

# Fallforebygging hos eldre

Nasjonale faglige råd

---

Først publisert: 16. januar 2024

Siste faglige endring: 16. januar 2024



# Innhold

1. Bakgrunn, metode og prosess .....	3
2. Øverste leders ansvar .....	12
3. Identifisering av risiko for fall i helse- og omsorgstjenesten .....	18
4. Multifaktoriell kartlegging i helse- og omsorgstjenesten .....	23
5. Fallforebyggende tiltak – hjemmeboende eldre .....	30
6. Fallforebyggende tiltak – spesielt på sykehjem .....	43
7. Fallforebyggende tiltak – spesielt på sykehus .....	51

# Bakgrunn, metode og prosess

## Bakgrunn

Fall har store samfunnsmessige konsekvenser, både for den enkelte, pårørende og alle nivåer i helsetjenesten. Videre er fall den hyppigste type ulykke som rammer eldre mennesker, og risikoen for å falle øker med alderen. Skader som følge av fall innebærer plager og redusert livskvalitet for den enkelte, og kan variere fra blåmerker til brudd- og hodeskader, og til i ytterste konsekvens dødsfall. Andre konsekvenser er engstelse for nye fall, immobilitet og økt behov for helse- og omsorgstjenester (Olsen et al., 2017). Det er beregnet at fall utgjør den nest mest kostbare tilstanden i Norge i 2019 etter demens, med anslåtte helsekostnader på 14.5 milliarder NOK (Kinge et al., 2023). Dette tallet innebefatter behandling av fallskader, og hoftebrudd er blant de mest kostnadskrevene enkelttilstandene for eldre pasienter i spesialisthelsetjenesten. Fall som resulterer i hoftebrudd medfører høy overdødelighet (Holvik et al., 2023), redusert selvhjelpenhet, økt pleiebehov og etter hvert behov for sykehjems plass for mange. På grunn av økningen av antallet eldre i de kommende årene, særlig fra 2025, er det i framskrivninger fra Folkehelseinstituttet beregnet at antall årlige hoftebrudd er forventet å fordobles i perioden 2020 til 2050 (Kjeldgaard et al., upublisert).

Årsaken til fall er sammensatt og fall er ofte et tegn på funksjonssvikt på grunn av en rekke underliggende faktorer som for eksempel svekket styrke/balanse, underliggende sykdommer, rus og annet. Disse årsakene kommer ofte i kombinasjon og må derfor ses i sammenheng med forebygging av fall. Videre er fall aktuelt i ulike kontekster, som for eksempel i hjemmet, på sykehjem og på sykehus. Pasienter på sykehus har større risiko for å falle enn personer som ikke er på sykehus. Dette skyldes blant annet at nyervervede risikofaktorer, eksempelvis akutt sykdom, og ukjente omgivelser, kan øke risikoen for å falle (National Institute for Health and Care Excellence, 2013). Flytting av pasienter innad i virksomheter og mellom tjenestenivåer representerer en særskilt pasientsikkerhetsutfordring, hvor blant annet manglende kommunikasjon, svikt i informasjonsflyt og uklart oppfølgingsansvar er kjente risikofaktorer (Helsedirektoratet, 2019).

De store konsekvensene av fall gjør at det blir viktig å prioritere forebygging. Dette krever innsats rettet både mot konsekvensene av fallet i tillegg til innsats rettet mot å forebygge selve fallet. Flere sentrale og nyere stortingsmeldinger, som «Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre» (2017), «Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten» (2020) og «Felleskap og mestring – Bo trygt hjemme» (2023), understreker viktigheten av å prioritere forebyggende tiltak innen helse- og omsorgstjenesten. En dreining av innsatsen i retning forebygging, og tidlig og mindre ressurskrevende innsats, vil kunne bidra til å redusere utfordringene i tjenestetilbudet fremover. Etterlevelse av nasjonale faglige råd for forebygging av fall kan medføre både administrative og økonomiske konsekvenser, men dette må ses opp mot kostnadene og konsekvensene fall har i dag. Det tar tid å se den ressursbesparende effekten av forebygging, men på sikt kan tiltakene bidra til bedre folkehelse og mindre press på helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonale faglige råd for forebygging av fall beskriver hvordan helse- og omsorgstjenesten skal jobbe for å redusere forekomsten av fall. For å lykkes, kreves det at rådene implementeres og etterleves, og at de ulike fallforebyggende tiltakene og initiativene samordnes.

Nasjonale faglige råd for forebygging av fall hos eldre bygger på og erstatter det tidligere Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke "Forebygging av fall i institusjoner", publisert i 2012 og revidert i 2015. Mens tiltakspakken kun omhandlet forebygging av fall i institusjon, omfatter de faglige rådene også forebygging av fall blant hjemmeboende.

# Formål med rådene

Formålet med rådene er å redusere risikoen for og forekomsten av fall hos personer over 65 år som bor hjemme, samt forebygging av fall på institusjon i helse- og omsorgstjenesten.

## Målgruppe

Rådet retter seg mot ledere og personell i helse- og omsorgssektoren. Rådet er ikke spesielt rettet mot pasienter og brukere, men kan være nyttig for disse og deres pårørende.

## Omfang og avgrensninger

Rådene omfatter personer over 65 år som bor hjemme, pasienter i sykehus, samt beboere på sykehjem. Hjemmeboende eldre omfatter eldre som bor i omsorgsbolig. Anbefalingene kan være relevante for andre målgrupper enn de som er inkluderte i rådene, eksempelvis på kommunal akutt døgnenhet (KAD), korttidsopphold på sykehjem og helsehus etc. Dette må vurderes av den enkelte virksomhet.

Effekt av fallforebyggende tiltak rettet mot personer med spesifikke diagnoser som kan øke fallrisiko (Parkinsons sykdom, demens m.fl.) er ikke en del av rådene.

Multifaktoriell kartlegging i denne sammenheng fokuserer på risikofaktorer for fall, og inneholder ikke en fullstendig geriatrisk utredning. Tiltak som er beskrevet er de som omtales i litteraturen som er benyttet som grunnlag for rådene, samt tiltak som ekstern ressursgruppe fremhevet som særskilt viktige.

Håndtering av fallrelaterte skader er ikke en del av de faglige rådene. Personer med høy fallrisiko og i tillegg underliggende sykdommer og tilstander, har større risiko for skader. Samtidig osteoporose (benskjørhet) hos en som har økt fallrisiko, gir økt risiko for alvorlig skade. Osteoporotiske brudd er assosiert med høy sykkelighet, dødelighet og store samfunnsmessige kostnader. Internasjonal konsensus viser til at forebygging av bruddskader bør inkludere identifisering av eldre med høy fallrisiko, tiltak for å redusere denne risikoen, identifisering av personer med osteoporose og tiltak for å redusere risiko for bruddskader (Montero-Odasso et al., 2022). I NOU 2023:5 [Den store forskjellen Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse \(regjeringen.no\)](#) vises det til at legemidler mot benskjørhet er billige og effektive og kan bortimot halvere risiko for nye brudd. Likevel er det i dag få som får slik behandling, etter å ha hatt et hoftebrudd eller underarmsbrudd. Norske fagmiljøer har utarbeidet veiledere for utredning og behandling av osteoporose og det vises til disse for oppfølging av denne pasientgruppen.

## Leseveiledning

Kapittel 2-4 som omhandler virksomhetsleders ansvar, identifisering og kartlegging av fall gjelder alle i helse- og omsorgstjenesten. Kapittel 5 er rettet mot fallforebyggende tiltak for hjemmeboende eldre. Kapittel 6 er rettet mot sykehjem og kapittel 7 er rettet mot sykehus. Rådene i kapittel 7 som er rettet mot sykehus omhandler fallforebygging under en sykehusinnleggelse. Det er en fordel om alle rådene leses av alle nivåer av helsetjenesten for å sikre gode overganger.

Under er vedlegg som ses i sammenheng med flere av rådene.

- [Flytskjema for identifisering av risiko for fall, kartlegging og tiltak for hjemmeboende eldre](#)
- [Multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall - tabell](#)
- [Tiltak for forebygging av fall i institusjon](#)

# Definisjoner

## Fall

En utilsiktet hendelse som medfører at en person havner på bakken, gulvet eller et annet lavere nivå, uavhengig av årsak og om det foreligger skade som følge av fallet (World Health Organization, 2021).

## Uforklarte fall

Når det ikke blir funnet en åpenbar årsak til fall ved å gjennomføre en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall og det ikke kan forklares med risiko i omgivelser eller unormal gange eller balanse.

## Multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall

Kartlegging på tvers av ulike områder for å identifisere individuelle risikofaktorer for å falle. Kartleggingen benyttes for å målrette tiltakene mot en persons spesifikke risikofaktorer for fall.

## Treningsfysiologisk fagkompetanse

Kompetanse som omhandler å kunne tilpasse trening til funksjonsnivå. Det kan være flere profesjoner som har denne kompetansen, for eksempel fysioterapeuter, treningsfysiologer, utdannede treningsinstruktører m.fl.

## Gradering av risiko for fall for eldre hjemmeboende

- **Lav risiko:** Personer over 65 år uten en historie med fall, eller som har hatt et enkelt ikke-alvorlig fall og ikke har gange- eller balanseproblemer anses å lav risiko for fremtidige fall.
- **Middels risiko:** Personer over 65 år uten en historie med fall eller som har hatt et enkelt ikke-alvorlig fall, men som også har gange- og/eller balanseproblemer, anses å ha middels risiko for fremtidige fall.
- **Høy risiko:** Personer over 65 år som har falt og en eller flere av følgende karakteristikk: (i) skade som følge av fallet (unntaket er dersom skaden skjedde som følge av høy aktivitet hos ellers spreke personer), (ii)  $\geq 2$  fall i løpet av de siste 12 måneder, (iii) kjent skrøpelig, (iv) manglende evne til å reise seg etter fallet uten hjelp og (v) mistanke om forbigående bevissthetstap i forbindelse med fallet.

# Grad av normering

Grad av normering angis av teksten i hver enkelt anbefaling/råd:

- Når Helsedirektoratet skriver «skal» er enten innholdet regulert i lov eller forskrift eller anbefalingen /rådet så klart faglig forankret at det sjelden er forsvarlig ikke å gjøre som anbefalt.
- Når det står «bør» eller «anbefaler», er det en sterk anbefaling/råd som vil gjelde de aller fleste.
- Når det står «kan» eller «foreslår», er det en svak anbefaling/råd der ulike valg kan være riktig.

# Rettslig betydning

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde normerende produkter, det vil si nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale veiledere, nasjonal faglige råd og pakkeforløp, som understøtter målene for helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonale anbefalinger og råd skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 7-3](#), [helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5](#) og [folkehelseloven § 24 \(lovdata.no\)](#).

Nasjonale anbefalinger og råd inngår som et akseptert grunnlag og setter en norm for hva som er faglig forsvarlig. Anbefalinger/råd utgitt av Helsedirektoratet er ikke rettslig bindende, men er faglig normerende for valg man anser fremmer kvalitet, god praksis og likhet i tjenesten på utgivelsestidspunktet.

I situasjoner der helsepersonell velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra gitte anbefalinger skal dette dokumenteres, jf. [pasientjournalforskriften § 6. bokstav g](#). Helsepersonell bør være forberedt på å begrunne sine valg i eventuelle klagesaker eller ved tilsyn.

Tjenesteeiere og den enkelte helsearbeider som anvender et verktøy, må selv sørge for at bruken av verktøyet er innenfor rammen for «god klinisk praksis» og de rettslige rammene som finnes. Tjenesteeiere har egne systemer i henhold til norsk lov om lagring av data, personvern osv., som må følges når bruk av tester medfører innsamling og lagring av data. Private aktører er også ansvarlig for å følge norsk lov ved innsamling og lagring av data.

Anbefalingene i de nasjonale faglige rådene må forstås i lys av grunnleggende helserettslige plikter og rettigheter, blant annet om forsvarlig tjenesteyting, pasient- og brukermedvirkning, taushetsplikt og vern av personsensitive opplysninger, dokumentasjonsplikt, opplysningsplikt, samtykke for å yte helsetjenester og kommunikasjon tilpasset mottakerens forutsetninger (alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn).

## Tilstøtende normerende publikasjoner

Følgende normerende publikasjoner fra Helsedirektoratet er referert til:

- [Nasjonalt faglig råd Fysisk aktivitet i forebygging og behandling](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje Forebygging og behandling av underernæring](#)
- [Nasjonalt faglig råd Kostrådene og næringsstoffer](#)
- [Nasjonalt faglig råd Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang](#)
- [Nasjonalt faglig råd Lokale folkehelseiltak – veiviser for kommunen](#)
- [Nasjonalt faglig råd Psykiske lidelser hos eldre](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#)
- [Nasjonal veileder Pårørendeveileder](#)

## Helsedirektoratets roller, finansiering og høring

[Helsedirektoratet](#) er et fag- og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.

[Utredningsinstruksen \(lovdata.no\)](#) legger krav for utredninger i staten, inkludert utarbeidelse av normerende produkter. [Veileder til utredningsinstruksen \(dfo.no\)](#) gir en veiledning til og nærmere beskrivelse av statlige utredninger.

Helsedirektoratet er et statlig myndighetsorgan som er helfinansiert via Statsbudsjettet. Når fagpersoner og klinikere inviteres til deltakelse i arbeidsgrupper og referansegrupper, er hovedregelen at det ikke gis godtgjørelse for deltakelse hvis personen er offentlig ansatt. Praksis om godtgjøring i Helsedirektoratet bygger på veiledende bestemmelser i Statens personalhåndbok, men med presiseringer og utfyllende bestemmelser tilpasset Helsedirektoratets behov for ekstern bistand.

Utkast til nasjonale faglige råd for forebygging av fall har vært på høring i tre måneder, som er normal høringsfrist jf. Utredningsinstruksen. Høringen var åpen for alle via Helsedirektoratets nettside. Informasjon om høringen ble i tillegg sendt til antatte interessenter. Alle høringssvarene ble gjennomgått i Helsedirektoratet før publisering. Det endelige produktet er besluttet av helsedirektøren.

Helsedirektoratet står ansvarlig for innholdet i de nasjonale faglige rådene.

## Kunnskapsbasert tilnærming

Nasjonale anbefalinger og råd har en kunnskapsbasert tilnærming (Helsedirektoratet, 2012). Det innebærer at forskningslitteratur, klinisk erfaring og brukererfaring på en systematisk måte vurderes opp mot ønskede og uønskede konsekvenser av et tiltak. På områder der det er funnet mindre kunnskapsbasert kunnskap og/eller overføringsverdien fra internasjonal til norsk helsetjeneste er lav, blir klinisk kunnskap og brukerkunnskap tillagt større vekt.

For å sikre et oppdatert kunnskapsgrunnlag ble det utarbeidet aktuelle problemstillinger og systematiske søk ble gjennomført ved Bibliotek for Helseforvaltningen, Folkehelseinstituttet. Den kunnskapsbaserte kunnskapen i dette arbeidet er hovedsakelig basert på World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022). I denne retningslinjen er kvaliteten på forskningsgrunnlaget gradert til høy, moderat og lav, avhengig av hvor høy tillit man har til forskningsresultatene. Dersom forskningsgrunnlaget ikke var tilstrekkelig, ble anbefalingene i denne retningslinjen formulert som erfaringsbaserte anbefalinger ("expert consensus"). Flytskjemaet som er presentert som en del av rådene er ikke validert og dette vil måtte oppdateres når en validering foreligger (Albites-Sanabria et al., 2023). I tillegg til World Guidelines er det sett til dokumentet Step Safely. Strategies for preventing and managing falls across the life-course (World Health Organization, 2021), retningslinjen Fall prevention in hospitals and nursing homes: Clinical practice guideline (Schoberer et al., 2022) og [Nasjonalt faglige råd Fysisk aktivitet i forebygging og behandling, kapittel 2 Voksne og eldre - generelle råd](#). Det kommer fram i hver enkelt anbefaling/råd hva den bygger på.

Kvaliteten på retningslinjene ble vurdert av tre personer uavhengig av hverandre ved å bruke [Sjekkliste for vurdering av en faglig retningslinje eller fagprosedyre \(helsebiblioteket.no\)](#). Sjekklisten er basert på AGREE II som er et anerkjent verktøy for kvalitetsvurdering av faglige retningslinjer.

## Arbeidsform og deltakere

Helsedirektoratet har ledet arbeidet og fått innspill fra en bredt sammensatt arbeidsgruppe. Det ble lagt vekt på klinisk erfaring, forskningserfaring, geografisk tilhørighet, størrelse på kommuner og erfaringer fra primær- og spesialisthelsetjenesten.

