en egen fallpoliklinikk. Sykepleier Elisabet Sigurjonsdottir er som en detektiv på jakt etter det som øker fallfare hos eldre.

den første måneden etter et hoftebrudd er på litt under 10 prosent.

Det å unngå fall kan derfor redde mange.

TRE TIMERS SLØYFE

Pasienten som er henvist, blir innkalt til en time ved poliklinikken. Det vil si, «en time» er det ikke: Den nøye planlagte sløyfa pasientene skal igjennom, tar tre timer.

Når pasienten går ut døra etter konsultasjonen, skal både sykepleier, fysioterapeut og lege ha vurdert og undersøkt en lang rekke faktorer som

kan tenkes å påvirke fallrisiko hos pasienten.

– Styrken vår er at vi jobber såpass tverrfaglig, forteller Elisabet Sigurjonsdottir.

– Vi deler og diskuterer informasjon underveis i utredningen. Da slipper vi å stille de samme spørsmålene flere ganger, og pasienten slipper å gjenta informasjon.

SKJEMATISK SAMTALE

Pasienten som er inne til utredning denne torsdagen, starter med å ta blodprøver.

Deretter tar Sigurjonsdottir EKG og noterer ►

Fall- poliklinikken

- Fallpoliklinikken er en del av Geriatrisk poliklinikk ved Oslo universitetssykehus.
- Fastleger, legevakt og sykehusavdelinger kan henvise hjemmeboende eldre som er ustødige og har falltendens, eller som har falt uten at det er en sikker årsak. Også om det er mistanke om besvimelse, kan de henvises hit.
- Hovedoppgaven til fallpoliklinikken er å gjøre en grundig tverrfaglig utredning av fall og synkope hos eldre.



MANGE SPØRSMÅL: Spørreskjemaet er blitt justert flere ganger for å bli både dekkende og effektivt, forteller Sigurjonsdottir.

blodtrykk og puls liggende og stående.

Når de først er oppe og står, måles også høyde og vekt.

Så setter de seg ned ved et lite bord inne på kontoret hennes for en samtale.

Samtalen foregår etter et skjema. Spørsmålene og temaene har Marte Mellingsæter, en av legene som var med på å starte opp poliklinikken, utarbeidet. Sigurjonsdottir har vært med på å endre og tilpasse innholdet underveis.

De har gått mange runder og testet ut hvor lang tid det tar å gå gjennom skjemaet, og hvilke spørsmål som gir svarene de trenger for å danne et

så godt bilde av situasjonen som mulig.

– Så, vet du hvorfor du er her, er første spørsmål fra Sigurjonsdottir.

Hun kikker mot pasienten som sitter ved den andre enden av bordet.

ET ENDRET LIV

Svaret er ja. Pasienten vet godt hvorfor hun er henvist:

Hun falt og brakk lårhalsen i fjor høst. Før fallet hadde hun hatt langvarige plager i rygg og skulder. Etter fallet ble livet brått endret. Nå har hun i tillegg til nakke-, rygg- og hofteproblemene også en fornemmelse av «kuler» under bena når hun går.

– Det er som å stå på skøyter, forteller hun.

Plagene har ført til at hun har hatt flere nestenfall. På grunn av det har hun blitt mer og mer isolert og tør ikke lenger gå ut av huset uten hjelp. Hukommelsen synes hun også har blitt dårligere.

Før hoftebruddet var hun mye ute, besøkte venninner, gikk på kafé. Nå får hun hjelp av sønnen og svigerdatteren til forskjellige gjøremål. Det er hun glad for, men hun må ha mer hjelp enn hun er komfortabel med.

Blodprøvene

Blodprøvene som kan være aktuelle å ta under fallutredningene ved denne poliklinikken er: Vitamin D, Vitamin B12, hematologi, elektrolytter, stoffskifte, nyre/lever, HbA1c og proBNP.

“

Selv om vi ikke vet hvordan det går med den enkelte pasienten, har vi støtte fra forskning på at dette kan ha en positiv effekt.

ELISABET SIGURJONSDOTTIR, SYKEPLEIER



NOTERER BLODTRYKK: – Jeg håper jeg får noen svar, sier kvinnen som er til fallutredning. I fjor høst falt hun og brakk lårhalsen. Før det har hun i mange år slitt med en vond skulder, en rygg som har blitt helt stiv og etter hvert en følelse av å stå på skøyter når hun går.



Jeg håper virkelig det kommer noe ut av dette, jeg håper jeg kan komme meg litt ut og møte folk.

PASIENT I 70-ÅRENE

– Det er jo jeg som alltid har gjort ting, skiftet lyspærer og besøkt andre som har trengt det. Jeg elsker jo å prate med mennesker, sier hun.

Isolasjonen er vanskelig å takle for den sosiale damen.

– Jeg håper virkelig det kommer noe ut av dette, jeg håper jeg kan komme meg litt ut og møte folk, sier hun.

BLE KORONA-STOPP

Korona-nedstengingen satte en stopper for behandlingen hun var i gang med, forteller hun videre: I flere uker ble det helt stopp på timene hos manuellterapeuten. Så startet det forsiktig opp igjen med en time i uka. Men det blir ikke nok, synes hun.

BLOMSTERVANNING OG BALANSE

Elisabet Sigurjonsdottir noterer stikkord mens hun spør seg videre nedover skjemaet.

Hvordan ser boligen ut? Er det flere etasjer? Hvor er det gelendre? Hva med komfyrvakt og trygghetsalarm? Sigurjonsdottir noterer at det er sju trappe-trinn ned til et av utenivåene, og så fire til neste. De trappene går ikke kvinnen i uten hjelp.

Om ikke lenge skal hun flytte til en ny bolig med alt på ett plan. Da blir en del ting enklere. Men det er likevel viktig å gjøre det som er mulig for å forhindre fall både før og etter flytting.

Om hva med flytteprosessen i seg selv? Sigurjonsdatter spør og noterer. Pasienten tenker gjennom hva hun gjør og hvordan hun gjør det.

Blomsterpottene helt inne ved vinduet som må vannes, de står nede på gulvet, der kan det være litt vanskelig å holde balansen. Kanskje bør ikke pottene stå så langt nede?

– Det verste er denne følelsen av å kunne skli når som helst. Jeg blir jo redd for å falle av det. Jeg håper det går an å finne ut hva det er og hva som hjelper, sier hun.

Etter samtalen er det mer testing:

– Jeg vil at du skriver en setning som inneholder mening. Hva som helst, bare den har mening, sier Elisabet Sigurjonsdottir og overleverer et ark.

«Solen skinner i dag», skriver pasienten på arket foran seg. Deretter skal hun tegne en figur hun får se bilde av.

76-åringen humrer av egne tegneferdigheter.

Dette er en uvant øvelse, og hun visker ut noen streker før hun sier seg fornøyd. Klokketesten går lett, viserne plasseres på ti minutter over elleve, og arket leveres tilbake.

– Er det noe mer du vil ta opp med meg, spør Sigurjonsdottir.

Det er det ikke, og dermed er sykepleierkonsultasjonen ferdig.

Mens pasienten venter, møtes så sykepleier, fysioterapeut og lege til en kort overlevering før legen overtar. Legen tar generell anamnese og fallanamnese og gjør en generell og nevrologisk undersøkelse.

Videre er det gjennomgang av legemiddellisten og en vurdering av om falltendensen kan komme av polyfarmasi eller bivirkninger av noen av medisinene.

Så er det fysioterapeuten som overtar konsultasjonen.

Det er flere fysioterapeuter ved avdelingen. Spesialfysioterapeut Solveig Granum har vært med siden starten i 2008.

– Det viktigste fysioterapeuten gjør, er å vurdere det som har med gangfunksjon, balanse og muskelstyrke å gjøre. Nesten alle har noe å hente når det kommer til trening og oppfølging av det, sier hun.

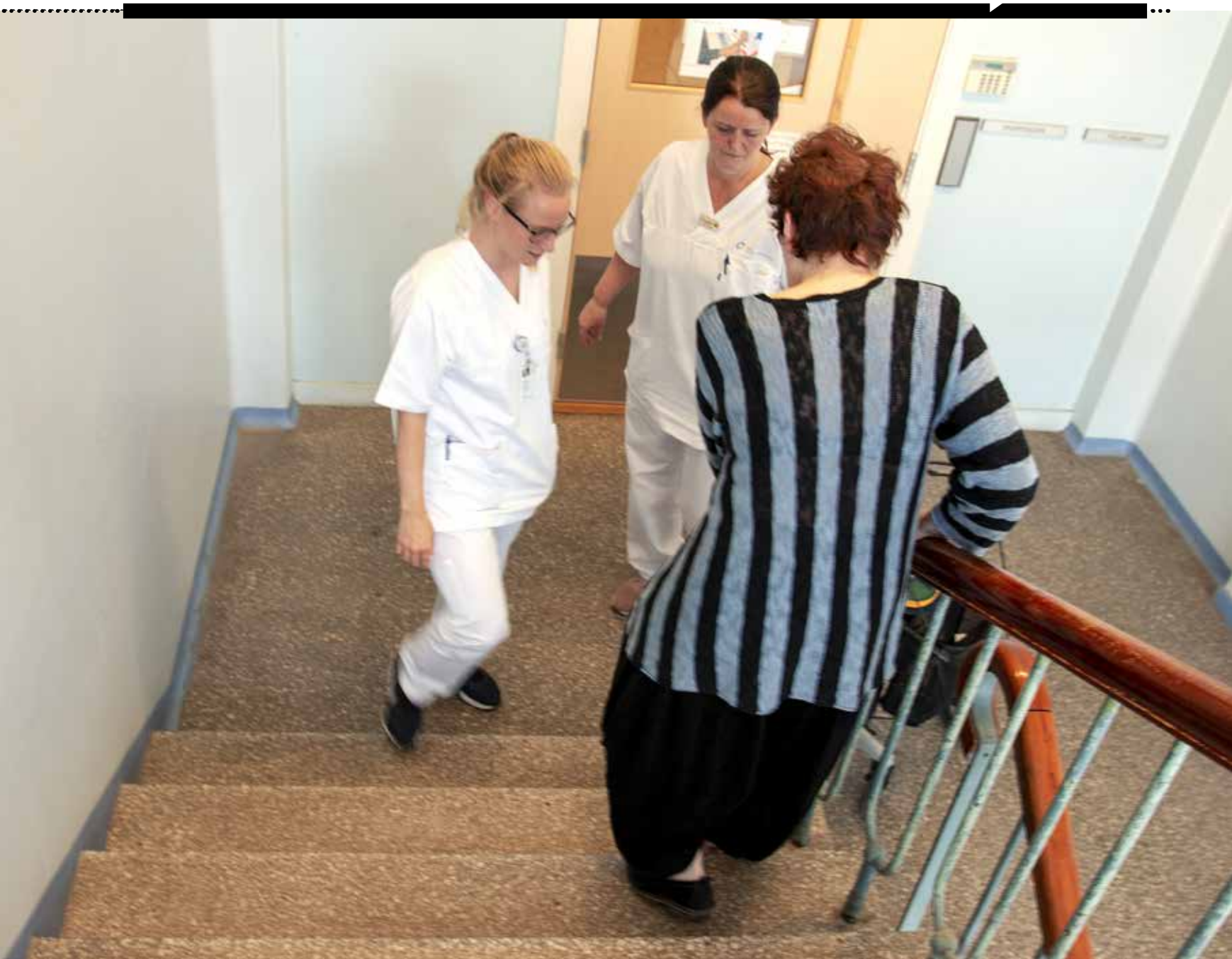
VET IKKE HVORDAN DET GÅR MED PASIENTENE ETTERPÅ

Fallpoliklinikken ved Oslo universitetssykehus har tatt imot pasienter i tolv år. Hvordan går det egentlig med pasientene etterpå? Hjelper det å bruke en dag på utredning der?

Hva er ortostatisk hypotensjon?

Symptomgivende systolisk trykkfall ved overgang fra liggende til stående stilling. Vanligste årsak til svimmelhet hos eldre personer.

KILDE: LEGEVAKT-HÅNDBOKA



HOLDER FAST: Trapper er ikke det 76-åringen liker best. Fysioterapeut Ingvild Øian Gjermundsen og sykepleier Elisabet Sigurjonsdottir følger nøye med.

– Svaret på det er at det vet vi egentlig ikke, sier Granum.

Når pasienten går ut etter en dag med utredning, så ses de i utgangspunktet ikke igjen.

– Men det er god dokumentasjon i forskningen på at tverrfaglig fallutredning og målrettede tiltak har en forebyggende effekt. Så selv om vi ikke vet hvordan det går med den enkelte pasienten, har vi støtte fra forskning på at dette kan ha en positiv effekt, sier hun.

I 2014 ble det publisert en originalartikkel fra fallpoliklinikken, «Medisinske funn i en tverrfaglig

geriatrisk fallpoliklinikk», i Tidsskrift for Den norske legeförening. Artikkelen er forfattet av Kristofer Lislrud Smebye og kollegaene Solveig Granum, Torgeir Bruun Wyller og Marte Mellingsæter.

Artikkelen er en deskriptiv studie, basert på gjennomgang av opplysninger om 111 pasienter som var til tverrfaglig undersøkelse hos sykepleier, fysioterapeut og lege ved Fallpoliklinikken mellom 2008 og 2011. Pasientene var i gjennomsnitt 82 år, flertallet var kvinner med stor sykdomsbelastning og som hadde flere risikofaktorer for fall. ►



HUKOMMELSE: En kognitiv test er en del av kartleggingen.

FLERE RISIKOFAKTORER

Åtte risikofaktorer så de nærmere på: Ortostatisme, patologisk EKG/hjertesykdom, sinus caroticus-synkope, kroppsmasseindeks, D-vitaminmangel, nedsatt styrke og balanse, polyfarmasi og kognitiv svikt.

Det viste seg at 84 prosent av pasientene hadde minst to av risikofaktorene.

Studien viser videre at de vanligste behandlingstiltakene etter utredningen ved fallpoliklinikken var:

- Trening i regi av fysioterapeut – 64 pasienter
- Hjemmetreningsprogram – 34 pasienter
- Legemiddelendringer – 25 pasienter
- Vitamin D-tilskudd (eventuelt med kalsium) – 23 pasienter
- Trygghetsalarm – 15 pasienter
- Ganghjelpemiddel – 14 pasienter
- Hjelpemidler i hjemmet – 13 pasienter
- Implantasjon av pacemaker – 6 pasienter
- Hoftebeskytter – 2 pasienter
- Elastiske strømper – 2 pasienter

FRYKTEN FOR Å FALLE

Verdens helseorganisasjon har laget en definisjon

på hva det å falle egentlig er: «En utilsiktet hendelse som medfører at en person havner på bakken, gulvet eller et lavere nivå, uavhengig av årsak og om det foreligger skade som følge av fallet».

– Vi spør alle pasienter om de er bekymret for å falle, sier Granum.

– Om du er bekymret for å falle, er det større risiko for å falle, selv om du faktisk ikke har dårligere balanse eller gangfunksjon. Bare bekymringen i seg selv gjør at du er mer utsatt. Derfor er det viktig å kartlegge dette, sier hun.

Sigurjonsdottir og Granum sier at et mål med tiltakene de til slutt anbefaler for pasientene, er at de faller mindre, men også at frykten for å falle avtar.

LANG DAG

Det nærmer seg slutten på dagens sløyfe på fallpoliklinikken. Legen, fysioterapeuten og sykepleieren som har hatt dagens konsultasjoner, sitter sammen på et kontor og diskuterer og sammenfatter.

Etter et kvarters tid kalles hun inn.

– Ja, da tar vi en liten oppsummering, sier fysioterapeut Ingvild Øian Gjermundsen.



Det har vært mye. Men det er bra at alt var samlet på en dag. Nå må jeg hjem og sortere tankene.

PASIENT I 70-ÅRENE

Hun forteller at hun undersøkte veldig mye forskjellig og kan se at ryggen har mye å si for bevegeligheten. Det er stivt i ryggen, og det påvirker gangen. Og det er nedsatt sensibilitet under føttene.

Kvinnen nikker og venter mens de forskjellige profesjonene presenterer det de har funnet. Underveis har hun sagt at hun er glad hun takket ja til å komme til denne utredningen, og at håpet er at de kan presentere noe som vil bedre situasjonen.

På rekke og rad kommer tiltakene de foreslår:

Balansetrening, gå i trapp og gå ute med rullatoren. Kontakte bydelen for å høre om de har en fysioterapeut som kan komme hjem til kvinnen og trene ute og i trapp sammen med henne. Målet er gradvis å komme seg mer ut.

Manuellterapeuten blir også kontaktet og får en rapport fra fallpoliklinikken.

Videre er medisinen gjennomgått, og det er funnet muligheter for å forkorte den.

Hun får også tilbud om å komme til Enhet for dagbehandling på Aker et par ganger i uka. Det er et tilbud for dem som trenger medisinsk utredning, behandling og rehabilitering på sykehus, og som samtidig kan bo hjemme. Også her vil hun kunne få tverrfaglig oppfølging av sykepleier, fysioterapeut, lege og ergoterapeut. Sykepleierne på dagenheten samarbeider med hjemmetjenesten der pasienten bor.

Kvinnen får tiltakslisten både skriftlig og muntlig, og fastlegen skal også få informasjonen, forsikrer de. Hun blir oppfordret til å kontakte fastlegen om et par uker.

LANG DAG

Ute i korridoren i bygg 20 på Ullevål tikker klokka mot tre.

Kvinnen lener seg lett over rullatoren mens hun speider etter skyssen hjem. Det har vært en lang dag.

Hun har vært gjennom Bergs balanseskala, Rombergs prøve, Dix Hallpikes test, målt sensibilitet under føttene, tatt skulderdragertest ... for å nevne noe.

– Det har vært mye. Men det er bra at alt var samlet på en dag. Nå må jeg hjem og sortere tankene, sier hun.

– VIL FOREBYGGE

Elisabet Sigurjonsdottir har jobbet som sykepleier ved geriatrisk poliklinikk og fallpoliklinikken i tolv år.

– Jeg har vært interessert i eldres helseutfordringer i alle årene jeg har jobbet som sykepleier. Da fallpoliklinikken ble opprettet i 2008, tenkte jeg at det var helt riktig sted for meg. Det er så mye å vinne på fallforebygging, sier hun. ●

Oppsummeringsbrevet

● Dette er et eksempel på oppsummeringsbrevet pasientene får etter en konsultasjon på Fallpoliklinikken:

OPPSUMMERING FRA FALLPOLIKLINIKKEN

Undersøkelsen på fallpoliklinikken viser at de mest sannsynlige årsakene til at du faller er:

- redusert balanse og svake muskler i beina
- følgetilstand etter hoftebrudd
- ustabil blodtrykk
- redusert oppmerksomhet og konsentrasjon
- for mye tid i ro

Vi anbefaler deg å:

- trene styrke og balanse minst 2–3 ganger per uke
- passe på tilstrekkelig inntak av mat og drikke, minst 1 liter (vann, saft, Farris) daglig
- bruke støttestrømper som er stramme nok, hver dag

- ta forholdsregler når du reiser deg ved å bruke god tid og bevege litt på beina
- bruke hoftebeskyttere. Du får med blå resept.
- være mest mulig fysisk aktiv og gå turer, søke turvenn gjennom Røde Kors
- bruke rullator når du går ute alene inntil videre

Vi søker om:

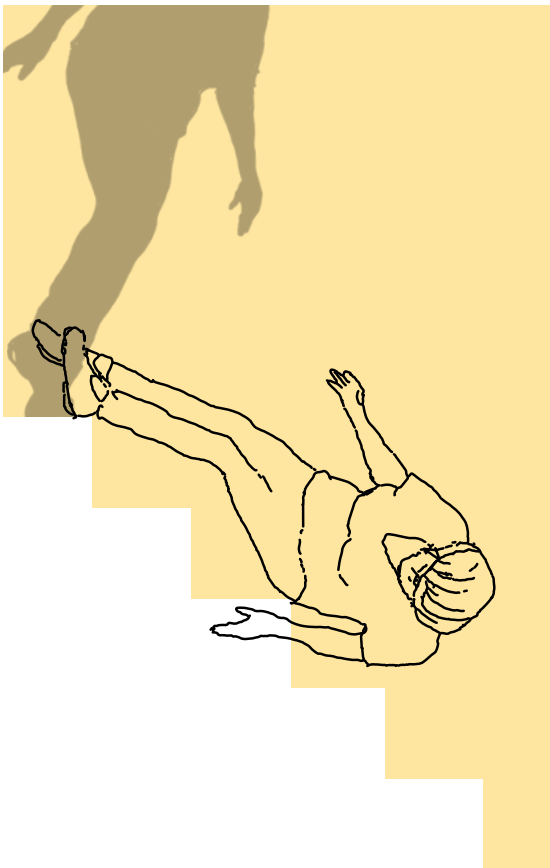
- plass i treningsgruppe i bydelen
- vurderingsbesøk fra bydelen

Medisiner:

- Du skal slutte med noen av blodtrykksmedisinene. Vi gir beskjed til fastlegen.

