

# Forebygging av fall hos eldre (HØRINGSUTKAST)

Nasjonale faglige råd

---

Først publisert: 05. juli 2023

Sist faglig oppdatert: 05. juli 2023



# Innhold

1. Øverste leders ansvar .....	3
2. Identifisering av risiko for fall i helse- og omsorgstjenesten .....	9
3. Multifaktoriell kartlegging i helse- og omsorgstjenesten .....	14
4. Fallforebyggende tiltak - hjemmeboende eldre .....	20
5. Fallforebyggende tiltak - spesielt på sykehjem .....	33
6. Fallforebyggende tiltak - spesielt på sykehus .....	40
7. Metode og prosess .....	46

**Ekstern høring:**

Høringsfrist: 25. september 2023. Mer informasjon på hørings siden.

1

## Øverste leders ansvar

**Ekstern høring:** Høringsfrist: 25. september 2023.

### Råd

**Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, skal sørge for at arbeid med fall- og fallforebygging hos personer over 65 år planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i virksomheten, slik at det klart fremgår hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan tverrfaglig samarbeid skal skje**

**Ekstern høring:** Høringsfrist: 25. september 2023.

**Ekstern høring:** Høringsfrist: 25. september 2023.

Den med overordnet ansvar for virksomheten skal sørge for at det er rutiner for:

- å identifisere personer over 65 år med risiko for fall
- videre kartlegging av de med økt risiko for fall
- å gjennomføre og følge opp fallforebyggende tiltak
- ansvars- og oppgavefordeling

Virksomheten bør også ha rutiner for når tverrfaglig samarbeid er hensiktsmessig, for eksempel ved gjennomføring av en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall eller ved oppfølging av fallforebyggende tiltak for eldre med høy risiko for fall.

Rutinene tilpasses virksomhetens organisering. Roller og ansvar må fordeles med utgangspunkt i kompetanse, [se råd 1.2](#).

Når flere virksomheter samarbeider om pasienter og brukere bør det være rutiner for samarbeidet. Rutinene 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

### Praktisk informasjon

Det kan være hensiktsmessig å ha rutiner for forebygging av fall skriftliggjort. Ved tverrfaglig samarbeid, særskilt på tvers av virksomheter, sektorer eller forvaltningsnivåer er det viktig å avklare struktur og felles verktøy for samhandling og koordinering. Digital kommunikasjon kan forenkle planlegging, gjennomføring og oppfølging av individrettet forebygging av fall.

Rutiner for tverrfaglig samarbeid for forebygging av fall for hjemmeboende kan for eksempel ta utgangspunkt i følgende arbeidsfordeling:

- Personell i helse- og omsorgstjenesten som har kontakt med personer over 65 år i ulike situasjoner kan bidra med å fange opp hvem som er i risikogruppen.
- Personell i kommunal helse- og omsorgstjeneste kan informere fastlege om behov for kartlegging av risikofaktorer og gjennomføring av tiltak for å forebygge fall hos personer i risiko for fall.
  - Eksempel på dette er å varsle fastlege om et mulig behov for legemiddelgjennomgang for å vurdere legemidler som øker fallrisiko.
- Spesialisthelsetjeneste, legevakt, helsehus og kommunal akutt døgnenhet og andre kan anbefale at personer som er i risiko for å falle får vurdert grad av risiko, behov for videre kartlegging, samt gjennomføring av fallforebyggende tiltak hos fastlege og/eller annen kommunal helse- og omsorgstjeneste. Eksempelvis skal resultat av kartlegging ved utskrivelse fra spesialisthelsetjeneste dokumenteres i epikrisen og i pleie- og omsorgsmeldingen (PLO-meldingen til kommunen). Dette beskrives så konkret at det lett kan følges opp av helsepersonell som skal videreføre behandling av pasienten.
- Fastlege kan informere kommunal helse- og omsorgstjeneste om behov for kartlegging av risikofaktorer og gjennomføring av tiltak for å forebygge fall hos personer i risiko for fall.
  - Eksempel på dette er at fastlegen anbefaler en vurdering av gange og balanse av fysioterapeut.
- Samarbeid med spesialisthelsetjeneste
  - Eksempelvis geriatrisk utredning for hjemmeboende eldre med falltendens og gangvansker.

Eksempler på samarbeidsrutiner:

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

## Begrunnelse

Fall og fallforebygging er en så sentral oppgave at dette må inngå som en del av de fleste styringssystemer. Det vil kunne være brudd på forsvarlighetskravet å ikke arbeide med fall og fallforebygging for virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester til eldre. Det foreligger klare anbefalinger som underbygger dette, jmfør 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 medvirker 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 \(regjeringen.no\)](#).

Ifølge [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 \(lovdata.no\)](#) har kommunen et overordnet ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester. 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 \(lovdata.no\)](#). Formålet med loven er blant annet å forebygge skade og sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 \(lovdata.no\)](#).

Det følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#) at helsetjenestene som tilbys eller ytes etter spesialisthelsetjenesteloven skal være forsvarlige, og at spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge tjenestene sine slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. 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 \(lovdata.no\)](#).

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 \(lovdata.no\)](#).

Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere. Dette følger av [forskrift om fastlegeordning i kommunene § 19 \(lovdata.no\)](#). Fastlegen skal, basert på en medisinsk vurdering av behov, tilby forebyggende tiltak til personer der det avdekkes betydelig risiko for utvikling eller forverring av sykdom eller funksjonssvikt. De helsemessige risikofaktorene skal kartlegges av legen ut fra hva som er relevant for den kliniske problemstillingen. Dette følger av [forskrift om fastlegeordning i kommunene § 20 \(lovdata.no\)](#).