### Prosjektgruppe

Deltakere i prosjektgruppen

Navn	Tittel	Sted
Anne-Berit Schelbred (innleid fra Sykehuset i Vestfold)	Prosjektleder	Avdeling kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
Guro Smedshaug	Seniorrådgiver	Avdeling folkesykdommer
Ingvild Kontorp Haugen	Seniorrådgiver	Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester

Jan Egil Nordvik	Prosjektleder	Avdeling velferdsteknologi og rehabilitering
Olov Belander	Seniorrådgiver	Avdeling miljø og helse
Anne Kristin Ihle Melby	Seniorrådgiver	Avdeling kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

**Prosjektet har hatt juridisk støtte samt støtte for metode, litteratursøk, kunnskapsoppsummeringer, samt digital utforming:**

- Trude Anine Mugerud, spesialbibliotekar, Bibliotek for helseforvaltningen, FHI, har bidratt med systematiske litteratursøk
- Tove Ringerike, seniorrådgiver, avdeling retningslinjer og fagutvikling i Helsedirektoratet, har gitt metodestøtte
- Nora Andresen, rådgiver, avdeling helserett og bioteknologi i Helsedirektoratet, har gitt juridisk bistand
- Annelin Birkeland, seniorrådgiver, seksjon innhold og digitale kanaler i Helsedirektoratet, har bidratt i digitalisering og publisering av produktet

## Arbeidsgruppe

Deltakere i arbeidsgruppen

Navn	Tittel	Sted
G. Cathrine L. de Groot	Fysioterapeut	Sykehuset i Telemark
Nina Torsteinsen Johnsen	Fagutviklingssykepleier	Vestre Viken
Nina A. Hauge	Avdelingsleder	Eldremedisinsk avdeling, Helse Fonna
Åse Mette Haldorsen	Kvalitetsrådgiver	Helse Nord-Trøndelag
Mona Oppedal	Spesialrådgiver	Ortopedisk klinikk, Helse Bergen
Kristin Thorsteinsen	Sykepleier	Geriatrisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge
Torkjell Skogly	Sykepleier	Helgelandssykehuset
Hjørdis Kristine Engen	Sykepleier/fagutvikler	Oppdal kommune
Morten Røed	Fag og kvalitetskoordinator /sykepleier	Mortensnes sykehjem, Tromsø kommune
Ragnhild Maurstad	Ergoterapeut	Karasjok kommune
Sølvi Ørstenvik	Spesialfysioterapeut	Sandefjord kommune
Unni Sande	Fagutviklingssykepleier	Askvoll kommune
Ina Wiehe Vangen	Ergoterapeut	Langerudhjemmet
Tove Normann	Radiograf/rådgiver	USHT Troms og Finnmark (Troms)
Maria Bjerk	Forsker/postdoktor	Folkehelseinstituttet/OsloMet



Julie Wendelbo	Farmasøyt/spesialkonsulent II	Sykehjemsetaten
Kristin Taraldsen	Fysioterapeut, professor i fysioterapi for eldre	FallPrevent, OsloMet
Edel Bruun Bastø	Faggrupeleder for ortopediske sykepleiere	Norsk sykepleierforbund
Marte Mellingsæter	Avdelingsleder og overlege, geriatri	Akershus universitetssykehus, Den norske legeforening
Ruth Aga	Lege	Skadelegevakten i Oslo, ortopedisk avd, Oslo universitetssykehus, Den norske legeforening
Hannah K. Lorentzen	Fysioterapeut	Norsk fysioterapeutforbund, faggruppe fysioterapi for eldre
Gunnbjørg Furuset	Ergoterapeut	Norsk ergoterapeutforbund
Eva Jacobson Vaagland	Daglig leder	Skadeforebyggende forum (Skafor)
Beate Kristiansen	Seniorrådgiver	Direktoratet for e-helse
Randi Granbo	Brukerrepresentant /pensjonist	Pensjonistforbundet
Anne Hanshus	Brukerrepresentant /pensjonist	Pensjonistforbundet
Maren Odberg Palm	Brukerrepresentant	Nasjonalforeningen for folkehelse
Jorun Helbostad	Fysioterapeut/professor i bevegelsesvitenskap	St. Olavs Hospital HF/NTNU
Elisabeth W. Telenius	Fysioterapeut, forsker /førsteamanuensis	Nasjonalt senter for aldring og helse/OsloMet

Thomas Mildestvedt, fagområdeleder allmennmedisin, fastlege Minde Medisinske senter og professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, har gitt muntlige og skriftlige innspill på utkast til råd og konkrete innspill vedrørende fastlegers involvering

Arbeidet har primært bestått av å bidra med faglige innspill i prosessen for å sikre at nødvendige faktorer er ivaretatt. Arbeidsgruppa har bidratt med:

- å bringe inn kunnskap og relevante problemstillinger fra fagfeltet
- å gi råd om valg av anbefalinger og kvalitetssikre innholdet i anbefalingene
- å være faglige støttespillere internt og eksternt.

Det ble etablert en redaksjonskomite med medlemmer fra arbeidsgruppen som bidro med gjennomgang av forskningslitteratur, samt å skriftliggjøre og ferdigstille rådene. I tillegg til prosjektleder, besto komiteen av Maria Bjerck og Randi Granbo.

## Habilitet

Arbeidsgruppemedlemmer har fylt ut Helsedirektoratets habilitetsskjema. Intellektuelle eller finansielle interesser som potensielt kan påvirke arbeidet er lagt frem for de andre deltakerne i arbeidsgruppen. Ingen interesser med konsekvenser for deltakelse i arbeidet er identisert.

Det er sjelden deltakere ekskluderes fra Helsedirektoratets retningslinjeutvikling på grunn av inhabilitet. Helsedirektoratet ønsker bidragsytere med ulike ståsted inn i arbeidet for diskusjoner som kan bidra til fagutvikling. Det etterstrebes faglig enighet, men det foretas ingen avstemninger i arbeidsgruppene. Eventuell dissens omtales her i metode- og prosesskapitlet. Det endelige produktet er besluttet av helsedirektøren.

Kristin Taraldsen og Maria Bjerk er hhv prosjektleder og postdoktor for forskningsprosjektet FallPrevent ved OsloMet. Prosjektet har mottatt støtte fra Norsk Forskningsråd. FallPrevent har som mål å evaluere implementering av de nasjonale faglige rådene om fallforebygging i 24 norske kommuner.

## Referanser

Folkehelseinstituttet (2023). Hva koster ulike sykdommer i helsevesenet? Hentet fra: [Hva koster ulike sykdommer i helsevesenet? - FHI](#)

Helsedirektoratet (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra [Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer \(fullversjon\).pdf](#)

Helsedirektoratet (2019). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra [Nasjonalt faglig råd Fysisk aktivitet i forebygging og behandling](#)

Holvik, K., Ellingsen, C. L., Solbakken, S. M., Finnes, T. E., Talsnes, O., Grimnes, G., ... & Meyer, H. E. (2023). Cause-specific excess mortality after hip fracture: the Norwegian Epidemiologic Osteoporosis Studies (NOREPOS). *BMC geriatrics*, 23(1), 1-11.

Kinge, J. M., Dieleman, J. L., Karlstad, Ø., Knudsen, A. K., Klitkou, S. T., Hay, S. I., ... & Vollset, S. E. (2023). Disease-specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: a national health registry study. *BMC medicine*, 21(1), 201.

Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., ... Blain, H. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and ageing*, 51(9), afac205.

Meld.St.15 (2017-2018) [Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre \(regjeringen.no\)](#)

Meld.St.38 (2020-2021) [Nytte, ressurs og alvorlighet — Prioritering i helse- og omsorgstjenesten \(regjeringen.no\)](#)

Meld.St.24 (2022-2023) [Felleskap og mestring – Bo trygt hjemme \(regjeringen.no\)](#)

NICE (2013). Falls in older people: assessing risk and prevention United Kingdom. Hentet fra [Overview | Falls in older people: assessing risk and prevention | Guidance | NICE \(nice.org.uk\)](#)

NOU 2023: 5 Den store forskjellen. Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse. Hentet fra [NOU 2023: 5 \(regjeringen.no\)](#)

Olsen, R. M. ., N. T. M. o. D. S. A. (2017). Fall og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene. En oppsummering av kunnskap. Oslo: Senter for Omsorgsforskning. Hentet fra [Fall og pasientsikkerhet \(PDF, omsorgsforskning.brage.unit.no\)](#)

Schoberer, D., Breimaier, H. E., Zuschneegg, J., Findling, T., Schaffer, S., & Archan, T. (2022). Fall prevention in hospitals and nursing homes: Clinical practice guideline. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 19(2), 86-93.

Topic Group on “Falls among the elderly” of the ITU/WHO Focus Group “Artificial Intelligence for Health”, Albites-Sanabria, J., Greene, B. R., McManus, K., Palmerini, L., Palumbo, P., ... & Wenzel, M. (2023). Fall risk stratification of community-living older people. Commentary on the world guidelines for fall prevention and management. *Age and ageing*, 52(10), afad162.

World Health Organization (2021). *Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course* WHO.

World Health Organization (2021). Falls. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>

## Øverste leders ansvar

---

### Råd

## Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, bør sørge for rutiner for fallforebygging

Den med overordnet ansvar for virksomheten bør sørge for at det utarbeides rutiner for:

- å identifisere personer med risiko for fall
- videre kartlegging av de med økt risiko for fall
- å gjennomføre og følge opp fallforebyggende tiltak
- ansvars- og oppgavefordeling
- tverrfaglig samarbeid
- samarbeid mellom virksomheter.

Rutinene tilpasses virksomhetens organisering. Roller og ansvar må fordeles med utgangspunkt i kompetanse, se [råd om kompetanse](#).

### Praktisk informasjon

Forebygging av fall i helse- og omsorgstjenesten favner bredt og kan involvere både ulike tjenestenivå og flere personellgrupper. Beskriv fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, og de arbeidsprosessene som er nødvendige for å skape en trygg, koordinert og sammenhengende tjeneste for pasienter og brukere. Gjør rutiner kjent for de ansatte. Det er hensiktsmessig å ha rutiner skriftliggjort. Ved tverrfaglig samarbeid er det viktig å avklare struktur og felles verktøy for samhandling og koordinering. Dette er særlig viktig ved samarbeid på tvers av virksomheter, sektorer eller forvaltningsnivåer. Digital kommunikasjon kan forenkle planlegging, gjennomføring og oppfølging av individrettet forebygging av fall.

Rutiner for samarbeid mellom virksomheter kan ta utgangspunkt i følgende:

- melding om fall eller risiko for fall
- melding av behov for videre kartlegging
- melding av behov for fallforebyggende tiltak
- kommunikasjon og oppfølging av forebygging av fall.

Vurder om rutiner for forebygging av fall kan innarbeides i allerede etablerte tverrfaglig samarbeid og tverrfaglige team. Organisering av det tverrfaglige samarbeidet tilpasses pasientens/brukerens behov.

Eksempler på tverrfaglige team:

- utviklingsarbeid for utprøving av [primærhelseteam](#), en ordning som består av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer hvor hovedformålet er å bedre fastlegetjenester til pasienter som trenger det mest
- [oppfølgingsteam for personer med store og sammensatte behov](#)
- [helhetlige pasientforløp](#)

- [helsefelleskap](#) hvor kommuner og helseforetak utvikler og planlegger tjenestene sammen som likeverdige partnere.

Eksempler på samarbeidsrutiner:

- [Registrering, kartlegging og tverrfaglig oppfølging av fall – overordnet rutine \(oslo.extend\)](#)
- [Pasientsentrert helsetjenesteteam \(unn.no\)](#)

## Begrunnelse

Fall og fallforebygging er en så sentral oppgave at dette bør inngå som en del av de fleste styringssystemer. Det kan være brudd på forsvarlighetskravet å ikke arbeide med fall og fallforebygging for virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester til eldre. Det foreligger klare faglige anbefalinger som underbygger dette, jf. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022).

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3 \(lovdata.no\)](#) og at medarbeiderne i virksomheten bidrar til dette. Øverste leder har det overordnede ansvaret for virksomheten. Les mer om ansvar for styringssystemer og hvem som har det overordnede ansvaret for virksomheten i [veileder om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#). Se også [Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv om lederansvar i sykehuset \(regjeringen.no\)](#). Fastlegeordningen er en del av kommunens helse- og omsorgstjenester og ligger dermed til kommunedirektøren. I tillegg vil fastleger som er selvstendig næringsdrivende være øverste leder for sin fastlegevirksomhet og dermed ha et virksomhetsansvar.

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 bokstav c](#).

Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 5](#). Skriftliggjøring av rutiner kan blant annet forhindre uønsket variasjon av praksis. Skriftlige rutiner gjør det lettere for personell å innrette seg etter en felles lokal standard. Videre vil det gjøre det lettere for virksomheten å kontrollere om interne rutiner er kjent, forstått og om de etterleves. Se mer om krav til omfang og innhold i styringssystemet i [veileder om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten kapittel 3](#).

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter helse- og omsorgstjenesteloven skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud. Dette følger av [helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 \(lovdata.no\)](#). De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 \(lovdata.no\)](#).

Kommunen skal tilby helsefremmende og forebyggende tjenester. Ved ytelse av helse- og omsorgstjenester skal kommunen fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning. Dette følger av [helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 og 3-3 \(lovdata.no\)](#).

Fallforebygging skal også inngå i kommunenes generelle folkehelsearbeid, jf. [folkehelseloven kapittel 2 \(lovdata.no\)](#). For å nå ulike grupper med eldre med ulike forebyggende tiltak, må mange aktører samarbeide. Systematiske tiltak må settes inn i ulike sektorer og på flere nivåer. Rådene må derfor ses i sammenheng med kommunens generelle plikt til systematiske helsefremmende og forebyggende tiltak i og utenfor helse- og omsorgstjenestene.

Helsetjenester som tilbys eller ytes etter spesialisthelsetjenesteloven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge tjenestene sine slik at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Dette følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#). De regionale helseforetakene skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester samarbeider med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e \(lovdata.no\)](#).

Det regionale helseforetaket skal sørge for at helseinstitusjoner som det eier, eller som mottar tilskudd fra de regionale helseforetakene til sin virksomhet, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade. Dette følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a \(lovdata.no\)](#).

Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. [helsepersonelloven § 16 \(lovdata.no\)](#). Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Dette følger av [helsepersonelloven § 4 \(lovdata.no\)](#).

Tverrfaglig samarbeid og tverrfaglige team er et viktig nasjonalt satsningsområde. [Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#) angir at tverrfaglig samarbeid er en metodikk for strukturert samarbeid mellom personell med ulik fagbakgrunn. Den faglige merverdien ligger i interaksjonen mellom de ulike faglige perspektivene.

Samarbeid må skje innenfor rammene av taushetsplikt. Les mer om taushetsplikt og deling av opplysninger i [veilederen Taushetsplikt og opplysningsplikt](#).

## Referanser

Montero-Odasso, M., Van Der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., ... Blain, H. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and ageing*, 51(9), afac205.

---

## Råd

**Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, skal sørge for at helsepersonell som har ansvar og oppgaver innenfor fallforebygging har nødvendig kompetanse**

Kompetanse om forebygging av fall inkluderer:

- vurdering av risiko for fall
- kartlegging av risikofaktorer for fall
- utforming og oppfølging av fallforebyggende tiltak
- dokumentasjonsrutiner
- samarbeidsrutiner
- kommunikasjon og videreformidling av informasjon.

Kompetanse kan sikres ved å:

- standardisere opplæring til ulike grupper av ansatte
- etablere tiltak som bidrar til aktiv og kontinuerlig læring om fallforebygging hos ansatte.

Opplæring i fallforebygging kan også gis til støttepersonell som serviceverter, renholdspersonell og assistenter, samt pårørende og frivillige.

## Praktisk informasjon

Det er hensiktsmessig å tilpasse opplæringstiltak etter hvordan arbeidet er organisert og hvem virksomheten samarbeider med. Kompetansekrav og læringsmål innen fallforebygging innarbeides i kompetanse- og opplæringsplaner i virksomheten. Læringsmål tilpasses virksomhetens ansvarsområde, målgrupper (eksempelvis hjemmeboende, sykehjemsbeboere, pasienter på sykehus) og sammensetning av profesjoner.

Standardiser og tilpass opplæringen til ulike grupper av personell. Opplæring gis fortrinnsvis av personell som har særlig kompetanse innen området. Teoretisk opplæring om fall og fallforebygging kan gis som klasseromsundervisning med vekt på aktiv deltakelse, diskusjoner og refleksjoner. Eller den kan gis i form av e-læringskurs, individuelt eller i en kollegiegruppe hvor det settes av tid til diskusjoner og refleksjoner blant de ansatte. Praktisk opplæring er også aktuelt, eksempelvis bruk av kartleggingsverktøy og gjennomføring av fallforebyggende øvelser.

## Opplæringsressurser

[Basis \(basis-fallforebygging.no\)](https://basis-fallforebygging.no) er et e-læringsprogram som skal styrke kunnskapen om fallforebyggende trening og behov for fysisk aktivitet i hverdagen blant ansatte eller personer som jobber med eldre. Det består av ulike programmer som retter seg mot ulike målgrupper. Siden inneholder også en øvelsesbank og støttemateriell for å komme i gang.

[Tryggere hjemme – kurs i fallforebygging for hjemmehjelpere og \(kslaring.no\)](https://kslaring.no) er et kurs som gir kunnskap om fallrisiko og hvordan hjemmehjelpere og assistenter kan bidra til å hindre at fall skjer hos personer som mottar tjenester i hjemmet. Kurset er tilgjengelig for kommunalt ansatte.

[Motiverende intervju \(MI\)](https://mestring.no) er en anbefalt samtalemetode for å motivere til adferdsendring. Et vanlig problem for profesjonelle hjelpere er at de gir informasjon med velmente råd som ikke blir fulgt. MI er en effektiv metode for samtaler om endring, motivasjon og mestring.

[Helsepedagogikk \(mestring.no\)](https://mestring.no) handler om hvordan legge til rette for læring som fremmer helse og mestringskompetanse hos brukere, pasienter og pårørende, samt hvordan legge til rette for at fagpersoner i helse- og omsorgstjenesten lærer å bli gode helsepedagoger.

## Tiltak som bidrar til aktiv og kontinuerlig læring om fallforebygging

Ulike tavlemøter kan bidra til læring om fallforebygging:

- [Risikotavle \(itryggehender.no\)](#) hvor målet er å skape overblikk over utvalgte risikoområder for brukere og pasienter. Tavlen er et verktøy for å etablere en regelmessig dialog om, og oppfølging av, de utvalgte risikoområdene. Slike møter kan være et hjelpemiddel i å skape en felles forståelse av risiko i enheten og sikre oppfølging med risikoreducerende tiltak.
- Kvalitetstavle hvor målet er å følge med på resultater en ønsker å ha spesielt fokus på. I tillegg kan en slik tavle brukes til forbedringsforslag og oppfølging, samt synliggjøring av resultater.
- [Forbedringstavle \(itryggehender24.7.no\)](#) hvor målet er å skape et overblikk over status på pågående forbedringsarbeid. Tavlen er et utgangspunkt for en systematisk og regelmessig dialog om hvordan forbedre praksis.

## Informasjonsmaterieill

- Postere med oversikt over aktuelle fallforebyggende tiltak og brosjyrer med fallforebyggende øvelser.
- Kort helsepersonell får plass til i lommen og/eller skjemaer med informasjon om risikofaktorer for fall og anbefalte fallforebyggende tiltak.

## Andre tiltak

- Superbrukere eller dedikerte ressurspersoner i enheten med kompetanse og interesse for fallforebygging kan fungere som en drivkraft.
- Gjennomgang av fallhendelser og diskusjoner av caser i for eksempel kvalitetsgrupper.
- Tema på faste møter.
- Faste markeringer – for eksempel en dag eller en uke, hvor hensikten er å øke fokus og kompetanse på fall og fallforebygging.