Videre undersøkelser:

- MR av hodet
- Kontroll her om cirka 3 måneder Du får innkalling i posten.
- Du bør bestille time hos fastlege i løpet av 2–3 uker. Rapport fra fallpoliklinikken sendes fastlege.

**HOVEDBUDSKAP:**

Når eldre faller, må sykepleierne gjøre gode faglige vurderinger. Denne observasjons- og vurderingskompetansen inkluderer mange aspekter: hvem som faller, hvor, hvordan og hvorfor de faller, og hva sykepleiere bør gjøre når det skjer.

QR-KODE**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2020.82094

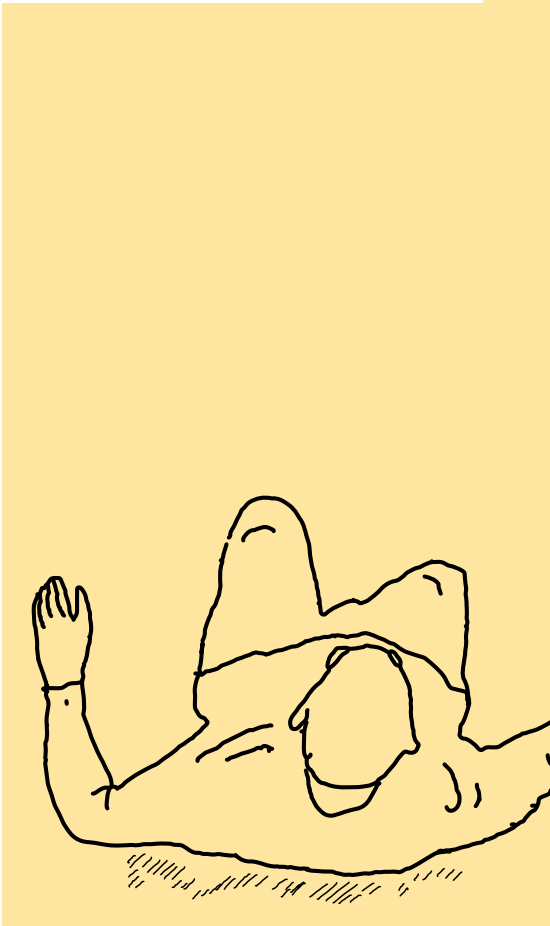
NØKKELOORD:

• Akutt sykepleie • Eldre • Geriatri • Skade • Legevakt

FAGARTIKKEL

Hva gjør vi når eldre har falt?

Fall er en unntakstilstand og en katastrofe for mange eldre. Å «normalisere» fall hindrer mange fra å få riktig helsehjelp når de trenger det.



FORFATTER

**Guro Brustad**

Spesialsykepleier,
Akuttmottaket,
Sykehuset Telemark

Ingen aldersgruppe skader seg oftere enn eldre, og fallskader utgjør en stor andel av skadene (1). Når eldre har skadet seg, skyldes det i nesten 75 prosent av tilfellene at personen har falt. Trafikkulykker står i hovedsak for de siste 25 prosentene. Andre skademekanismer er sjeldne (4 prosent).

I 90 prosent av fallene har personen falt fra egen høyde (2). Å falle er ikke en «normaltilstand» som uten videre kan plasseres på alderskontoen. Fall er en

unntakstilstand og for mange eldre en katastrofe.

Holdninger som «det er vel ikke rart om man faller litt når man er 89 år» og «det må da være lov å falle når man er så gammel» er å bagatellisere alvorlige helseproblemer og bunner i kunnskapsløshet.

HVEM HAR FALT? Vurdering av kronologisk versus biologisk alder

Kronologisk og biologisk alder er ikke alltid sammenfallende. I en klinisk vurdering er biologisk alder ofte mer relevant enn den kronologiske.

«Frailty»-begrepet er sentralt i denne sammenheng. «Frailty» blir definert som en aldersrelatert svekkelse av organreserver, slik at det får konsekvenser ved akutt sykdom eller skade (3). «Frailty» blir i mangel av et bedre ord ofte oversatt med «skrøpelig» på norsk og står i motsetning til «fit», som betyr å være «robust» eller «sprek» (4, s. 21–25).

«Frailty»-begrepet fungerer som et slags mål på biologisk alder. Den biologiske aldringsprosessen er ulik fra person til person. Eldre personer har dermed forskjellig utgangspunkt etter en skade, selv om de er født samme år.

De fleste eldre overlever en skade

Man skal huske at de fleste eldre som overlever en skade, har gode utsikter for å gjenvinne funksjonsnivået ved rehabilitering. Dette gjelder særlig de yngre eldre, også de med alvorlig skade (2). Dødeligheten etter skader øker fra 70 års alder, men det er særlig for de over 80 at utsiktene er dårligere (2).

Hvilke muligheter personen har til å klare seg, er avhengig av mange forhold. Det er ingen automatikk i at dødeligheten fortsetter å øke jo eldre personen er (5).

Komorbidity, altså mer enn to kroniske sykdommer som påvirker eller kompliserer skaden, blodfortynnende medisiner og hvor alvorlig skaden er, påvirker også utfallet uavhengig av hvor mange år personen er (6).

Komorbide tilstander er vanlig hos eldre som har vært utsatt for skade. Hypertensjon, hjertesvikt, diabetes, tidligere hjerne- slag, kols, demenssykdom, hjer- tearytmier, kronisk nyresvikt og kreft er eksempler på dette (2, 7).

Videre vet vi at de som får be- handling på høyere nivå, eksem- pelvis akuttmottak med traume- team, klarer seg bedre enn de som blir sortert til lavere nivå, eksem- pelvis blir værende på sykehjem- met eller henvises til primær- helsetjenesten (2). Også de aller eldste, altså personer over 80 år, klarer seg bedre dersom de får be- handling på høyere nivå (8).

Pasienten bør screenes for skrøpelig

I klinisk geriatri er det vanlig å vektlegge graden av skrøpelig- het mer enn den kronologiske al- den når man vurderer potensia- let for rehabilitering, behovet for videre behandling, oppfølging og risikoen for død.

Også når eldre har skadet seg, bør man inkludere grad av skrø- pelighet i den kliniske vurderin- gen (9). Clinical Frailty Scale (fi- gur 1) kan brukes i ulike settinger til dette formålet (10, 11).

Hensikten med en slik «skrøpe- lighetsscreening» er å gi mer til- passet helsehjelp til den enkelte (3). Slik screening får av og til be- tydning for hvilket behandlingsni- vå personen får. Spreke eldre kan bli sortert til høyere nivå og mer aggressiv behandling, uavhengig av hvor mange år de er. Det er en god ting.

Skrøpelige eldre kan risikere å bli sortert til et lavere nivå, ►

Figur 1. Clinical frailty scale – norsk versjon



1. Veldig sprek. Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener vanligvis regelmessig, og er blant de mest spreke i aldersgruppen.



2. Sprek. Personer som ikke har aktive sykdoms- symptom, men er mindre spreke enn kategori 1. De kan trene og være aktive av og til, eks. sesongpreget.



3. Klarer seg bra. Personer hvis medisinske problem er godt kontrollert, men er ikke regelmessig aktive foruten vanlig gange.



4. Sårbar. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktiviteter. De klager ofte over at de «svekkes» og blir fort slitne og trøtte ila dagen.



5. Lett skrøpelig. Disse er klart langsomme, og trenger hjelp til mer komplekse daglige aktiviteter (finanser, transport, vask og rengjøring, medikamenter). Vanligvis vil gruppen i økende grad ha problem med å handle eller gå utenfor huset alene, lage måltider og ordne i hjemmet.



6. Moderat skrøpelig. Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utenfor hjemmet og med å stelle hjemmet. De har problem med trapper, trenger hjelp til bading og kan trenge hjelp til å kle seg.



7. Alvorlig skrøpelig. Disse personer er helt avhengig av hjelp til personlig pleie, både av fysiske eller kognitive årsaker. De er ellers stabile, og har ikke stor risiko for å dø ila en 6 måneders periode.



8. Svært alvorlig skrøpelig. Helt avhengig til alle gjøremål, nærmer seg livets slutt. Typisk er at de ikke kommer seg selv etter mindre akutte hendelser.



9. Terminalt syk. I livets sluttfase. Kategorien kan brukes der leveutsiktene med stor grad av sikkerhet er <6 mnd. Selv om de ikke kan kalles «frail» (skrøpelig).

K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

Oversatt til norsk januar 2018 av Hans Flaatten (dr.med) og Britt Sjøbø (MSc), Intensivmedisinsk seksjon, Kirurgisk serviceklinikk, Haukeland Universitets- sjukehus, Bergen, Norge.

Kilde: Den norske legeförening (10). Gjengitt med tillatelse.

for eksempel «se det an og ringe fastlegen neste uke». Det er problematisk. Selv om svært skrøpelige eldre må bli skånet for nyteløs og skadelig overbehandling, er det vanskelig å se at det er relevant å sortere på et lavere nivå når personen har skadet seg.

Rask tilgang til klinisk og radiologisk undersøkelse er en forutsetning for å oppdage, behandle og lindre skader og svært smertefulle tilstander (12). Skrøpeligheitscreening er derfor lite relevant for selve falls-kaden, som er like traumatisk og smertefull for alle.

Nytteverdien ligger i å kunne forutsi oppfølgingsbehovet og forutsetningene for å klare seg. Uansett kan ingen kliniske verktøy erstatte en grundig, samvittighetsfull klinisk vurdering av hvert enkelt tilfelle (13).

HVOR HAR PERSONEN FALT?

Vurdering av skadested

Eldre som faller på fottur i fjellet, er som oftest spreke og robuste eldre. Eldre som faller hjemme på kjøkkengulvet, er mest sannsynlig skrøpelige. Men det finnes unntak, og alle kan være uheldige og snuble.

Man skal merke seg om personen har falt inne eller ute, og hvor lenge han eller hun har ligget der. Alvorlig nedkjøling kan skje raskt, også innendørs i vanlig romtemperatur.

Personer som selv forflytter seg etter fall, eller som med letthet kan hjelpes opp i en bedre stilling, kan undersøkes på sofa, seng eller stol.

Ikke flytt ved sterke smerter
Ved sterke smerter og tydelige tegn på eller mistanke om ustabile brudd i store knokler bør personen være mest mulig i ro. Flytt bare personen dersom omgivelsene utgjør en direkte trussel i disse tilfellene.

Å avdekke skadeomfanget og rapportere til riktig instans er viktigere enn umiddelbar flytting, løfting og mobilisering, som i verste fall kan forverre en bruddskade. Tid til hjelp er en vurderingsfaktor.

Stabiliser på stedet, og hold personen varm inntil man får hjelp fra andre med kompetanse og riktig utstyr. Hypotermi øker blødningstendensen. Det er viktig å dekke personen til, inkludert hodet og undersiden, for å unngå hypotermi. Avlast trykkutsatte steder, og avdekk eventuelle trykksår i etterkant.

Fall på institusjon er en «uønsket hendelse» og skal alltid dokumenteres og rapporteres som avvik.

HVORDAN HAR PERSONEN FALT?

Vurdering av energi og skademekanikk

Skadeomfanget ved lavenergitraumer hos eldre, som oftest faller fra egen høyde, har i lang tid vært undervurdert og dermed undertriagert (se faktaboks) (2). Eldre som faller fra egen høyde hjemme på kjøkkengulvet, har høyere dødelighet enn eldre som skader seg i høyenergitraumer med bil (6).

Lavenergitraumer hos eldre utgjør en stor og økende andel av

traumepopulasjonen i Norge (14). Den geriatriske traumepasienten er da også gjenstand for økt oppmerksomhet og forskning i de akuttmedisinske fagmiljøene (15).

På skadestedet må man få oversikt over omstendighetene rundt fallet, skademekanismen og energien i fallet: Hvilke kroppsdelar har truffet hva og hvordan, fra hvilken høyde, og i hvilken fart?

Energi forsvinner som kjent ikke, men tas opp og omdannes, i dette tilfellet i kroppens vev og organer, når personen treffer underlaget. Lav høyde, langsomt fall, for eksempel at personen siger sammen, og mykt underlag gjør traumet mindre. Energi og mekanisme må vurderes opp mot personens risikofaktorer.

Tregere reaksjonsevne, osteoporose, romsligere forhold i en aldrende hjerne som har skrumpet og dermed satt åresystemet på strekk, samt blodfortynnende medisiner utgjør en særlig risiko, selv ved minimal energi.

Traumemottak

Traumemottak er et spesialisert team-mottak for pasienter med mistanke om alvorlig skade. Bare utvalgte akuttmottak kan aktivere slike team. Målet er å avdekke og behandle alvorlige skader så raskt som mulig. Eldre sorteres, triageres, i mindre grad til traumemottak enn yngre, selv om de har høyere risiko når de har skadet seg (2, 7, 16).

Traumemottak er ressurskrevende, og man kan ikke alltid vite på forhånd om pasienten er alvorlig skadet. Overtriage er å aktivere traumeteam til pasienter som egentlig ikke trenger det. Skaden blir vurdert som alvorlig uten å være det.

Undertriage er å unnlate å aktivere traumeteam til pasienter

“
Det er ingen automatikk i at dødeligheten fortsetter å øke jo eldre personen er.

Triage

«Triage er en vurdering og prioritering av skadde og innebærer at pasienter systematisk inndeles i kategorier ut fra hvor raskt pasienten må behandles.»

KILDE: FOLKEHELSE-
INSTITUTTET

Alderisme

«Alderisme kan defineres som fordommer fra en aldersgruppe mot en annen. Det er et videre begrep enn aldersdiskriminering.»

KILDE: WYLLERTB, ALDERISME ELLER ALDERSDISKRIMINERING? TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LEGEFORENING. 2018;(1). DOI:10.4045/TIDSSKR.17.0919

som burde fått det. Skaden blir vurdert som liten, men viser seg likevel å være alvorlig. Undertriagering er farlig for pasienten. Det aksepteres inntil 50 prosent overtriage, men maksimalt 5 prosent undertriage (17).

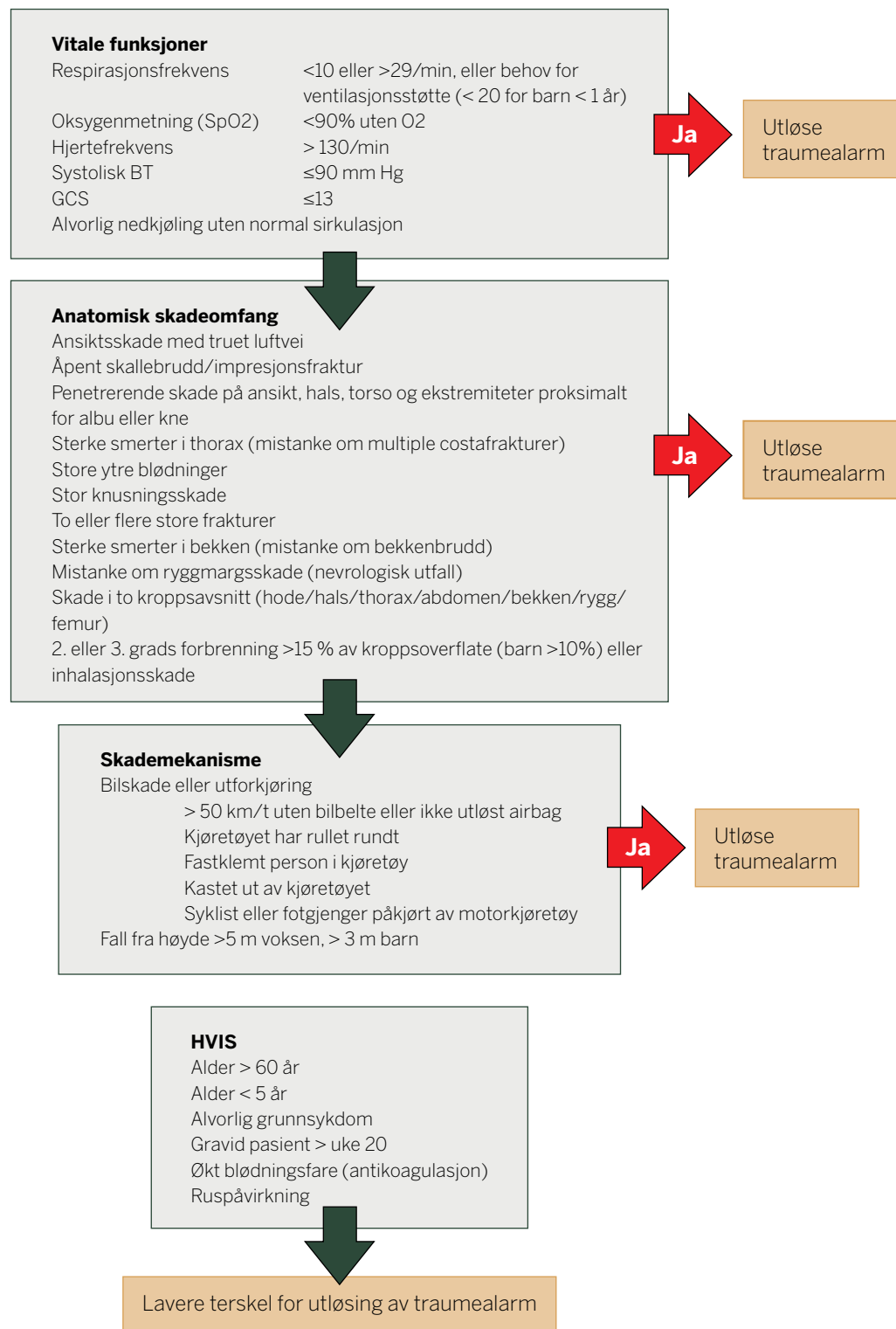
Andelen eldre som undertriageres etter skader, er betydelig i internasjonale studier (2, 7, 16).

Årsakene til undertriagering er flere: Personen selv, pårørende eller helsepersonell bagatelliserer hendelsen, symptomene kan komme sent, personen er ikke umiddelbart fysiologisk påvirket og underrapporterer smerter. Videre erkjenner ikke helsepersonell skaden, selv om den er tydelig, og enkelte mener årsaken ligger i alderistiske holdninger (se faktaboks) (9).

Kriteriene for å sortere personer til traumemottak bygger på fysiologisk påvirkning, anatomisk skadeomfang og skademekanisme (18) (figur 2). Terskelen er lavere ved spesielle risikofaktorer, som alder over 60 år, antikoagulasjon og alvorlig grunnsykdom, men disse forholdene er ikke tilstrekkelige kriterier alene for å aktivere traumeteam.

Aldringsprosessen, for eksempel hypertensjon, ►

Figur 2. Kriterier for alarmering av traumeteam



Nasjonal traumeplan er et dynamisk dokument. Den gjeldende versjon finnes på www.traumeplan.no. Kilde: Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi (NKT-Traume) (18). Gjengitt med tillatelse.

og legemidler, eksempelvis betablokker, gjør at vitale parametere er mindre pålitelige hos eldre. De fleste eldre faller fra egen høyde, ikke fra fem meter. Enkelte foreslår at alder alene bør være kriterium (19).

Colwell og medarbeidere har

også foreslått egne traume-mottakskriterier for personer over 70 år: fall uavhengig av høyde, systolisk blodtrykk under 110 og pulsfrekvens over 90 (7). Selv om anbefalingene finnes, er det ulikt hvordan de blir praktisert.

HAR PERSONEN

SKADET SEG?

Systematisk vurdering av skade

Det er legens ansvar å diagnostisere skade og vurdere behovet for behandling. Gode, systematiske observasjoner fra skadestedet er imidlertid en forutsetning for at både legen og prehospital tjeneste kan gi pasienten den riktige og beste hjelpen.

Man kan altså ikke nøye seg med å stable den gamle opp i stolen igjen, servere kveldsmaten og konkludere med at «alt ser greit ut». Skader etter fall kan være ytre (synlige) eller indre (usynlige), sikre eller diffuse.

ABCDE – primær- og sekundærundersøkelse hos eldre

Et fall er en akutt hendelse. Alle akutte hendelser hvor man mistenker akutt sykdom og/eller skade, bør håndteres etter ABCDE-prinsippene.