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

Tverrfaglig samarbeid og tverrfaglige team er et viktig nasjonalt satsningsområde. Eksempel er opprettelse av [helsefelleskap](#) hvor kommuner og helseforetak utvikler og planlegger tjenestene sammen som likeverdige partnere. En av målgruppene som fremheves er skrøpelige eldre.

---

## Råd

**Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, skal sørge for at helsepersonell som arbeider med personer over 65 år har nødvendig kompetanse om fall og fallforebygging**

**Ekstern høring:** Høringsfrist: 25. september 2023.

**Ekstern høring:** Høringsfrist: 25. september 2023.

Kompetanse til å forebygge fall innebærer å identifisere personer i risiko for fall, kartlegge risikofaktorer og formidle behov for og/eller gjennomføre fallforebyggende tiltak.

Det kan gjøres ved å:

- standardisere opplæring til ulike grupper av ansatte
- etablere tiltak som sikrer et aktivt og kontinuerlig fokus på fallforebygging

Kompetanse om forebygging av fall inkluderer:

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

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 samhandler med. Kompetansekrav og læringsmål innen fallforebygging innarbeides i kompetanse- og opplæringsplaner i virksomheten. Læringsmål tilpasses virksomhetens ansvarsområde, målgrupper (hjemmeboende, sykehjemsbeboere, pasienter på sykehus) og sammensetning av profesjoner.

Standardiser og tilpass opplæringen til ulike grupper av personell. Undervisning 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.

## Aktuelle tiltak for å sikre aktivt og kontinuerlig fokus på fallforebygging

### Tavlemøter

#### Risikotavle:

Målet med [risikotavle \(itryggehender.no\)](https://itryggehender.no) er å skape overblikk over utvalgte risikoområder for brukere, pasienter og beboere. 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 risikoreduserende tiltak.

#### Kvalitetstavle:

Målet med en kvalitetstavle er å følge med på resultater en ønsker å ha spesielt fokus på. I tillegg kan en slik tavle være en arena for forbedringsforslag og oppfølging, samt synliggjøring av resultater.

#### Forbedringstavle:

Målet med en [forbedringstavle \(itryggehender24.7.no\)](https://itryggehender24.7.no) 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 tiltak fallforebyggende tiltak.

## Andre tiltak

- Superbrukere/dedikerte ressurspersoner i enheten med kompetanse og interesse for fallforbygging 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

## Andre ressurser

[Basis \(basis-fallforebygging.no\)](http://basis-fallforebygging.no) er et e-læringskurs i fallforebygging for eldre. Det består av tre programmer som retter seg mot deg som jobber på treningssenter, aktivitetssenter (hjemmeboende) og institusjon. Siden inneholder også en øvelsesbank og støttematerieill for å komme i gang.

## Begrunnelse

Kommunen og spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge tjenestene slik at personell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene, jmfør [helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 \(lovdata.no\)](#) og [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 \(lovdata.no\)](#). Tilsvarende skal virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jmfør [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, jmfør [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 \(lovdata.no\)](#). I følge [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 bokstav f\(lovdata.no\)](#) innebærer plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter å ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. Videre følger det av [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 bokstav b\(lovdata.no\)](#) at plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer å sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.

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, ME et al, 2022 viser til at opplæring av ansatte på sykehus kan redusere fallfrekvens og risiko for fall.



# Identifisering av risiko for fall i helse- og omsorgstjenesten

Ekstern høring: Høringsfrist: 25. september 2023.

## Råd

### Helsepersonell bør spørre personer over 65 år om fall minst en gang i året der det er aktuelt

Ekstern høring: Høringsfrist: 25. september 2023.

Ekstern høring: Høringsfrist: 25. september 2023.

Benytt allerede eksisterende arenaer til å spørre om fall.

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](#).

## Praktisk informasjon

Eksempler på 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 kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet

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 har lav risiko for fremtidig fall. Se kapittel 4 [Fallforebyggende tiltak - hjemmeboende eldre](#).

De som svarer ja på ett eller flere av nøkkelspørsmålene om fall bør få en vurdering for å skille på grad av risiko, se [råd 2.2](#).

## Begrunnelse

1 av 3 voksne over 65 år opplever å falle i løpet av et år. Tidligere fall er en indikator på 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, jamfør 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 at helsepersonell spør 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.

Hensikten med å spørre om fall og bekymring for å falle allerede fra 65-år er å eventuelt å sette i gang med forebyggende tiltak mens personen har kapasitet til å gjøre endringer i eget liv.

## Involvering av pårørende

Helsepersonell skal som utgangspunkt be om pasientens eller brukernes 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 Pårørerndeveilederen](#). Se også kapitlet om [involvering av pårørende i utredning, behandling og oppfølging av pasient eller bruker i Pårørerndeveilederen](#).

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

---

## Råd

**Helsepersonell bør vurdere og gradere risiko for fremtidige fall hos personer over 65 år som bekrefter fall eller som er i kontakt med helse- og omsorgstjenesten på grunn av fall**

**Ekstern høring:** Høringsfrist: 25. september 2023.

**Ekstern høring:** Høringsfrist: 25. september 2023.

Personer som svarer bekreftende på nøkkelspørsmål om fall, [se råd 2.1](#), 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.