## Begrunnelse

Kommunen og spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge tjenestene slik at personell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 \(lovdata.no\)](#) og [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#).

Tilsvarende skal virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. [helsepersonelloven § 16 \(lovdata.no\)](#).

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes utfra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig, jf. [helsepersonelloven § 4 \(lovdata.no\)](#).

Kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven får påkrevd videre- og etterutdanning. Kommunen skal medvirke til at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven i privat virksomhet som har avtale med kommunen, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning. Dette følger av [helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2 \(lovdata.no\)](#).

Virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Dette følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 3-10 \(lovdata.no\)](#).

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer å ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 bokstav f \(lovdata.no\)](#). Videre innebærer plikten til å gjennomføre virksomhetens



aktiviteter å sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet, jf. [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 bokstav b \(lovdata.no\)](#).

Opplæring i fallforebygging kan bidra til økt faglig bevissthet og mer kunnskapsbasert praksis blant de ansatte, selv om opplæring som eneste tiltak ikke forebygger fall. Det anbefales aktive opplæringstiltak som fordrer medvirkning av ansatte. Felles kompetanseutvikling medvirker til å skape felles forståelse, kultur og språk for forebygging av fall.

I institusjoner har fagpersoner med tett kontakt med eldre påvirkning på faktorer som kan øke eller redusere risiko for fall. For eksempel kan økt oppmerksomhet om legemidler som kan øke fallrisiko bidra til at ansatte tar hensiktsmessige forholdsregler. Oppmerksomhet rundt adferd som øker fallrisiko hos eldre, kan føre til omprioritering av personalressursene for å øke sikkerheten. Opplæring av ansatte, inkludert betydningen av fysisk aktivitet og trening, kan gjøre det lettere å skape en kultur som fremmer dette.

World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) anbefaler opplæring av personalet i sykehjem som en del av flere intervensjoner for å forebygge fall hos beboere. Morris et al. (2022) viser til at opplæring av ansatte på sykehus kan redusere fallfrekvens og risiko for fall.

## Referanser

Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., ... Blain, H. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and ageing*, 51(9), afac205.

Morris, M. E., Webster, K., Jones, C., Hill, A., Haines, T., McPhail, S., ... Heng, H. (2022). Interventions to reduce falls in hospitals: a systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*, 51(5), afac077.

## Identifisering av risiko for fall i helse- og omsorgstjenesten

---

### Råd

### Basert på en individuell vurdering, kan helsepersonell spørre personer over 65 år om fall minst en gang i året

Helsepersonell kan i kontakt med personer over 65 år spørre om fall minst en gang i året. Benytt relevante situasjoner og eksisterende arenaer.

Still spørsmålet "Har du falt i løpet av det siste året?"

For å få et mer utdypende og presist svar kan helsepersonell alternativt stille nøkkelspørsmålene:

- Har du falt i løpet av det siste året?
- Føler du deg ustø når du står eller går?
- Er du bekymret for å falle?

For personer med betydelig kognitiv svekkelse bør pårørende bli spurt om vedkommende har falt det siste året.

Se [flytskjema som illustrerer prosessen med identifisering av risiko for fall, kartlegging og tiltak for hjemmeboende eldre \(PDF\)](#).

### Praktisk informasjon

Eksempler på situasjoner og arenaer hvor det er aktuelt å spørre om fall:

- ved konsultasjoner med et forebyggende perspektiv hos fastlege, som årskontroller med legemiddelgjennomgang og årskontroll for kroniske lidelser, samt konsultasjoner hvor pasienter presenterer tilstander med økt risiko for fall som balanseproblemer og sansesvekkelse
- ved henvendelser til kommunale tjenestekontor, som når eldre søker om trygghetsalarm og/eller aktuelle hjelpemidler
- ved [forebyggende hjemmebesøk](#)
- ved helsestasjoner for eldre
- ved oppstart av kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet, og deretter regelmessig og minst en gang i året
- ved konsultasjoner og innleggelse i spesialisthelsetjenesten
- ved konsultasjoner hos privatpraktiserende fysioterapeuter
- ved konsultasjoner på legevakt

Det kan også stilles spørsmål om hvordan de oppfatter egen helse, om de har endret aktivitetsnivå, om det er situasjoner hvor de tar forholdsregler eller om de opplever svimmelhet og bevissthetstap.

### Videre oppfølging

De som svarer avkrefteende på nøkkelspørsmålene anses å ha lav risiko for fremtidig fall. Se kapittel [Fallforebyggende tiltak - hjemmeboende eldre](#).

De som svarer ja på ett eller flere av nøkkelspørsmålene om fall bør få en vurdering for å avgjøre hvilken grad av risiko de har, se [råd om vurdering av risiko for fremtidige fall](#).

## Begrunnelse

Alder er en av de viktigste risikofaktorene for fall og forskningsbasert kunnskap peker på økt risiko hos personer over 65 år. Det anslås at en av tre personer over 65 år vil oppleve å falle minst en gang i året, økende til en av to blant de over 80 år. Hensikten med å spørre om fall og bekymring for å falle allerede fra 65 år, er å kunne sette i gang med fallforebyggende tiltak mens personen har kapasitet til å gjøre endringer i eget liv. Selv om dagens eldre i Norge generelt er friskere og sprekere enn tidligere generasjoner, vil økningen i antall eldre føre til økt behov for helse- og omsorgstjenester. Å jobbe helsefremmende og forebyggende kan bidra til å redusere presset på tjenestene.

Tidligere fall er en indikator for økt risiko for nye fall (Ambrose et al., 2013). Det er viktig å systematisk spørre om fall fordi både helsepersonell og eldre selv ofte kan anse fall som en uunngåelig eller "normal" del av aldringen, jf. van Rhyn & Barwick (2019).

Å spørre om fall krever lite tid, utstyr eller trening. Det kan imidlertid være vanskelig å huske når en har opplevd å falle. Det anbefales derfor å spørre eldre om de har falt i løpet av det siste året. Det er nødvendig å være oppmerksom på en høy forekomst av falske negative svar. Verktøy som vurderer mer enn en risikofaktor, slik som nøkkelspørsmålene, gir et mer presist svar. Helsepersonells kliniske vurdering er av betydning fordi den gjør det mulig å identifisere personer med fallrisiko, selv for de uten fallhistorie.

Rådet om bruk av relevante situasjoner og eksisterende arenaer for å spørre om fall gis for å tilpasse rådet til hensiktsmessig bruk av ressurser.

Rådet bygger på World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022). Denne retningslinjen angir at kvaliteten på forskningsgrunnlaget om at helsepersonell rutinemessig bør spørre eldre om fall, er høy. Å utvide spørsmålene til også å omfatte spørsmål om svimmelhet, ustøhet og bekymringer for å falle, er erfaringsbasert.

## Involvering av pårørende

Helsepersonell skal som utgangspunkt be om pasientens eller brukerens samtykke før de gir pårørende opplysninger om pasientens/brukernes helsetilstand, helsehjelp og andre personlige opplysninger. Les om [samtykke og konsekvenser for involvering av pårørende i Pårørendeveilederen](#). Se også kapitelet om [involvering av pårørende i utredning, behandling og oppfølging av pasient eller bruker i Pårørendeveilederen](#).

## Referanser

Ambrose, A. F., Paul, G., & Hausdorff, J. M. (2013). Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas*, 75(1), 51-61.

Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., ... Blain, H. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and ageing*, 51(9), afac205.

## Råd

# For personer over 65 år som bekrefter fall eller som er i kontakt med helse- og omsorgstjenesten på grunn av fall bør det gjennomføres en vurdering av risiko for fremtidige fall

Personer som [svarer bekreftende på spørsmål om fall](#) eller som er i kontakt med helse- og omsorgstjenesten på grunn av et fall eller en fallrelatert skade, bør vurderes for risiko for fremtidige fall av helsepersonell.

Gjør en vurdering av alvorlighetsgrad av fallet:

- skade som følge av fallet
- to eller flere fall i løpet av de siste 12 måneder
- skrøpelighet
- manglende evne til å reise seg etter fallet uten hjelp
- mistanke om forbigående bevissthetstap i forbindelse med fallet

Dersom "ja" på et av disse vurderingspunktene, anses personen å ha høy risiko for fremtidig fall.

Unntaket er dersom skaden skjedde som følge av høy aktivitet hos ellers spreke personer.

Målsettingen for dem med høy risiko for fremtidige fall er sekundærforebygging og behandling. Det vil si å behandle, forbedre eller håndtere forhold identifisert etter en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer, se råd om [multifaktoriell kartlegging](#) og råd om [tiltak for personer med høy risiko for å falle](#).

Dersom "nei" på alle vurderingspunktene, utføres det en vurdering av gange og balanse for å skille mellom lav og middels risiko for fremtidige fall:

- Personer over 65 år uten en historie med fall, eller som har hatt et enkelt ikke-alvorlig fall og ikke har gange- eller balanseproblemer anses å ha lav risiko for fremtidige fall. Lav risiko betyr ikke at det ikke er noen risiko. Målsetting for dem med lav risiko for fremtidige fall er primærforebygging, dvs. å forhindre fall.
- Personer over 65 år uten en historie med fall eller som har hatt et enkelt ikke-alvorlig fall, men som også har gange- og/eller balanseproblemer, anses å ha middels risiko for fremtidige fall. Målsetting for dem med middels risiko for fremtidige fall er sekundærforebygging, dvs. å forbedre en stor risikofaktor for fall.
- Vurderingen bør starte så raskt som mulig etter fallhendelsen. Selv om fallet har skjedd for en tid tilbake, er det likevel viktig å gjennomføre vurdering av fremtidig fallrisiko for å iverksette relevante forebyggende tiltak.

Uforklarte fall bør gi mistanke om synkope og utredes som det.

Se [flytskjema som illustrerer prosessen med identifisering av risiko for fall, kartlegging og tiltak for hjemmeboende eldre \(PDF\)](#).

## Praktisk informasjon

Vurdering av risiko for fremtidige fall foregår på ulike måter. Den er avhengig av hva personen selv ønsker, om personen har kommunale tjenester i hjemmet eller ikke og situasjonen til personen i forbindelse med fallet:

- Vurdering gjennomføres av den tjenesten som spør om fall eller behandler personen for fall eller fallrelatert skade.
- Personen oppfordres til å kontakte fastlege for en vurdering.
- Melding om fall med oppfordring om vurdering av fallrisiko sendes i samråd med personen til fastlegen og/eller den kommunal helse- og omsorgstjenesten ved bestiller- eller søknadskontor.

### Vurdering av skade som følge av fallet

Vurdering av skade som følge av fallet relateres til om skaden krever medisinsk behandling. Mange aktive personer over 65 år faller og skader seg uten at det er vesentlig økt risiko for tap av funksjon og helse. Slike personer kjennetegnes ved god selvopplevd helse, høy aktivitet utenfor hjemmet og vurderes som spreke eller veldig spreke på Clinical Frailty Scale© (norsk versjon er tilgjengelig via denne siden: [CFS Translations - Geriatric Medicine Research - Dalhousie University \(dal.ca\)](https://www.dal.ca/~cfs/)). I slike tilfeller, hvor skaden er et uttrykk for høy aktivitet, gjøres det en klinisk vurdering av grad av risiko for fremtidige fall basert på kartlegging av omstendigheter rundt fallet. Vurder utredning av osteoporose dersom kartleggingen avdekker mistanke om dette.

### Vurdering av gange og balanse

Benytt fortrinnsvis testen 4-meter ganghastighet. Personer som går saktere enn <0,8 m/s har økt risiko for fall. For beskrivelse av målingen, se del 2 av testen [Short Physical Performance Battery \(SPPB\) \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no/legesenter/undersokelse/short-physical-performance-battery-sppb). [Timed Up and Go \(TUG\) \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no/legesenter/undersokelse/timed-up-and-go-tug) kan alternativt benyttes. Personer som bruker mer enn 15 sekunder anses å ha økt risiko for fall.

### Vurdering av skrøpelighet

Det kan være tidligere identifisert skrøpelighet eller positivt funn ved bruk av et validert verktøy. I klinisk praksis er det vanlig å måle grad av skrøpelighet ut ifra en rekke risikofaktorer. Disse inkluderer komorbiditet, legemiddelbruk, ernæringstilstand, enkelte blodprøver samt fysisk, emosjonelt og kognitivt funksjonsnivå. Som screeningsverktøy kan Clinical Frailty Scale© benyttes (norsk versjon er tilgjengelig via denne siden: [CFS Translations - Geriatric Medicine Research - Dalhousie University \(dal.ca\)](https://www.dal.ca/~cfs/)). Merk at det alltid må tas utgangspunkt i situasjonen 14 dager før aktuell sykdom hvis ikke vedkommende er i sin vanlige tilstand når man skårer med denne skalaen.

### Fall som skyldes bevissthetstap

Noen fall skjer på grunn av bevissthetstap. Det må skilles mellom bevissthetstap som konsekvens av fall, for eksempel ved hodeskade og bevissthetstap som årsak til fall (for eksempel synkope, epilepsi og hypoglykemi). Sykehistorien er det viktigste for å skille årsakene fra hverandre og styrer den videre utredningen. En synkope er et kortvarig bevissthetstap på grunn av blodtrykksfall.

## Begrunnelse

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes, skal være forsvarlige. Forsvarlighetskravet er lovfestet i [helsepersonelloven §4](#), [helse- og omsorgstjenesteloven §4-1](#) og [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#). Det innebærer blant annet at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, og helsepersonell som yter helsehjelp, skal gi pasient og bruker et helhetlig og koordinert tilbud.

Fall har stor innvirkning på livskvalitet og helse. Fall er ikke en uunngåelig konsekvens av det å bli eldre. Det anslås at en av tre personer over 65 år vil oppleve å falle minst en gang i året, økende til en av to blant de over 80 år. Selv om de fleste fallene ikke resulterer i alvorlige skader, kan konsekvensene for personer som faller eller ikke er i stand til å reise seg etter et fall være betydelige (National Institute for Health and Care Excellence, 2013). Dersom det ikke blir iverksatt nødvendige tiltak for å fange opp risiko for fremtidige fall, kan dette være uforsvarlig fordi det kan medføre tap av leveår med god helse. Å vurdere grad av risiko for fremtidige fall gjennomføres for å iverksette tiltak i henhold til risikonivå.

Rådet bygger på World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022). Retningslinjen hevder at eldre som pådrar seg en skade som følge av fall anses å ha høy risiko for fremtidige fall. Et fall med skade kan imidlertid være et uttrykk for høy aktivitet hos spreke eldre. Helsedirektoratet mener derfor at å gjøre en kartlegging av omstendighetene rundt fallet som grunnlag for vurdering av grad av risiko for fremtidige fall, er sentralt. Personer med bruddskade og hvor det mistenkes osteoporose, bør vurderes for utredning av dette, da gjennomgått osteoporotisk brudd øker risikoen for et nytt brudd betydelig (NOU, 2023).

World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) angir at kvaliteten på forskningsgrunnlaget om en objektiv vurdering av gange og balanse for å gradere risiko for fall hos eldre som bekrefter spørsmål om fall, er høy. Anbefaling om vurdering av risiko for fremtidige fall hos eldre som bekrefter spørsmål om fall og eldre som oppsøker helsetjenesten på grunn av fall eller fallrelatert skade, er erfaringsbasert. Helsedirektoratet slutter seg til dette.

Det foreligger ingen enkeltstående tester av gange og balanse som med høy sikkerhet kan benyttes for å forutsi fallrisiko hos eldre. For å vurdere grad av risiko for fall, kan ganghastighet i kombinasjon med fallhistorikk benyttes (Beck Jepsen et al., 2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) angir at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for å benytte måling av ganghastighet for å forutsi fallrisiko, er høy. Retningslinjen angir at Timed Up and Go (TUG) kan benyttes, men at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for å forutsi fallrisiko med dette verktøyet, er moderat.

## Referanser

Beck Jepsen, D., Robinson, K., Ogliari, G., Montero-Odasso, M., Kamkar, N., Ryg, J., ... Masud, T. (2022). Predicting falls in older adults: an umbrella review of instruments assessing gait, balance, and functional mobility. *BMC Geriatrics*, 22(1), 1-27.

Kvinnehelseutvalget (2023). *Den store forskjellen. Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-5/id2964854/?ch=2>

Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., ... Blain, H. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and ageing*, 51(9), afac205.

National Institute for Health and Care Excellence (2013). *Falls: Assessment and prevention of falls in older people* London: NICE.

# Multifaktoriell kartlegging i helse- og omsorgstjenesten

---

## Råd

### For personer over 65 år med høy risiko for å falle bør det gjennomføres en multifaktoriell kartlegging

Helsepersonell bør gjennomføre en multifaktoriell kartlegging som grunnlag for individuelle tiltak for å forebygge fall. Den bør omfatte:

- fallhistorikk
- personens egne oppfatninger om fall
- identifisering av potensielt medvirkende risikofaktorer for fall

Det bør legges til rette for involvering av pårørende dersom personen ønsker det. Dersom personen ikke har samtykkekompetanse, skal nærmeste pårørende gis mulighet til å medvirke sammen med vedkommende.

### Praktisk informasjon

Kartlegg hyppighet og omstendigheter rundt fall(ene). Be personen om å fortelle hva som skjedde da vedkommende falt.

Utdyp spørsmålet ved å spørre:

- hvordan og hvor fallet skjedde
- i forbindelse med hvilken aktivitet fallet skjedde
- hvordan vedkommende landet
- om vedkommende husker å treffe bakken
- hvor på kroppen vedkommende slo seg
- om vedkommende kom seg opp på egen hånd etter fallet
- hyppighet av fallhendelser
- fikk fallet konsekvenser som:
  - skader
  - funksjonssvikt
  - psykologiske effekter som bekymring for å falle eller sosial isolering

Spør hva vedkommende tenker om fall, årsaker til fall, vurdering av fremtidig risiko for fall og hvordan det kan forebygges.