ABCDE er en strukturert og systematisk tilnærming som angir prioritet for undersøkelse og behandling. Hensikten er å sikre skadestedet og raskt avdekke om tilstanden er kritisk når man ankommer (20).

Det tar ikke mange sekunder å undersøke om personen har frie luftveier, puster normalt, har klam eller tørr hud og radialispuls. Det samme gjelder observasjon av pupiller, om personen beveger armer og bein og vurdering av bevissthet og spontane bevegelser med AVPU-skalaen:

- Alert – våken
- Voice responsive – reagerer på tale eller lyd / våkner ikke
- Pain responsive – reagerer på smertestimuli
- Unresponsive – bevisstløs, ingen reaksjon

Blodsukkeret måles alltid ved redusert bevissthet. Tydelige

Figur 3. 4AT – screening for delirium og kognitiv svikt



4AT

Screening for delirium og kognitiv svikt

Pasientens navn: _____ (etiked)

Fødselsdato: _____

Pasientnummer: _____

Dato: _____ Tidspunkt: _____

Testen er utført av: _____

[1] ÅRVÅKENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)
 Pasienten virker tydelig døsig (dvs. vanskelig å vekke og/eller er åpenbart søvngig ved undersøkelsen) eller motorisk urolig/hyperaktiv. Observer pasienten. Hvis pasienten sover, forsøk å vekke pasienten med vanlig stemme eller ved varsom berøring på skulderen. Be pasienten oppgi navn og adresse til hjelp med vurderingen.

Normal (helt årvåken, ikke urolig ved undersøkelse)	0
Lett søvngig < 10 sekunder etter oppvåkning, deretter normal	0
Tydelig unormal(!)	4

[2] AMT4 (Forkortet mental vurdering)
 Alder, fødselsdato, sted (navnet på sykehuset eller bygning), årstall

Ingen feil	0
1 feil	1
2 feil eller flere/ikke testbar	2

[3] OPPMERKSOMHET
 Spør pasienten: "Kan du i baklengs rekkefølge nevne for meg årets måneder, begynn med desember?"
 Å hjelpe pasienten med et innledende spørsmål «hva er måneden for desember?» er tillatt

Rekkefølgen av årets måneder baklengs	Oppgir 7 måneder eller flere korrekt	0
	Begynner, men klarer <7 måneder/ avslår å begynne	1
	Ikke testbar (er uvel, døsig, uoppmerksom)	2

[4] AKUTT ENDRING ELLER FLUKTUASJON I TILSTAND
 Holdepunkter for betydelige endringer eller fluktusjoner kryttet til: årvåkenhet, kognisjon, annen mental funksjon
 (F.eks. paranoide symptomer, hallusinasjoner) oppstått i løpet av de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timer

Nei	0
Ja	4

≥4: mulig delirium og eller kognitiv svikt
 1-3: mulig kognitiv svikt
 0: delirium eller alvorlig kognitiv svikt usannsynlig (men fremdeles mulig delirium hvis informasjon under punkt [4] er ufullstendig)

4AT SKÅR

VEILEDNING Versjon 1.2. Informasjon og nedlasting: www.the4at.com
 Instrumentet 4AT er utformet for en rask førstegangs-vurdering av delirium og kognitiv svikt. En skår på 4 eller mer antyder delirium, men er ikke diagnostisk. En mer detaljert vurdering av mental status kan være aktuelt før en setter diagnosen. En skår på 1-3 antyder kognitiv svikt. Mer detaljert kognitiv testing og informasjon om pasienten er påkrevd. En skår på 0 ekskluderer ikke sikkert delirium eller kognitiv svikt. Mer detaljert testing kan være påkrevd, avhengig av den kliniske situasjonen. Vurderinger under punkt 1-3 er kun basert på observasjon av pasienten når undersøkelsen gjøres. Punkt 4 krever informasjon fra én eller flere kilder, som din egen kunnskap om pasienten, annet personell som kjenner pasienten, fastlege, dokumentasjon, pårørende. Den som utfører vurderingen bør ta hensyn til kommunikasjonsutfordringer (hørselnedsettelse, dystasi, mangel på språk) når vurderingen gjennomføres og resultatene tolkes.
Årvåkenhet: Endret nivå av årvåkenhet er sannsynligvis delirium i en generell sykehus-setting. Hvis pasienten viser betydelig endret årvåkenhet ved undersøkelsen, sett skår 4 på dette punktet.
AMT4 (Forkortet mental vurdering - 4): Denne skåren kan overføres fra AMT10 hvis denne er gjort rett før 4AT. **Akutt endring eller fluktuerende tilstand:** Fluktuerende tilstand kan oppstå uten delirium i noen tilfeller hos personer med demens, men tydelig fluktuerende tilstand indikerer delirium. For å avdekke hallusinasjoner og/eller paranoide tanker, spør pasienten spørsmål som: "Er du bekymret for hva som skjer her?". "Er du redd for noe eller noen?". "Har du sett eller hørt noe uvanlig?".

Kilde: Norsk forening for geriatri (21). Gjengitt med tillatelse.

ekstremitetsskader kan tiltrekke seg all oppmerksomhet. Å få overblikk over kropp og ekstremiteter, i den rekkefølgen, og sikre omgivelsene rundt er nødvendig før videre tiltak (20).

Dersom ABCDE ikke viser noe som krever umiddelbar alarmering, må man undersøke personer som kan ha skadet seg grundig og systematisk, topp-til-tå (17). Innhent alle vitale parametere: respirasjonsfrekvens, oksygenmetning, puls, blodtrykk, temperatur, og bruk Glasgow Coma Scale (GCS) for å vurdere bevissthet.

Vitale parametere inngår i mange skåringssystemer som angir prioritet og hastegrad. Innhentingen av parametere må derfor være av god kvalitet og uten feilkilder. Bruk tiden det tar, og dobbeltkontroller avvikende målinger før du konkluderer.

Eldres bruk av legemidler vil ofte påvirke disse målingene. Delirium er vanlig når eldre blir akutt syke eller skader seg, og GCS er ikke alltid et egnet verktøy for disse personene. Deliriumscreening bør inngå når man vurderer bevissthet og kognisjon. 4AT (figur 3) er et enkelt verktøy å bruke til slik screening (21).

Hodeskader er vanlig ved fall

Hodeskade er ikke uvanlig når eldre har falt, og risikoen for alvorlig hodeskade er større hos eldre enn yngre, selv ved minimalt traume (22). Hodet og ansiktet må undersøkes nøye uten å manipulere nakken.

Ethvert hematom eller kutt og enhver hevelse eller forsenking i hodet eller ansiktet som har oppstått i fallet, er et tegn på at personen har slått hodet. Observer eventuell blødning og væske fra ører og nese.

Eldre har høyere risiko for nakke- og ryggskade enn yngre, også ved fall fra lav høyde (23).

Sannsynligheten er høyere ved samtidig hodetraume.

Kroniske smerter i nakke eller rygg og sekveler (følgetilstand eller resttilstand etter sykdom eller skade) etter for eksempel hjerneslag kan gjøre denne vurderingen på skadestedet vanskeligere enn hos yngre. Nakken undersøkes ved å palpere, ikke manipulere, og ved å observere sensibiliteten og bevegelser i armer og bein.

Eldre tolererer nakkekrage dårligere

Nakkekrage tolereres dårligere av eldre enn yngre pasienter og kan i seg selv utgjøre en betydelig risiko. Nakkekrage kan true personens mulighet til selv å holde frie luftveier, og den kan være svært ubehagelig å ha på dersom den ikke er tilpasset godt nok.

Det finnes krager på markedet som er vesentlig mer pasientvennlige enn andre. Kyndig personell må vurdere om det er indikasjon for nakkekrage, legge den på og overvåke personen etterpå.

Ekstremitetsskader er ofte mest synlige på skadestedet. Man skal ikke overse thorax og abdomen, da skader her kan være mer alvorlig enn ekstremitetsskader.

Vær oppmerksom ved brudd

Brudd i hofte, femur og bekken kan forårsake stor indre blødning, og man skal ikke manipulere eller trykke her ved mistanke om skade. Typiske tegn ved hoftebrudd er forkortet og utadrotert bein. Ved innkilte brudd kan personen imidlertid ofte stå eller gå.

Bruddtegn kan være sikre eller usikre. Hevelse, smerter og redusert funksjon kan tyde på brudd. Feilstilling, forkorting og eventuelt åpen fraktur er sikre tegn. Feilstilling som utgår fra ledd, kan skyldes luksasjon, men brudd kan likevel ikke utelukkes.

Skadet hud direkte over bruddstedet betyr åpen fraktur og stor infeksjonsfare. Man skal da dekke bruddstedet med en steril kompress, eventuelt skylle med sterilt fysiologisk saltvann først hvis mulig. Antibiotika og tetanusvaksine er ofte indisert ved åpne brudd og urene kutt.

Bruddskader kan true sirkulasjonen og nerver. Varsle rette instans for å vurdere hastegraden og videre oppfølging. Stabiliser brudd med puter, fatle, sammenrullede aviser eller det man har for hånden.

Kyndig personell kan eventuelt grovreponere brudd distalt for albue og kne prehospitalt. Å reponere brudd proksimalt for dette krever ytterste forsiktighet og ekspertise.

Ved reponering er det vanlig å gi blant annet Diazepam for å få en muskelrelaxerende effekt. Dette medikamentet har svært lang halveringstid hos eldre, opp til 100 timer. Personen kan være påvirket av medikamentet i lang tid og dermed utsatt for nye fall.

Personens bakside bør også undersøkes

Personens bakside bør undersøkes ved første anledning når det er forsvarlig eller mulig å snu vedkommende. Hele ryggen bør undersøkes, selv ved fall fra lav høyde (2). Alvorlige trykksår kan også oppstå dersom personen har ligget en stund.

Gi smertestillende i påvente av eventuell transport. Dårlig smertelindring forsinker transporten, øker blodtrykket og dermed en eventuell indre blødning, og er dessuten belastende for pasienten.

Det er vanlig å rapportere til en annen instans (lege, AMK) i MIST-formular når noen har skadet seg:

Mechanism – Skademekanisme

“ Eldre som faller hjemme på kjøkkengulvet, er mest sannsynlig skrøpelige.

“
De fleste
eldre faller
fra egen
høyde, ikke
fra fem
meter.”

med angivelse av tidspunkt, hendelse, energi, høyde fra fall, dempende og skjerpene faktorer, for eksempel antikoagulasjon.

Injury – Oppdagede skader, slik som feilstilling, hematom, kutt, smerter, redusert funksjon.

Signs – Vitale parametere inklusive vurdering av hud og bevissthet.

Treatment – Tiltak som er gjort på stedet, for eksempel stabilisering eller smertelindring.

HVORFOR HAR PERSONEN FALT? Vurdering av årsak, primær og sekundær skade

Fall hos eldre har ofte sammensatte årsaker (24). Å «normalisere» disse akutte hendelsene hindrer mange eldre fra å få riktig helsehjelp når de trenger det.

«Akutt funksjonssvikt» er et vanlig symptomkompleks når eldre innlegges på sykehus, og nylig fall inngår ofte i dette bildet (4, s. 45–50). Når organreservene hos eldre blir utfordret av akutt sykdom, eller ved forverring av kronisk sykdom, vil organet med minst reserver svikte først.

Eldre har ofte reduserte reserver i muskel- og likevektsorganet. Symptomet på den akutte sykdommen kommer da herfra og ikke fra organet som egentlig er sykt. Den eldre faller eller klarer plutselig ikke å stå på beina. Eventuelle bruddskader er da sekundære.

Behandlingen må gå parallelt med diagnostikk og behandling av underliggende akutt sykdom eller forverring av kronisk sykdom, som er den primære årsaken. Tilnærmingen på sykehusene er episodisk og organspesifikk. Den er dårlig tilpasset den atypiske sykdomspresentasjonen og de sammensatte behovene disse eldre pasientene har.

En helhetlig tilnærming kan ha effekt

En mer helhetlig tilnærming kan organiseres i ortogeriatriske enheter. Flere store studier har bevist effekten av arbeidsmetoden «Bred geriatrisk vurdering» (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) (25). En slik bred og helhetlig tilnærming i tråd med prinsippene i «bred geriatrisk vurdering» er blant annet vektlagt i «Nasjonalt retningslinje for tverrfaglig behandling av hoftebrudd», som kom i 2018 (26).

Fall kan være en ren ulykke, altså en enkelthendelse som kan ramme hvem som helst. Mange eldre innlegges imidlertid med uspesifikke symptomer og klarer ikke alltid å forklare sine fall eller erindre en eventuell synkope (27).

Begynnende falltendens må utredes. Mange fall og allerede kjent falltendens må lede til intensivt oppfølging og forebygging.

Fall uten skade?

Symptomer og tegn på indre skade kan komme sent – timer og dager etterpå. Personen kan ha problemer med å uttrykke smerte og symptomer på grunn av kognitiv svikt og/eller afasi. Fallet kan bagatelliseres av helsepersonell, pårørende og den eldre selv.

Romsligere forhold i hjernen og kroppsvevet gjør at en blødning kan utvikle seg langt før den gir symptomer, og kroppens kompensasjonsmekanismer inntreffer senere. Alt dette gjør at eldre risikerer å få adekvat tilsyn, diagnostikk og behandling senere enn yngre pasienter.

Akutte innleggelses av eldre er ofte assosiert med et nylig fall (27), og reinnleggelsesraten etter fall er stor (28).

Skade uten fall?

Erfaringsmessig kan fall være en grei «forklaring» når noen er påført voldsskade. «Dumme meg som har så lett for å snuble ...» Normaliseringen av fall hos eldre kan muligens bidra til at helsepersonell lett kjøper denne forklaringen. Man skal alltid mistenke vold eller selvskada som mulig årsak når eldre har skadet seg (7).

Vold i eldre år er et stort samfunns- og folkehelseproblem. Volden privatiseres og avdekkes i mindre grad (29). Vold har mange ulike symptomer og tegn. Spiralbrudd i lange rørknokler som oppstår av brudd påført ved vridning, er oftere relatert til vold enn andre brudd (7).

Lang tid fra skadetidspunktet og manglende samsvar mellom forklaring og de skadene man finner, bør undersøkes videre. Helsepersonell bør gi eldre mulighet til å «varsle» ved å inkludere spørsmål om vold i sin rutineundersøkelse, slik jordmødre gjør overfor alle gravide (29).

Helsepersonell har avvergeplikt ved fare for personskaade, uten hinder av taushetsplikt (30). Krisesentrene har ingen øvre aldersgrense og skal samordne tilbudet med resten av det kommunale tjenesteapparatet.

KONKLUSJON

Fall og fallskader er en viktig årsak til at eldre trenger akutt helsehjelp. Normalisering, bagatellisering, manglende og ukyndig oppfølging etter disse akutte hendelsene kan holde eldre mennesker fast i livstruende og smertefulle tilstander.

Sykepleiere må sikre eldre mennesker akuttmedisinsk hjelp når de trenger det. Akuttmedisinsk og geriatrisk vurderingskompetanse er en forutsetning. ●



REFERANSER

- Ohm E, Madsen C, Alver K.** Skadebildet i Norge. Fordeling etter utvalgte temaområder. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2019/skadebildet-i-norge-fordeling-etter-utvalgte-temaomrader/> (nedlastet 17.08.2020).
- Bonne S, Schuerer DJ.** Trauma in the older adult: epidemiology and evolving geriatric trauma principles. *Clin Geriatr Med.* 2013;29(1):137–50. DOI: 10.1016/j.cger.2012.10.008
- Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K.** Frailty in elderly people [published correction appears in *Lancet*. 2013 okt. 19;382(9901):1328]. *Lancet.* 2013;381(9868):752–62. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9
- Wyller TB.** Geriatri. En medisinsk lærebok. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2011.
- Hashmi A, Ibrahim-Zada I, Rhee P, Aziz H, Fain MJ, Friese RS, et al.** Predictors of mortality in geriatric trauma patients: a systematic review and meta-analysis. *J Trauma Acute Care Surg.* 2014;76(3):894–901. DOI: 10.1097/TA.0b013e3182ab0763
- Sammy I, Lecky F, Sutton A, Leaviss J, O’Cathain A.** Factors affecting mortality in older trauma patients – A systematic review and meta-analysis. *Injury.* 2016;47(6):1170–83. DOI: 10.1016/j.injury.2016.02.027
- Colwell C, Moreira ME, Grayzel MD.** Geriatric trauma: initial evaluation and management. UpToDate. 2020. Tilgjengelig fra: https://www.uptodate.com/contents/geriatric-trauma-initial-evaluation-and-management?search=geriatric%20trauma&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1 (nedlastet 21.06.2020).
- Meldon SW, Reilly M, Drew BL, Mancuso C, Fallon W jr.** Trauma in the very elderly: a community-based study of outcomes at trauma and nontrauma centers. *J Trauma.* 2002;52(1):79–84. DOI: 10.1097/00005373-200201000-00014
- Llompert-Pou JA, Pérez-Bárcena J, Chico-Fernández M, Sánchez-Casado M, Raurich JM.** Severe trauma in the geriatric population. *World J Crit Care Med.* 2017;6(2):99–106. DOI: 10.5492/wjccm.v6.i2.99
- Den norske legeförening.** Clinical frailty scale – norsk versjon. Norsk forening for geriatri; 2018. Tilgjengelig fra: https://www.legeforeningen.no/contentassets/21ef25cf569d44749573de21a8d6b043/clinical-frailty-scale-norsk_.pdf (nedlastet 23.08.2020).
- Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al.** A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ.* 2005;173(5):489–95. DOI: 10.1503/cmaj.050051
- Atinga A, Shekheris A, Fertleman M, Batrick N, Kashef E, Dick E.** Trauma in the elderly patient. *Br J Radiol.* 2018;91(1087):20170739. DOI: 10.1259/bjr.20170739
- Pijpers E, Ferreira I, Stehouwer CDA, Nieuwenhuijzen Kruseman AC.** The frailty dilemma. Review of the predictive accuracy of major frailty scores. *Eur J Intern Med.* 2012;23(2):118–23. DOI: 10.1016/j.ejim.2011.09.003
- Bakke HK, Dehli T, Wisborg T.** Fatal injury caused by low-energy trauma – a 10-year rural cohort. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2014;58(6):726–32. DOI: 10.1111/aas.12330
- Cuevas-Østrem M, Røise O, Wisborg T, Jeppesen E.** Geriatric trauma – a rising tide. Assessing patient safety challenges in a vulnerable population using Norwegian Trauma Registry Data and focus group interviews: Protocol for a Mixed Methods Study. *JMIR Res Protoc.* 2020;9(4):e15722. DOI: 10.2196/15722
- Chang DC, Bass RR, Cornwell EE, Mackenzie EJ.** Undertriage of elderly trauma patients to state-designated trauma centers. *Arch Surg.* 2008;143(8):776–82. DOI: 10.1001/archsurg.143.8.776
- Blackwell T, Moreira ME, Grayzel G.** Prehospital care of the adult trauma patient. UpToDate. 2020. Tilgjengelig fra: https://www.uptodate.com/contents/prehospital-care-of-the-adult-trauma-patient?search=abcde&source=search_result&selectedTitle=2-15&usage_type=default&display_rank=2 (nedlastet 20.08.2020).
- Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi (NKT-Traume).** Nasjonal traumeplan – traumesystem i Norge. Oslo: NKT-Traume; 2016. Tilgjengelig fra: <https://nkt-traume.no/traumesystem/> (nedlastet 11.09.2020).
- Bardes JM, Benjamin E, Schellenberg M, Inaba K, Demetriades D.** Old age with a traumatic mechanism of injury should be a Trauma Team Activation criterion. *J Emerg Med.* 2019;57(2):151–5. DOI: 10.1016/j.jemermed.2019.04.003
- Thim T, Krarup NH, Grove EL, Rohde CV, Løfgren B.** Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *IJGM.* 2012;2012:117–21. DOI: 10.2147/IJGM.S28478
- Den norske legeförening.** Tester og registreringsskjemaer. 4AT-Screening for delirium og kognitiv svikt. Oslo: Norsk forening for geriatri; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/bcf2ee0183d54c17b7005b963818c0ab/4at-norsk-versjon-2015.pdf> (nedlastet 23.08.2020).
- Karibe H, Hayashi T, Narisawa A, Kameyama M, Nakagawa A, Tominaga T.** Clinical characteristics and outcome in elderly patients with traumatic brain injury: for establishment of management strategy. *Neurol Med Chir (Tokyo).* 2017;57(8):418–25. DOI: 10.2176/nmc.st.2017-0058
- Sandstrom CK, Nunez DB.** Head and neck injuries: special considerations in the elderly patient. *Neuroimaging Clin N Am.* 2018;28(3):471–81. DOI: 10.1016/j.nic.2018.03.008
- Nygaard HA.** Instabilitet og fall. I: Bondevik M, Nygaard HA, red. *Tverrfaglig geriatri*. En innføring. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 1999. s. 192.
- Ward K, Reuben DB, Schmader K, Givens J.** Comprehensive geriatric assessment. UpToDate. 2020. Tilgjengelig fra: https://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment?search=comprehensive%20geriatric%20assessment&source=search_result&selectedTitle=1-70&usage_type=default&display_rank=1 (nedlastet 20.08.2020).
- Den norske legeförening.** Norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd. Oslo: Den norske legeförening; 2018. Tilgjengelig fra: <http://nrlweb.ihelse.net/Anbefalinger/Norske%20retningslinjer%20for%20tverrfaglig%20behandling%20av%20hoftebrudd.pdf> (nedlastet 26.08.2020).
- Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G.** Older patients in the emergency department: a review. *Ann Emerg Med.* 2010;56(3):261–9. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2010.04.015
- Hoffman GJ, Liu H, Alexander NB, Tinetti M, Braun TM, Min LC.** Posthospital fall injuries and 30-day readmissions in adults 65 years and older. *JAMA Netw Open.* 2019;2(5):e194276. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.4276
- Sandemoe A, Wentzel-Larsen T, Hjemdal OK.** Vold og overgrep mot eldre personer i Norge: en nasjonal forekomststudie. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2017. Rapport 9/2017. Tilgjengelig fra: https://www.nkvt.no/content/uploads/2017/12/NKVTs_Rapport_9-17_Vold-og-overgrep-mot-eldre-personer_net.pdf (nedlastet 19.08.2020).
- Dinutvei.no.** Nasjonal veiviser ved vold og overgrep. Generell avvergingsplikt etter straffeloven §196. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2020. Tilgjengelig fra: <https://dinutvei.no/fagpersoner/418-generell-avvergeplikt-etter-straffeloven-196> (nedlastet 20.08.2020).