Gjør en vurdering av alvorlighetsgrad av fallet:

- skade som følge av fallet
- to eller flere fall i løpet av de siste 12 måneder
- skrøpeligheit
- 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 grad av risiko for fremtidig fall. Unntaket er dersom skaden skjedde som følge av høy aktivitet hos ellers spreke personer. Målsettingen for de med høy risiko for fremtidige fall er sekundærforebygging og behandling, det vil si å behandle, forberede eller håndtere forhold identifisert etter en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer, se råd [3.1](#) og [4.3](#).

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 lav risiko for fremtidige fall. Lav risiko betyr ikke at det ikke er noen risiko. Målsetting for de 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 de 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.

Mistanke om synkopalt fall bør utløse synkopevurdering og -håndtering.

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

## Praktisk informasjon

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

- vurdering gjennomføres av den tjenesten som spør om fall/behandler personen for fall eller fallrelatert skade.
- personen oppfordres til å kontakte fastlege for en vurdering.
- eventuelt at melding om fall sendes til fastlege og/eller kommunal helse- og omsorgstjeneste v/bestiller-/søknadskontor med oppfordring om vurdering av fallrisiko.

## Tilnærming for vurdering av alvorlighetsgrad

**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. Disse 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](#)). 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. Unntak fra dette er utredning av osteoporose ved bruddskader.

## 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 \(SPPB\) \(legeforeningen.no\)](#) [TUG, Timed Up and Go \(sunnaas.no\)](#) kan også benyttes. Personer som bruker mer enn 15 sekunder anses å ha økt risiko for fall.

## Skrøpelighet for vurdering av en persons risiko for fall

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, ernæringsstatus, enkelte blodprøver samt fysisk, emosjonelt og kognitiv funksjonsnivå. Som screeningsverktøy kan Clinical Frailty Scale© benyttes (norsk versjon er tilgjengelig via denne siden: [CFS Translations - Geriatric Medicine Research - Dalhousie University](#)).

## 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. 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 som allerede har hatt et osteoporotisk brudd, har betydelig økt risiko for et nytt brudd (Meyer 2016) og av den grunn få tilbud om vurdering av fallrisiko.

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 skille mellom middels og høy risiko fra lav risiko for fall for 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 balansesvikt 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 Jepsenet 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.

# Multifaktoriell kartlegging i helse- og omsorgstjenesten

**Ekstern høring:** Høringsfrist: 25. september 2023.

## Råd

### Personer over 65 år med høy risiko for å falle bør tilbys multifaktoriell kartlegging

**Ekstern høring:** Høringsfrist: 25. september 2023.

**Ekstern høring:** Høringsfrist: 25. september 2023.

En multifaktoriell kartlegging gjennomføres som grunnlag for individualiserte tiltak for å forebygge fall.

Den bør omfatte:

- Fallhistorikk
- Personens egne oppfatninger om fall
- Identifisering av potensielt medvirkende risikofaktorer for fall

#### 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?
- 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:

- gange og balanse og muskelstyrke

- legemidler
- kardiovaskulære lidelser, inkludert ortostatisk hypotensjon
- svimmelhet
- funksjonsevne og ganghjelpemidler
- syn og hørsel
- muskel- og skjelettlidelser
- fotproblemer og fottøy
- nevrokognitive lidelser (inkludert delirium, demens, atferdsproblemer som impulsivitet og agitasjon)
- nevrologiske lidelser (som Parkinsons eller nevropati)
- underliggende sykdommer (akutt og kronisk)
- bekymringer for å falle
- risiko i omgivelsene
- ernæringsstatus (inkludert proteininntak og vitamin D)
- rus/alkoholbruk
- urininkontinens
- smerter

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

## Hvordan gjennomføre kartleggingen?

Systematisk tverrfaglig samarbeid er nyttig for å gjennomføre en kartlegging av risikofaktorer for fall. Arbeidsfordelingen vil variere avhengig av lokale forhold. Når flere yrkesgrupper er involvert, er det hensiktsmessig å lage en fordeling som viser hvem som undersøker hva.

Det kan være hensiktsmessig å etablere et tverrfaglig team fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten rundt de med høy risiko for å falle. Temaet kan bestå av fastlege, hjemmebaserte tjenester og kommunal ergo- og fysioterapeut. [Avklar hvilken helsefaglig kompetanse ansatte som gjennomfører kartlegginger bør ha](#). I noen tilfeller er det hensiktsmessig at representanter fra teamet deltar i konsultasjon hos fastlegen.

## 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 individualiserte 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.

Vi vet at 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

I tillegg er lav kroppsmasseindeks og osteoporose risikofaktorer for brudd ifølge World Health Organization (2021).

Mange eldre har lite kunnskap om årsaker til fall, fallrisiko og forebygging av fallhendelser, feilaktige oppfatninger om årsaker og egen risiko for å falle, samt hvordan risiko for fremtidige fall kan reduseres. 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, jmfør 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 tiltakene kan målrettes mot en persons spesifikke risikofaktorer 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**

Gange- og balansesvikt 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 and Lord, 2016). Kartlegging av muskelstyrke er som regel inkludert i fysiske funksjonstester, som for eksempel SPPB og TUG.

### **Legemiddelbehandling**

Fallhistorikk og risiko for fall er aktuelt å vurdere før rekvirering av legemidler som kan øke fallrisikoen til eldre. 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. Bruk et validert, strukturert vurderingsverktøy for å identifisere legemidler som kan øke fallrisikoen ved gjennomføring av en legemiddelgjennomgang eller legemiddelgjennomgang målrettet for å forebygge fall. Retningslinjen viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for denne anbefalingen er lav.