Undersøk og identifiser potensielt medvirkende risikofaktorer for fall, som kan være:

- balanse, gange og muskelstyrke
- fottøy og fotproblemer
- bekymring for å falle

- svimmelhet
- smerter
- syn og hørsel
- funksjonsevne og ganghjelpemidler
- kognitiv svikt, delirium og adferdsproblemer som impulsivitet og agitasjon
- urininkontinens
- kardiovaskulære lidelser, inkludert ortostatisk hypotensjon og synkope
- medvirkende sykdommer/komorbiditet som diabetes, artrose, anemi, osteoporose m.fl. Ved akutte innleggelse på grunn av fall er det viktig å tenke på fallet som et symptom på underliggende akutt sykdom, f.eks. infeksjon eller hjerteinfarkt.
- skrøpeligheit
- Parkinsons sykdom
- depressive lidelser
- legemiddelbehandling
- ernæringsstilstand (inkludert underernæring og vitamin D)
- rus og alkohol
- risiko i omgivelser

Ta hensyn til følgende i vurderingen av hvilke undersøkelser som benyttes i klinisk praksis:

- egenskaper hos personen, eksempelvis skrøpelig – ikke skrøpelig og kognitiv svikt
- setting, eksempelvis hjemmeboende, akutt innleggelse og langtidsopphold sykehjem
- tilgjengelige ressurser, eksempelvis kostnader, opplæring og utstyr.

[Tabellen multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall](#) viser oversikt over potensielle måleinstrumenter og tilnærminger for vurdering av individuelle, modifiserbare risikofaktorer for fall.

## Hvordan gjennomføre kartleggingen?

Systematisk tverrfaglig samarbeid er nyttig for å gjennomføre en kartlegging av risikofaktorer for fall. Tilpass arbeidsfordelingen etter lokale forhold. Når flere yrkesgrupper er involvert, er det hensiktsmessig å lage en fordeling som viser hvem som undersøker hva. Eventuell involvering av pårørende kan foregå ved at de deltar i kartleggingen.

Det kan være hensiktsmessig å etablere et tverrfaglig team fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten rundt de med høy risiko for å falle. Teamet kan bestå av hjemmebaserte tjenester, kommunal ergo- og fysioterapeut og eventuelt fastlege. Andre aktuelle samarbeidspartnere er eksempelvis kommunale hukommelsesteam eller koordinator. I noen tilfeller er det hensiktsmessig at representanter fra teamet deltar i konsultasjon hos fastlegen.

Flere helseforetak har etablert egne poliklinikker for utredning av hjemmeboende eldre som er ustødige og har falltendens, eller som har falt uten at det er en sikker årsak eller ved mistanke om synkope. Andre eksempler er etablering av fallkoordinator eller tverrfaglige team i akuttmottak for kartlegging av risikofaktorer hos personer som har vært på skadestue eller innlagt på grunn av fall og fallrelaterte skader.

Ortogeriatrici er mange steder etablert for eldre med hoftebrudd og andre lavenergibrudd. Pasienter med hoftebrudd er ofte skrøpelige, eldre personer med mye komorbiditet, og har ofte geriatriske problemstillinger som funksjonssvikt, polyfarmasi, delirium og demens. Dette er et organisert, tverrfaglig samarbeid om denne pasientgruppen. Et av målene er å redusere risiko for fremtidige fall.

## Begrunnelse



Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes, skal være forsvarlige. Forsvarlighetskravet er lovfestet [ihelsepersonelloven §4](#), [helse- og omsorgstjenesteloven §4-1](#) og [spesialisthelsetjenesteloven §2-2 \(lovdata.no\)](#). Det innebærer blant annet at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, og helsepersonell som yter helsehjelp, skal gi pasient og bruker et helhetlig og koordinert tilbud.

En multifaktoriell kartlegging er nødvendig for å avdekke mekanismen til fallet, konsekvensene av fallet, personens egne oppfatninger om fall samt identifisering av potensielt medvirkende risikofaktorer for fall, og for å kunne iverksette individuelle tiltak. Fall skyldes vanligvis ikke én enkeltfaktor. Det er ofte en kombinasjon av flere risikofaktorer. De fleste risikofaktorer kan påvirkes og korrigeres. En rekke demografiske, fysiske, psykologiske, medisinske, sosioøkonomiske, miljømessige og adferdsmessige risikofaktorer og andre risikofaktorer påvirker fallrisiko, selv om alder og en historie med tidligere fall muligens er de viktigste prediktorene for fremtidige fall.

Ifølge World Health Organization (2021) er risikoen for fall er høyere blant eldre personer som:

- beveger seg lite
- har dårlig balanse
- er synshemmede
- er kognitivt svekket
- har Parkinsons sykdom, leddgikt og/eller depresjon
- bruker legemidler som gir økt risiko for fall, som legemidler ved depresjon, høyt blodtrykk, søvnnvanser og angst
  - bruk av flere legemidler samtidig kan øke risikoen ytterligere
- bruker alkohol og andre rusmidler

Mange eldre har lite kunnskap om årsaker til fall, fallrisiko og forebygging av fallhendelser, egen risiko for å falle og hvordan risiko for fremtidige fall kan reduseres. Mange har også feilaktige oppfatninger om årsaker til fall. Å få kjennskap til Eldres egne oppfatninger gir helsepersonell mulighet til å gi eldre bedre og mer nøyaktig informasjon om fall og fallforebygging. Kvaliteten på forskningsgrunnlaget om å inkludere kartlegging av personens egne oppfatninger om fall er moderat, jf. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022).

World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) viser til at en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall gjør at man kan sette inn målrettede tiltak for å forhindre fremtidige fall. Retningslinjen viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for denne anbefalingen er moderat.

### **Om risikofaktorer som inngår i multifaktoriell kartlegging (World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al 2022)):**

#### **Kartlegging av gange og balanse**

Svekket gange og balanse er et av områdene som mest konsekvent kan forutsi fremtidige fall. Fysiske funksjonstester av gange og balanse kan være til god hjelp for å bestemme fallforebyggende øvelser og sikre progresjon. Valg av test avhenger av tilgjengelige ressurser (utstyr, plass, tid) og kunnskap og erfaring fra bruk av disse testene. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for anbefaling om å inkludere gange og balanse som en del av multifaktoriell kartlegging av risiko for fall, er moderat.

#### **Kartlegging av muskelstyrke**

Det er en sammenheng mellom nedsatt styrke i benmuskulatur, evnen til å reise seg og risiko for både enkeltstående og gjentakende fall og fallrelaterte skader (Moreland et al., 2004). Muskelstyrke spiller en sentral rolle i prosessen med å gjenvinne balansen når man holder på å falle (Benichou & Lord 2016).

### **Bekymring for å falle**

Bekymring for å falle kan redusere den eldre aktivitetsnivå (World Health Organization, 2021). Bekymring for å falle kan også si noe om den eldre oppfatning av fallet de har opplevd, virkningen det har hatt på livskvalitet, samt motivasjon for fallforebyggende tiltak. Eldre som er svært bekymret for å falle kan for eksempel være motvillig til å øke fysisk aktivitet og å følge et treningsprogram hvis ikke bekymring for å falle er håndtert. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for å inkludere bekymring for å falle som en del av multifaktoriell kartlegging av risiko for fall, er moderat.

World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al 2022) viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for anbefaling om å bruke et standardisert verktøy for å vurdere bekymringer om fall er høy for hjemmeboende eldre og moderat i akuttstusykehus og langtidspleie. Falls Efficacy Scale International (FES-I) og Short Falls Efficacy Scale International (Short FES-I) er pålitelige og gyldige verktøy til bruk på friske eldre og for særskilte risikogrupper, eksempelvis personer med multippel sklerose og hjerneslag. En tilnærming som kombinerer vurdering av bekymring for å falle med vurdering av balanse og/eller gange kan bidra til å sette grad av bekymring for fall i en sammenheng.

### **Kartlegging av svimmelhet**

Svimmelhet er et vanlig symptom hos eldre som opplever fall og har ofte ingen enkelt forklarende årsak. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) viser til at anbefaling om å inkludere kartlegging av svimmelhet som en del av multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall, er erfaringsbasert.

### **Kartlegging av smerte**

Symptomer på smerte er vanlig hos eldre. Mest utbredt er smerter på grunn av muskel-/skjelettlidelser. Andre kroniske tilstander som kan gi smerter hos eldre er komplikasjoner til diabetes, kreftrelaterte smerter og smerter etter slag. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) viser til at anbefaling om å inkludere kartlegging av smerte som en del av en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall, er erfaringsbasert.

### **Kartlegging av syn og hørsel**

Nedsatt syn er en risikofaktor for fall. Mange eldre bruker briller med feil styrke eller ikke briller i det hele tatt. Det er derfor viktig med regelmessige synsundersøkelser og at briller brukes korrekt (inkludert sjekk av multi-/bifokale briller). Nedsatt hørsel er risikofaktor for fall. Mulige forklaringer kan være samtidige endringer i de organene som har med hørsel å gjøre og i de organene som styrer balanse, redusert evne til å navigere ved hjelp av hørselen og at belastningen knyttet til hørselstapet medfører færre ressurser til å holde balansen. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) viser til at anbefaling om å inkludere kartlegging av syn og hørsel som en del av multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall, er erfaringsbasert.

### **Kognitiv kartlegging**

Demens og mild kognitiv svikt dobler risikoen for fall og fallrelaterte skader, inkludert hoftebrudd, armbrudd og hodeskader. Delirium, kognitiv svikt og demens er risikofaktorer for fall hos både eldre hjemmeboende, på sykehus og på sykehjem. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget om kognitiv vurdering som en del av multifaktoriell kartlegging av risiko for fall, er moderat.

### **Kartlegging av symptomer fra urinveiene**

Urininkontinens og nattlig vannlatning er assosiert med økt risiko for fall. Analyser av undergruppeanalyser har vist en signifikant sammenheng mellom urininkontinens og fall hos både eldre menn og kvinner ( $\geq 65$  år), og hos personer med både urgeinkontinens og stressinkontinens, jf. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022). Retningslinjen viser til at anbefaling om å inkludere vurdering av symptomer fra urinveiene i en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall, er erfaringsbasert.

### **Kardiovaskulær kartlegging**

World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget om å inkludere kardiovaskulær kartlegging som en del av kartlegging av fallrisiko, er moderat. Samme retningslinje viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for anbefaling om at uforklarte fall eller synkope følges opp med ytterligere kardiovaskulær vurdering, er høy.

### **Depressive lidelser**

Både ubehandlet depresjon og bruk av antidepressiva bidrar til fallrisiko. Sammenhengen mellom depresjon og fall er kompleks, men de viktigste underliggende mekanismene er langsomhet, dårlig fysisk form, gange- og balanseproblemer samt nedsatt søvn og svekket oppmerksomhet. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) viser til at anbefaling om å inkludere depresjon som en del av en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall, er erfaringsbasert.

### **Legemiddelbehandling**

World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget om å inkludere vurdering av fallhistorikk og risiko for fall før rekvirering av legemidler som kan øke fallrisikoen til eldre, er moderat. Retningslinjen viser videre til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for anbefaling om å bruke et validert, strukturert vurderingsverktøy for å identifisere legemidler som kan øke fallrisikoen for å forebygge fall, er lav.

### **Ernæringstilstand (inkludert risiko for underernæring og vitamin D)**

Ernæringstilstand og kroppsmasseindeks (BMI) er assosiert med risiko for fall hos eldre. Spesielt risiko for underernæring og det å være underernært kan øke risikoen for fall. Undervektige og underernærte kan ha økt risiko for fall blant annet på grunn av sarkopeni (lav muskelmasse), nedsatt bevegelighet og ustabil gangfunksjon. Overvekt kan også ha negativ innvirkning på blant annet balansefunksjon og fysisk aktivitet, som kan være assosiert med fall (Montero-Odasso et al., 2022). Tidlig identifisering, kartlegging og oppfølging av risiko for underernæring kan bidra til å forebygge underernæring eller sykdom som følge av underernæring, forebygge funksjonsfall, og forebygge eller utsette innleggelse i institusjon (Helsedirektoratet, 2021). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) viser til at anbefaling om vurdering av ernæringstilstand som en del av en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall, er erfaringsbasert.

## Rus og alkohol

Bruk av rus og alkohol kan føre til fall. Alkoholpåvirkning er en direkte risikofaktor for fall blant eldre blant annet ved å øke ustøhet, koordineringsevne og vurderingsevne. Mange eldre bruker psykotrope legemidler som anxiolytika og hypnotika, og ved alkoholinntak forsterkes effekten på balanse, motorikk og kognisjon ytterligere. Fordi balansefunksjonen er svekket, dels som følge av aldring og dels som følge av sykdom, skal det ofte lavere promille til for å utløse fall hos eldre enn hos yngre. I tillegg kan alkoholmisbruk føre til polyneuropati, som forsterker ustøheten ytterligere. Bruk av rus og alkohol kan også påvirke ernæringstilstand. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) viser til at å spørre om rus- og alkoholbruk som en del av en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall, er erfaringsbasert.

## Risiko i omgivelser

Faktorer i miljøet kan utgjøre en stor fallrisiko. Disse faktorene påvirkes av samspillet mellom fallfarene (eksempelvis glatte trapper, rot i gangpassasjer, belysning, mangel på rekkverk/håndtak), risikoadferd (eksempelvis risikabel klatring på stoler) og eldres fysiske kapasitet. Av den grunn er det sentralt å fortrinnsvis benytte et vurderingsverktøy som omfatter aktuelle fallfarer i hjemmet og risikovurdering for fall sammen med vurdering av personens funksjonsevne, inkludert vanlig adferd, syn, kognisjon og mobilitet. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for denne anbefalingen er moderat.

## Samtykke til helsehjelp og rett til medvirkning og informasjon

Hovedregelen er at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke. Reglene om samtykke til helsehjelp følger av [pasient- og brukerrettighetsloven § 4 \(lovdata.no\)](#).

Retten til medvirkning og informasjon for pasient, bruker og nærmeste pårørende og krav til informasjonens form, følger av [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 \(lovdata.no\)](#).

## Involvering av pårørende

Helsepersonell skal som utgangspunkt be om pasientens eller brukerens samtykke før de gir pårørende opplysninger om pasientens/brukerens helsetilstand, helsehjelp og andre personlige opplysninger. Les om [samtykke og konsekvenser for involvering av pårørende i Pårørendeveilederen](#). Se også kapitlet om [involvering av pårørende i utredning, behandling og oppfølging av pasient eller bruker i Pårørendeveilederen](#).

## Deling av taushetsbelagte opplysninger

Deling av taushetsbelagte opplysninger forutsetter samtykke til å gi informasjon etter [helsepersonelloven § 22 \(lovdata.no\)](#) eller annet unntak fra taushetsplikten. Les mer om taushetsplikt og deling av opplysninger i veilederen [Taushetsplikt og opplysningsplikt](#).

## Referanser

Benichou, O., & Lord, S. R. (2016). Rationale for strengthening muscle to prevent falls and fractures: a review of the evidence. *Calcified tissue international*, 98(6), 531-545.

Helsedirektoratet (14. mars 2022). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 30. oktober fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernæring>

Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., ... Blain, H. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and ageing*, 51(9), afac205.

Moreland, J. D., Richardson, J. A., Goldsmith, C. H., & Clase, C. M. (2004). Muscle weakness and falls in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(7), 1121-1129.

World Health Organization (2021). *Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course* WHO.

## Fallforebyggende tiltak – hjemmeboende eldre

---

### Råd

### Personer over 65 år bør få råd om styrke- og balansetrening minst 2–3 ganger per uke som en del av den ukentlige aktiviteten

Alle over 65 år, uavhengig av grad av risiko for å falle, bør trene styrke og balanse.

Helsepersonell bør gi råd om og oppfordre til å trene styrke og balanse når de møter pasienter og brukere på relevante og eksisterende arenaer.

Personer som er vurdert til å ha lav risiko for fremtidige fall, bør trene balanse og styrke på egen hånd, delta i organisert gruppetrening eller trene i en kombinasjon av dette, med eller uten veiledning.

Personer som er vurdert til å ha middels og høy risiko for fremtidige fall, bør få tilbud om tilpasset trening basert på en individuell kartlegging av fysisk funksjon og medisinsk tilstand.

Se råd om [vurdering av risiko for fremtidige fall](#) og råd om [multifaktoriell kartlegging for personer med høy risiko for å falle](#).

### Praktisk informasjon

Balansetrening er aktiviteter som utfordrer balansen. Styrketrening har som hensikt å beholde eller forbedre ulike deler av muskelstyrken. Se [Voksne over 65 år bør hver uke være fysisk aktive i minst 150 til 300 minutter med moderat intensitet, minst 75 til 150 minutter med høy intensitet eller en kombinasjon av moderat og høy intensitet](#) for ytterligere informasjon.

Eksempler på arenaer hvor det er aktuelt å gi råd om trening:

- ved konsultasjoner hos fastlege
- ved [forebyggende hjemmebesøk i kommunen](#)
- ved kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet

Gi informasjon om at trening kan gjennomføres både på egenhånd og som gruppetrening. Trening som knyttes til sosialt fellesskap kan motivere til deltakelse. For personer som aldri har deltatt i organisert trening, kan det å bli møtt på behovet for sosial trygghet være avgjørende for deltakelse. I møte med sårbare eldre, eksempelvis personer med psykiske lidelser, rusmiddelproblemer og dårlig nettverk, kreves en mer tilpasset tilnærming. Dette gjelder særlig hvis de også har kognitiv svikt.

- Dersom personen er motivert for trening på egenhånd, utarbeides det et individuelt tilpasset treningsprogram. Gi en beskrivelse av aktuelle øvelser, gjerne i form av en brosjyre med bilder eller e-læring.

- Dersom personen er motivert for trening i grupper, gi informasjon om at treningstilbud finnes på ulike nivå. Bruk gjerne kommunale informasjonssider med oversikt over treningstilbud for å tilpasse den enkelte.
- Personer som ikke har erfaring fra denne typen trening kan oppfordres til å oppsøke råd på et treningssenter, en frisklivsentral, gruppetreningstilbud eller for eksempel hos en fysioterapeut, kiropraktor eller andre med treningsfysiologisk fagkompetanse. Se [oversikt over frisklivssentraler i landets kommuner](#).

Vurder om personen vil ha nytte av å lære seg ferdigheten å kunne reise seg fra gulvet selv dersom de faller. Instruksjon i øvelsen: [Videos of how to get down and up from the floor \(Norwegian\) \(profound.eu.com\)](#).