INTERVJU

Reduserte hoftebrudd med 40 prosent på fire år

Nordstrand og Østensjø bydeler i Oslo reduserte antall hoftebrudd ved å identifisere og følge opp risikopasienter. Et nytt pasientforløp for eldre pasienter som kom på skadelegevakten etter å ha falt, gjorde susen.

• **Tekst** Eivor Hofstad

I 2013 toppet Nordstrand og Østensjø bydelslisten over hoftebrudd i Oslo med 284 brudd blant dem over 65 år. Så tok bydelene tak og begynte å følge opp risikopasienter.

VIL FOREBYGGE NYE FALL

De startet blant annet et prosjekt hvor pasienter over 65 år som hadde falt og havnet hos skadelegevakten, fikk kartlagt fall- og bruddrisiko. De fikk både fallforebyggende hjemmebesøk og en risikovurdering hos fastlegen sin.

Nå bidrar også alarmselskap og hjemmetjenestene i bydelene med å gjenkjenne risikopasienter for å starte kartlegging. Målet er å forebygge nye fall, og det hele er et samarbeid mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus (OUS).

BEST I OSLO

Fire år senere, i 2017, lå de to bydelene på bunnen av listen for andel hoftebrudd

i Oslos bydeler for dem over 65 år, med bare 191 brudd. Det vil si litt over ni brudd per 1000 eldre i de to bydelene.

De hadde hatt en nedgang på 40 prosent, det vil si 113 færre brudd i 2017 sammenliknet med 2013.

Det er mange millioner kroner spart for samfunnet og mye lidelse unngått for den enkelte som slapp å bli hoftebruddspasient.

– Foreløpige tall for 2019 som ennå ikke er offentlige, viser at nedgangen ser ut til å ha stabilisert seg. Vi klarer altså å holde hoftebruddene nede, noe som krever en betydelig innsats, sier Ruth Aga.

Hun er overlege ved skadelegevakten i Oslo og en av flere fagfolk som har vært involvert i det fallforebyggende prosjektet. Prosjektledergruppen består foruten Aga også av Gro Idland ved Helseetaten og bydelsoverlege Anita Jeyanthan i bydel Østensjø.

Nå har prosjektet spredt seg til fem andre bydeler også: Sagene, Frogner, Vestre Aker, Grorud og Stovner.

EN ANNEN TENKNING

– Hva har dere gjort for å få ned hoftebruddene så mye?

– Først og fremst handler det om en annen tenkning for å gjenkjenne økt fallrisiko. Som helsepersonell er vi ofte oppgaveorientert, vi har et oppdrag som vi løser, og går ut igjen. Men vi må tenke mer helhetlig og spørre den enkelte pasient om hva som er viktig for dem og hvilke utfordringer de har i livet sitt.

Aga gir eksempler fra skadelegevakten:

– Som behandlere av skader kan vi lett fokusere på gipsetid og røntgenbilder. Men det er minst like viktig å se på hva som er årsaken til fallet og skaden, og hva risikoen for et nytt fall er. Vi bør ikke bare løse det konkrete her og nå, men også tenke fremover.

Her mener Aga det er viktig at fagfolk tenker systematisk på hva de kjenner til som risikofaktorer for fall, samtidig som det de tilbyr skreddersys til den enkelte. Hun understreker at dette krever at de jobber tverrfaglig og på



FALLMELDING: Anne Lise (67) er til oppfølging hos overlege Ruth Aga ved Oslo skadelegevakt etter et brudd i albuen. Det fikk hun for to uker siden etter å ha ramlet i en rulletrapp. Det ble sendt fallmelding til både fastlegen og bydelen. Hun skal også utredes for osteoporose, siden hun hadde et komplisert brudd i håndleddet tidligere. Foto: Siv Johanne Seglem

tvers av sektorer i både spesialist- og kommunehelsetjenesten.

FALLMELDING, HJEMMEBESØK OG TRENING

Det konkrete de gjorde i prosjektet, var å innføre et nytt pasientforløp fra pasientene kommer på skadelegevakten og til de er hjemme igjen. Det sendes en fallmelding fra skadelegevakten til fastlege og tjenesteapparatet i bydelen.

Skadelegevakten gir også informasjon til pasient og pårørende gjennom ulike brosjyrer. Det blir gjort tverrfaglige

fallforebyggende hjemmebesøk, der helsepersonellet får med seg en egen sjekkliste for både å vurdere fallrisiko og forslag til tiltak. Pasientene tilbys også ulike former for opptrening, og det blir gitt opplæring om fallforebygging til mange ulike tjenester i bydelen.

– Sjekklisten ligger i Gericca og er spesielt viktig for helsepersonellet i kommunehelsetjenesten. Det blir som en verktøykasse med ulike forslag til hva de skal se etter og hvilke tiltak de kan gjøre, sier Aga.

Dette pasientforløpet er en stor

forskjell fra tidligere. Da ble pasientene gipset, og enten sendt hjem eller lagt inn på sykehus.

UTFORDRINGER

– *Har dere støtt på noen problemer underveis i prosjektet?*

– Fallmeldinger til fastlegen var i begynnelsen en utfordring å få til på grunn av en streng tolkning av personvernlovgivningen. Det er også tekniske utfordringer med journalsystemet, samt med å få tid til flere oppgaver i en travel hverdag. Det er krevende å få med seg

NY TANKEGANG: Overlege Ruth Aga på Oslo skadelegevakt tror en ny tankegang og oppfølging hos helsepersonell er årsaken til den store nedgangen i antall hoftebrudd. Foto: Eivor Hofstad

mange kollegaer på å tenke og arbeide annerledes. Men alt dette er vanlige utfordringer i endringsprosjekter, sier Aga.

FALLER MYE TIL OG FRA DO

Prosjektet har rettet seg mot de over 65 år, men ikke alle ønsker eller trenger oppfølging. Helsepersonell må bruke faglig skjønns når de skal finne dem som kan ha mest nytte av oppfølging.

– Er det en sprek 70-åring som skadet seg på fjelltur, holder det kanskje med en kort epikrise til fastlegen om hva som har skjedd. Men står vedkommende på blodtryksmedisin og har begynt å føle seg svimmel i det siste, er det en klar

kandidat for en legemiddelgjennomgang hos fastlegen, sier Aga.

De fleste fallene hos skrøpelige eldre skjer hjemme.

– *Hvor i hjemmet faller det mest?*

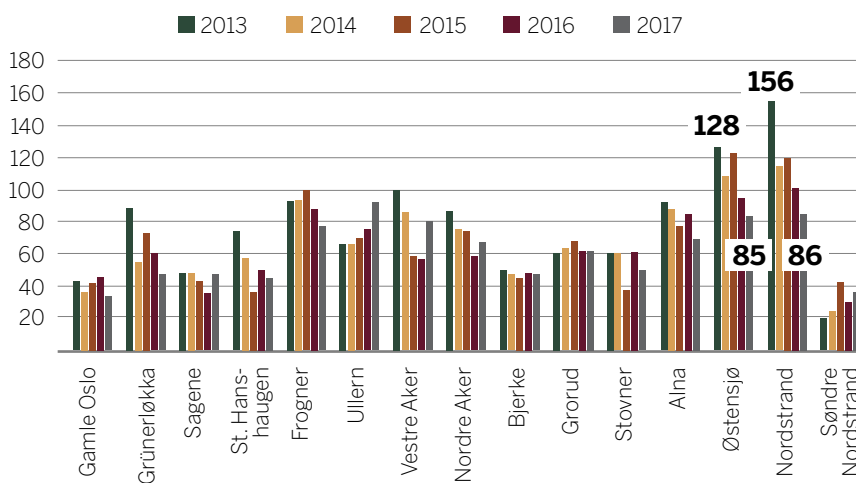
– Til og fra do skjer det mange fall. Noen må tisse ekstra hyppig når de blir eldre, og

det kan være et stykke å gå til do. Det kan være terskler, lav seng, dårlig belysning, sovemidler eller andre legemidler, synkope, lavt blodtrykk, og så videre, ramser Aga opp.

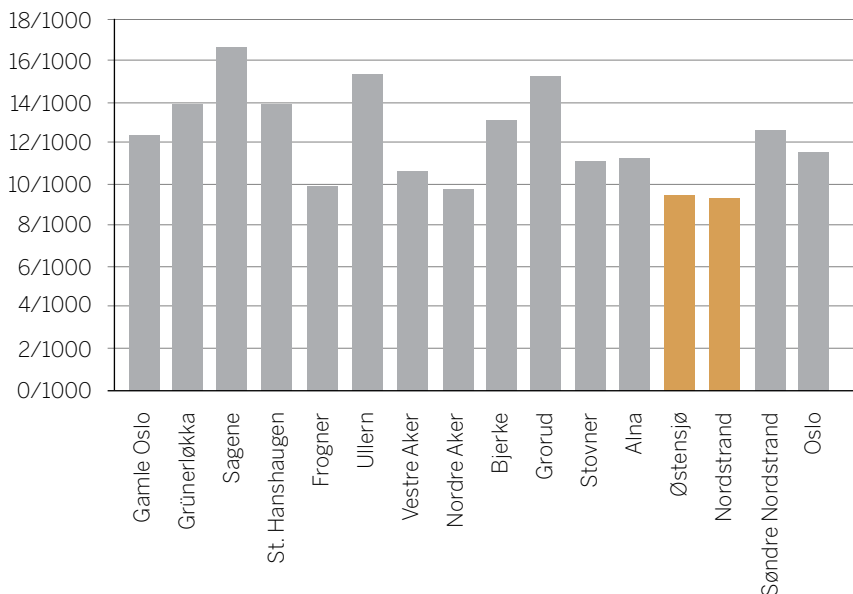
– *Eldre drikker mer alkohol nå enn før. Hvilke fallskader er typiske hos dem som er påvirket av alkohol?*

“
Eldre med covid-19 får dårligere allmennhelsetilstand og blir ustø på grunn av dårlig oksygenmetning i blodet.

RUTH AGA, OVERLEGE VED SKADELEGEVAKTEN I OSLO



NEDGANG: Grafen over viser totalt antall hoftebrudd for dem over 65 år i Oslos bydeler fra 2013-2017. Tallene står uthevet for de to pilotbydelene. Siden de to pilotbydelene har mange eldre, vises nedgangen bedre i grafen under, der man ser på antall hoftebrudd per 1000 eldre over 65 år. Tallene er fra 2017.



– Vi ser at rus medfører at man faller oftere. Ruspåvirkede slår hodet mer, fordi de tar seg dårligere for når de faller. Det er også høy forekomst av beinskjørhet i denne gruppen. Vi er ekstra bekymret både for brudd og traumatiske hjerneblødninger hos eldre som

bruker rusmidler og faller, sier hun.

TJENESTER LAGT NED UNDER KORONAPANDEMIEN

I koronaperioden ble både hjemmebesøkene og treningstimene i prosjektet lagt ned.

Fallmeldingene måtte de også slutte med i begynnelsen av mars, siden mye elektiv og forebyggende virksomhet ble lagt ned ved OUS, som skadelegevakten tilhører. Men disse meldingene kom de i gang med å sende ut igjen i begynnelsen av juni.

– Vi er spente på hva som skjer i år med skadestatistikken, siden det har vært såpass mye bortfall av tjenester denne våren, sier Aga.

Trygghetsalarm-selskapet har foreløpig konstante tall for utrykninger i de ulike bydelene knyttet til fall.

– Det er cirka 10 000 utrykninger årlig knyttet til fall i Oslo, og av disse er rundt 10 prosent registrert som skade, sier prosjektleder Gro Idland hos Helseetaten.

– FALL KAN VÆRE SYMPTOM PÅ KORONA

Ruth Aga frykter at antallet hoftebrudd vil gå opp igjen som følge av bortfallet av oppfølging.

– De tallene vi har sett hittil fra skadelegevakten, viser at mens antall fall ute har blitt redusert i hele befolkningen, tyder alt på at eldre faller like mye inne som før. Faktisk kan fall også være et av symptomene på korona.

– *Hvordan da?*

– Eldre med covid-19 får dårligere allmennhelsestilstand og blir ustø på grunn av dårlig oksygenmetning i blodet. Særlig eldre trenger ikke ha de typiske luftveissymptomene. Mange blir bare forvirret eller kan for eksempel få magesymptomer i stedet, sier Aga.

HÅPER FALLMELDINGER BLIR RUTINE

Prosjektperioden varer ut 2020, men prosjektgruppen håper at fallmeldinger skal bli en varig rutine.

– Overføring til drift er alltid en utfordring når man finansierer et prosjekt med forskningsmidler. Så vi arbeider aktivt med å lage gode rutiner og en finansiering som vil tåle denne overgangen, sier Ruth Aga.

Slik det er nå, krever fallmeldinger



RØNTGENSJEKK: Ruth Aga sjekker røntgenbildet av bruddet i Anne Lises albue (se bilde s. 89). Hun fikk et lite hjerteinfarkt i forbindelse med fallet og ble innlagt ved OUS Ullevål, som behandlet både hjertet og bruddet og laget en plan som tar hensyn til begge tilstandene. Hun skal snart sjekkes hos en ortoped, som skal vurdere den videre behandlingen av bruddet. Foto: Siv Johanne Seglem

både at sykepleiere og leger husker på å sende, og selve utsendelsen innebærer noen ekstra tastetrykk.

– For at dette både skal bli lettere å huske og å utføre, bør det gjøres noen tilrettelegginger i journalsystemet. Det er forholdsvis enkelt og billig teknisk, men må prioriteres av sykehusledelsen. Fallmeldinger koster ikke så mye penger, men er krevende å innføre i en stor organisasjon som et universitetssykehus, sier Aga.

REGJERINGEN SKRYTER AV PROSJEKTET

Sykepleien spør Helse og omsorgsdepartementet om hva de synes om prosjektet.

– Dette er absolutt et eksempel til etterfølgelse, og er løftet fram i Folkehelsemeldinga 2019 som en velegnet metodikk for å forebygge fall og brudd hos eldre. Kommunene legger vekt på styrke- og balansetrening, bruk av ny

teknologi, helhetlig og tverrfaglig oppfølging overfor hjemmeboende eldre og pasienter, og opplæring av personell, sier statssekretær Frøydis Høyem og legger til:

– Regjeringen vil også stimulere til at flere kommuner gjennomfører forebyggende hjemmebesøk for eldre. Det gir eldre mulighet til å leve et aktivt og selvstendig liv også når helsen blir redusert. Tiltaket kan bidra til at flere

eldre kan leve lenger i egen bolig og oppleve større mestring og bedre helse i hverdagen.

- FALL KAN ENDRE LIVENE DRAMATISK

Ruth Aga har i mange år jobbet med ulike prosjekter for å forebygge fallskader hos eldre.

- Hva fikk deg til å interessere deg for fallforebygging?

- Alle pasienthistoriene jeg møtte på legevakten. Fallskadene ble veldig synlige for meg, og jeg ønsket å gjøre noe mer enn bare å drive brannslukking. Fall kan endre livene dramatisk for de eldre. For meg ble det umulig å la være å se det når jeg først hadde fått øynene opp for det, sier hun og ramser opp:

- 40 prosent av sykehjemsinnleggelse kommer i etterkant av fallskader. Halvparten av dem som blir lagt inn på sykehus med hoftebrudd får delirium. Et så alvorlig brudd stresser hele det biologiske systemet til pasienten. Noen får lungebetennelse. Flertallet kommer aldri tilbake til det funksjonsnivået de hadde før bruddet, og hele en av fire dør i løpet av et år.

- MUSIKANTER PÅ HVERT VÅRT INSTRUMENT

Agas største frustrasjon er at helsepersonell glemmer at de er en del av et større bilde når de ikke samarbeider på tvers.

- Alle vi som jobber med eldre er musikanter på hvert vårt instrument. Vi spiller så fort og høyt vi kan. Jeg skulle

“

Fall kan endre livene dramatisk for de eldre.

RUTH AGA, OVERLEGE VED SKADELEGEVAKTEN I OSLO

ønske vi kunne forholde oss til et felles partitur der vi spiller mer sammen. Da blir arbeidet vårt en symfoni og vi kan få til fantastiske ting.

Hun legger til:

- Det er også mer effektivt og økonomisk når vi jobber godt sammen. Hvert hoftebrudd koster jo én million kroner. ●

ANNONSE

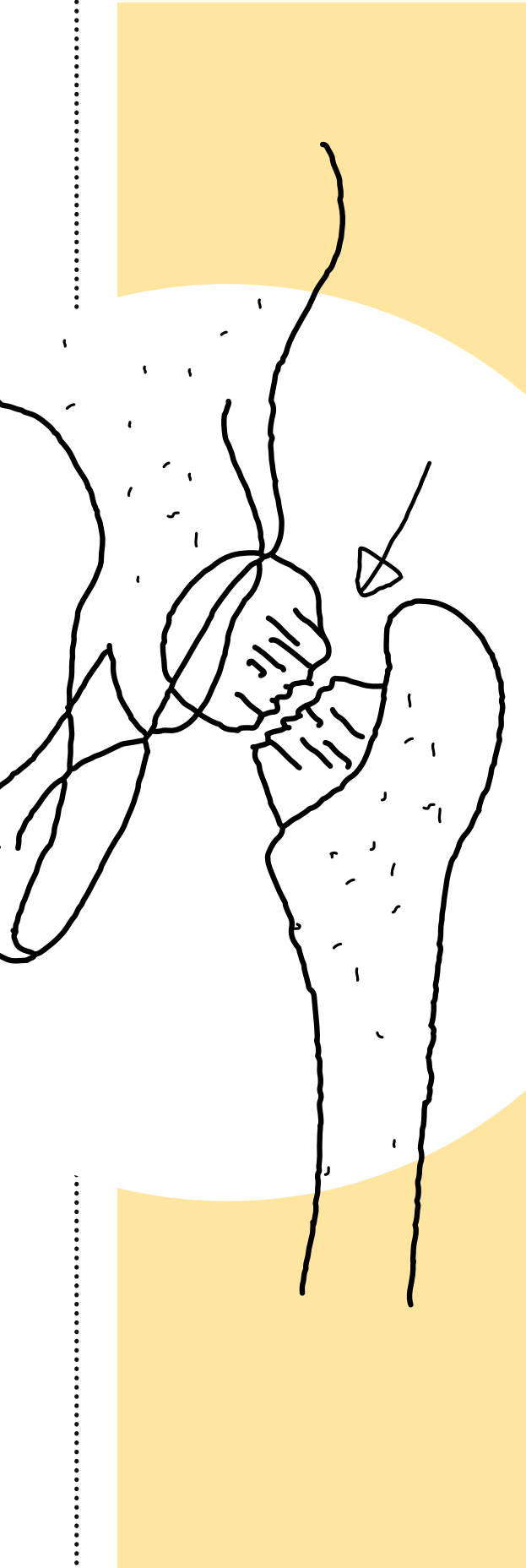
Er du på Instagram? Det er vi også!