## Kardiovaskulær kartlegging

En kardiovaskulær kartlegging inkluderer i utgangspunktet symptomer fra hjerte-/karsystemet og tidligere hjerte-karsykdom, en målrettet klinisk hjerteundersøkelse, ortostatisk blodtrykkmåling og 12-avlednings EKG. 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. Dersom disse undersøkelsene er normale, er det ikke nødvendig med ytterligere kardiovaskulær vurdering. Unntak er dersom det er mistanke om synkope (beskrevet eller observert synkope/presynkope) eller tilbakevendende uforklarlige fall. Retningslinjen viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for denne anbefalingen er lav. Ved uforklarlige fall eller synkope bør det gjennomføres ytterligere kardiovaskulær vurdering. Retningslinjen viser til at kvaliteten på forskningsgrunnlaget for denne anbefalingen er høy.

## 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 spørre om symptomer på svimmelhet som en del av 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). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al 2022) viser til at anbefaling om å spørre om synsproblemer som en del av multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall er erfaringsbasert.

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 spørre om hørselsvansker som en del av multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall, og eventuelt vurdere hørselsproblemer og henvise til spesialist, 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 for anbefaling om kognitiv vurdering som en del av multifaktoriell kartlegging av risiko for fall, er moderat.

## Depressive lidelser

Både ubehandlet depresjon og bruk av antidepressiva bidrar til fallrisiko. Se også screeningsverktøyet [STOPPFall \(legemiddelhandboka.no\)](https://legemiddelhandboka.no) for ytterligere informasjon. 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 å spørre om symptomer på depresjon som en del av en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall, eventuelt etterfulgt av henvisning til spesialist, er erfaringsbasert.

## Kartlegging av bruddrisiko

Osteoporose er svært vanlig i Norge, spesielt blant kvinner. Hoftebrudd er den mest alvorlige følgen av osteoporose. De fleste slike brudd hos eldre skyldes redusert beinmasse kombinert med et fall (Meyer 2016). Osteoporotiske brudd er assosiert med høy sykkelighet, dødelighet og store samfunnsmessige kostnader. Både osteoporose og falltendens er viktige determinanter for brudd. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al 2022) viser til at det er internasjonal konsensus om at forebygging av brudd bør omfatte identifisering av eldre med høy fallrisiko, intervensjoner for å redusere denne risikoen, identifisere de med osteoporose og iverksette tiltak for å redusere risiko for brudd.

## Bekymring for å falle

Bekymring for å falle kan redusere den eldres aktivitetsnivå (World Health Organization 2021). Bekymring for å falle kan også si noe om den eldres 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 på bruk hos 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.

## 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.

## Ernæringsstatus, inkludert vitamin D

Ernæringsstatus 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 postural stabilitet og fysisk aktivitet, som kan være assosiert med fall (World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (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 2022). 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 ernæringsstatus, inkludert tilstrekkelig inntak av vitamin D og måling av vitamin D dersom det er hensiktsmessig, 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. Fordi øvrige posturale kontrollmekanismer 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 polynevropati, som forsterker ustøheten ytterligere. Bruk av rus og alkohol kan også påvirke ernæringsstatus. 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.

## Inkontinensvurdering

Urininkontinens og nokhuri 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. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al 2022) viser til at anbefalingen om å inkludere vurdering av symptomer fra urinveiene i en 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 spørre om smerter, eventuelt etterfulgt av smertekartlegging, som en del av en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall, 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 § 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 \(lovdata.no\)](#).

## 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](#).

## Fallforebyggende tiltak - hjemmeboende eldre

Ekstern høring: Høringsfrist: 25. september 2023.

### Råd

## Helsepersonell bør gi personer over 65 år råd om, og tilrettelegge for, gjennomføring av styrke- og balansetrening minst 2 - 3 ganger per uke som en del av den ukentlige aktiviteten

Ekstern høring: Høringsfrist: 25. september 2023.

Ekstern høring: Høringsfrist: 25. september 2023.

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 allerede eksisterende arenaer, og legge til rette for gjennomføring av slik trening i forbindelse med helse- og omsorgstjenester i hjemmet.

Personer som er vurdert til å ha middels og høy risiko for fremtidige fall, bør få tilbud om tilrettelagt trening basert på en individuell kartlegging av fysisk funksjon og medisinsk tilstand. Den tilrettelagte treningen av balanse og styrke utarbeides av fysioterapeut eller en med treningsfysiologisk kompetanse. Disse kan veilede annet helsepersonell i utførelse av treningsprogrammet/øvelsene, slik at bruker/pasient får veiledning i hjemmet. Kontraindikasjoner for trening ved ulike sykdommer og tilstander er beskrevet i [Aktivitetshåndboken](#).

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

For vurdering og gradering av risiko for fremtidige fall, [se råd 2.2](#).

### 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/eller som gruppetrening. 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. Vurder om treningen kan knyttes til sosialt fellesskap for å 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.

Gi informasjon om at treningstilbud i grupper finnes på ulike nivå. Bruk gjerne kommunale informasjonssider med oversikt over treningstilbud for å tilpasse den enkelte.