Vurder kontraindikasjoner og tilpasninger for trening for ulike sykdommer og tilstander som beskrevet i [Aktivitetshåndboken](#).

Å legge til rette for trening i forbindelse med kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet kan bidra til å øke gjennomføring av trening.

### **Forslag til fremgangsmåte for balanse- og styrketrening hos personer med middels og høy risiko for fall**

- Kartlegg fysisk funksjon og medisinsk tilstand, for de med middels risiko; minimum ganghastighet, før igangsetting av individuell og/eller gruppebasert fallforebyggende trening med rom for individuelle tilpasninger.
- Tilpass treningsprogram til den enkelte etter fysisk funksjon og medisinsk tilstand. Treningen kan gjennomføres i gruppe og som et individuelt hjemmetreningsprogram. Ved gruppetrening er størrelsen på gruppen og antall instruktører avhengig av funksjonsnivået til deltakerne.
- Velg funksjonelle øvelser med overføringsverdi til hverdagen. Eksempler: reise og sette seg, knebøy, strekke seg fremover, stå med smalere understøttelsesflate, gange i ulike retninger, med ulik hastighet og i ulike omgivelser. Sørg for progresjon i takt med forbedret styrke og balanse, for eksempel ved å øke belastningen.
- Påse at treningen foregår i trygge og sikre omgivelser for å unngå skader og for å gi mestringsfølelse.
- Et tilpasset treningsprogram gjennomføres under veiledning av fysioterapeut eller annen med treningsfysiologisk fagkompetanse, eller av annet helsepersonell etter opplæring, eksempelvis hjemmetjenesten. Ansatte i hjemmetjenesten kan følge opp tiltakene og bidra til å øke gjennomføringen av treningen. Treningen kan gjerne deles opp i mindre daglige bolker.
- Tilby veiledning og sett konkrete mål i samarbeid med personen. Lag en plan for oppfølging over en tidsavgrenset periode av gangen. Noen vil ha behov for støtte over lang tid.
- Evaluer progresjon og vurder behov for annet treningstilbud, eksempelvis foreslå/motivere til deltakelse i et lavterskeltilbud og/eller gi veiledning om generelle treningstilbud der hvor den fysiske funksjonen har bedret seg.

### **Ressurser for alle over 65 år, uavhengig av risiko for fremtidige fall**

- [Basis – Fallforebyggende trening for eldre \(basis-fallforebygging.no\)](#) er et e-læringsprogram som skal styrke kunnskapen om fallforebyggende trening og behov for fysisk aktivitet i hverdagen blant ansatte eller personer som jobber med eldre. Det består av ulike programmer som retter seg mot ulike målgrupper. Siden inneholder også en øvelsesbank og støttemateriell for å komme i gang.
- [Basis – Hjemmetrening for eldre \(basis-hjemmetrening.no\)](#) er et e-læringsprogram rettet mot hjemmeboende eldre om hvordan man kan trene på egenhånd, med forslag til nivåbaserte øvelser.

## Tilleggsressurser for de med middels risiko for fremtidige fall

- [Sterk og stødig \(aldringoghelse.no\)](https://www.aldringoghelse.no) er treningsgrupper tilpasset eldre som opplever ustøhet og dermed begynnende funksjonssvikt som har behov for balanse- og styrketrening.
- [Treningsvideo for deg som ikke bruker ganghjelpemidler \(vimeo.com\)](https://www.vimeo.com)
- [Treningsvideo for deg som bruker ganghjelpemidler \(vimeo.com\)](https://www.vimeo.com)
- [Øvelser for å forebygge fall – for deg som trenger hjelpemidler når du går utendørs \(helsenorge.no\)](https://www.helsenorge.no)
- [Øvelser for å forebygge fall – for deg som føler deg litt ustø når du går utendørs \(helsenorge.no\)](https://www.helsenorge.no)

## Tilleggsressurs for de med høy risiko for fremtidige fall

- [Otago Styrke og balanse \(profound.eu.com\)](https://www.profound.eu.com) er et treningsprogram for hjemmeboende eldre som har vist effekt på forebygging av fall. Øvelsene kan gjennomføres både individuelt og i gruppe.

## Begrunnelse

Rådet bygger på nasjonalt faglig råd [Voksne over 65 år bør hver uke være fysisk aktive i minst 150 til 300 minutter med moderat intensitet, minst 75 til 150 minutter med høy intensitet eller en kombinasjon av moderat og høy intensitet](#). Her vises det til at balanse- og styrketrening styrker beinhalen og bidrar til å forhindre fall og fallrelaterte skader. Styrketrening øker muskelstyrken og kan øke beinmineraltettheten i knoklene, noe som styrker dem ved et eventuelt fall. Fysisk aktivitet og fallforebyggende trening kan ha betydning for hvor lenge en person kan bo hjemme og klare seg selv.

Aldringsprosessen fører til endringer i de fleste av kroppens organer og en generell nedgang i både fysisk og mental kapasitet. Daglig fysisk aktivitet og trening kan bidra til at prosessen utsettes. Mange av hverdagens gjøremål stiller krav til både muskelstyrke og balanse. For eksempel er det avgjørende med muskelstyrke i beina for å kunne reise seg fra en stol og gå i trapp på egen hånd. Det å forflytte seg på egen hånd og bevege seg fritt både innendørs og utendørs krever både muskelstyrke og balanse. Av disse grunner er det svært viktig å trene styrke og balanse for å bevare mest mulig selvstendighet i hverdagen. Bevegelsesvansker og tap av selvstendighet er ofte årsak til at eldre får behov for hjelp i hjemmet (Wyller, 2016; Størksen, 2016).

Å lære seg ferdigheten å kunne reise seg fra gulvet selv dersom man faller er viktig fordi det å ligge på gulvet i mer enn en time er assosiert med dehydrering, elektrolyttforstyrrelser, nyresvikt, hypotermi, lungebetennelse og urinveisinfeksjoner, hudskader og smerter og nedsatt bevegelighet og begrensinger i aktivitet, trolig på grunn av bekymringer for å falle på nytt (Montero-Odasso et al., 2022).

## Referanser

Helsedirektoratet (04. juli 2023). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 01. november fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>

Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., ... Blain, H. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and ageing*, 51(9), afac205.

Størksen, J. H. (2016). *Aldersrelaterte endringer i bevegelseskontroll* Gyldendal Akademisk.

Wyller, T. B. (2016). *Den gamle pasienten* Gyldendal Akademisk.



---

## Råd

# Personer over 65 år med lav og middels risiko for å falle kan få helsefremmende råd som kan forebygge fall

Personer over 65 år med lav og middels risiko for fall kan få råd om hvordan man opprettholder bevegelsesfunksjon og optimaliserer fysisk funksjon. Fremhev gevinster ved en sunn livsstil, både fysisk, psykisk og sosialt, samt mulighetene for endring uavhengig av alder, fremfor hva den eldre kan forebygge eller unngå.

Personer over 65 år med lav og middels risiko for å falle kan få informasjon, opplæring og veiledning om:

- å så langt som mulig følge [de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet](#) for sin aldersgruppe og begrense tid i stillesitting
- å ha et regelmessig, allsidig sammensatt kosthold i tråd med [Helsedirektoratets kostråd](#)
- å ha et begrenset inntak av alkohol
- å ivareta regelmessige syns- og hørselsundersøkelser
- å ivareta god fotpleie

Benytt relevante og eksisterende arenaer til å gi helsefremmende råd.

Rådene kan tilpasses individuelle forhold og egenskaper hos den enkelte.

## Praktisk informasjon

Informasjon og råd om fall og forebygging kan gis individuelt hjemme hos den enkelte, hos fastlegen eller på andre arenaer. Informasjon kan også gis på gruppenivå, som del av kommunens helsefremmende og forebyggende tilbud til seniorer. La informasjon og råd om fall og fallforebygging ha et helsefremmende budskap om hvordan ivareta egen helse og opprettholde selvstendige liv lengst mulig. Slike helsefremmende samtaler kan bidra med kunnskap om enkle tilpasninger og endringer i hverdagen som igjen kan øke både livskvalitet og trygghet. Lett tilgjengelige kommunale nettsider med oversikt over relevante aktivitetstilbud og kontaktinformasjon til relevante enheter med fagkompetanse innen helsefremming og forebygging vil redusere behovet for praktisk veiledning til tjenester.

## Individuelle samtaler

Individuelle samtaler gir bedre mulighet til personlig tilpasning og gode rammer for en dialog om prioriteringer, preferanser og ressurser til den enkelte. Dersom samtalen foregår i hjemmet, gir det også mulighet for vurdering av omgivelsene. Den som gjennomfører samtalen, har kjennskap til risikofaktorer for fall og relevante fallforebyggende tiltak. Formidle informasjon på en positiv måte og med et helsefremmende budskap med fokus på helsegevinster for den enkelte, eksempelvis hvilke aktiviteter og hverdagslige gjøremål som vil bli enklere å utføre med god muskelstyrke i beina, god balanse og kondisjon. En samtale som tar utgangspunkt i den enkeltes hverdagsliv, interesser og gjøremål, gir muligheter til å komme med enkle tips om hvordan en kan opprettholde bevegelsesfunksjon og selvstendighet på en trygg måte. [Motiverende intervju \(samtale\)](#) er en effektiv og empatisk metode for samtaler om endring, motivasjon og mestring.

I mange tilfeller er det helsepersonell som spør/får informasjon om fall som også vil gi råd om fallforebygging. Eksempler på fagpersoner, grupper eller institusjoner som kan gjennomføre individuelle samtaler:

- fastlege
- ansatte i helsestasjoner for eldre og personell som gjennomfører [forebyggende hjemmebesøk](#)
- fysioterapeuter i kommunen
- ergoterapeuter i kommunen
- kommunal rehabiliteringsenhet
- helsepersonell i kommunale innsatsteam
- ansatte i [frisklivssentraler \(helsenorge.no\)](#)

## Gruppebasert tilnærming

Kunnskap om fallforebygging kan også gis i grupper. Fordelene med en gruppebasert tilnærming er at det kan legges til rette for erfaringsutvekslinger, diskusjoner og refleksjoner mellom deltakerne. Eksempler på dette er samlinger arrangert av de som driver med forebyggende hjemmebesøk i kommunen, pensjonistforeninger, helselag, ulike typer seniorkurs m.m. Slike arrangementer kan gjerne foregå i et samarbeid mellom frivillige organisasjoner og kommunen, og i likhet med individuell veiledning ha et helsefremmende perspektiv med fokus på å styrke den enkeltes mulighet til å ivareta egen helse, trivsel og livskvalitet. Aktuelle temaer er eksempelvis hvordan leve et godt liv som senior, kosthold, teknologi, rus- og alkoholbruk, fysisk aktivitet, samt informasjon om aktuelle aktivitets-/treningstilbud. Denne informasjonen kan også deles på kommunens nettsider.

## Informasjon

- [Fysisk aktivitet i forebygging og behandling](#)
- [Aktivitetshåndboken](#) inneholder anbefalinger om bruk av fysisk aktivitet i forebygging og behandling ved ulike tilstander og diagnoser.
- [Nasjonale faglige råd om kostrådene og næringsstoffer](#)
- [Lokale folkehelseiltak – veiviser for kommunen](#)

## Aktuelle tilbud

- Kommunale tjenester. Se informasjon på kommunens egne nettsider.
- [Kommunale frisklivssentraler](#) tilbyr blant annet
  - helsesamtaler, individuell og gruppebasert og veiledning om fysisk aktivitet, sunt kosthold
  - råd om tilrettelegging og organisering for daglig fysisk aktivitet til ansatte i andre helse- og omsorgstjenester
  - informasjon om lokale tilbud

## Verktøy og selvhjelpsmateriell

- [Lev \(helsenorge.no\)](#) inneholder kunnskapsbaserte verktøy og råd for å endre vaner eller ved behov for informasjon om hva man selv kan gjøre for litt bedre helse:
  - [Trening og fysisk aktivitet \(helsenorge.no\)](#)
  - [Kosthold \(helsenorge.no\)](#)
  - [Alkohol \(helsenorge.no\)](#)
- [Aktivitetsdagsbok](#) er en dagbok for hjelp til planlegging og gjennomføring av trening og fysisk aktivitet
- Aktivitetsmålere som skritteller og smarttelefon

- E-læringsprogrammet [BASIS \(basis-fallforebygging.no\)](https://basis-fallforebygging.no) har som mål å styrke kunnskapen om, og vise hvordan man legger til rette for, fallforebyggende trening. Det er også utviklet et eget kurs for eldre som vil trene hjemme, med forslag til [nivåbaserte treningsprogrammer \(basis-fallforebygging.no\)](https://basis-fallforebygging.no).
- [Gode aktivitetsvaner – veileder for helsepersonell \(pdf\)](#). Dette samtaleverktøyet om fysisk aktivitet og stillesitting er utviklet til bruk for ansatte i helsetjenesten. Hensikten er å gjøre det enklere å veilede grupper og enkeltpersoner om bevegelse, fysisk aktivitet, trening, fysisk form og helse. Verktøyet kan være nyttig for blant annet kommunale frisklivssentraler og andre - lærings- og mestringstilbud i spesialist- og primærhelsetjenesten. Det kan også være egnet for frivillige og private aktører som arbeider med å fremme fysisk aktivitet.

## Begrunnelse

Rådet bygger på anbefalinger gitt i World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) som viser til at denne anbefalingen er erfaringsbasert.

Med økende alder øker risikoen for kroniske sykdommer, nedsatt syn og hørsel, nedsatt funksjonsevne og skrøpeligheit. I Norge, som i en rekke andre land, har antallet og andelen eldre i befolkningen økt jevnt ettersom forventet gjenstående levetid blant eldre har økt. Dette vil gi samfunnsmessige utfordringer over hele verden, og opprettholdelse av Eldres helse og funksjon vil bli stadig viktigere i et folkehelseperspektiv (Strand og medarbeidere, 2014). Satsinger og tiltak som bidrar til at eldre holder seg friske og selvhjulpne i eget hjem lengst mulig, blir viktige for den enkeltes livskvalitet, og også for å redusere presset på helse- og omsorgstjenestene. Det gjelder også forebygging gjennom hele livsløpet (Helsedirektoratet, 2022).

Kunnskap er en forutsetning for å kunne ta rasjonelle valg for en sunn livsstil. Hensikten med dette rådet er å gi helsefremmende råd med betydning for fall. Det er viktig å komme tidlig inn med rådene mens den eldre har reservekapasitet og mulighet til å ta ansvar for egen helse, som for eksempel gjennom deltakelse i fysisk aktivitet og trening.

Det kan være vanskelig å motivere eldre til å delta i fallforebyggende tiltak. En årsak kan være at mange forbinder fall og forebygging av fall med det å være gammel, skrøpelig og engstelig. Det kan derfor oppleves irrelevant eller stigmatiserende å få råd om fallforebyggende tiltak hvis man ikke oppfatter seg selv som skrøpelig og kanskje betrakter et eventuelt fall som et hendelig uhell og en naturlig del av det å bli eldre. For eldre som ikke har falt kan det være for abstrakt å skulle forholde seg til noe som ennå ikke har skjedd (van Rhyn & Barwick, 2019). Av den grunn bør fokus være på gevinster ved en sunn livsstil.

Hva som skal inngå i råd om fallforebygging for eldre med lav og middels risiko for å falle, og hvordan disse skal gis, kan tilpasses individuelle forhold. Dette fordi eldre er en heterogen gruppe med store variasjoner i både helse, funksjon, interesser, vaner, ressurser med mer. Den individuelle risikoen for å falle varierer i forhold til faktorer som fysisk funksjon, syn, hørsel og fotproblemer, men også forholdene den enkelte lever i (hvilke daglige gjøremål utføres/hva trenger personen å gjøre og i hvilken kontekst), adferd (er personen forsiktig eller impulsiv) og forbigående faktorer som sykdom eller fravær av vanlig støtte i omgivelsene.

God fysisk funksjon gir helsemessige fordeler, reduserer risiko for utvikling av sykdom og bidrar generelt til bedre livskvalitet og selvstendighet i hverdagens gjøremål. En sunn og aktiv livsstil kan forventes å redusere fallrisikoen indirekte gjennom dens positive innvirkning på de kondisjonering, skrøpeligheit, sarkopeni og kardiovaskulær helse (Montero-Odasso et al., 2022).

Et sunt og variert kosthold er en viktig forutsetning for en generelt god helse og for å forebygge sykdom (Totland og medarbeidere, 2014). Tilstrekkelig inntak av energi og protein bidrar til å opprettholde muskelmasse, fysisk aktivitet og redusere vekttap og er også forbundet med lavere risiko for skrøpeligheit (Strand og medarbeidere, 2014).

Nedsatt syn og hørsel er vanlig blant eldre og risikofaktorer for fall. En utfordring er at syn og hørsel ofte svekkes gradvis og det kan ta tid før et tap avdekkes. Tidlig identifikasjon etterfulgt av rask behandling er med på å redusere de negative konsekvensene av hørsels- og synstap (Strand og medarbeidere, 2014).

God funksjon i føttene, uten stivhet og smerter, er viktig for gangfunksjonen, og også for å kunne reise og sette seg. Aldringsprosessen medfører bevegelsesvansker og stivhet i hele kroppen, også føttene, noe som gjør at når man ikke lenger greier å ivareta stell av føttene på egen hånd, bør dette gjøres av noen andre (Wylie et al., 2019).

## Referanser

Helsedirektoratet (2022). *Folkehelse i et livsløpsperspektiv - Helsedirektoratets innspill til ny folkehelsemelding* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livsløpsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding>

Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., ... Blain, H. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and ageing*, 51(9), afac205.

Strand, B. H. ., B. C. L. ., S. A. ., N. C. S. ., S. V. F. ., T. T. H. ., H. T. ., V. M. ., B. H. S. ., H. K. J. ., G. F. ., M. H. E. ., K. E. ., N. R. B. R. A. ., R. A. H. ., B. E. K. ., H. K. ., H. V. (2014). *Helse hos eldre i Norge* Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/#levevaner-hos-eldre>

Torunn Holm Totland, T. H. ., T. L. E. ., A. M. H. B. A. L. ., M. H. M. ., B. A. B. ., P. M. M. ., H. K. *Kosthold i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 01. November fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/levevaner/kosthold/?term>

van Rhyn, B., & Barwick, A. (2019). Health practitioners' perceptions of falls and fall prevention in older people: a Metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 29(1), 69-79.