Over 12 400 følger Sykepleien på Instagram. Her finner du bilder av og for sykepleiere. Følg oss du også!

Merk bilder fra din sykepleierhverdag med **#yrkesykepleier** så kommer ditt bilde kanskje i Sykepleien!

Sykepleien

**HOVEDBUDSKAP:**

Osteoporose sykepleierne på Skadelegevakten ved Oslo universitetssykehus følger opp pasienter med lavenergibrudd og gir dem tilbud om utredning og eventuell behandling av osteoporose. Vi som jobber ved klinikken, mener at behovet for oppfølging av osteoporosepasienter trolig vil øke i årene som kommer, og at vi har funnet en effektiv måte å følge opp pasientene på.

QR-KODE**DOI-NUMMER:** 10.4220/Sykepleiens.2020.82131**NØKKELOD:**

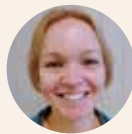
- Osteoporose
- Sykepleierrolle
- Bentetthetsmåling
- Eldre
- Brudd

FAGARTIKKEL

Pasientene får effektiv oppfølging på osteoporoseklinikken

Osteoporoseklinikken ved Oslo skadelegevakt blir ledet av spesialutdannede sykepleiere. Mer enn 4000 pasienter har fått hjelp ved klinikken i løpet av de fem årene den har vært i drift, og pasientene er svært fornøyde.

FORFATTER

**Karine Rosenlund Haugvad**

Sykepleier,
Skadelegevakten,
Oslo universitetssykehus

FORFATTER

**Marie Dahl Nesthus**

Sykepleier,
Skadelegevakten,
Oslo universitetssykehus

Beinskjørhet er svært vanlig i Norge, spesielt blant kvinner. Mange har sykdommen uten å vite om det (1, 2). Inntil nylig har utredning og behandling av osteoporose ikke vært prioritert i norsk helsevesen (3).

Norge er på verdenstoppen i antall årlige hoftebrudd (5). Vi anslår ut ifra Nasjonalt hoftebruddregister at Oslo har cirka 900 hoftebrudd i året (6). Hoftebrudd er det osteoporotiske bruddet som påfører pasienten de alvorligste konsekvensene og samfunnet de største kostnadene (7, 8).

Dersom man har hatt et tidligere osteoporotisk brudd, er risikoen for et nytt brudd doblet. For dem som har hatt multiple brudd, er risikoen femdoblet (9). På tross av dette foregår det en utstrakt underbehandling av osteoporose i Oslo og i Norge (3).

SKADELEGEVAKTEN TILBYR SJEKK FOR OSTEOPOROSE

Skadelegevakten ved Oslo universitetssykehus er en av Europas største skadelegevakter. Ifølge avdelingsoverlege Knut Melhuus var det i 2019 cirka 120 000 konsultasjoner ved Oslo skadelegevakt. Omtrent 14 000 pasienter hadde brudd, og av dem var rundt 3000 over 50 år gamle.

Skadelegevakten var en del av den nasjonale multisenterstudien The Norwegian Capture the Fracture Initiative (NoFRACT), som startet opp i 2015 og ble avsluttet i 2019 (10). NoFRACT hadde som mål å tilby en standardisert utredning og behandling for osteoporose til pasienter over 50 år som ble behandlet for brudd på ortopediske avdelinger.

Vi arbeidet systematisk gjennom såkalt «Fracture Liaison Service» (FLS). Det er en internasjonal modell hvor avdelingen systematisk finner frem alle aktuelle pasienter og tilbyr dem oppfølging.

FLS i NoFRACT baserer seg i stor grad på konsultasjon og oppfølging hos spesialutdannede sykepleiere, såkalte FLS-sykepleiere. Leger er tilgjengelig til enhver tid for konferering, vurdering og for å iverksette behandling. Etter prosjektets slutt har vi fortsatt med FLS etter samme modell.

“ Vi er opptatt av å tilby en god utredning og et effektivt behandlingsforløp.

Oslo skadelegevakt er den institusjonen i Norge som behandler flest polikliniske bruddpasienter per år. Vi er opptatt av å tilby en god utredning og et effektivt behandlingsforløp. Da er det essensielt å kvalitetssikre at brukernes behov og erfaringer blir reflektert i måten vi organiserer oss på.

PASIENTFORLØPET FOR VÅRE PASIENTER

Vi tilbyr utredning av osteoporose til alle pasienter over 50 år med lavenergibrudd (etter fall fra stående stilling eller lavere) som bor i Oslo og har oppfølging for bruddet sitt ved Skadelegevakten.

Vår FLS-sløyfe har en koordinator som systematisk går gjennom diagnoselister og

identifiserer aktuelle pasienter. Disse pasientene får tildelt en time til beintetthetsmåling og blodprøvetaking når de er på kontroll for bruddet sitt, samt en time et par uker senere til gjennomgang av resultatene med en av oss FLS-sykepleiere.

Beintettheten blir målt

Beintetthetsmålingen og blodprøvene blir tatt på Ullevål sykehus (OUS). Resultatet blir sendt til Skadelegevakten. FLS-sykepleieren og den ansvarlige legen går sammen gjennom resultatene i tillegg til pasientens journal. Da ser vi etter historikk på tidligere brudd og sykdommer, tilstander eller medisiner som kan påvirke pasientens beintetthet, eller som kan påvirke hvilken type medisiner pasienten eventuelt kan ta mot osteoporose.

Konsultasjon hos sykepleier

De dagene vi har konsultasjoner, har vi en time til forberedelser om morgenen og 30 minutter til hver pasient. Vi bruker DIPS, Medinsight og FRAX. Medinsight er et kvalitetsregister laget spesielt for osteoporoseutredningen på Skadelegevakten, og FRAX er et internasjonalt verktøy som er utviklet for å vurdere pasientens risiko for brudd, basert på kliniske risikofaktorer og beinmineraltettheten i lårhalsen. Verktøyene støtter oss i den systematiske vurderingen vi tilstreber.

Viktige faktorer i tillegg til resultatene fra beintetthetsmålingen er antallet brudd pasienten har hatt, pasientens risiko for nye fall (ustøhet, høy falltendens), alder, vekt (undervekt gir økt risiko), høydenedgang, medisiner og sykdommer som gir økt risiko for osteoporose. Under konsultasjonen kan det komme nye opplysninger

Hva er beinskjørhet?

- En gradvis reduksjon i beinmassen er en del av aldringsprosessen. Beinskjørhet eller osteoporose innebærer at beinmassen er redusert til et nivå under en definert grenseverdi. Bakgrunnen kan være at man har tapt beinmasse raskere enn normalt, eller at man hadde lav beinmasse i utgangspunktet. Osteoporose kan også oppstå som følge av sykdommer og ved bruk av enkelte legemidler.
- Osteoporose innebærer at beinets styrke er svekket, beinvevet blir mer porøst. Svekkelsen i beinstrukturen er en risikotilstand og gir ingen symptomer før man får et brudd. Hoftebrudd er den mest alvorlige følgen av osteoporose. De fleste slike brudd hos eldre skyldes redusert beinmasse kombinert med et fall.

KILDE: FOLKEHELSE-
INSTITUTTET (4)

som endrer det vi har planlagt på forhånd sammen med legen.

BEHANDLING AV BEINSKJØRHET

Vi har til nå utredet mer enn 4000 pasienter bare hos oss på Skadelegevakten siden oppstarten for fem år siden, og av dem har vi anbefalt cirka 70 prosent å starte behandling. Pasientene med påvist beinskjørhet får tilbud om oppstart med medikamentell behandling som bygger opp skjelettet.

Vår erfaring er at den vanligste medisinen er Alendronat, en tablett som tas én gang i uken. Kvinner over 75 år, som av ulike årsaker ikke kan ta Alendronat, kan få Prolia på blå resept. Prolia er en injeksjonsvæske som kommer i en ferdigfylt sprøyte, og den settes subkutant hver sjettede måned. Et godt alternativ er Aclasta, en infusjon som settes én gang i året eller sjeldnere.

I tillegg til disse beinbyggende medisinene trenger alle med osteoporose byggesteinene kalk og vitamin D. Vi gir også treningsråd og henviser til fallforebygging når vi ser at det kan være aktuelt. Pasienter med alvorlig osteoporose, og hvor vi mistenker at pasienten har en underliggende sykdom som årsak til osteoporose, henviser vi til Endokrinologisk avdeling for videre utredning og behandling.

HVORDAN ER DET Å ARBEIDE PÅ DENNE MÅTEN?

Pasientene har et stort aldersspenn, fra 50 år til 85 år. Det er utfordrende konsultasjoner på mange måter. Vi har 30 minutter til rådighet, og pasienten er som regel ukjent for oss.

Å skape gode relasjoner anser vi som svært viktig. Å gi en pasient beskjed om at han eller hun har osteoporose, kan være vanskelig. Ved å skape gode relasjoner kan sykepleieren lettere forklare viktigheten av behandlingen.

Informasjonen må tilpasses hver enkelt pasient, da pasienter har svært forskjellige behov. Pasientene håndterer beskjeden på ulike måter. Noen er forberedt, da de har en mistanke om at de kan ha osteoporose. Andre blir svært overrasket og rystet.

“ Vi lærer mye og får utfordret oss selv på nye måter.

På tross av utfordringene trives vi FLS-sykepleiere godt med pasientgruppen og måten vi arbeider på. Vi lærer mye og får utfordret oss selv på nye måter. Vi er vant til å jobbe i en travel skadepoliklinikk hvor vi har lite tid med hver enkelt pasient. Ved å ha bedre tid enn normalt og ved å kunne sette oss mer inn i pasientens bakgrunn og behov får vi en forståelse for og kontakt med den enkelte pasient. Som oftest får vi til gode samtaler med pasientene om temaer som oppleves viktig.

Å være en del av osteoporosemiljøet i Norge gir muligheter for læring, både gjennom kurs og internasjonale konferanser. Det er spennende å være en del av noe som det forskes og satses på rundt om i verden.

VI HAR SPURT PASIENTENE OM HVA DE MENER

Vi ønsket å kartlegge hvordan

pasientene som tilbys utredning for osteoporose, opplevde det nye utrednings- og behandlingstilbudet ved Oslo skadelegevakt, som er ledet av sykepleiere. Føler pasientene seg trygget og godt nok ivaretatt?

Vi har utført en prospektiv studie hvor det er inkludert nærmere 2000 pasienter i Oslo fra 4. mai 2015 til 4. mai 2019. For å sikre at utredning og behandling foregår etter intensjonen og for å følge behandlingsetterlevelse, ble det opprettet et kvalitetsregister ved Skadelegevakten, som brukes i studien.

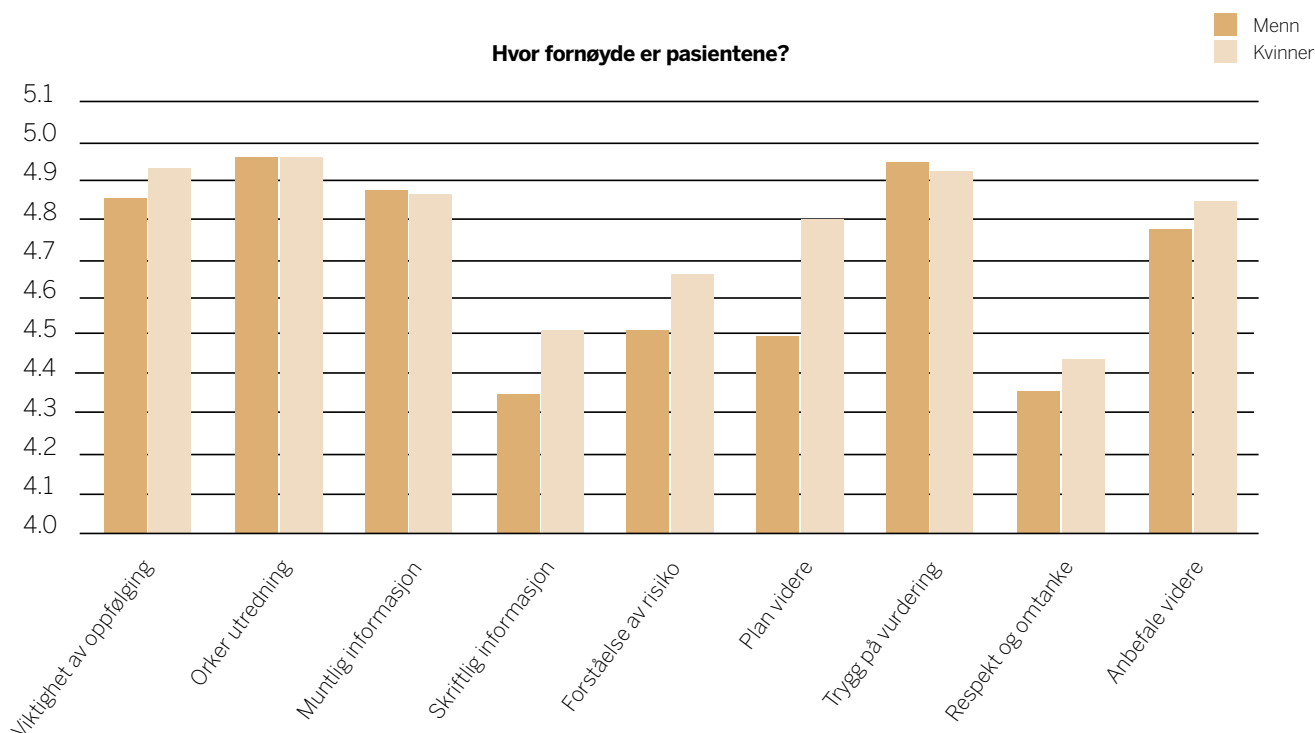
I kvalitetsregisteret har vi innhentet data fra pasientene om deres opplevelse. Dette er gjort i form av Patient Reported Experience Measurement (PREM). Vi utviklet et spørreskjema for å kartlegge PREM, som alle pasientene får etter konsultasjon hos en osteoporose-sykepleier. Spørreskjemaet består av ni avkryssningsspørsmål som knyttes til pasientens behandlingsnummer i Medinsight, et verktøy for kvalitetsmålinger og for forskning.

Pasientene gir skår fra 1 til 5, hvor 1 betyr svært lite og 5 svært mye. De får i tillegg mulighet til å gi en anonym skriftlig tilbakemelding til oss. Dette gir både kvantitative og kvalitative data på hvordan pasienten har opplevd oppfølgingen. Pasientenes selvrappørterte opplevelser kan i ettertid sammenstilles med om de varierer med ulike kjønn, alder og bruddtyper.

EN OVERVELDENE POSITIV RESPONS

Det var 1759 pasienter som svarte på spørreskjemaet, og av disse var 85 prosent kvinner. I figur 1 vises gjennomsnittssvarene fordelt på kjønn.

Figur 1. Resultater fra tilbakemeldingsskjemaene



Merk at svarene er på en skala fra 1-5 hvor 5 er best, men at søylene starter på 4 i diagrammet.

Legg merke til at på en skala fra 1-5 var tilbakemeldingene så gode at søylene starter på 4. Særlig ser vi at pasientene oppfatter oppfølgingen som svært viktig (skår 4,9) og at de er svært trygge på den oppfølgingen de får (skår 4,9). Det gir oss en sterk tilbakemelding om at vi fyller et viktig behov for pasientene våre. Det er også viktig for oss å kunne levere gode faglige vurderinger, og det er det tydelig at pasientene oppfatter.

Vi ser at vi kan forbedre den skriftlige informasjonen vi deler ut, og at et snitt på 4,4 på om de føler seg møtt med respekt og omtanke, viser at i enkelte konsultasjoner kan vi forbedre oss på å møte pasientene der de er.

De aller fleste har et klart bilde av fremtidig bruddrisiko (skår 4,6) og har en plan videre (skår 4,5-4,8), men hos noen, og særlig menn, har dette vært en utfordring. Dette er tilbakemeldinger som er verdifulle for oss å ta med i fremtidige konsultasjoner.

HVA SIER PASIENTENE?

Vi mottok 543 skriftlige anonyme tilbakemeldinger. 473 positive tilbakemeldinger. 41 negative tilbakemeldinger og forslag til forbedringer. 29 som handlet om andre ting, som pasientens egen historie eller kommentarer på legevaktens beliggenhet.

Utvalg av sitater fra pasienter som svarte på tilbakemeldingsskjemaene:

«Flott tilbud, som bør

fortsette. Det er viktig med et slikt forebyggende helsetiltak, det er billigere og mer fornuftig enn dyre operasjoner i ettertid.»

«Dersom jeg ikke hadde fått tilbud om bentetthetsmåling, ville jeg kanskje aldri oppdaget at jeg var benskjør. Nå kan jeg ta forholdsregler og forebygge nye brudd.»

«Fin gjennomgang med osteoporosepsykeleier. Samtalen var vennlig og informativ, utført med ro, tålmodighet og god kunnskap.»

Flere ønsker mer skriftlig informasjon. Fremmedspråklige pasienter har gitt uttrykk for at det er vanskelig å forstå fagord, og at konsultasjonen har gått for fort.

Et annet punkt flere kommenterer, er at det er lang ventetid for å komme til en spesialist ved alvorlig osteoporose. ▶

FLERE BØR BLI UTREDET FOR OSTEOPOROSE

Vi mener at alle over 50 år som har gjennomgått et lavenergi-brudd, eller som har forhøyet risiko for osteoporose, bør få tilbud om utredning av osteoporose og eventuell oppstart av behandling i Norge.

Pasientene ser en klar fordel med å forebygge bruddskader, og de aller fleste er veldig fornøyde med å ha fått tilbud om en slik oppfølging.

De setter pris på at vi har god tid til å forklare og gi informasjon om osteoporose og veien videre. Mange poengterer at de aldri hadde kommet på å sjekke beintettheten på egen hånd, ettersom det tidligere ikke har vært så mye oppmerksomhet

“ Vi ser at vi kan forbedre den skriftlige informasjonen vi deler ut.

rundt dette i Norge.

Vår forskning viser at pasientene er svært fornøyde med denne måten å organisere utredning og oppfølging av osteoporose på. Det er i tillegg kostnadsbesparende for sykehuset. Det vil bli et økende antall eldre mennesker i samfunnet de kommende årene, og viktigheten av forebyggende arbeid øker i takt med eldrebølgen.

VEIEN VIDERE

Utfordringen for oss på Oslo skadelegevakt er å fortsatt få finansiering til denne oppfølgingen nå som dette går over fra å være et forskningsprosjekt til å bli en del av driften. Vi skal flytte over i en ny storbylegevakt om et par år og ønsker da å utvide aktiviteten slik at vi selv kan foreta beintetthetsmålinger på egen avdeling og tilby intravenøs Aclasta-behandling til de pasientene som trenger dette.

Vi tror at behovet for vår oppfølging bare vil øke i årene framover, og mener at vi har funnet en effektiv oppfølging som pasientene våre er svært fornøyde med. ●



REFERANSER

1. **Cummings SR, Melton LJ.** Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. *Lancet*. 2002 mai; 18;359(9319):1761–7.
2. **Støen RØ, Nordsletten L, Meyer HE, Frihagen F, Falch JA, Lofthus CM.** Hip fracture incidence is decreasing in the high incidence area of Oslo, Norway. *Osteoporos Int*. 2012;23:2527–34.
3. **Devold HM, Sogaard AJ, Tverdal A, Falch JA, Furu K, Meyer HE.** Hip fracture and other predictors of anti-osteoporosis drug use in Norway. *Osteoporos Int*. 2013;24(4):1225–33.
4. **Folkehelseinstituttet.** Fakta om beinskjørhet og brudd (osteoporose og osteoporotiske brudd). Oslo: FHI; 2004. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/fp/folkesykdommer/beinskjoerhet/beinskjoerhet-og-brudd--fakta-om-os/> (nedlastet 31.08.2020).
5. **Folkehelseinstituttet.** Hoftebrudd i Norge: Risikofaktorer, forekomst og overlevelse. Norske epidemiologiske osteoporosestudier (NOREPOS) – prosjektbeskrivelse. Oslo: FHI; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/cristin-prosjekter/aktiv/hoftebrudd-i-norge-risikofaktorer-forekomst-og-overlevelse.-norske-epidemiolo/> (nedlastet 31.08.2020).
6. **Gjertsen, J-E, Dybvik E, Kroken G.** Årsrapport for 2018 med plan for forbedringstiltak. Nasjonalt Hoftebruddregister; 2019. Tilgjengelig fra: https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/26_arsrapport_2018_nasjonlat_hoftebruddregister.pdf (nedlastet 31.08.2020).
7. **Watne LO, Torbergson AC, Conroy S, Engedal K, Frihagen F, Hjorthaug GA, et al.** The effect of a pre- and postoperative orthogeriatric service on cognitive function in patients with hip fracture: randomized controlled trial (Oslo Orthogeriatric Trial). *BMC Med*. 2014;12(1):63.
8. **Frihagen F, Nordsletten L, Madsen JE.** Hemiarthroplasty or internal fixation for intracapsular displaced femoral neck fractures: randomised controlled trial. *BMJ*. 2007;335(7632):1251–4.
9. **Gehlbach S, Saag K, Adacgj JD, Hooven FH, Flahive J, Boonen S, et al.** Previous fractures at multiple sites increase the risk for subsequent fractures: The global longitudinal study of osteoporosis in women. *J Bone Miner Res*. 2012;27(3):645–53.
10. **Andreasen C, Solberg LB, Basso T, Borgen TT, Dahl C, Wisloff T, et al.** Effect of a fracture liaison service on the rate of subsequent fracture among patients with a fragility fracture in the norwegian capture the fracture initiative (nofract): a trial protocol. *JAMA network open*. 2018;1(8):e185701.