Eksempler på oversikter over slike tilbud:

- [Aktivitetshäfte - tilbud til seniorer i Lillehammer \(issuu.com\)](#)
- [Treningstilbud 60+ \(oslo.kommune.no\)](#)
- [Treningsgrupper Bydel Grünerløkka \(oslo-kommune.no\)](#)
- [Har du nedsatt balanse? \(stavanger.kommune.no\)](#)
- [Fallforebyggende trening for eldre \(tromso.kommune.no\)](#)

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

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

- E-læringsprogrammet [BASIS \(basisfallforebygging.no\)](#) viser hvordan man legger til rette for fallforebyggende trening for hjemmeboende eldre.
- E-læringsprogrammet [BASIS \(basis-fallforebygging.no\)](#) retter seg 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 \(aldringoghelse.no\)](#) er treningsgrupper tilpasset eldre som opplever ustøhet og dermed begynnende funksjonssvikt som har behov for balanse- og styrketrening.
- [Øvelser for å forebygge fall – for deg som trenger hjelpemidler når du går utendørs \(helsenorge.no\)](#)
- [Øvelser for å forebygge fall – for deg som følger deg litt ustø når du går utendørs \(helsenorge.no\)](#)

#### **Tilleggsressurs for de med høy risiko for fremtidige fall:**

- [Otago Styrke og balanse \(profound.eu.com\)](#) er et treningsprogram for hjemmeboende eldre som har vist effekt på forebygging av fall. Øvelsene kan gjennomføres både individuelt og i gruppe (Kyrdaalen og medarbeidere 2014)

#### **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/eller som et individualisert 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. Å tilføye kognitive oppgaver og/eller legge på vekter kan øke vanskelighetsgraden og bidra til progresjon i treningen.
- 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 kompetanse, eller av annet helsepersonell etter opplæring, eksempelvis hjemmetjenesten.
- Ansatte i hjemmetjenesten kan følge opp tiltakene under sine besøk og bidra til å øke gjennomføringen av treningen. Treningen kan gjerne deles opp i mindre daglige bolker.
- Evaluer progresjon og vurder behov for annet treningstilbud. Progresjon i treningen kan for eksempel være å øke vanskelighetsgraden på øvelsene og/eller gå fra et individuelt treningsprogram i hjemmet til et gruppebasert tilbud.
- Gi informasjon om relevante treningstilbud tilpasset vedkommedes funksjonsnivå ved avslutning av et tidsavgrenset treningstilbud. Det kan være relevant å foreslå/motivere til deltakelse i et lavterskeltilbud og/eller gi veiledning om generelle treningstilbud der hvor den fysiske funksjonen har bedret seg.

## 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 bidrar til å forhindre fall og fallrelaterte skader og styrker beinhalen. 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).

For eldre som er vurdert til å ha middels eller høy risiko for fall bør treningen veiledes av en fysioterapeut eller annen fagperson med kompetanse på treningsfysiologi. Dette for at treningen kan individualiseres og skreddersys ut fra resultatene fra den individuelle kartleggingen, som utvalgte øvelser, tilpasninger, dosering, varighet og progresjon.

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).

## Råd

# Helsepersonell bør gi personer over 65 år med lav og middels risiko for å falle helsefremmede råd av betydning for forebygging av fall

**Ekstern høring:** Høringsfrist: 25. september 2023.

**Ekstern høring:** Høringsfrist: 25. september 2023.

Personer over 65 år med lav og middels risiko for fall bør 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/unngå.

Gi råd om:

- å være i fysisk aktivitet
  - anbefalinger om typer og mengde aktivitet for eldre er gitt i nasjonalt faglige råd Fysisk aktivitet i forebygging og behandling, spesielt i kapittel 2 [Voksne og eldre – generelle råd](#)
- å følge [Kostrådene og næringsstoffer](#)
  - ved å følge kostrådene får man i seg tilstrekkelig med vitaminer og mineraler gjennom maten
  - noen næringsstoffer, som for eksempel vitamin D kan det likevel være utfordrende å få nok av, se [Trenge eg kosttilskot? \(helsenorge.no\)](#).
  - [anbefalinger om inntak av alkohol](#) bør inkluderes når man snakker med eldre om dette temaet
- regelmessige syns- og hørselsundersøkelser
- å ivareta god fotpleie
- primærforebyggende tiltak av osteoporose
  - dette omfatter, i tillegg til anbefalinger om fysisk aktivitet, kostholdsråd med daglig inntak av kalsium, vitamin D og proteiner, samt å unngå underernæring, anbefaling om et begrenset alkoholinntak, samt å slutte å røyke

Rådene bør 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 i gruppe(r), 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. Det er en fordel om kommunens nettsider er lett tilgjengelige og med oversikt over relevante aktivitetstilbud og kontaktinformasjon til relevante enheter med fagkompetanse innen helsefremming og forebygging.

## Individuell veiledning

Individuell veiledning gir større mulighet til personlig tilpasning og en samtale om prioriteringer, preferanser og ressurser til den enkelte, samt mulighet for observasjon og vurdering av omgivelsene

dersom den foregår i hjemmet. Den som veileder må ha 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 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.

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 gi individuell veiledning:

- 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 veiledning

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.

## Ressurser

- [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
- E-læringsprogrammet [BASIS \(basis-fallforebygging.no\)](#) 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 \(basis-fallforebygging.no\)](#).
- [Gode aktivitetsvaner – veileder for helsepersonell \(pdf\)](#)

## 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.

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 og Barwick 2019). Av den grunn bør fokus være på gevinster ved en sunn livsstil.

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. Hva som skal inngå i råd om fallforebygging for eldre med lav og middels risiko for å falle, og hvordan disse skal gis, må derfor tilpasses individuelle forhold.