Wylie, G., Torrens, C., Campbell, P., Frost, H., Gordon, A. L., Menz, H. B., ... Morris, J. (2019). Podiatry interventions to prevent falls in older people: a systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*, 48(3), 327-336.

---

## Råd

### Personer over 65 år med høy risiko for å falle bør få individuelt tilpassede fallforebyggende tiltak

Helsepersonell bør tilby personer over 65 år med høy risiko for å falle tiltakene basert på funn fra [kartleggingen](#). Individuelle tiltak bør omfatte to eller flere komponenter, hvor en treningskomponent inkluderes.

I tillegg til styrke- og balansetrening, er følgende komponenter aktuelle for en slik tilnærming:

- legemiddelgjennomgang
- behandling av ortostatisk hypotensjon og kardiovaskulære sykdommer
- forebygging og behandling av feil- og underernæring
- optimalisering av syn og hørsel
- bekymringer om fall
- behandling av underliggende akutte og kroniske sykdommer
- behandling av fotproblemer og råd om fottøy
- continensbehandling
- tilpasninger i omgivelsene
- opplæring om fall og fallforebygging

Tiltakene bør beskrives i en plan (tiltaksplan, pleieplan eller tilsvarende). Evaluer og juster planen ved endringer i personens tilstand eller dersom personen faller. Pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan.

Utarbeidelse av mål og tiltak skal skje i samarbeid med den enkelte og inkludere deres verdier og preferanser. Medvirkning skal tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, inkludert bruk av tolk for de som har behov for det.

Det bør legges til rette for involvering av pårørende dersom personen ønsker det. Dersom personen ikke har samtykkekompetanse, skal nærmeste pårørende gis mulighet til å medvirke sammen med vedkommende.

Hjemmeboende med høy risiko for å falle bør tilbys ny oppfølging etter 30-90 dager for å evaluere effekt av iverksatte tiltak.

## Praktisk informasjon

I likhet som ved [kartlegging av risikofaktorer for fall](#), vil det også ved planlegging, gjennomføring og oppfølging av tiltak for forebygging av fall være nyttig med et systematisk tverrfaglig samarbeid. Når flere yrkesgrupper er involvert, er det hensiktsmessig å lage en fordeling som hensyntar hvem som gjør hva, og på den måten sparer ressurser for både helsepersonell og pasient/bruker.

Strukturer relevant informasjon fra kartleggingen i en plan. En plan for tiltak inneholder mål, planlagt oppfølging av tiltakene og tidspunkt for evaluering og revurdering. Evaluer og juster planen for å sikre at iverksatte tiltak fører til at mål nås. En slik plan kan utarbeides i samarbeid mellom ulike instanser i kommunen, eksempelvis fastlege, hjemmebaserte tjenester, ergoterapeut, fysioterapeut, innsatsteam eller rehabiliteringsenhet. Utarbeidelse av mål, tiltak og tidspunkt for evaluering gjennomføres i samarbeid med den enkelte.

En plan omfatter to eller flere tiltak basert på funn fra den multifaktorielle kartleggingen av risikofaktorer for fall, fortrinnsvis inkludert trening.

Eksempler:

- Legemiddelgjennomgang, tilpasset styrke- og balansetrening og ernæringsbehandling
- Tilpasninger i hjemmemiljøet og tilpasset styrke- og balansetrening

## Involvering av den enkelte og/eller pårørende

Snakk om resultatene fra kartleggingen for å bidra til økt forståelse om eventuelle risikofaktorer og hvordan personen selv forholder seg til dette.

Spør om:

- egne målsettinger og prioriteringer
- holdninger til aktiviteter og trening
- hvilken betydning det har for dem å være selvstendig og uavhengig
- hvordan de ser på egen risiko for å falle
- evne, motivasjon og vilje til å ta beslutninger om aktuelle tiltak

Involvering og opplæring av pårørende kan foregå ved at de deltar i samtaler om resultater fra kartleggingen og hva som skal inngå i en plan for tiltak. Pårørende kan også involveres i gjennomføring av tiltakene. Eksempel: Dersom tiltaket er styrke- og balansetrening i hjemmet, kan de få veiledning om hvordan tiltakene kan følges opp også utenom selve treningsøktene. Dette kan bidra til økt aktivitet og treningsmengde, slik at effekten av tiltakene blir større.

## Beskrivelse av tiltak

### Styrke- og balansetrening

Se råd om [styrke og balansetrening](#).

### Legemiddelgjennomgang

Bruk [legemiddelgjennomgang](#) som metode for å sikre best mulig effekt av legemidlene og redusere risiko ved legemiddelbruk. Vurder å avslutte behandling med legemidler som kan øke fallrisiko. [STOPPFall \(legemiddelhandboka.no\)](#) består av et screeningsverktøy for legemidler som øker fallrisiko, samt råd om avmedisinering. Viktige forhold om avmedisinering beskrives også i kapitlet [Avmedisinering \(legemiddelhandboka.no\)](#).

### Kardiovaskulære tiltak

Ved ortostatisk hypotensjon (stillingsbetinget lavt blodtrykk) er legemiddelgjennomgang nødvendig. I tillegg kan praktiske råd og hjelpemidler ved oppreising, støttestrømper og tiltak for hydrering være aktuelt. Unntaksvis kan legemidler være aktuelt, se eventuelt kapitlet [Synkope og ortostatisk hypotensjon \(legemiddelhandboka.no\)](#). Uforklarte fall, det vil si fall som ikke kan forklares av for eksempel vansker med gange og balanse, muskelsvakhet, kognitiv svikt eller faktorer i omgivelsene, bør gi mistanke om synkope og utredes som det. Vurder henvisning til fallpoliklinikk eller hjerteavdeling med tanke på karotismassasje og langtids rytmeovervåking.

### Ernæringsbehandling

For personer i risiko for underernæring skal det utarbeides en individuell ernæringsplan for å sikre tilpasset og tilstrekkelig ernæring, se nasjonal faglig retningslinje [Forebygging og behandling av underernæring](#). Tilskudd av vitamin D anbefales for de som har fått påvist mangel eller dersom kostholdet inneholder lite av de matvarene som inneholder vitamin D og man får lite sollys (Helsedirektoratet, 2012).

### Syn og hørsel

Behandle nedsatt syn, som tilpasninger av synshjelpemidler og operasjon av grå stær (katarakt) på indikasjon. Ved bruk av briller med nye justeringer, gjør personen oppmerksom på at dette kortsiktig kan øke fallrisiko. Sørg for korrekt bruk av briller og høreapparat. Unngå bruk av multifokale briller ved aktivitet da det gjør det vanskelig å bedømme avstand.

## Bekymringer for å falle

Aktuelle tiltak inkluderer trening og kognitiv adferdsterapi for å redusere bekymringer om fall.

## Depresjon

Valg av behandling avhenger av personens ønsker og eventuelt tidligere erfaringer. Se også [depresjon hos eldre](#) i nasjonale faglige råd om psykiske lidelser hos eldre.

## Smerte

Vurder både tiltak med og uten legemidler. Enkelte smertestillende øker fallrisikoen. Aktuelle tiltak for smerter i ben og føtter kan være fotpleie, tilpassede sko, gangstøtte, årsaksrettede tiltak mot eksempelvis sår, artrose, sirkulasjonsforstyrrelser (venøse og arterielle) og nevropati.

## Rusmiddelproblemer og avhengighet

For behandling og rehabilitering, se nasjonal faglig retningslinje [Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#).

## Velferdsteknologiske løsninger

Vurder bruk av velferdsteknologiske løsninger som digitalt tilsyn, trygghetsalarm, automatisk lystenning og lignende. Digitalt tilsyn omtales også som sensorteknologi eller passiv varsling. Digitalt tilsyn kan bestå av ulike sensorer som sengematter/sensorlaken som registrerer fravær fra seng, bevegelsessensorer i rom som detekterer bevegelse, døralarm som varsler ved passering og falldetektorer som registrerer brå bevegelser etterfulgt av stillstand med mer. Eksisterende teknologi vil i liten grad forebygge fall i hjemmet. Likevel kan pårørende som bor sammen med den som har risiko for å falle bruke sensorteknologi for å reagere på risikoaktiviteter, som for eksempel å stå opp for å gå på toalettet om natten. Nyttene av bruk av velferdsteknologi må vurderes for den enkelte, inkludert jevnlig revurdering.

## Tiltak i omgivelsene

Aktuelle tiltak er eksempelvis:

- håndtak på bad/toalett
- god belysning
- fjerning av eventuelle snublefeller
- sikre trygg passasje mellom soverom og toalett
- toalettforhøyer med håndtak
- tilgjengelig urinflaske for menn
- tilpasning av ganghjelpemidler

Evaluer tilpasninger av hjemmemiljøet jevnlig. For eksempel kan behovet for ganghjelpemidler innendørs reduseres etter en periode med trening eller det blir foretatt synskorrigeringer. Behovet for flere og nye miljøtilpasninger kan også endres ved for eksempel forverringer i helsetilstand, og spesielt der hvor personens forutsetninger reduseres og funksjonsnedsettelsen vurderes til å være irreversibel. Vurder miljøtilpasninger i sammenheng med personens forutsetninger og aktivitetsmønster, som for eksempel aktuelle gjøremål i løpet av døgnet. Tiltakene gjennomføres fortrinnsvis i samarbeid med ergoterapeut.

## Begrunnelse



Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes, skal være forsvarlige. Forsvarlighetskravet er lovfestet i [helsepersonelloven § 4](#), [helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1](#) og [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#). Det innebærer blant annet at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, og helsepersonell som yter helsehjelp, skal gi pasient og bruker et helhetlig og koordinert tilbud.

Tiltak for forebygging av fall er effektive for den enkelte dersom de baserer seg på å behandle, forbedre eller håndtere forhold som ble identifisert under kartleggingen av risikofaktorer samt tar hensyn til personens egne ønsker og preferanser. Det er ikke tilstrekkelig med et sett av generiske tiltak for å forebygge fall. Rådet bygger på anbefalinger gitt i World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) som viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for anbefalingen er moderat.

Mange eldre har en oppfatning av at fall er en naturlig del av alderdommen, lite kunnskap om årsaker til fall, fallrisiko, forebygging av fallhendelser og egen risiko for å falle, samt hvordan risiko for fremtidige fall kan reduseres. Kjennskap til Eldres egne oppfatninger gir helsepersonell mulighet til å gi eldre bedre og mer nøyaktig informasjon om fall og fallforebygging. Ivaretagelse av pasient- og brukermedvirkning innebærer at den eldre kan fremme egne ønsker og delta i beslutninger om hvordan fall kan forebygges. Utarbeidelse av mål og tiltak i samarbeid med den eldre og samtidig inkludere deres verdier og preferanser kan også forbedre etterlevelsen av tiltakene og resultatene. Informasjon om fordeler og belastninger ved å gjennomføre fallforebyggende tiltak kan sette vedkommende bedre i stand til å ta informerte valg. Eldres kunnskap om og holdninger til fall påvirker hvordan de prioriterer forebygging. Dette kan avgjøre om de vil delta i forebyggingstiltak eller hvilke tiltak de vil være med på. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget om å inkludere personens verdier og preferanser i utarbeidelsen av en plan for fallforebyggende tiltak, er moderat.

Anbefalinger av hvilke tiltak som inngår baserer seg på World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022), som viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget varierer innenfor de ulike områdene.

## **Legemiddelgjennomgang**

World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative, (Montero-Odasso et al., 2022) viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for anbefaling om å inkludere legemiddelgjennomgang og vurdering av avslutning av behandling med legemidler som kan øke fallrisikoen hos eldre, som en del av en multifaktoriell tilnærming for å forebygge fall, er moderat.

## **Kardiovaskulære tiltak**

World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for anbefaling om å inkludere håndtering av ortostatisk hypertensjon som en del av en multifaktoriell tilnærming for å forebygge fall, er høy. Samme retningslinje viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget om utredning av synkope ved uforklarte fall, er moderat.

## **Ernæringsbehandling**

Undervekt og underernæring kan føre til økt risiko for fall. Det foreligger ikke kunnskapsgrunnlag for at alle eldre, uten påvist mangel, skal få tilskudd av vitamin D for å forebygge fall. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022)



viser til at anbefaling om å inkludere dette i en multifaktoriell tilnærming, er erfaringsbasert. Kloke valgkampanjen anbefaler [ikke å måle vitamin D hos personer uten økt risiko for D-vitaminmangel \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no).

## Syn

Anbefalingen om håndtering av nedsatt syn som en del av en multifaktoriell tilnærming for å forebygge fall er, ifølge World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022), erfaringsbasert.

## Bekymringer for å falle

World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for anbefaling om tiltak for å redusere bekymringer for å falle som en del av en multifaktoriell tilnærming for å forebygge fall, er moderat.

## Depresjon

Anbefaling om behandling av depresjon som en del av en multifaktoriell tilnærming for å forebygge fall er, ifølge World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022), erfaringsbasert.

## Smerte

Anbefalingen om adekvat smertebehandling som en del av en multifaktoriell tilnærming for å forebygge fall er, ifølge World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022), erfaringsbasert.

## Velferdsteknologiske løsninger

Bruk av teknologi for å avdekke og forebygge fall er et begynnende forskningsfelt som har vist varierende grad av effekt. Anbefaling om å vurdere bruk av teknologi i fallforebygging er, ifølge World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022), erfaringsbasert. Kommuner anbefales å se på muligheten for å innføre digitalt tilsyn (Helsedirektoratet, 2015) på grunn av mulighet for raskere hjelp for eldre som har falt (Helsedirektoratet, 2017) samt gjennomførbarheten av tiltaket og gode erfaringer fra tjenestene. Slike løsninger kan forventes å kun virke skadebegrensende ved at fall blir oppdaget raskere. Automatisk lystenning kan i noen grad virke fallforebyggende.

## Tiltak i omgivelsene

De største effektene ses når tiltakene benyttes for eldre med høy risiko for å falle, inkludert de med synshemminger. For at tiltakene skal være effektive må de jevnlig evalueres, da behovene kan endre seg raskt. Tiltakene er mest effektive når de målrettes for å forebygge fall og er sannsynligvis mer effektive når de gjennomføres av en ergoterapeut. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for denne anbefalingen som en del av en multifaktoriell tilnærming for å forebygge fall, er moderat.

## Samtykke til helsehjelp og rett til medvirkning og informasjon

Retten til medvirkning og informasjon for pasient, bruker og nærmeste pårørende og krav til informasjonens form, følger av [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 \(lovdata.no\)](https://lovdata.no).

Hovedregelen er at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke. Reglene om samtykke til helsehjelp følger av [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 \(lovdata.no\)](#).

## Involvering av pårørende

Helsepersonell skal som utgangspunkt be om pasientens eller brukerens samtykke før de gir pårørende opplysninger om pasientens/brukerens helsetilstand, helsehjelp og andre personlige opplysninger. Les om [samtykke og konsekvenser for involvering av pårørende i Pårørendeveilederen](#). Se også kapitlet om [involvering av pårørende i utredning, behandling og oppfølging av pasient eller bruker i Pårørendeveilederen](#).

## Plan for tiltak

En plan for tiltak basert på multifaktoriell kartlegging bidrar til at tiltakene blir individualiserte. En slik plan kan også bidra til at alle ansatte følger opp tiltakene. Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 \(lovdata.no\)](#). En individuell plan erstatter ikke behovet for detaljerte delplaner. Behandlingsplaner m.m. kan inngå som deler av den individuelle planen.

## Deling av taushetsbelagte opplysninger

Deling av taushetsbelagte opplysninger forutsetter samtykke til å gi informasjon etter [helsepersonelloven § 22 \(lovdata.no\)](#) eller annet unntak fra taushetsplikten. Les mer om taushetsplikt og deling av opplysninger i [veilederen Taushetsplikt og opplysningsplikt](#).

## Referanser

Helsedirektoratet (01. september 2016). *Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 01. oktober fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken/Kosth%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf>

Helsedirektoratet (24. april 2019). *Anbefalinger om velferdsteknologiske løsninger i kommunene*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 01. juni fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/anbefalinger-om-velferdsteknologiske-losninger-i-kommunene>

Helsedirektoratet (2017). *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf>

Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., ... Blain, H. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and ageing*, 51(9), afac205.

## Fallforebyggende tiltak – spesielt på sykehjem

---

### Råd

### Sykehjemsbeboere bør få en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall

Anse alle sykehjemsbeboere for å ha høy risiko for å falle. En multifaktoriell kartlegging bør gjennomføres som grunnlag for individuelle tiltak for å forebygge fall. Kartleggingen bør gjennomføres ved innkomst, og gjentas minst hvert år eller når beboernes tilstand endres. Omfanget av kartleggingen tilpasses hver beboer.

Det bør legges til rette for involvering av pårørende dersom personen ønsker det. Dersom personen ikke har samtykkekompetanse, skal nærmeste pårørende gis mulighet til å medvirke sammen med vedkommende.

I tillegg til individuelle risikofaktorer for fall, kan også nye omgivelser og hjelpere som beboeren ikke kjenner, øke fallrisikoen. Dersom en beboer faller, bør det gjennomføres en vurdering av omstendighetene rundt fallet. Da kan man revurdere risikofaktorene og eventuelt gjøre endringer i de fallforebyggende tiltakene. Utløsende faktorer kan være akutte medisinske tilstander, som synkope og infeksjoner. Det kan også være knyttet til bestemte handlinger eller adferd på tidspunktet for fallet, som forflytning eller stor uro. I tillegg kan det være forhold i miljøet, som glatte gulv.

### Praktisk informasjon

Kartlegging av risikofaktorer for fall gjennomføres så raskt som mulig etter innkomst. Den baseres på observasjon, undersøkelser av og spørsmål om risikofaktorer for fall. Det gjøres i samarbeid med beboer og eventuelt pårørende, samt sykepleier eller primærkontakt og lege. Det kan også være relevant å involvere andre faggrupper som fysioterapeut, ergoterapeut, klinisk ernæringsfysiolog og farmasøyt for å kartlegge beboerens fysiske funksjonsnivå, ADL-funksjon, kognitiv tilstand, risiko for underernæring og bruk av legemidler. En detaljert sykehistorie kan tjene som grunnlag for å bestemme risikofaktorer, hvor tidligere fall er en stor risikofaktor.