75.000

følgere kan ikke ta feil.

Følg oss på Facebook du også!



facebook.com/Sykepleien

Sykepleien

REPORTASJE

Judoklubben lærer eldre å falle som en banan

I den godt polstrede salen til Levanger Judoklubb i Trøndelag trener eldre på å falle. De triller rundt, hiver seg baklengs, sidelengs og forlengs. Poenget er å falle mykt, uten å skade seg. Og å bli mindre redd.

• **Tekst og foto** Bente Haarstad

78-åringen Svein Erik Mordal er en av de mange eldre som har meldt seg på landets aller første kurs i fallteknikk, for å lære seg å falle.

Og helst unngå fall.

– Nå er jeg definitivt mindre redd. Det verste ved å være redd for å falle er at du blir så stiv og engstelig at du lettere faller. Målet mitt er at fallteknikken blir en refleks, sier Mordal.

I likhet med flere av dem som deltar, har Mordal falt og skadet seg. Blant annet er skulderen fortsatt vond. Derfor meldte han seg på i håp om å unngå at det skjer igjen.

Det samme gjelder Inger Margrethe Tretli. 75-åringen fra Verdal falt av en hest, en ulykke som gjorde at hun ble redd «alt».

– Det gikk bra med hesten, men jeg ble så redd etterpå at selv det å gå ned en trapp ble vanskelig. For den kunne jo være glatt slik at jeg falt.

Hun synes dette kurset har vært fantastisk.

– Nå er jeg mer aktiv igjen, og jeg håper også at jeg tør reise igjen. Jeg må bare lære meg å bli enda flinkere til å se etter eventuelle hindre der jeg går. Det jobber jeg med, sier Tretli, og tar det som kanskje ikke kan sies å være en saltomortale, men absolutt en sprek bevegelse.

JUDOKLUBBEN

«Er du redd for å falle? Vanskelig å komme opp igjen?»

Slik reklamerte Levanger Judoklubb for kurset i fallteknikk for eldre som startet i januar. Riktignok med en lang koronapause, men nå kan



MÅ SLAPPE AV: Noe av problemet er at mange eldre blir engstelige og stive og dermed faller lettere. Her øver Oddrun Myhr og Inger Margrethe Tretli på fallteknikk.

pionerene som har tatt det første kurset, se tilbake på et lærerikt og uvanlig halvår, alderen tatt i betraktning.

Deltakerne på kurset er fra 69 til 87 år, med en snittalder på 74,5 år. De bøyer og strekker, hopper og balanserer, og ikke minst: De gjør utallige kast på en ekstra tykk kastematte i den ellers godt polstrede storstua til Levanger Judoklubb. Alt tilpasset den enkeltes eventuelle skader eller svakheter. Og uten å påføre skade, selvfølgelig.

Målet er en mest mulig skadefri tilværelse også når deltakerne er tilbake i hverdagen og skal mestre glattisen, glatte stuegulv, overraskende terskler eller hva det måtte være som utfordrer balansen.

Judo

- Judo er en japansk fullkontakt kampsport utviklet i 1882 av Jigoro Kano fra jujutsu. Japansk «ju» betyr «myk» og «do» betyr «vei» – det vil si «den myke veien».
- Judo inneholder ingen slag eller spark, men handler om å utnytte motstanders styrke til egen fordel, ta kontrollen og få motstanderen ut av balanse. Målet er å kaste eller felle motstanderen, låse fast eller på andre måter pasifisere motstanderen. Det er lite skader i judo, selv om det er en fullkontakt kampsport.
- Judo utøves i hele verden og er verdens 7. største olympiske idrett med over 20 millioner utøvere. Judo har vært OL-gren siden 1964.

KILDER: NORGES JUDOFORBUND





HOLDE BALANSEN: Balanseøvelser er viktige for å unngå fallulykker. Her trener to og to på falltreningskurset, som har deltakere fra 69 til 87 år. I forgrunnen Tor-Finn Granlund (72) og Svein-Erik Mordal (78) bak.

“

Jeg så for meg blåflekker både her og der, men det har gått bra.

TOR-FINN GRANLUND (72)

– Vi gjør også mange balanseøvelser. De er viktige når hensikten er å unngå fall, forteller Tor-Finn Granlund.

72-åringen er pensjonert lege, og verdalingen har i likhet med flere av de andre deltakerne en fallulykke bak seg. Derfor var han i utgangspunktet noe skeptisk til å skulle kaste seg rundt både i den ene og andre øvelsen.

– Jeg så for meg blåflekker både her og der, men det har gått bra. Vi får individuell oppfølging, slik at hver enkelt kan gjennomføre øvelsene best mulig. Nå er jeg generelt mye tryggere, rett og slett, sier han.

SOM FULLE FOLK

Å bli tryggere er også noe av hensikten, forteller initiativtaker og judoinstruktør Tore Brenne:

– Folk faller lettere når de er anspente. I tillegg til at vi trener styrke, balanse og fallteknikk, så skal kurset redusere frykt. Få folk til å senke skuldrene. Da faller de ikke så lett.

Det å lære å ikke ta seg for er også viktig. For det kan innebære svært stygge skader.

– Jeg bruker å ta fulle folk som et eksempel. Hvis de faller, så gjør de alt de kan for å berge glasset. Det vil si – de strekker hånda og faller ikke på den. Det bør alle gjøre. Ikke for å berge noe glass, men for å berge håndleddet og resten av armen, sier judoinstruktør Brenne.

Brenne er en yngre, veltrent mann. Det forhindret ikke at han selv har falt, på glattisen med farlig nysnø oppå, under en luftetur med hunden.

– Da jeg skjønte at jeg kom til å falle, tenkte jeg bare å ta baklengs fallteknikk, på judospråket «Ushiro Ukemi», forteller han.

«Skaden» var mest det at stoltheten fikk seg en smell. Til gjengjeld fikk han en opplagt god idé, også påskyndet av at hans egen mor hadde ramlet og brukket armen: Falltrening for eldre, som er den mest utsatte gruppen når det gjelder skader

Fallskader i Norge

- Fallskader utgjør nesten halvparten av alle årlige ulykkesdødsfall.
- Totalt er det flere menn enn kvinner som rammes av ulykker, men med økende alder forekommer skader oftere blant kvinner
- Hjemmet er det vanligste skadestedet.

“

I tillegg til at vi trener styrke, balanse og fallteknikk, så skal kurset redusere frykt.

TORE BRENNE, INITIATIVTAKER OG INSTRUKTØR



SLIK: Judoinstruktør Tore Brenne bistår Oddrun Myhr i utførelsen av fallteknikk. Bak trener Svein-Erik Mordal.

påført etter fall. Og med judoinstruktører som trenere, fordi er det noe judoutøvere kan, så er det å falle mykt og skadefritt.

MYE Å SPARE

Trening som kan forhindre fallulykker, vil kunne spare samfunnet for store kostnader og enkelt-individer for lidelser. For et enkelt fall kan i verste fall være svært utslagsgivende for begge deler.

– Det skjer 9–10 000 hoftebrudd årlig i Norge. Jeg har ikke funnet tall for skader fra fallulykker totalt i Norge, men fra Sverige er det skremmende høye

tall, og vi må regne med noe av det samme her til lands, sier Brenne.

– Omtrent halvparten av dem som rammes av lårbeinsbrudd etter fall, er over 80 år, og svært mange av disse dør innen tre måneder. Hvis riktig fallteknikk kan bidra til å redusere disse skadene med 50 prosent, så vil det betyr utrolig mye for den enkelte og for samfunnet. Et hoftebrudd for en 75-åring koster en halv million kroner det første året. I tillegg til alt hva det medfører for den som rammes, sier Brenne.

– Og for de nærmeste, tilføyer Inger Margrethe Tretli.

– Min svigerfar falt og brakk lårhalsen da han var 95 år. Han kom seg aldri etter den fallulykken, og vi pårørende fikk aldri snakket med ham igjen. Han døde, forteller hun.

Tore Brenne googlet og spurte seg for da han fikk ideen om å utvikle et kurs, men fant ingen tilbud om fallteknikk for eldre i Norge. Sammen med Norges Judoforbund søkte Brenne Stiftelsen DAM om midler til et forskningsprosjekt.

– Etter at søknaden var sendt, fikk jeg opplyst at det svenske judoforbundet også var i gang med et tilsvarende prosjekt. De startet i 2017.

Brenne fikk inspirasjon og viten til å sette i gang i Levanger. Det ble såpass oppsiktsvekkende og nytt at mye presse har vært på treningene for å skrive om prosjektet, pluss at en begeistret statsminister Erna Solberg var innom i februar.

HAR DET MORSOMT, OGSÅ

– Dette er ikke bare lærerikt, men morsomt også, sier to eldre damer før de igjen kaster seg på tjukkasen. Om og om igjen for at teknikken skal sitte den dagen det virkelig trengs.

– Dere er veldig flinke. Jeg trener ofte judobarn, og dere har minst like stor innsats, sier Evelyn Otlo.

Hun er en av klubbens judoinstruktører, i likhet med Brenne og de to øvrige judotreneerne på



LATTER: Judoinstruktørene Tore Brenne i et lystig øyeblikk sammen med kursdeltakerne Inger Margrethe Tretli (75) og Tor Finn Granlund (72), begge fra Verdal.

falltreningskurset. Derav er to sykepleiere, men begge var forhindret akkurat denne dagen.

Alle fire gjør dette ulønnet, og tar fri fra sine vanlige jobber for å stille opp som instruktører i fallteknikk.

STØTTE

Tore Brenne fikk støtten fra stiftelsen DAM til det aller første falltreningskurset for eldre, og innledet også et samarbeid med forskere ved Nord universitet.

Deltakerne på dette første kurset svarte på et spørreskjema fra forskerne i forkant av kurset, og de får de samme spørsmålene etter kurset. Dette skal være til forskningsprosjektet «Fear

of Falling». Neste gruppe vil bli fulgt opp enda bedre, blant annet med testing både før og etter falltreningskurset, det til forskningsprosjektet «Risk of Falling».

Forskerne skal sjekke om deltakerne blir mer aktive i hverdagen, samt om de får redusert risiko for å skade seg.

– Selv er jeg ikke i tvil om at fallteknikk er svært gunstig for alle. Og ikke minst denne gruppen, sier Tore Brenne.

Kursene i falltrening er et treårig prosjekt som nå er inne i sitt første år. Det skal utdannes flere trenere i andre judoklubber, slik at tilbudet kan etableres også andre steder i landet. ●

NYTTESTOFF

– Tenk fallforebygging tidlig

– Sykepleiere er viktige bidragsyttere i fallforebygging, sier fysioterapeut Maria Bjerk. Hun har fire favoritt-øvelser sykepleiere kan instruere sine pasienter i, både hjemme og på institusjon.

• **Tekst og foto** Eivor Hofstad

Jeg har møtt sykepleiere som sier at «det kan vel ikke bli bedre når pasienten er 80 år». Det er en tankegang som forplanter seg fort til de eldre, fordi det er så behagelig å sitte i ro, sier fysioterapeut Maria Bjerk.

Men det er aldri for seint å forbedre eller i det minste vedlikeholde styrke og balanse.

– Det kan vi gjøre til vi går i graven, mener Bjerk og legger til at forskning har vist at fallforebyggende treningsprogram kan redusere opptil 40 prosent av fall hos eldre.

TIDLIG FALLFOREBYGGING

Hun fullførte doktorgraden sin på

fallforebygging i oktober i år ved fakultetet for helsevitenskap ved Oslomet, og har en master i nevrologi og rehabilitering fra England.

– Der er de mye flinkere til å jobbe tverrfaglig enn her i Norge. Fysioterapeuter er en mye større del av tjenesten i England. Her har vi gjerne kontor i kjelleren og blir kalt inn til slutt, når pasientene er mye dårligere, sier hun.

Nå jobber Maria Bjerk som seniorrådgiver med kunnskapsoppsummeringer på Folkehelseinstituttet.

– Man må tenke fallforebygging tidlig. Det har sykepleiere, som en av få faggrupper, muligheten til. Det er mye tyngre å komme inn etterpå, slik vi fysioterapeuter ofte må gjøre, sier hun.

FALLFOREBYGGINGSPROGRAM GA BEDRE LIVSKVALITET

I doktorgradsstudien hennes så hun nærmere på 155 eldre som fikk hjemmesykepleie, og som hadde falt minst en gang det siste året. Halvparten gjorde et forskningsbasert fallforebyggingsprogram med ulike øvelser (Otago Exercise Programme – OEP).

Øvelsene ble instruert av fysioterapeuter, men Bjerk mener sykepleiere også kan bidra til det etter opplæring og oppfølging fra fysioterapeut. Hun anbefaler ikke at de setter i gang med det alene, siden individuell tilpasning og progresjon av øvelsene er viktig.

De eldre gjorde øvelsene tre ganger i uka i tre måneder, deretter tre måneder

“

Fallforebyggende treningsprogram kan redusere opptil 40 prosent av fall hos eldre.

MARIA BJERK, FYSIOTERAPEUT



STEG FOR STEG: Start treningen med enkle øvelser og bygg på etter hvert. Trappegåing bør gjøres nedenfra og opp, og sørg for å ha en stol på toppen hvor pasienten kan få hvile, råder fysioterapeut Maria Bjerk.

“
Frykt for fall er
i seg selv en
risiko for å falle.

MARIA BJERK,
FYSIOTERAPEUT



uten oppfølging, hvor 80 prosent av deltakerne i intervensjonsgruppa fortsatte treningen. Fallforebyggingsprogrammet ga bedre livskvalitet på både kort og lang sikt. På kort sikt ga det også bedring i fysisk funksjon og balanse.

Men gjennom intervjuer med de eldre fant Bjerk også at all slags aktivitet hjelper. Noen bowlet, andre så på fugler. Det behøver ikke være gymnastikkøvelser, og det behøver slett ikke foregå i en treningssal.

TESTER TIL Å FORUTSI FALLRISIKO

– *Hvis sykepleiere skal tenke fallforebygging, kunne det vært bra å ha noen enkle tester som kan forutse risikoen for fall?*

– Det finnes ikke en enkelt test for å forutse fall, men det finnes noen tester som kan si noe om fysisk funksjon, og dermed om risikofaktorer for fall.

En slik test er SPPB (short performance physical battery), som måler ganghastighet, balanse og styrke i beina.

– SPPB har festet seg generelt i helsevesenet og er mye brukt i forskningen, sier Bjerk.

TUG (timed up and go) er en annen enkel test som blant annet gir en indikasjon på fall- og gangproblemer hos geriatriske pasienter og eventuelt behov for hjelp ved forflytning. Testen måler tiden pasienten bruker på å reise seg fra en stol, gå tre meter og sette seg igjen. Den kan til en viss grad brukes for å bedømme risiko for senere fall, skriver NHI på sine nettsider.

SPØRRESKJEMAER FOR FALLRISIKO

Ellers finnes det ulike spørreskjemaer som går på risiko for fall. For eksempel Stratify (St. Thomas's risk assessment tool in falling elderly inpatients) hvor pasientene blir spurt om blant annet medisiner, syn, fysisk funksjon og får en

skår etter hva de selv rapporterer.

– Den egner seg særlig for brukere på institusjon, sier Bjerk.

Downton fall risk index er et annet spørreskjema som er oversatt til norsk hvor sykepleier kan observere pasienten og så krysse av i skjemaet. Skjemaet inkluderer fem risikoområder: fallhistorikk, legemidler, sensorisk funksjon, mental tilstand og gangfunksjon.

– Det passer både til de på institusjon og til de som bor hjemme, sier Bjerk.

– *Når bør man bruke spørreskjema?*

– Jeg tenker at spørreskjemaet kan brukes til å kartlegge fallrisiko generelt. Så kan man i tillegg bruke en fysisk test for å kartlegge den fysiske funksjonen mer spesifikt.

RÅD TIL SYKEPLEIERNE

– *Hva tenker du ellers at sykepleiere bør gjøre?*

– Jeg skjønner at hjemmesykepleiere er utsatt for et voldsomt tidspress. Men hvis de er ute hos en bruker som uttrykker frykt for fall, må de ta det på alvor og spørre litt rundt det. Frykt for fall er i seg selv en risiko for å falle, sier Bjerk.

– Ellers tenker jeg sykepleiere må være orientert om hva som finnes av treningsopplegg for eldre i kommunen, slik at de kan informere og motivere pasientene til aktivitet. De kan også instruere pasientene i helt enkle øvelser, sier hun.

– Ved behov kan sykepleiere enten råde brukeren til å ta kontakt med en fysioterapeut eller hjelpe brukeren å gjøre det. Ofte finnes det kommunale fysioterapeuter som jobber tett sammen med hjemmesykepleien, eventuelt hverdagsrehabiliteringsteam eller inn-satsteam. Det er også sånn nå at man ikke lenger trenger henvisning fra lege for å kunne gå til privatpraktiserende fysioterapeut. ●

De fire viktigste øvelsene

HER ER MARIA BJERKS fire favorittøvelser fra Otago-programmet. Det eneste unntaket er opp og ned fra step-kasse. I Otago bruker de trapp i stedet.

Øvelsene bør gjøres tre ganger i uka. Etter seks måneder viser Maria Bjerks forskning effekt.

– Jeg anbefaler at sykepleierne får en fysioterapeut

til å instruere første gang, og at de etter hvert får hjelp til progresjon av øvelsene. For progresjon er nøkkelen til bedring. Men for å kunne gi passe og god progresjon, trenger man kunnskap om trening. Så samarbeid mellom sykepleier, fysioterapeut og pasient er nøkkelen til suksess her, sier Bjerk.

1

REISE/SETTE SEG I STOL MED ARMLENE

Gevinster i hverdagslivet: Øvelsen er nyttig i hverdagsaktiviteter som å reise/sette seg, gå trapp.

Gjør det slik:

- Demonstrer øvelsen
- Benytt stol med armlene. Dersom deltakeren ikke klarer å reise seg, gjør stolen høyere ved å benytte pute(r)
- Sitt på stolen med en hoftebreddes avstand mellom bena, tærne peker framover
- Plasser føttene godt under deg og før overkroppen fremover
- Reis deg opp med støtte til armlenene
- Sett deg ned igjen ved å bøye i knær og hofter samtidig som du støtter deg til armlenene

Pass på: blodtrykksfall og svimmelhet

Progresjon: Ta bort eventuelle pute(r) brukt som forhøyning. Prøv å reise deg raskt opp og rolig ned. Prøv etter hvert med støtte av bare én arm på armlenet. Videre progresjon er uten støtte av armene.



Bildene og øvelsene er fra kurs i fallforebyggende trening og aktiviteter for eldre, «Basis for institusjoner», og er gjengitt med tillatelse fra Helsedirektoratet, med tillegg fra Maria Bjerk.

“

Jeg anbefaler at sykepleierne får en fysioterapeut til å instruere første gang, og at de etter hvert får hjelp til progresjon av øvelsene.

MARIA BJERK, FYSIOTERAPEUT

2

STEP OPP/NED

(I Otago-programmet benyttes trappegåing, men det kan være mer krevende)

Gevinster i hverdagslivet: Øvelsen er nyttig i hverdagsaktiviteter som å gå, forsere fortauskanter og gå i trapp.