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 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).

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 dekonisjonering, skrøpeligheit, sarkopeni og kardiovaskulær helse (Montero-Odasso et al 2022).

Kostrådene og anbefalingene for inntak av energi og næringsstoffer tar sikte på å gi et grunnlag for planlegging av et kosthold som er sammensatt på en måte som gjør at det: a) tilfredsstiller de primære behov for næringsstoffer, dvs. sikrer fysiologiske behov i forbindelse med vekst og funksjon, og b) gir forutsetninger for en generelt god helse og reduserer risikoen for sykdommer som har sammenheng med kostholdet (Helsedirektoratet 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 2023).

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 stilling av føttene på egen hånd, bør dette gjøres av noen andre (Gavin Wylie et al 2019).

Internasjonal konsensus anbefaler at forebygging av brudd bør omfatte identifisering av eldre med høy fallrisiko, intervensjoner for å redusere denne risikoen, identifisere de med osteoporose og iverksette tiltak (med og uten legemidler) for å redusere risiko for brudd (Montero-Odasso et al 2022).

Livsstilsfaktorer har betydning for bruddrisiko, derfor anbefales også endringer i risikofaktorer som kan påvirkes (Meyer 2016)

## Helsepersonell bør tilby personer over 65 år med høy risiko for å falle individuelt tilpassede tiltak

**Ekstern høring:** Høringsfrist: 25. september 2023.

**Ekstern høring:** Høringsfrist: 25. september 2023.

Tiltakene baseres på funn fra kartleggingen, [se råd 3.1](#). Individuelle tiltak bør omfatte to eller flere komponenter, hvor en treningskomponent inkluderes.

Aktuelle områder for en slik tilnærming er:

- styrke- og balansetrening
- legemiddelgjennomgang
- behandling av ortostatisk hypotensjon og kardiovaskulære sykdommer
- behandling av underliggende akutte og kroniske sykdommer
- behandling av osteoporose
- optimalisering av syn og hørsel
- behandling av fotproblemer og råd om fottøy
- optimalisering av ernæring
- kontinensbehandling
- bekymringer om fall
- opplæring om fall og fallforebygging
- tilpasninger i omgivelsene

Tiltakene bør beskrives i en plan (tiltaksplan, pleieplan eller tilsvarende). Planen evalueres og justeres ved endringer i pasientens tilstand og/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.

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.

Nærmeste pårørende kan med fordel involveres dersom personen ønsker det. Dersom personen ikke har samtykkekompetanse, har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med vedkommende.

Tilby hjemmeboende med høy risiko for å falle ny oppfølging etter 30-90 dager for å evaluere effekt av iverksatte tiltak.

### Praktisk informasjon

I likhet som ved kartlegging av risikofaktorer for fall, [se råd 3.1](#), 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. Arbeidsfordelingen vil variere avhengig av lokale forhold.

Strukturer relevant informasjon fra kartleggingen i en plan. En plan for tiltak inneholder mål, en plan for 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 nærmeste 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.

## **Aktuelle tiltak**

### **Styrke- og balansetrening**

[Se råd 4.1.](#)

### **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 \(legemiddehandboka.no\)](#) består av et screeningsverktøy for legemidler som øker fallrisiko, samt råd om avmedisinering. Viktige forhold rundt dette beskrives også i kapitlet [Avmedisinering \(legemiddelhandboka.no\)](#).

### **Kardiovaskulære tiltak**

Ved ortostatisk hypotensjon 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, muskelsvakheter, kognitiv svikt eller faktorer i omgivelsene, bør gi mistanke om synkope og utredes som det. Vurder henvisning til fallpoliklinikk eller hjerteavdeling med tanke på karotidmassasje 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

Håndtering av nedsatt syn som kataraktoperasjon 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.

## Osteoporose

Legemidler, samt kombinasjonen av kalsium og vitamin D, benyttes for å redusere risiko for brudd hos personer som har fått påvist osteoporose. Legemidler av typen bisfosfonater, denosumab eller parathormon benyttes. For skrøpelige eldre, samt de med problemer med etterlevelse av tablettbehandling, kan intravenøse bisfosfonater (Zoledronsyre) være aktuelt. Se også [Behandlingsveileder ved lavenergibrudd \(legeforeningen.no\)](#). Behandling av osteoporose er viktig ved gjennomgått brudd, men er også aktuelt å vurdere ved risikofaktorer som eksempelvis kortisonbehandling over 3 måneder, ved ernæringssvikt eller høyt alkoholforbruk. Personer med kognitiv svikt kan ha høy fallrisiko og skrøpelighet og er derfor også aktuelle å vurdere for behandling av osteoporose (Bliuc et al 2021).

## Depresjon

Valg av behandling avhenger av personens ønsker og eventuelt tidligere erfaringer.

## 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](#).

## Digitalt tilsyn

Vurder bruk av digitalt tilsyn, som også omtales 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.

## Tiltak i omgivelsene

Aktuelle tiltak er eksempelvis å:

- montere håndtak på bad/toalett
- sikre 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. Miljøtilpasninger bør vurderes i sammenheng med personens forutsetninger og aktivitetsmønster, som for eksempel aktuelle gjøremål i løpet av døgnet. Tiltakene bør fortrinnsvis gjennomføres i samarbeid med ergoterapeut.

## 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. Dette inkluderer oppfølging av forhold knyttet til en tilstand, en sykdom eller plager en person har, samt forhold som kan være avledet av dette. 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 (Montero-Odasso et al 2022).