Undersøk og identifiser særlige risikofaktorer som:

- tidligere fallhistorie
- bruk av ganghjelpemidler
- funksjonsnedsettelse
- kognitiv svikt
- vandring
- Parkinsons sykdom
- gjennomgått hjerneslag
- svimmelhet
- legemidler som kan gi økt risiko for fall
- risiko for underernæring

Tabellen [Multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall](#) viser oversikt over potensielle måleinstrumenter og tilnærminger for vurdering av individuelle, modifiserbare risikofaktorer for fall.

## Begrunnelse

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes, skal være forsvarlige. Forsvarlighetskravet er lovfestet [ihelsepersonelloven § 4](#) og [helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 \(lovdata.no\)](#). Det innebærer blant annet at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, og helsepersonell som yter helsehjelp, skal gi pasient eller bruker et helhetlig og koordinert tilbud.

Sykehjemsbeboere er skrøpelige, de fleste har kognitiv svikt/demens (Gjøra og medarbeidere, 2021) og nesten alle har høy risiko for å falle (Montero-Odasso et al., 2022). Derfor har de fleste nytte av en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall som grunnlag for individuelt tilpassede fallforebyggende tiltak.

World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) viser til at gjennomføring av en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall, med påfølgende individuelle tiltak for å forebygge fall, anses å være berettiget, til tross for at kvaliteten på forskningsgrunnlaget er lav. Også World Health Organization (2021) anbefaler at det gjennomføres kartlegging av individuelle risikofaktorer for fall av eldre på sykehjem som grunnlag for individuelle tiltak for å forebygge fall.

Det anbefales ikke å bruke vurderings-/screeningsverktøy for å identifisere sykehjemsbeboere med risiko for fall (Montero-Odasso et al., 2022). Helsepersonells kliniske skjønn basert på daglige observasjoner og vurdering av hjelpebehov kan gi viktig informasjon om den enkeltes fallrisiko. Retningslinjen viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for anbefaling om ikke å benytte vurderings-/screeningsverktøy for å identifisere sykehjemsbeboere med risiko for fall, men å anse alle sykehjemsbeboere som å ha høy risiko for fall, er høy.

World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) anbefaler å gjennomføre en ny kartlegging av risikofaktorer for fall etter en fallhendelse for å forsøke å avklare hvilke faktorer som bidro til fallet og for å vurdere behov for justering av tiltakene. Dette kan bidra til å forhindre nye fall. Samme retningslinje viser til at denne anbefalingen er erfaringsbasert.

## Samtykke til helsehjelp og rett til medvirkning og informasjon

Hovedregelen er at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke. Reglene om samtykke til helsehjelp følger av [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 \(lovdata.no\)](#).

Retten til medvirkning og informasjon for pasient, bruker og nærmeste pårørende og krav til informasjonens form, følger av [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 \(lovdata.no\)](#).

## Involvering av pårørende

Helsepersonell skal som utgangspunkt be om pasientens eller brukerens samtykke før de gir pårørende opplysninger om pasientens/brukerens helsetilstand, helsehjelp og andre personlige opplysninger. Les om [samtykke og konsekvenser for involvering av pårørende i Pårørendeveilederen](#). Se også [involvering av pårørende i utredning, behandling og oppfølging av pasient eller bruker i Pårørendeveilederen](#).

## Deling av taushetsbelagte opplysninger

Deling av taushetsbelagte opplysninger forutsetter samtykke til å gi informasjon etter [helsepersonelloven § 22 \(lovdata.no\)](#) eller annet unntak fra taushetsplikten, som for eksempel helsepersonelloven § 25 om deling av informasjon med samarbeidende helsepersonell. Les mer om taushetsplikt og deling av opplysninger i veilederen [Taushetsplikt og opplysningsplikt](#).

## Referanser

Gjøra, L., Strand, B. H., Bergh, S., Borza, T., Brækhus, A., Engedal, K., ... Livingston, G. (2021). Current and future prevalence estimates of mild cognitive impairment, dementia, and its subtypes in a population-based sample of people 70 years and older in Norway: the HUNT study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 79(3), 1213-1226.

Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., ... Blain, H. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and ageing*, 51(9), afac205.

World Health Organization (2021). *Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course* WHO.

---

## Råd

# Sykehjemsbeboere bør få individuelt tilpassede fallforebyggende tiltak

Tiltak for å forebygge fall bygger på resultatet av den [multifaktorielle kartleggingen](#). Ernæringsrettede tiltak, legemiddelgjennomgang med vurdering av avslutning av legemidler som kan øke fallrisiko hos eldre, samt fysisk aktivitet og trening bør inngå. Vurder også bruk av velferdsteknologiske løsninger for å forebygge fall.

Tiltakene bør beskrives i en plan (tiltaksplan, pleieplan, behandlingsplan eller tilsvarende). Evaluer og juster planen ved endringer i pasientens tilstand eller dersom pasienten faller. Pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan.

Tilpass medvirkning til beboerens individuelle forutsetninger. Utarbeid mål og tiltak i samarbeid med beboeren og inkluder deres verdier og preferanser. Det bør legges til rette for involvering av pårørende dersom personen ønsker det. Dersom personen ikke har samtykkekompetanse, skal nærmeste pårørende gis mulighet til å medvirke sammen med vedkommende.

## Praktisk informasjon

Strukturer relevant informasjon fra kartleggingen i en plan. En plan for tiltak inneholder mål, planlagt oppfølging av tiltakene og tidspunkt for evaluering og revurdering. Evaluer og juster planen for å sikre at iverksatte tiltak fører til at mål nås. Utarbeidelse av mål, tiltak og tidspunkt for evaluering gjennomføres i samarbeid med den enkelte, og eventuelt pårørende.

Å utarbeide en lokal mal vil kunne lette utarbeidelse av planen, bidra til mer systematisk arbeid for å forebygge fall samt fungere som et beslutningsstøtteverktøy.

## Lag konkrete mål for forebygging av fall

Målet er fortrinnsvis å unngå fall, men kan også være å redusere antall fall hos beboere som faller hyppig, unngå fallrelaterte skader eller at beboeren mestrer bruk av hjelpemidler som er ment å forebygge fall.

## Gjennomfør individuelle tiltak

Velg tiltak basert på funn fra den multifaktorielle kartleggingen av risikofaktorer for fall. Eksempler:

- Mobilitet: Gjør tiltak for å vedlikeholde eller forbedre den enkeltes mobilitet, som evnen til å reise og sette seg, eller å gå til og fra spisestua. Slike tiltak brukes helst før man tar i bruk heisanordninger eller rullestol.
- Smerter i bein og føtter: Gjør tiltak mot smerter i ben og føtter som fotpleie, tilpassede sko, gangstøtte, årsaksrettede tiltak mot eksempelvis sår, artrose, sirkulasjonsforstyrrelser (venøse og arterielle) og nevropati.

Inkluder ernæringsrettede tiltak, legemiddelgjennomgang, samt fysisk aktivitet og trening. Vurder behovet for digitalt tilsyn.

## Ernæring

Gi et kosthold rikt på kalsium, protein og vitamin D. Vurder daglig tilskudd av vitamin D, i tillegg til å bruke matvarer med høyt vitamin D-innhold, til beboere som er lite ute i dagslys. For beboere i risiko for underernæring skal det utarbeides en individuell ernæringsplan for å sikre tilpasset og tilstrekkelig ernæring, se nasjonal faglig retningslinje [Forebygging og behandling av underernæring](#).

## Legemiddelgjennomgang

Bruk [legemiddelgjennomgang](#) som metode for å sikre best mulig effekt av legemidlene og redusere risiko ved legemiddelbruk. Vurder å avslutte behandling med legemidler som kan øke fallrisiko. [STOPPFall \(legemiddelhandboka.no\)](#) består av et screeningsverktøy for legemidler som øker fallrisiko, samt råd om avmedisinering. Sentrale forhold rundt dette beskrives også i kapitlet [avmedisinering \(legemiddelhandboka.no\)](#).

## Fysisk aktivitet og trening

Gi sykehjemsbeboere mulighet til å være i [regelmessig fysisk aktivitet](#). Gjennomfør [regelmessig balanse- og styrketrening](#) som en del av den fysiske aktiviteten. Fysisk aktivitet og trening kan gjennomføres både individuelt og i grupper, tilpasset den enkeltes helsetilstand og preferanser. Sikre at treningen utføres trygt og sikkert.

- Plan for fysisk aktivitet og trening bygger på en individuell vurdering av fysisk funksjon, inkludert hva beboeren er i stand til å gjøre og hvilken bistand det eventuelt er behov for.
  - Snakk med beboeren om hvilke aktiviteter som foretrekkes.
- Konsulter personell med treningsfysiologisk fagkompetanse, eksempelvis fysioterapeut, for å gi råd om fysisk aktivitet og trening.
- Ha rutiner for fysisk aktivitet og trening som en del av de daglige gjøremålene, som aktiv deltakelse ved stell og av- og påkledning og gå fra rommet til spisestua til måltidene.
  - Beboere kan også inkluderes i gjøremål i avdelingen som å brette klær, dekke bord og vanne blomster.
- Ha rutiner som gir rom for enkle aktivitets-/treningsbolker i det daglige eller på faste tidspunkter
  - Faste rutiner kan bidra til at det skapes en felles kultur hvor både ansatte og beboere kan få et aktivt avbrekk i hverdagen.
- Skap motivasjon til trening.

- Informer om helsegevinstene ved å trene. Sykehjemsbeboere kan ha mange barrierer mot å trene, som redusert helsetilstand, bekymring for å falle og tidligere erfaring med fysisk aktivitet.
- Å alminneliggjøre trening kan også virke motiverende.
- Rutiner og repetisjoner kan bidra til at beboere blir motivert og oppmuntret til å delta.
- Pårørende som er på besøk, kan også oppfordres til å være aktiv med beboeren.

## Ressurser

- [Basis \(basis-fallforebygging.no\)](https://basis-fallforebygging.no) er et e-læringsprogram som skal styrke kunnskapen om fallforebyggende trening og behov for fysisk aktivitet i hverdagen blant ansatte eller personer som jobber med eldre. Det består av ulike programmer som retter seg mot ulike målgrupper. Siden inneholder også en øvelsesbank og støttemateriell for å komme i gang.
- [Øvelser og aktiviteter for å forebygge fall hos eldre med omfattende hjelpebehov \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no)
- Oppsummering av rapport utarbeidet av Høgskolen i Oslo og Akershus og NTNU: [Fysisk aktivitet og trening på sykehjem \(youtube.com\)](https://www.youtube.com/watch?v=...)
- Omtale av prosjektet "Aktive eldre" som presenterer en mulig måte å iverksette trening for sykehjemsbeboere: [Slik kan eldre få god trening på sykehjem \(sykepleien.no\)](https://www.sykepleien.no)

## Velferdsteknologiske løsninger

Vurder bruk av velferdsteknologiske løsninger som digitalt tilsyn, trygghetsalarm, automatisk lystenning og lignende. Digitalt tilsyn omtales også som sensorteknologi eller passiv varsling. Digitalt tilsyn kan bestå av ulike sensorer som sengematter/sensorlaken som registrerer fravær fra seng, bevegelsessensorer i rom som detekterer bevegelse, døralarm som varsler ved passering og falldetektorer som registrerer brå bevegelser etterfulgt av stillstand med mer. Nyttien må vurderes for den enkelte, inkludert jevnlig revurdering.

## Andre tiltak for å forebygge fall

Se tabell med [eksempler på tiltak for forebygging av fall på institusjon](#).

## Begrunnelse

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes, skal være forsvarlige. Forsvarlighetskravet er lovfestet i [helsepersonelloven § 4](#) og [helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 \(lovdata.no\)](#). Det innebærer blant annet at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, og helsepersonell som yter helsehjelp, skal gi pasient og bruker et helhetlig og koordinert tilbud.

De fleste sykehjemsbeboere høy risiko for å falle, jf. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022). Samme retningslinje viser til at anbefaling om individuelle tiltak for å forebygge fall basert på en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall, anses å være berettiget til tross for at kvaliteten på det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget er lav. Også World Health Organization (2021) anbefaler individuelle kombinasjoner av tiltak, basert på identifiserte risikofaktorer. World guidelines viser også til at for å forebygge fall i sykehjem bør implementering av fallforebyggende tiltak gjennomføres sammen med [opplæring av personalet](#) og ved bruk av beslutningsstøtteverktøy.

## Ernæring

World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) anbefaler å inkludere optimalisering av ernæringstilstand, inkludert tilskudd av vitamin D, som en del av tiltak for å forebygge fall. Retningslinjen viser til at kvaliteten på

forskningsgrunnlaget for anbefalingen er moderat. Selv om energibehovet synker med alderen, er behovet for næringsstoffer (vitaminer og mineraler) det samme eller økt (kalsium, protein og vitamin D) (Helsedirektoratet, 2012).

## Legemiddelgjennomgang

World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) anbefaler å vurdere og avslutte behandling med legemidler som kan øke fallrisiko som en del av en multifaktoriell tilnærming for å forebygge fall. Retningslinjen viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for denne anbefalingen er lav.

## Fysisk aktivitet og trening

Bevegelsesvansker og redusert mobilitet er risikofaktorer for fall. Å opprettholde, og om mulig forbedre, disse funksjonene gjennom trening bidrar til å minske fallrisikoen og redusere fall hos den enkelte (Helbostad, 2016). Rutinene på et sykehjem kan gjøre det vanskelig å opprettholde fysisk funksjon gjennom utførelse av daglige gjøremål, da dette i stor grad blir tatt hånd om av ansatte. En individuell vurdering av fysisk funksjon gjennomføres for å få innsikt i hva beboeren klarer å gjøre selv (Telenius og medarbeidere, 2017). Tilrettelegginger for aktivitet i miljøet vil sammen med en individuell plan for tiltak, som tar utgangspunkt i kartlegging av både ADL-funksjon og risikofaktorer for fall, være et godt hjelpemiddel for å kunne opprettholde og vedlikeholde den enkeltes funksjon lengst mulig (Peyrusqué et al., 2023).

Studier gjennomført på sykehjem har vist at individuell trening kan bedre både beboernes fysiske funksjon og deltakelse i daglige aktiviteter, men har så langt ikke vist langtidseffekt av et tidsavgrenset treningstilbud (Frändin et al., 2016). Dette innebærer at når treningsperioden er avsluttet så tar det kort tid før effekten av treningen har gått tapt. Trening er ferskvare, og for at trening skal ha en langtidseffekt, så må dette inn i sykehjemmets faste rutiner (Telenius og medarbeidere, 2017).

World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) anbefaler at fysisk aktivitet, inkludert trening når det er mulig og trygt, bør inngå som tiltak for å forebygge fall i sykehjem. World Health Organization (2021) viser også til at trening ofte er en del av virkningsfulle multifaktorielle intervensjoner i sykehjem. Det fremheves at gitt stor grad av funksjonsnedsettelse hos sykehjemsbeboere, bør personell med treningsfysiologisk fagkompetanse konsulteres for å gi råd om trening og fysisk aktivitet (Montero-Odasso et al., 2022).

Rådet bygger også på anbefalinger om fysisk aktivitet og trening slik de fremkommer i nasjonalt faglig [råd for voksne og eldre](#).

## Velferdsteknologiske løsninger

Bruk av teknologi for å avdekke og forebygge fall er et begynnende forskningsfelt som har vist varierende grad av effekt. Anbefaling om å vurdere bruk av teknologi i fallforebygging er, ifølge World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022), erfaringsbasert. Kommuner anbefales å se på muligheten for å innføre velferdsteknologiske løsninger i institusjonsbasert omsorg (Helsedirektoratet, 2015) på grunn av mulighet for å forebygge fall (Helsedirektoratet, 2017). Det er tiltak som vil gi raskere hjelp for eldre som har falt, som er enkelt å gjennomføre (Schoberer et al., 2022) og som tjenestene har gode erfaringer med.

## Samtykke til helsehjelp og rett til medvirkning og informasjon

Hovedregelen er at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke. Reglene om samtykke til helsehjelp følger av [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 \(lovdata.no\)](#).



Retten til medvirkning og informasjon for pasient, bruker og nærmeste pårørende og krav til informasjonens form, følger av [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 \(lovdata.no\)](#).

## Involvering av pårørende

Helsepersonell skal som utgangspunkt be om pasientens eller brukerens samtykke før de gir pårørende opplysninger om pasientens/brukerens helsetilstand, helsehjelp og andre personlige opplysninger. Les om [samtykke og konsekvenser for involvering av pårørende i Pårørendeveilederen](#). Se også [involvering av pårørende i utredning, behandling og oppfølging av pasient eller bruker i Pårørendeveilederen](#).

## Plan for tiltak

En plan for tiltak bidrar til individuelle tiltak basert på multifaktoriell kartlegging. En plan med tiltak kan bidra til at alle ansatte følger opp tiltakene. Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 \(lovdata.no\)](#). En individuell plan erstatter ikke behovet for detaljerte delplaner. Behandlingsplaner m.m. kan inngå som deler av den individuelle planen.

## Referanser

Frändin, K., Grönstedt, H., Helbostad, J. L., Bergland, A., Andresen, M., Puggaard, L., ... Hellström, K. (2016). Long-term effects of individually tailored physical training and activity on physical function, well-being and cognition in Scandinavian nursing home residents: a randomized controlled trial. *Gerontology*, 62(6), 571-580.

Helbostad, J. L. (2016). *Forebygging av funksjonstap og falltendens* Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet (01. september 2016). *Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 01. oktober fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken/Kosth%C3%A5ndboken%20E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf>

Helsedirektoratet (24. april 2019). *Anbefalinger om velferdsteknologiske løsninger i kommunene*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 01. juni fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/anbefalinger-om-velferdsteknologiske-losninger-i-kommunene>

Helsedirektoratet (2017). *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20E2%80%93%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf>

Helsedirektoratet (04. juli 2023). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 01. november fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>

Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., ... Blain, H. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and ageing*, 51(9), afac205.