Gjør det slik:

- Demonstrer øvelsen
- Stå foran en step
- Plasser det ene benet på step-en og gå opp, slik at du står med begge beina på step-en
- Gå ned på andre siden av step-en med samme ben som du gikk opp
- Snu deg mot step-en igjen (obs: små skritt)
Gjenta med motsatt ben

Progresjon: Øk høyde på step. Benytt vekter

Tips hvis øvelsen gjøres i trapp: Start med å gå oppover, ikke nedover, særlig hvis bruker har nedsatt styrke i beina eller svært redusert balanse. Ha en stol til å hvile i plassert øverst. Tenk gjennom hva du gjør hvis personen faller. Vær gjerne to personale første gang dere forsøker. Ha ellers med telefon, så du kan ringe etter assistanse hvis noe skjer.



3

TANDEM MED STOL

Gevinster i hverdagslivet: Balanse har stor betydning for din følelse av trygghet og mestring i alle hverdagsaktiviteter.

Gjør det slik:

- Demonstrer øvelsen
- Det er normalt å ta et støttesteg for å gjenvinne balansen
- Benytt stol ved behov.
- Stå oppreist med bena i en hoftebreddes avstand med siden vendt mot stolen og ta støtte
- Plasser den ytterste foten rett foran den andre, slik at føttene står på en rett linje. Hvis det er for vanskelig, kan man stå med samlede ben, men med den ene foten litt foran den andre.

Progresjon: Gjøre øvelsen med lukkede øyne.



4

GÅ PÅ LINJE

Gevinster i hverdagslivet: Balanse har stor betydning for din følelse av trygghet og mestring i alle hverdagsaktiviteter.

Gjør det slik:

- Informer gruppa/personen om antall steg/sett som skal gjennomføres
- Demonstrer øvelsen (stå oppreist ved siden av stolen, ta støtte og se framover)
- Det er normalt å ta et støttesteg for å gjenvinne balansen
- Gå 10 steg framover ved å plassere en fot rett foran den andre, slik at du går på en rett linje
- Når du har fullført stegene, plasser føttene ved siden av hverandre i hoftebreddes avstand før du vender i retning. Husk små skritt.

Progresjon: Lengre steg. Varier tempo ved å telle høyt. Kan også telle baklengs eller ha en annen kognitiv utfordring. Gå baklengs på linje.



REPORTASJE

Sensorene varsler når «Anna» står opp

I sju år har Skien kommune systematisk testet, tilpasset og implementert velferdsteknologi, blant annet for å forebygge fall.

– Selve teknologien er ofte den enkleste biten, sier rådgiver Espen Gottschal.

• **Tekst og foto** Ingvald Bergsagel

«**A** nna» (82) har demens og er dårlig til beins. Hun har falt flere ganger etter å ha gått ut av senga nattetid. Selv om boenheten hennes på Klyvetunet i Skien er døgnbemannet, kan det gå flere timer mellom hvert tilsyn. Dermed risikerer hun å bli liggende lenge etter et fall. Ennå har hun ikke skadet seg alvorlig, men personalet og pårørende er bekymret. Trygghetsalarmen får hun ikke til å bruke.

Etter en runde med behovskartlegging blir det montert en optisk sensor på veggen over sengen til «Anna». Sensoren vil kunne varsle hvis hun står opp om natta. Da kommer nattevakten for å se om hun trenger hjelp. I starten blir det en del falske alarmer.

KRITISK OPPFØLGING

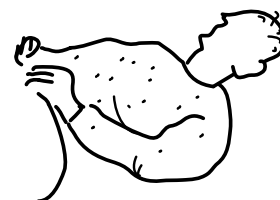
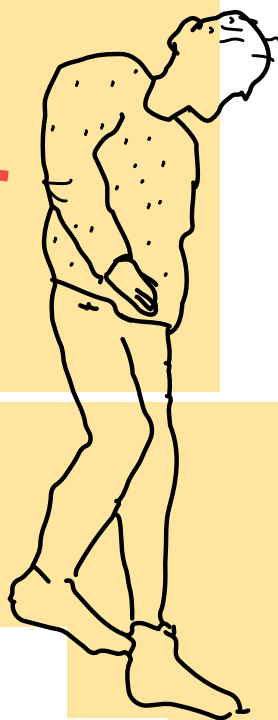
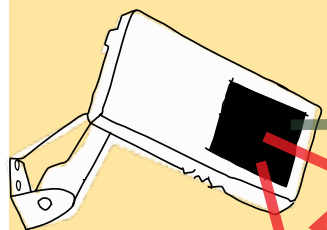
Historien om «Anna» er en av flere gjengitt i rapporten «Fall og velferdsteknologi» fra 2015, som oppsummerte erfaringene etter et pilotprosjekt med samme navn i Skien.

Grenlands-kommunen var tidlig ute med å teste ulike velferdsteknologiske løsninger, og mye har skjedd siden de første fallalarmene for utendørsbruk ble anskaffet i 2013.

Rådgiver, ingeniør og selvtitulert «prosjektpotet» Espen Gottschal har vært med fra starten av.

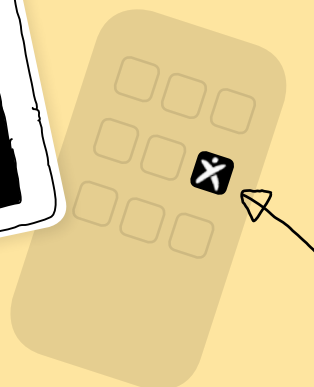
– Selve teknologien er ofte den enkleste biten, sier han til Sykepleien.

– Det er oppfølgingen som er kritisk.



DIGITALT TILSYN

På Klyvetunet i Skien går alarmen hvis beboerne gjør noe som er definert som en risikosituasjon for dem, for eksempel om de går ut av rommet midt på natten.



FÅR BESKJED

Vakthavende får opp et anonymisert bilde på mobil, nettbrett eller pc, og systemet gir beskjed om hvilken risikosituasjon som har oppstått. Faste, fysiske tilsyn som ofte forstyrret nattesøvnen, er erstattet av digitale tilsyn som ikke vekker noen.

Illustrasjon: Monica Hilsen



Etter hvert har vi blitt mye bedre på å finjustere innstillinger individuelt etter beboernes atferdsmønster og behov.

LENE OTERHOLM, SYKEPLEIER

AVVERGER STADIG FALL

Sykepleier Lene Oterholt og hjelpepleier Linda Østli jobber på Klyvetunet og er blant dem som tar seg av denne oppfølgingen. Begge trekker frem ordet «trygghet» da Sykepleien spør dem hvilke gevinster de ser av velferdsteknologien.

Velferdsteknologi

- Det finnes ulike definisjoner på begrepet velferdsteknologi. Wikipedia bruker denne fra NOU 2011:17: «Velferdsteknologi er brukerrettet teknologi som har til hensikt å understøtte og forsterke brukernes trygghet, sikkerhet, muliggjøre økt selvhjelpenhet, medbestemmelse og livskvalitet.»
- Nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP) er et samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. NVP jobber for at flere kommuner tar i bruk velferdsteknologi.

Helsedirektoratet anbefaler at norske kommuner prioriterer følgende velferdsteknologiske løsninger:

- Varslings- og lokaliseringsteknologi
- Elektronisk medisineringsstøtte
- Elektroniske dørlåser
- Digitalt tilsyn
- Oppgraderte sykesignalanlegg / pasientvarslingssystem
- Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester
- Digitale trygghetsalarmer
- Responssentertjeneste / direkte responstjeneste

Klyvetunet kultur- og aktivitetssenter har boenheter og dagtilbud for personer med demens.

– Det viktigste er at teknologien gir ekstra trygghet for både brukere, pårørende og personell. Nå risikerer beboere i langt mindre grad å bli liggende lenge etter et fall, sier Østli.

Selv om det så langt ikke er gjennomført noen kvantitativ evaluering av effekten, opplever sykepleier Oterholt at teknologien stadig hjelper dem med å avverge fall.

– Vi har for eksempel en beboer med stor fallfare som ofte vil ut for å ta seg en røyk. Da kan vi raskt komme til for å hjelpe, sier hun.

Rådgiver Gottschal er også opptatt av at velferdsteknologien kan gi en gevinst ved at kostnader unngås og at ressurser blir mer effektivt utnyttet.

– Demografiutviklingen viser tydelig at vi stadig får mer å gjøre i fremtiden, og vi ønsker å løse mest mulig med dagens bemanning, understøttet av teknologiske løsninger, sier han.

MENNESKE ELLER MØBEL?

Det finnes i dag en rekke ulike produkter på markedet utviklet med tanke på å avverge fall eller respondere raskt når uhellet først er ute. Enkelte løsninger bærer bruker med seg på kroppen. Andre kommer i form av fastmonterte sensorer, kameraer og varslingssystemer. Noen krever at brukere klarer å operere dem og trykke på de rette knappene. Andre er automatiserte.

Løsningen som først ble testet ut på rommet til «Anna», er senere byttet ut med den norskutviklede trygghetssensoren RoomMate. En slik er i dag montert oppe i et takhjørne på alle de ti boenhetene for personer med demens på Klyvetunet.

Boksen på veggen er utstyrt med 3D-sensor og en datamaskin som analyserer hva som skjer i rommet.



TRENT I TEKNOLOGI: Ved Klyvetunet kultur- og aktivitetssenter i Skien har velferdsteknologi blitt en integrert del av arbeidshverdagen. Fra venstre: Enhetsleder Nino Kuduz, hjelpepleier Linda Østli, sykepleier Lene Oterholt og rådgiver Espen Gottschal.

Den skal kunne se forskjell på armer og bein – mennesker og møbler.

Oppstår en situasjon som er forhåndsdefinert som kritisk eller risikofylt for beboeren, varsles personalet. Slike situasjoner kan være alt fra at noen forlater rommet midt på natten, blir uforholdsmessig lenge på toalettet eller sågar at en person med høy fallrisiko setter seg opp i sengen eller reiser seg fra godstolen.

Personalet kan hente opp anonymiserte bilder fra rommet på en mobil enhet eller PC, for eksempel hvis alarmen blir utløst eller om en beboer trenger faste tilsyn. Systemet åpner også for toveis lyd-kommunikasjon, men dette er foreløpig ikke tatt i bruk på Klyvetunet.

UNNGÅR Å FORSTYRRE OM NATTEN

– Etter hvert har vi blitt mye bedre på å finjustere innstillinger individuelt etter beboernes atferdsmønster og behov, forteller Oterholt.

Før sensorene ble montert, fikk alle beboere minimum tre faste tilsyn i løpet av en natt – klokken 24, 3 og 6 – noe som fort kunne forstyrre søvnen. Beboere kunne også uttrykke misnøye med at folk stadig kom inn i rommet når de lå og sov.

– Beboere får nå langt mer uforstyrret nattesøvn, forteller Nino Kuduz, som er enhetsleder ved Klyvetunet.

– Det gjør igjen at de kan få en bedre dag og legger grunnen for å redusere medikamentbruken.

Kuduz understreker at teknologien ikke eliminerer

“

Velferdsteknologi forutsetter et komplekst system som skal fungere i alle ledd, både teknisk og menneskelig.

ESPEN GOTTSCHAL, RÅDGIVER

behovet for manuelt tilsyn.

– Vi har beholdt samme bemanning på natt som før, men nå skjer tilsynene mer digitalt og uten å forstyrre unødig, sier han.

MINDRE STRESS

Ovennevnte rapport «Fall og velferdsteknologi» understreket blant annet betydningen av å kartlegge individuelle behov og å tilpasse teknologiske løsninger til disse behovene. I tillegg ble det fremhevet hvor viktig det er med tydelige prosedyrer for bruk av teknologien, med tverrfaglig samarbeid både teknisk, klinisk og juridisk, og at de ansatte får tilstrekkelig opplæring.

I 2017 utkom også en Sintef-rapport med

erfaringer fra Skiens deltakelse som utviklingskommune i Nasjonalt velferdsteknologi-program (NVP).

Her konkluderes det med at kommunen har økt kvaliteten på sine tjenester og gitt brukerne økt mestring og livskvalitet gjennom bruk av ulike former for lokaliserings- og trygghetsteknologi.

Rapportforfatterne mente det også kunne dokumenteres at teknologien ga mindre stress for de ansatte og bidro til at beboere kunne bo hjemme lenger.

LAVTERSKELTILTAK: LAVERE TERSKLER

I tillegg til tekniske løsninger som RoomMate, trygghetsalarmer og en trappeinnretning kalt Assi-step, har Klyvetunet innført diverse fallforebyggende lavterskeltiltak. Bokstavelig talt, kan man si, siden høye dørterskler er en åpenbar fallfelle. Senteret har fjernet snublefeller, kjøpt inn antisklisokker og matter og gjennomgått innredningen.

Gottschal advarer mot å tro at teknologi kan være en «quick fix» for å unngå fall eller andre skader.

– Helhetstenkning er nødvendig om man skal få gevinster, understreker han.

Rådgiveren påpeker hvor viktig det er å planlegge grundig i forkant. Arbeidsprosesser må kartlegges og tilpasses, og ulike aktører må lære å samarbeide på nye måter.

– Velferdsteknologi krever mye tverrfaglighet. Skal man for eksempel ta i bruk trygghetsalarmer, så har du et tjenestekontor som tildeler, en serviceenhet som leverer, en responstjeneste som tar mot varsler og en hjemmetjeneste som rykker ut. Bare for å nevne noe, sier Gottschal.

I tillegg må det juridiske – ikke minst alt som omfatter personvern og taushetsplikt – være på plass. Teknologiske løsninger innebærer også tett samarbeid med IT-personale.

KULTURKOLLISJON

Ifølge Gottschal kan ulike kulturer, rutiner og holdninger by på store utfordringer.



TRYGG TRAPP: Rådgiver og «prosjektpotet» Espen Gottschal demonstrerer trappeinnretningen Assi-step, som skal hindre fall og gjøre det enklere å velge trapp fremfor heis på Klyvetunet.

– Velferdsteknologi forutsetter et komplekst system som skal fungere i alle ledd, både teknisk og menneskelig. Mye av min jobb her i Skien går ut på å være oversetter og brobygger mellom ulike miljøer.

Gottschal forteller at kulturforskjeller kan dreie seg om noe så tilsynelatende lite som hvordan enkeltord oppfattes.

– Et ord som «feil» kan for eksempel ha helt ulik betydning for IT-personer og helsepersonell. I IT-verden er feil en naturlig og viktig del av arbeidsprosessen. I helseverden er det gjerne noe som utløser bestemte reaksjoner, prosedyrer og som må unngås for enhver pris.

NÅR TEKNIKKEN SVIKTER

Gottschal har opplevd at innføring av velferdsteknologi kan utfordre yrkesstolthet og identitet hos enkelte ansatte.

– Det kan sitte langt inne for helsepersonell å stole på at sensorer og teknikk fungerer. Mange føler sterkt for å gå inn til beboere med jevne mellomrom for å sjekke at alt er i orden, selv om det kan forstyrre nattesøvnen.

Det hender jo også at teknikken svikter. Dagens sensor- og varslingssystem på Klyvetunet er blant annet avhengig av at strømtilførsel, wi-fi og internett fungerer for alle enheter. En sentral server i Oslo må også være oppe og gå.

Ifølge Gottschal er det å utvikle solide backuprutiner noe av det viktigste og vanskeligste med velferdsteknologi.

– For det første må ansatte kunne registrere raskt dersom en komponent eller et ledd ikke fungerer. Alle må også vite hva de skal gjøre om noe svikter, hvordan de kan erstatte teknologiens funksjoner manuelt, hvem de må kontakte og så videre.

INGEN ERSTATNING FOR PERSONELL

Sykepleier Lene Oterholt minnes godt en gang fallalarmen ikke ble utløst da den skulle. En beboer falt bak en stol og skadet seg. Stolen var plassert slik at den skapte en blindsoner for sensoren.

– Det lærte vi mye av, og vi har blitt langt mer bevisste på hvordan rommene innredes, forsikrer Oterholt.

Enhetsleder Nino Kuduz understreker at teknologien ikke må betraktes som erstatning for personell.

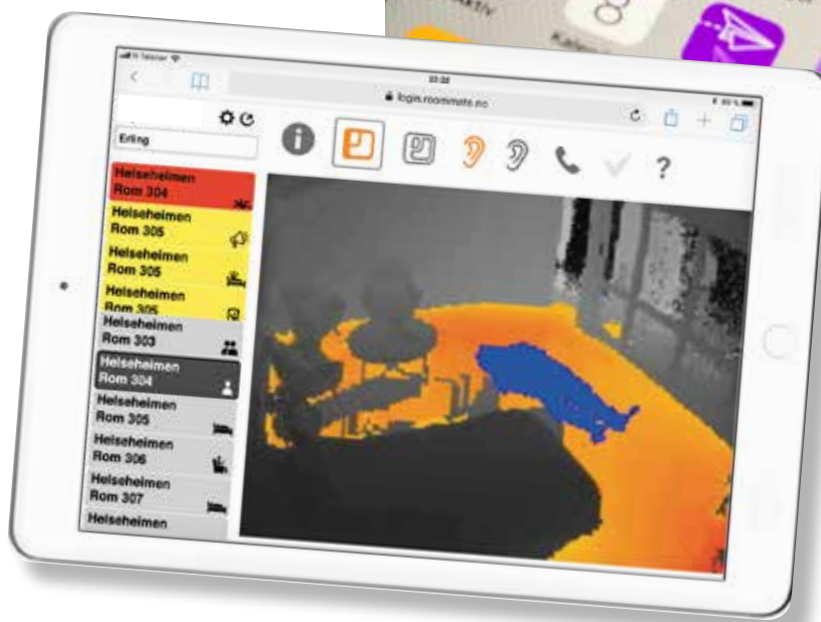
– Velferdsteknologi er kun et supplement og et hjelpemiddel, sier han. ●

TRYGGHET I EN LITEN BOKS:

Alle boenheter for personer med demens på Klyvetunet er utstyrt med en boks av typen RoomMate, som kan analysere og avdekke kritiske situasjoner i rommet for så å sende varsler til ansatte via mobile enheter og PC.



SÅRBART: Et system er aldri sterkere enn sitt svakeste ledd, og en mobil tom for batteri eller uten nettkontakt er lite verdt dersom en løsning som for eksempel RoomMate skal oppfylle sin funksjon.



ALARM: Slik kan det se ut når personalet henter opp anonymiserte bilder fra et pasientrom.

Alternativer:

- Det finnes i dag flere tilbydere av løsninger for digitalt tilsyn, deriblant Sensio, Ascom, Tellu og RoomMate, som benyttes i Skien. I tillegg finnes en rekke fallforebyggende produkter på markedet, som løftestoler, trappestøtter, toalettforhøyere, trykksensorer, løsninger for sklisikring, badekar med sidedør, sensorer som skruer på nødvendig belysning og så videre.

INTERVJU

Vil redusere hoftebrudd med minst 500 i året

Ortopeder har flere ganger tilbudt regjeringen å redusere antall hoftebrudd ved å innføre en ny rutine ved alle sykehus som vil koste 100 millioner kroner i året. De får ikke svar.

• **Tekst og foto** Eivor Hofstad

Du finner ikke en rar genfeil her. Det er enkelt og spennende, sier ortoped Frede Frihagen når han skal gjette hvorfor osteoporose (beinskjørhet) og de skyhøye hoftebruddstallene ikke blir tatt mer tak i av både helsevesen og politikere.

Han er førsteamanuensis på Universitetet i Oslo og overlege på Sykehuset Østfold. På twitterprofilen sin avslører han bramfritt at han er «fond of old ladies».

– Osteoporose mangler prestisje. Det handler om gamle folk og middelaldrende kvinner, sier ortoped Lene B. Solberg, overlege på Oslo universitetssykehus, Ullevål.

De er begge ledere for hver sin faggruppe: Lene Solberg leder Faggruppe for osteoporose og benhelse i Norsk ortopedisk forening, mens Frede Frihagen leder Fragility Fracture Network Norge.

Sykepleien treffer dem begge i en brakke utenfor kirurgisk avdeling på Ullevål.

BEINSKJØRE NORGE

Beinskjørhet er en smerteløs tilstand som mange ikke vet at de går rundt med, spesielt i Norge og andre nordiske land.

– Det er ingen sykdom, men en risikofaktor for brudd, akkurat som høyt blodtrykk er en risikofaktor for hjerte- og karsykdommer, forklarer Frihagen.

Kvinner blir spesielt utsatt for osteoporose etter overgangsalderen, fordi de får mindre østrogen og derfor taper bein raskere.

Selv er Lene Solberg føre var. Hun passer på å få nok D-vitaminer i måneder med R når solstrålene er svakere, og minner om at det er en misoppfatning at vi drikker så mye melk i Norge.