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. Å få kjennskap til Eldres egne oppfatninger gir helsepersonell mulighet til å gi eldre bedre og mer nøyaktig informasjon om fall og fallforebygging. Å ivareta pasient- og brukermedvirkning innebærer at den eldre kan fremme egne ønsker og delta i beslutninger om hvordan fall kan forebygges. Å utarbeide mål og tiltak i samarbeid med den eldre og samtidig inkludere deres verdier og preferanser kan også forbedre etterlevelsen av tiltakene og resultatene. Å informere om fordeler og belastninger ved å gjennomføre fallforebyggende tiltak kan sette vedkommende bedre i stand til å ta informerte valg. Kunnskap og holdninger om fall og hvilken prioritering den eldre gir forebygging vil avgjøre om, eller hvilke tiltak, de vil være villige til å delta i. Kvaliteten på forskningsgrunnlaget om å inkludere personens verdier og preferanser i utarbeidelsen av en plan for fallforebyggende tiltak er, ifølge World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative, moderat (Montero-Odasso et al 2022).

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. Håndtering av fallrelaterte skader er ikke en del av disse retningslinjene, men det vises til den nære sammenhengen mellom fall og osteoporotiske brudd. Behandling av osteoporose er derfor inkludert i oversikten over aktuelle tiltak.

## Legemiddelgjennomgang

Legemiddelgjennomgang og vurdering av avslutning av behandling med legemidler som kan øke fallrisikoen hos eldre bør være en del av en multifaktoriell tilnærming for å forebygge fall. Kvaliteten på forskningsgrunnlaget for denne anbefalingen er, ifølge World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative, (Montero-Odasso et al 2022), moderat. Se også anbefaling om [legemiddelgjennomgang](#) i nasjonale faglige råd [Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang](#).

## 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.

## Vitamin D

Tilskudd av vitamin D anbefales til de som har mangel. 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 valg-kampanjen anbefaler [ikke å måle vitamin D hos personer uten økt risiko for D-vitaminmangel \(legeforeningen.no\)](#).

## Syn

Anbefalingen om håndtering av synshemming 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.

## Osteoporose

Samtidig osteoporose hos en som har økt fallrisiko, gir økt risiko for alvorlig skade. Hoftebrudd er den mest alvorlige følgen av osteoporose. De fleste hoftebrudd hos eldre skyldes redusert beinmasse kombinert med fall. Personer som allerede har hatt et osteoporotisk brudd, har betydelig økt risiko for et nytt brudd. Legemiddelbehandling, i tillegg til livsstiltiltak som fysisk aktivitet og kosthold, er et viktig risikoreducerende tiltak (Meyer 2016). 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. Det er bred faglig enighet om at forebyggende behandling ved første brudd, kan redusere risiko for nytt brudd.

## 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.

## Tiltak i omgivelsene

Tiltak i omgivelsene for å redusere risiko for fall i og ved hjemmet kan redusere fallfrekvens og antall fallere. De største effektene ses når tiltaket benyttes for eldre med høy risiko for å falle, inkludert de med synshemming. For at slike tiltak skal være effektive må de jevnlig evalueres, da behovene kan endre seg raskt. Tiltaket er mest effektivt når det målrettes for å forebygge fall og er sannsynligvis mer effektivt når det 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 forskningsgrunnet for denne anbefalingen 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 \(lovdata.no\)](#).

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 bidrar til individualiserte 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 hele- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk

helsevernloven. Dette følger av [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.



## Fallforebyggende tiltak - spesielt på sykehjem

**Ekstern høring:** Høringsfrist: 25. september 2023.

### Råd

## Helsepersonell bør gjennomføre en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall av alle sykehjemsbeboere over 65 år, samt yngre beboere som vurderes å ha høy risiko for å falle

**Ekstern høring:** Høringsfrist: 25. september 2023.

**Ekstern høring:** Høringsfrist: 25. september 2023.

En multifaktoriell kartlegging gjennomføres som grunnlag for individualiserte tiltak for å forebygge fall. Kartleggingen gjennomføres ved innkomst, og gjentas minst hvert år eller når beboernes tilstand endres. Omfanget av kartleggingen tilpasses hver beboer.

I tillegg til individuelle risikofaktorer for fall, kan også nye omgivelser og ukjente hjelpere øke fallrisikoen. Dersom en beboer faller, gjennomføres det en vurdering av omstendighetene rundt fallet for å revurdere risikofaktorene og eventuelt gjøre endringer i fallforebyggende tiltak. 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/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, ernæringsmessig risiko og bruk av legemidler som kan påvirke risiko for fall. En detaljert sykehistorie kan tjene som grunnlag for å bestemme risikofaktorer, hvor tidligere fall er en stor risikofaktor.

Særlige risikofaktorer som bør inngå i kartlegging er:

- tidligere fallhistorie
- bruk av ganghjelpemidler
- funksjonsnedsettelse
- kognitiv svikt
- vandring
- Parkinsons sykdom
- gjennomgått hjerneslag

- svimmelhet
- legemidler som kan gi økt risiko for fall

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

Se også [kapittel 3 for informasjon om 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. Dette inkluderer oppfølging av forhold knyttet til en tilstand, en sykdom eller plager en person har, samt forhold som kan være avledet av dette.

Sykehjemsbeboere er skrøpelige, de fleste har kognitiv svikt/demens (GjØra et al 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 individualiserte 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 individualiserte tiltak for å forebygge fall.