Peyrusqué, E., Buckinx, F., Kergoat, M., & Aubertin-Leheudre, M. (2023). Exercise Guidelines to Counteract Physical Deconditioning in Long-Term Care Facilities: What to Do and How to Do It?. *Journal of the American Medical Directors Association*, 24(5), 583-598.

Schoberer, D., Breimaier, H. E., Zuschnegg, J., Findling, T., Schaffer, S., & Archan, T. (2022). Fall prevention in hospitals and nursing homes: Clinical practice guideline. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 19(2), 86-93.

Telenius, E. W. ., L. B. ., H. J. L. ., G. R. (2017). *Fysisk aktivitet og trening på sykehjem* Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus. Hentet fra [https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/FA\\_p%C3%A5\\_sykehjem\\_Skriftserien.pdf](https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/FA_p%C3%A5_sykehjem_Skriftserien.pdf)

World Health Organization (2021). *Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course* WHO.

## Fallforebyggende tiltak – spesielt på sykehus

---

### Råd

### **Pasienter i sykehus over 65 år, samt yngre pasienter som vurderes å ha høy risiko for å falle, kan få en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall**

Pasienter over 65 år innlagt i sykehus kan få en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall. Det kan også gjennomføres hos yngre pasienter (55 til 64 år) med nevrologiske lidelser, hjerneslag, kognitiv svikt/delirium, bruddskader eller andre som av helsepersonell vurderes å ha høy risiko for å falle på grunn av en underliggende tilstand. Kartleggingen gjennomføres fortrinnsvis i tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell med relevant kompetanse innen fallforebygging. Omfang av en multifaktoriell kartlegging tilpasses lokale forhold.

Det bør legges til rette for involvering av pårørende dersom personen ønsker det. Dersom personen ikke har samtykkekompetanse, skal nærmeste pårørende gis mulighet til å medvirke sammen med vedkommende.

Kartleggingen bør gjennomgås på nytt dersom:

- det er en endring i pasientens tilstand
- pasienten faller under sykehusoppholdet, uavhengig av om skade oppstår. Kartlegg omstendighetene rundt fallet og eventuelle utløsende faktorer, som nyoppstått sykdom, komplikasjoner eller delirium

For eldre som legges inn i sykehus med fall eller en fallrelatert skade, bør det gjennomføres en [vurdering av alvorlighetsgrad av fallet](#). Eldre med høy risiko for fremtidige fall bør tilbys en [multifaktoriell kartlegging](#) som grunnlag for individuelle tiltak for å forebygge nye fall etter innleggelse i sykehus.

### **Praktisk informasjon**

Gjennomfør kartlegging av risikofaktorer for fall så raskt som praktisk mulig etter ankomst på sykehus. En detaljert sykehistorie kan danne grunnlag for å identifisere risikofaktorer. Kartleggingen skjer i samarbeid mellom pasient, lege og sykepleietjenesten, og eventuelt pårørende. Det kan også være relevant å involvere andre yrkesgrupper som fysioterapeut for å kartlegge pasientens fysiske funksjonsnivå og eventuell svimmelhet, ergoterapeut for å kartlegge ADL-funksjon og eventuelt pasientens kognitive tilstand, klinisk ernæringsfysiolog dersom det er usikkerhet knyttet til kartlegging hos personer i risiko for underernæring, samt farmasøyt for gjennomgang av legemidler som kan påvirke risiko for fall. Det er ofte hensiktsmessig å sammenstille informasjon fra anamnese /sykehistorie, inkludert tidligere sykdommer, legemiddelbehandling og andre symptomer som kan gi risiko for fall, inntakssamtale, samt fortløpende datainnsamling under innleggelsen.

Kartlegging av risikofaktorer for fall kan omfatte følgende:

- tidligere fallhistorie, inkludert omstendighetene rundt eventuelle fall
- kognitiv funksjon, inkludert delirium og demens
- gange, mobilitet, balanse, fysisk aktivitet og muskelstyrke
- ortostatisk hypotensjon og vurdering av om det kan ha vært synkope/nærsynkope
- legemiddelbruk
- risiko for underernæring
- rus- og alkoholbruk
- undersøkelse med hensyn til andre nyoppståtte eller underliggende sykdommer enn innleggelsesårsak, spesielt hjerte- og karsykdom eller nevrologisk lidelse
- opplevd funksjonsevne og bekymring for å falle
- synshemming og øvrige sansetap
- vannlatningsvansker, urininkontinens, nattlig vannlatning

Tabellen [Multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall](#) viser oversikt over potensielle måleinstrumenter og tilnærminger for vurdering av individuelle, modifiserbare risikofaktorer for fall.

## Begrunnelse

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes, skal være forsvarlige. Forsvarlighetskravet er lovfestet i [helsepersonelloven § 4](#) og [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#). Det innebærer blant annet at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, og helsepersonell som yter helsehjelp, skal gi pasient og bruker et helhetlig og koordinert tilbud.

Rådet om å gjennomføre en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall bygger på anbefalinger gitt i World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022), som viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for denne anbefalingen er moderat. Denne retningslinjen viser også til at multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer, etterfulgt av individuelle tiltak kan redusere fallfrekvens på sykehus, men dette er vurdert å være mer sannsynlig i rehabiliterings- eller geriatriske avdelinger. Kartleggingen gjennomføres for å identifisere risikofaktorer for fall som kan behandles, forbedres eller håndteres under sykehusoppholdet (National Institute for Health and Care Excellence, 2013).

World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) hevder at verktøy for screening/vurdering av fallrisiko og kartlegging av risikofaktorer for fall brukes noen ganger om hverandre, men det er betydelige forskjeller. Kartlegging av risikofaktorer for fall er en mer detaljert prosess som brukes for å identifisere underliggende risikofaktorer og benyttes som grunnlag for en plan for tiltak for å redusere fall og skader som følge av fall. Bruk av screenings-/vurderingsverktøy for å identifisere pasienter med risiko for fall i sykehus anbefales ikke da det ikke ser ut til å redusere fall (Montero-Odasso et al., 2022; Schoberer et al., 2022).

World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) anbefaler at det gjennomføres en ny kartlegging av risikofaktorer for fall etter en fallhendelse for å forsøke å avklare hvilke faktorer som bidro til fallet og for å vurdere behov for justering av tiltakene. Dette kan bidra til å forhindre nye fall. Eksempler på utløsende faktorer kan være akutte medisinske tilstander, som synkope og infeksjoner, oppstart av nye legemidler, bestemte handlinger på tidspunktet for fallet, eksempelvis forflytning, eller forhold i miljøet, eksempelvis glatte gulv. Samme retningslinje viser til at denne anbefalingen er erfaringsbasert.

## Samtykke til helsehjelp og rett til medvirkning og informasjon

Hovedregelen er at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke. Reglene om samtykke til helsehjelp følger av [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 \(lovdata.no\)](#).

Retten til medvirkning og informasjon for pasient, bruker og nærmeste pårørende og krav til informasjonens form, følger av [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 \(lovdata.no\)](#).

### Involvering av pårørende

Helsepersonell skal som utgangspunkt be om pasientens eller brukerens samtykke før de gir pårørende opplysninger om pasientens/brukerens helsetilstand, helsehjelp og andre personlige opplysninger. Les om [samtykke og konsekvenser for involvering av pårørende i Pårørendeveilederen](#). Se også [involvering av pårørende i utredning, behandling og oppfølging av pasient eller bruker i Pårørendeveilederen](#).

### Deling av taushetsbelagte opplysninger

Deling av taushetsbelagte opplysninger forutsetter samtykke til å gi informasjon etter [helsepersonelloven § 22 \(lovdata.no\)](#) eller annet unntak fra taushetsplikten. Les mer om taushetsplikt og deling av opplysninger i veilederen [Taushetsplikt og opplysningsplikt](#).

### Referanser

Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., ... Blain, H. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and ageing*, 51(9), afac205.

National institute for Health and Care Excellence (NICE) (2013). *Falls: Assessment and Prevention of Falls in Older People* London: NICE. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327886>

Schoberer, D., Breimaier, H. E., Zuschnegg, J., Findling, T., Schaffer, S., & Archan, T. (2022). Fall prevention in hospitals and nursing homes: Clinical practice guideline. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 19(2), 86-93.

---

## Råd

### **Pasienter i sykehus over 65 år, samt yngre pasienter som vurderes å ha høy risiko for å falle, bør få individuelt tilpassede fallforebyggende tiltak**

Anse alle pasienter over 65 år for å ha høy risiko for å falle. Tiltak for å forebygge fall bygger på identifiserte risikofaktorer, adferd eller situasjoner som øker fallrisiko. Individuelt tilpasset opplæring og råd om fallforebyggende tiltak knyttet til innleggelse i sykehus bør gis til alle pasienter med risiko for å falle. Vurder behov for bruk av digitalt tilsyn.

Tiltakene bør beskrives i en plan (tiltaksplan, pleieplan, behandlingsplan eller tilsvarende). Evaluer og juster planen ved endringer i pasientens tilstand eller dersom pasienten faller.

Utform og følg opp fallforebyggende tiltak i samråd med pasienten. Det bør legges til rette for involvering av pårørende dersom personen ønsker det. Dersom personen ikke har samtykkekompetanse, skal nærmeste pårørende gis mulighet til å medvirke sammen med vedkommende.

Tilpass medvirkning til pasientens individuelle forutsetninger, inkludert bruk av tolk for pasienter som har behov for det.

## Praktisk informasjon

Strukturer relevant informasjon fra kartleggingen i en plan. En plan for tiltak inneholder mål, planlagt oppfølging av tiltakene og tidspunkt for evaluering og revurdering. Evaluer og juster planen for å sikre at iverksatte tiltak fører til at mål nås. Utarbeidelse av mål, tiltak og tidspunkt for evaluering gjennomføres i samarbeid med den enkelte.

Å utarbeide en lokal mal kan lette utarbeidelse av planen, bidra til mer systematisk arbeid for å forebygge fall samt fungere som et beslutningsstøtteverktøy.

## Lag konkrete mål for forebygging av fall

Lag konkrete mål for forebygging av fall. Det er fortrinnsvis å unngå fall, men kan også være å redusere antall fall hos pasienter som faller hyppig, unngå fallrelaterte skader eller at pasienten mestrer bruk av hjelpemidler for å forebygge fall.

## Gjennomfør individuelle tiltak

Velg fallforebyggende tiltak rettet mot identifiserte risikofaktorer, adferd og situasjoner. Eksempler:

- risikofaktorer kan være redusert balanse og kognitiv svikt
- adferd kan være at pasienten er urolig, ikke vil be om hjelp eller ikke etterfølger råd og anvisninger
- situasjoner kan være tilpasninger til nye legemidler og nye omgivelser.

## Opplæring og råd om fallforebyggende tiltak

Gi individuelt tilpasset opplæring og råd om fallforebyggende tiltak. Aktuelle områder for opplæring er:

- faktorer som kan øke risikoen for å falle under sykehusoppholdet
- involvering av pasienten i beslutninger og handlinger for å redusere risiko for fall
- hvilke tiltak personalet gjør for å forebygge fall
- fysiske forhold i enheten
- når og hvorfor pasienten bør be om hjelp før mobilisering
- når og hvordan sengegrind kan benyttes
- riktig bruk av ganghjelpemidler
- bruk av tilkallingssystemet og oppfordre til å bruke det ved behov for hjelp

Vurder bruk av flere opplæringsformer. Opplæring om fallforebygging kan inkludere råd eller veiledning av helsepersonell med kompetanse om fallforebygging, som en-til-en eller gruppebasert opplæring (eventuelt inkludert pårørende), brosjyrer og hefter eller multimedia. Med det siste menes opplæringsmateriell som inneholder både tekst, lyd og bilder eller grafikk. Dette kan eksempelvis være PowerPoint, video i ulike format eller spill. En informasjonsbrosjyre kan for eksempel være utgangspunkt for en dialog om hva som utgjør pasientens individuelle risikofaktorer for fall og hvilke fallforebyggende tiltak som er aktuelle. Flere andre områder fordrer praktisk opplæring. [Teach Back \(rkppo.no\)](http://rkppo.no) er en enkel metode som kan benyttes for å sikre at pasienten har oppfattet og forstått informasjon som gis og at helsepersonell har oppfattet pasienten riktig.

Kognitiv status vurderes før gjennomføring av et opplæringsprogram. Pasienter uten kognitiv svikt informeres om fallrisiko og får opplæring og råd om fallforebyggende tiltak. Dette er ikke alltid like relevant for pasienter med kognitiv svikt, men kan være relevant for deres pårørende.

Det foreligger ikke en enkelt modell for opplæring av alle pasienter, men følgende temaer er sentrale:

- utforming og metode for opplæring må ta hensyn til individuelle risikofaktorer for fall og aktuell kontekst
- i mange tilfeller vil det være mer hensiktsmessig å benytte flere opplæringsformer
- benytt effektive metoder og teknikker for endring av atferd og mestring, som for eksempel [helsepedagogikk \(mestring.no\)](https://helsepedagogikk.no)
- bruk av aktiv opplæring kan øke engasjementet til pasientene

## Digitalt tilsyn

Vurder bruk av digitalt tilsyn, også omtalt som sensorteknologi eller passiv varsling. Digitalt tilsyn kan bestå av ulike sensorer som sengematter/sensorlaken som registrerer fravær fra seng og bevegelsessensorer i rom som detekterer bevegelse. Sensorer kan være særlig aktuelt på pasienter som ikke etterfølger instruksjoner om å tilkalle hjelp før mobilisering, eksempelvis de som er kognitivt svekket, ukritiske og kan forflytte seg på egen hånd. Nyttens må vurderes for den enkelte, inkludert jevnlig revurdering.

## Andre tiltak for å forebygge fall

Se [tabell med eksempler på tiltak for forebygging av fall i institusjon](#).

## Begrunnelse

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes, skal være forsvarlige. Forsvarlighetskravet er lovfestet i [helsepersonelloven § 4](#) og [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#). Det innebærer blant annet at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, og helsepersonell som yter helsehjelp, skal gi pasient og bruker et helhetlig og koordinert tilbud.

Eldre pasienter i sykehus vurderes til å være i høy risiko for å falle, jf. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022). Flere faktorer kan øke personers risiko for fall mens de er pasienter på sykehus, for eksempel akutt sykdom, delirium, kirurgi, lengre perioder med immobilitet eller sengeleie, å være på et ukjent sted, å ha smerter, dårlig passende fottøy eller klær, søvnvansker, problemer med toalettbesøk, svimmelhet og tilpasning til nye legemidler. Risiko for fall hos innlagte pasienter kan endre seg raskt på grunn av endringer i helsetilstand, spesielt med hensyn til delirium (World Health Organization, 2021).

Rådet bygger på anbefalinger gitt i World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) som viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for anbefalingen er lav i akutte settinger og middels i sub-akutte settinger.

Noen tiltak som er vist å ha eller kunne ha effekt for å forebygge fall i hjemmet, har mindre forskningsbasert støtte for bruk i sykehus, slik som trening, legemiddelgjennomgang og tilpasninger i miljøet. Dette betyr ikke at disse tiltakene ikke er aktuelle å vurdere for å forebygge fall i sykehus. Faktorer i miljøet som rot, glatte gulv, trapper, manglende belysning, dørstokker og dårlig belysning kan også utgjøre risiko for fall i sykehus (World Health Organization, 2021).

## Opplæring og råd om fallforebyggende tiltak

Sykehus skal ivareta opplæring av pasienter og pårørende, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 3-8, nr. 4 \(lovdata.no\)](#).

World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al., 2022) anbefaler å gi individuelt tilpasset opplæring og råd om fallforebyggende tiltak til alle pasienter med risiko for å falle. Retningslinjen viser videre til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for denne anbefalingen er høy.

Noen pasienter gjør dårlige vurderinger av egen evne til å bevege seg, for eksempel ved å gå på toalettet uten hjelp. Dette kan skyldes mangel på kunnskap eller som en konsekvens av kognitiv svikt.

Fallforebyggende tiltak som inkluderer opplæring av pasienten, kan redusere fall og fallrelaterte skader. Måten opplæringen blir gitt på (skriftlig, muntlig, video, kombinasjoner etc.) og pedagogisk kvalitet påvirker resultatene. Godt utformede opplæringsprogram kan forbedre kunnskapen og selvpåfatningen av risiko og gi pasienter selv muligheter til å redusere risikoen for fall under en sykehusinnleggelse. Opplæring som bruker multimedia eller skriftlig informasjon i tillegg til muntlig opplæring og rådgivning av helsepersonell med kompetanse om fallforebygging er spesielt effektive.

### Om sensor- og alarmsystemer

Bruk av alarmer og sensorer viser ingen signifikant effekt for å forebygge fall (Schoberer et al., 2022). Tiltaket kan vurderes benyttet da det vil gi raskere hjelp for pasienter som har falt, det er enkelt å gjennomføre, samt at tiltaket har gode erfaringer fra tjenestene.

### Samtykke til helsehjelp og rett til medvirkning og informasjon

Hovedregelen er at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke. Reglene om samtykke til helsehjelp følger av [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 \(lovdata.no\)](#).

Retten til medvirkning og informasjon for pasient, bruker og nærmeste pårørende og krav til informasjonens form, følger av [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 \(lovdata.no\)](#).

### Involvering av pårørende

Helsepersonell skal som utgangspunkt be om pasientens eller brukerens samtykke før de gir pårørende opplysninger om pasientens/brukerens helsetilstand, helsehjelp og andre personlige opplysninger. Les om [samtykke og konsekvenser for involvering av pårørende i Pårørendeveilederen](#). Se også kapitlet om [involvering av pårørende i utredning, behandling og oppfølging av pasient eller bruker i Pårørendeveilederen](#).

### Deling av taushetsbelagte opplysninger

Deling av taushetsbelagte opplysninger forutsetter samtykke til å gi informasjon etter [helsepersonelloven § 22 \(lovdata.no\)](#) eller annet unntak fra taushetsplikten. Les mer om taushetsplikt og deling av opplysninger i [veilederen Taushetsplikt og samtykke](#).

### Referanser

Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., ... Blain, H. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and ageing*, 51(9), afac205.

Schoberer, D., Breimaier, H. E., Zuschnegg, J., Findling, T., Schaffer, S., & Archan, T. (2022). Fall prevention in hospitals and nursing homes: Clinical practice guideline. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 19(2), 86-93.

World Health Organization (2021). *Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course* WHO.