– Vi burde fått i oss mer meieri-produkter, særlig de unge jentene. Lenger sør i Europa spiser de mer ost, yoghurt og drikker kaffe med masse melk, sier hun.

– Og så drikker vi overflatevann i Norge. Sørøver i Europa borrer de

etter vann. Da blir det mer kalkrikt, sier Frihagen.

– LEGEMIDLER ER BEST DOKUMENTERT

– Legemidler mot osteoporose er det tiltaket som er best dokumentert for å hindre nye brudd hos pasienter med osteoporose, spesielt i hoften og ryggen, sier Frihagen.

I 15 år har han behandlet pasienter med osteoporose og har aldri sett bivirkninger som osteonekrose i kjeven i løpet av de årene.

– Men atypiske brudd i lårbeinet ser vi fra tid til annen, sier Solberg.

Det er en type tretthetsbrudd som skjer sjeldent. Hvis 10 000 pasienter bruker bisfosfonater (de mest brukte legemidlene mot osteoporose) i ett år, vil det forekomme 1,74 atypiske lårbensbrudd i gjennomsnitt. Disse bruddene ses oftere hos dem som har stått på disse legemidlene i mange år.

Nå er behandlingsrådene at man



VIL HA BRUDDSYKEPLEIERE: Ortopedene Frede Frihagen og Lene B. Solberg vil at alle sykehus skal ha egne sykepleiere med ansvar for å følge opp lavenergibrudd hos dem over 50 år, for å avdekke eventuell beinskjørhet og igangsette behandling i samarbeid med lege.

vanligvis skal ta bisfosfonater i maks fem år, og dermed ses ikke disse bruddene like ofte som før.

En del pasienter er skeptiske til bivirkninger av medisinene, og det er litt rart, mener Frihagen:

– Det er lite medikamenter som har så få bivirkninger som medisiner mot osteoporose. I de fleste randomiserte studiene er forekomsten av alvorlige og mindre alvorlige bivirkninger omtrent like vanlige i intervensjonsgruppen som i placebogruppen, hevder han.

IKKE-MEDIKAMENTELLE TILTAK SOM TILLEGG

Det finnes andre tiltak som er dokumentert å virke, som trening og

fall-forebygging. Det hjelper også med riktig kosthold, røykeslutt og lite alkohol.

– Det er veldig populært for tiden med ikke-medikamentelle tiltak. Men de tiltakene kommer mange hakk lenger ned på listen i effektivitet. De er ikke like godt dokumentert og bør komme som et tillegg til medikamenter, ikke i stedet for. Dessuten er de vanskeligere å innføre, hevder Frihagen.

“

Vi har bevist at det er mulig å gjøre raskt og enkelt for en rimelig penge.

LENE B. SOLBERG, ORTOPED, UIO

– Og så må man starte tidlig hvis slike tiltak skal hjelpe. I barneårene, supplerer Solberg.

VIL BEHANDLE OSTEOPOROSE SOM HØYT BLODTRYKK

Som ortopeder har de hovedansvaret for å behandle brudd når noen brekker noe.

– Vi «eier» pasientene når de presenterer seg med bruddet. Fordi et



Osteoporose mangler prestisje. Det handler om gamle folk og middelaldrende kvinner.

LENE B. SOLBERG, ORTOPED, UIO

lavenergi-brudd er en sterk risikofaktor for nye brudd, synes vi at vi skylder pasientene å undersøke om de kan ha nytte av forebyggende behandling, sier Frihagen.

De har begge vært med og laget en kort og enkel veileder for ortopeder om behandling av pasienter over 50 år som har hatt et brudd, slik at brudd nummer to forebygges, det de kaller sekundærprofylakse.

– Vi sier «Ett brudd er nok!». Fastlegene tar som regel over behandlingen av blodtrykket når sykehuslegen har startet den, og det tror vi er en riktig måte å gjøre det på med osteoporose også. Vi har sagt at vi ønsker at sykehuset skal stå for utredning, behandling og oppfølging i ett år – til behandlingen er godt etablert, og så bør fastlegene overta.

Men det er langt fra alle sykehus som følger disse anbefalingene. Hovedgrunnen er finansieringssystemet, tror både Frihagen og Solberg.

– Å TRO PÅ JULENISSEN

– Hvis noen kommer inn på sykehus med hjerteinfarkt, blir de satt på statiner eller betablokkere før de forlater sykehuset for å forhindre et nytt infarkt eller hjerneslag. Hvis ikke, regnes det som slett behandling. Mens for osteoporose-pasienter som kommer inn med et lavenergi-brudd, altså brudd etter fall fra egen høyde, skjer ikke noe tilsvarende. Det er en kamp å få osteoporoselegemidler over på driftsbudsjettet, sier Solberg.

Ortopediske avdelinger får inntekt gjennom innsatsstyrt finansiering basert på hvor mange brudd som behandles med gips, plate og skruer. Brudd som forebygges, gir ingen gevinst for sykehuset.

– Det er derfor å tro på julenissen at ortopediske avdelinger med sprengte

budsjetter vil finansiere systematisk forebygging av brudd. Kommunale helse-sjefer har heller neppe penger å bruke på forebyggende helsearbeid utført i spesialisthelsetjenesten, sier Frihagen.

Derfor foreslår de to ortopedene en helt ny rutine for pasienter over 50 år med lavenergi-brudd. De trenger bare øremerkede midler og et «go» fra helseministeren.

Hoftebrudds-problemet

- Norge har 9000 hoftebrudd i året. Det koster det offentlige over en halv million kroner per stykk det første året og opp mot en million kroner det andre året. I tillegg kommer alvorlig traume, lidelse og kanskje død for dem som utsettes for det.
- Så godt som alle med hoftebrudd har osteoporose (beinskjørhet).
- Førstevalget i legemiddelbehandling for beinskjørhet er bisfosfonater i en periode på tre til fem år, med oppfølging hos fastlege. De færreste beinskjøre får det i Norge i dag.
- Behandlingstallene for dem over 50 år som brykker noe og har osteoporose, er bare 5 prosent for dem med håndleddsbrudd og 15 prosent for dem med hoftebrudd.
- Finansieringssystemet til helseforetakene er lagt opp slik at spesialisthelsetjenesten ikke tjener noe på å identifisere pasienter over 50 år med osteoporose og forebygge nye brudd hos disse.

REGNESTYKKENE BAK ANSLAGET

Solberg og Frihagen har regnet på hvor mange hoftebrudd de kan spare i Norge per år. De har kommet til et sted mellom 500 og 800 brudd.

Det er cirka 9000 hoftebrudd i Norge per år. En som har hatt et hoftebrudd, har opp mot 10 prosent risiko for å brykke den andre hoften. Medikamenter kan redusere denne risikoen med mellom 1/3 og 1/2.

– Hvis vi klarer å behandle 6000 pasienter med hoftebrudd i året, kan vi unngå 2–300 hoftebrudd der, sier Solberg.

I tillegg er det cirka 15 000 i året som brykker håndleddet. De fleste håndleddsbrudd skjer hos kvinner over 50 år. Det skjer også flere tusen lavenergi-brudd øverst i overarmen, rundt albuen, i ankelen, rundt kneet og ikke minst i ryggen hos mennesker over 50 hvert år. De aller fleste søker behandling for sitt brudd i spesialisthelsetjenesten.

– Disse pasientene er oftest yngre enn dem med hoftebrudd, og bruddene er oftere slik at man blir helt bra eller nesten helt bra etter dem. Men: De har alle økt risiko for nye brudd, sier Solberg og gir et eksempel:

En frisk og sprek 65 år gammel dame med et håndleddsbrudd har rundt 20 prosent risiko de neste ti årene for å få minst ett nytt brudd og rundt 5 prosent risiko for at det er et hoftebrudd.

– Hvis vi for eksempel behandler 20 000 pasienter med andre lavenergi-brudd enn hoftebrudd, kan vi redusere risikoen ned til 2,5–3,5 prosent. Det betyr at vi kan unngå ytterligere 3–500 hoftebrudd her.

TILBUD TIL HELSEMINISTEREN

Sammen med flere kolleger har Frihagen og Solberg møtt medlemmer av Stortingets

helsekomité og regjeringen, samt skrevet et åpent brev til helseminister Bent Høie i 2015 i Dagens Medisin.

Der har de tilbudt seg å innføre en modell de kaller FLS (Fracture Liaison Services) ved alle norske sykehus, hvis de bare får midler til det. De har anslått kostnadene til 100 millioner kroner i året.

– Et forsiktig anslag er at vi da kan redusere antall hoftebrudd med minst 500 i året. I tillegg sparer vi jo mange flere andre brudd, men det er ikke uten grunn at fokuset på hoftebrudd er størst. Det er dyrest for samfunnet og verst for pasientene, sier Solberg og legger til:

– Regnestykkene våre er jo naturligvis nokså omtrentlige, men vi har rundet av alle summer oppover for å komme så høyt som 100 millioner. Vi klarte å nå nesten halve Norges befolkning med et budsjett på så vidt over 10 millioner kroner i året. Men vi var bare ved sju sykehus da, og det er nesten 40 sykehus i Norge som behandler brudd.

SYKEPLEIERSTYRT OPPFØLGING AV LAVENERGIBRUDD

De to ortopedene har mange års forskning å støtte seg på for å kunne si at FLS virker. På slutten av 1990-tallet innførte sykehusene i Glasgow FLS, der de utredet og iverksatte behandling mot beinskjørhet hos alle pasienter over 50 år med brudd. Etter åtte år observerte de en nedgang i antallet hoftebrudd på over 7 prosent, mens antallet i England økte med 17 prosent på samme tid.

Kaiser Permanente, et forsikringskonsern som tilbyr helsehjelp i California, fulgte etter og kunne vise til 37 prosent færre hoftebrudd enn forventet etter at utredning og behandling av beinskjørhet ble satt i system.

I tillegg har Frihagen og Solberg hatt både armer og bein med i Norwegian Fracture Capture Initiative (NoFRACT), en storstilt studie hvor FLS ble innført på sju norske sykehus i løpet av 2015 og avsluttet i 2019.

Egne dedikerte bruddsykepleiere fant risikopasientene hos alle over 50 år som

Fracture Liaison Services:

- Fracture Liaison Services, vanligvis kalt FLS, er koordinatortbasert forebygging av sekundære brudd for osteoporosepasienter, igangsatt av spesialisthelsetjenesten.
- Koordinatorbasert vil si at noen, vanligvis en sykepleier, finner risikopasientene blant bruddpasientene, utreder dem og anbefaler behandling. Det medisinskfaglige ansvaret ligger hos ansvarlig lege, oftest en ortoped eller indremedisiner.

hadde hatt lavenergibrudd. De sørget for osteoporoseutredning, informasjon til pasienten og riktige legemidler i samarbeid med lege.

– Alle de sju sykehusene driver videre i en eller annen form, og flere har kommet til. Resultatene fra studien vil bli klare i løpet av året, opplyser Solberg.

KOSTNADER FOR KOMMUNENE

– *Oppfølgingen skal skje i kommunene. Hva vil den gå ut på, hvem skal gjøre det, og vil kostnadene for det komme i tillegg?*

– I de 100 millionene har vi forsøkt å ta med kostnader til oppfølgingen også. Den medikamentelle behandlingen bør følges opp av fastlegen eller sykehjemslegen. De vanligste medikamentene er rimelige, og totalkostnadene ligger på omtrent 2000 kroner per år. Det meste må dekkes av pasienten selv, sier Solberg.

De mener at det er hensiktsmessig med en årlig konsultasjon hos fastlegen for å følge opp dette. Med andre ord blir det to til fire kontroller i løpet av en behandlingssyklus på tre til fem år.

Behandlingseffekten av bisfosfonater kan overvåkes med en årlig blodprøve. Etter tre til fem års behandling anbefaler de en pause. De vanligste medikamentene har en effekt

som kan vare i flere år etter dette, og for mange pasienter er én runde nok.

– Hvis man lurer på om man skal ha en runde til med behandling, eller om man er en av de få som skal ha behandling utover fem år, kan det være hensiktsmessig med en bentetthetsmåling. Det koster cirka 1000–1500 kroner, sier Solberg.

– ER DET KANSKJE USEXY?

Frede Frihagen forteller om god stemning på møtene med politikerne, men de har likevel ikke fått noen respons på sine tilbud om å innføre FLS for å få ned antall brudd.

– *Hvorfor har dere ikke fått noe svar, tror dere?*

– Vi vet ikke. Vi skjønner det ikke helt. Dette er jo en super idé. Våre retningslinjer og anbefalinger likner veldig på de fleste andre land og er ikke kontroversielle på noen måte, sier Solberg.

– Er det kanskje usexy? Vi har ingen banebrytende feiende flott måte å gjøre det på. Vi spør kanskje om for lite penger? Hvis vi hadde bedt om en milliard, hadde det kanskje vært enklere, foreslår Frihagen og legger til:

– Billige, velprøvde medikamenter og sykepleiere som systematisk leter etter risikopasienter, er en stillferdig og litt langsom aktivitet som ikke egner seg så godt i festtaler. Selv synes vi at stor effekt for liten innsats og lite penger er nokså «sexy» i en situasjon hvor alle er bekymret for eldrebølge og stadig økte kostnader til eldres helse.

DEPARTEMENTET SVARER UNNVIKENDE

Sykepleien spør Helse- og omsorgsdepartementet om Bent Høie vil vurdere tilbudet fra ortopedene om å innføre FLS ved alle sykehus for 100 millioner. Statssekretær Frøydis Høyem (H) svarer på e-post:

– Det er positivt at ortopeder og andre fagfolk engasjerer seg rundt bruddproblematikk og osteoporose. Det er viktig at både sykehusavdelingen og fastlegen er klar over pasienter med økt risiko



“

Nullvisjonen [...] har som utgangspunkt at vi ser på om hvert enkelt brudd er mulig å forebygge.

FRØYDIS HØYEM, STATSSEKRETÆR (H)

for nye brudd, slik at disse utredes og behandles på en adekvat måte.

– Om dette kun krever mer oppmerksomhet fra helsetjenesten, eller egne utredningsenheter med dedikerte helsepersonell, er foreløpig usikkert. Oppdatering av nasjonale retningslinjer og veiledere kan også føre til bedre utredning og behandling av pasienter med økt risiko for nye brudd.

IKKE ENIGE

Dette svaret er ikke de to ortopedene fornøyde med.

– Det er godt dokumentert at å overlate utredning og behandling til pasient eller fastlege ikke er bra nok. Det er nødvendig å ha eget dedikert personell som kan fange opp og utrede pasienten etter det første bruddet, sier Frihagen.

Solberg synes det Høyem kaller «egne utredningsenheter» høres ut som noe stort og tungt.

– I praksis har FLS vært oppe og gått på noen få måneder de stedene vi har hjulpet til å starte det. Det er enkelt og kan gjøres byråkratisk, sier hun.

Alle stedene har begynt med å frigjøre en til to sykepleiere i 20–50 prosent stilling og kople til en ansvarlig lege – som de fleste stedene bruker under 10 prosent av arbeidsuka si på det.

– Vi har bevist at det er mulig å gjøre raskt og enkelt for en rimelig penge. Nå er det på tide at det innføres på alle sykehus. Hemmeligheten er at vi velger ut personer med høy risiko, og da blir effekten av tiltakene stor, sier Solberg.

Frihagen har mer å sette fingeren på:

– At helsedirektoratet lager ny veileder

for osteoporose er vel og bra, men vil neppe føre til at alle pasienter over 50 år med brudd blir tilbudt utredning og eventuelt behandling for dette. For å nå flest mulig behøves det systematisk arbeid og gode systemer som fanger pasientene med høyest risiko for nytt brudd. Det koster penger, men ikke veldig mye.

FLERE BRUKERE AV LEGEMIDLER MOT OSTEOPOROSE

Statssekretær Høyem legger til at tall fra Reseptregistret viser at antall brukere av legemidler med effekt på benstruktur og mineralisering har økt med rundt 15 prosent i løpet av en tiårsperiode fra 2010 til 2019.

– Det er bra, men er neppe regjeringens fortjeneste. NoFRACt-studien startet opp i 2015 og er nok årsaken til mye av økningen, sier Frihagen.

Solberg nyanserer:

– Hvis ikke vi hadde startet disse tiltakene, ville det sannsynligvis vært en nedgang, fordi dette egentlig ikke er en økning. I samme periode har antallet personer over 50 år i Norge økt med drøye 15 prosent, og antallet personer over 70 år har økt med litt over 25 prosent. 15 prosent økning i antall brukere er fortsatt et altfor lavt tall. For at dette skal ha en virkelig effekt, er en mangedobling på kort tid det ønskelige.

– INTERESSANT

Sykepleien forsøker seg én gang til med samme spørsmål til statssekretær Høyem:

– Kan vi få et svar på om tilbudet i det hele tatt blir vurdert av regjeringen?

– Nullvisjonen (fra folkehelsemeldingen

i 2019, red.anm.) er ikke et null-mål, men har som utgangspunkt at vi ser på om hvert enkelt brudd er mulig å forebygge. Da må det jobbes systematisk, ved at det hentes inn årsaker og omstendigheter bak bruddene, og at informasjon om disse omstendighetene settes i system, skriver Høyem og fortsetter:

– Basert på disse analysene kan det settes i verk målrettede tiltak som er kunnskapsbasert, tilsvarende det man for eksempel har gjort for å få ned trafikkulykker. Som oppfølging av visjonen har vi bedt Helsedirektoratet se på hvordan dette skal følges opp i praksis. Men dette arbeidet har blitt forsinket på grunn av pandemien.

– Arbeidet som ortopedene på Ullevål gjør, er interessant og ser ut til å samsvare med måten å tenke på hvis vi jobber etter en nullvisjonsmetodikk. Når det gjelder å anbefale bestemte metoder, vil det være et faglig spørsmål som Helsedirektoratet må ta stilling til. Det kan også finnes andre modeller som kan være relevante, skriver hun.

– SPARER MINST 250 MILLIONER KRONER

Solberg og Frihagen kommer med et siste regnestykke på e-post til Sykepleien:

– La oss si at vi nokså forsiktig regnet forebygger 500 hoftebrudd i året når systemet er oppe og går i hele landet. Da er vi over halvveis i regjeringens mål om å redusere med 10 prosent av hoftebruddene. Og vi sparer minst 500 000 kroner per hoftebrudd bare det første året. Det er 250 millioner kroner. I tillegg sparer vi mange brudd i rygg, håndledd, skuldre og andre steder i kroppen. ●

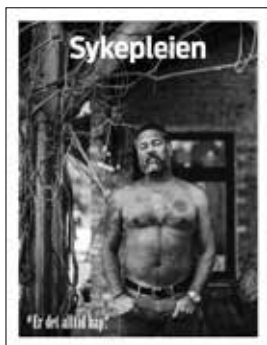
Bestill blader og få ett gratis med på kjøpet!

Bestiller gjør du enkelt på nettsiden webshop.nsf.no (skriv Sykepleien i søkefeltet), når du bestiller kan du skrive i kommentarfeltet hvilket gratis blad du ønsker.

Pris per blad er kr. 129,-

Bestill klassesett til halv pris. Kun kr. 64,50 per blad (10 blader kr. 645,-).

Send e-post til marked@sykepleien.no



#Er det alltid håp?

Sykepleieren skal understøtte pasientens håp. Men hva når alt ser mørkt ut?



#Lønn

Hvordan er sykepleieres lønn, og hva kan du selv gjøre for å få økt lønn?



#Isolert

Seks fotografer viser hva isolasjon kan bety.



#Etter kreften

Tar opp ettervirkning av kreftbehandling og hva man kan gjøre.



#Koronadagbøkene

Slik var våren 2020 med pandemi for sykepleiere.



#Pillenes pris

Angst og sovemedisiner kan få uheldige konsekvenser.



#Hva er egentlig sykepleie

Handler om hva sykepleie er og hva sykepleiere bør kunne og gjøre.



#Sår

Lær om sårpleie og sårheling.



#I risikosonen

Handler om «frykten for å gjøre feil».



#Smertevurdering

Sykepleiere er nær pasienten og viktige i smertevurdering. Les hvordan.



Sykepleier – ønsker du god lønn og frihet?

Vi har jobb til deg som er sykepleier eller intensivsykepleier i hele Norge. Hos oss får du fleksibilitet, og kan påvirke både hvor og når du vil jobbe.

Vi gir deg god lønn, og dekker din reise og bolig. Du vil følges opp av en sykepleier som ordner det praktiske. Vi er en trygg arbeidsgiver med spesialkompetanse på helsebemanning. Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse.

Kontakt oss for mer info!

www.dedicare.no/nurse
+47 74 80 40 70
nurse@dedicare.no

DEDICARE