Det anbefales ikke å bruke screeningsverktøy for å identifisere sykehjemsbeboere for 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 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](#).

## Plikt til å føre journal

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen i en journal for den enkelte pasient, jf. [helsepersonelloven §§ 39](#) og [40 \(lovdata.no\)](#). [Pasientjournalforskriften \(lovdata.no\)](#) gir nærmere regler om pasientjournalens innhold.

## Råd

# Sykehjemsbeboere over 65 år, samt yngre beboere som vurderes å ha høy risiko for å falle, bør ha individuelt tilpassede fallforebyggende tiltak basert på identifiserte risikofaktorer

**Ekstern høring:** Høringsfrist: 25. september 2023.

**Ekstern høring:** Høringsfrist: 25. september 2023.

Tiltak for å forebygge fall bygger på resultatet av den multifaktorielle kartleggingen, se [råd 5.1](#). Ernæringsrettede tiltak, legemiddelgjennomgang og vurdering av avslutning av legemidler som kan øke fallrisiko hos eldre, samt fysisk aktivitet og trening bør inngår. Vurder også behov for bruk av digitalt tilsyn.

Tiltakene bør beskrives i en plan (tiltaksplan, pleieplan, behandlingsplan eller tilsvarende). Planen evalueres og juster ved endringer i pasientens tilstand og/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. Involver nærmeste pårørende dersom beboeren ønsker det. Dersom beboeren ikke har samtykkekompetanse, har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med vedkommende.

## Praktisk informasjon

Strukturer relevant informasjon fra kartleggingen i en plan. En plan for tiltak inneholder mål, en plan for 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 vil kunne lette dokumentasjonen, 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 individualiserte tiltak

Velg tiltak rettet mot risikofaktorer for fall som kan behandles, forbedres eller håndteres. Eksempler:

- Mobilitet: Tiltak for å vedlikeholde/forbedre mobilitet den enkeltes evne til å reise/sette seg og gå til og fra spisestue før kompenserte tiltak som heisanordninger og bruk av rullestol.
- Smerter i bein og føtter: Tiltak for 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. Gi 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 \(legemiddelhåndboka.no\)](#) består av et screeningsverktøy for legemidler som øker fallrisiko, samt råd om avmedisinering. Sentrale forhold rundt dette beskrives også i kapitlet [avmedisinering \(legemiddelhåndboka.no\)](#).

## Fysisk aktivitet og trening

Gi sykehjemsbeboere mulighet til å være i [regelmessig fysisk aktivitet](#) og, som en del av den fysiske aktiviteten, gjennomføre [regelmessig balanse- og styrketrening](#).

- 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 kompetanse, 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 spisestuen 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.

Fysisk aktivitet og trening kan gjennomføres både individuelt og i grupper. Sikre at treningen utføres trygt og sikkert. For å oppnå tilstrekkelig intensitet og varighet kan treningen legges inn som rutinemessige aktiviteter eller som en del av daglige fysiske aktiviteter og kan med fordel deles opp i flere mindre økter. Tilpass treningen til den enkeltes helsetilstand og preferanser.

## Ressurser

- [Øvelser og aktiviteter for å forebygge fall hos eldre med omfattende hjelpebehov \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no)
- [Fysisk aktivitet og trening på sykehjem \(youtube.com\)](https://youtube.com)
- [E-læringsprogrammet BASIS \(basis-fallforebygging.no\)](https://basis-fallforebygging.no)
- [Slik kan eldre få god trening på sykehjem \(sykepleien.no\)](https://sykepleien.no)

## 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, bevegelsessensorer i rom som detekterer bevegelse, døralarm som varsler ved passering og falldetektorer som registrerer brå bevegelser etterfulgt av stillstand med mer. Nytteten må vurderes for den enkelte.

## 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. Dette inkluderer oppfølging av forhold knyttet til en tilstand, en sykdom eller plager en person har, samt forhold som kan være avledet av dette.

World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al 2022) viser til at anbefaling om individualiserte 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 individualiserte kombinasjoner av tiltak, basert på identifiserte risikofaktorer. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al 2022) viser også til at for å forebygge fall i sykehjem bør implementering av fallforebyggende tiltak gjennomføres sammen med opplæring av personalet, se [råd 1.2](#) og ved bruk av beslutningsstøtteverktøy. Beslutningsstøtteverktøy kan eksempelvis være en lokal mal for fallforebyggende tiltak eller bruk av risikotavle, se [råd 1.1](#).

## Ernæring

World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al 2022) anbefaler å inkludere optimalisering av ernæring, 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. [Kosthåndboken](#) gir også råd om at personer som er lite ute i dagslys, bør få daglig tilskudd av vitamin D, i tillegg til å bruke matvarer med høyt vitamin D-innhold. Den viser også til at selv om energibehovet synker med alderen er behovet for næringsstoffer (vitaminer og mineraler), det samme eller økt (kalsium, protein og vitamin D).

## 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. Se også anbefaling om [legemiddelgjennomgang](#) i nasjonalt faglig råd [Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang](#).

## 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 individualisert 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 kompetanse konsulteres for å gi råd om trening og fysisk aktivitet (Montero-Odasso et al 2022).

Rådet bygger på anbefalinger om fysisk aktivitet og trening slik de fremkommer i kapittel 2 [Voksne og eldre – generelle råd](#).

## Sensor- og alarmsystemer

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, samt gjennomførbarheten av tiltaket og 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 [involvering av pårørende i utredning, behandling og oppfølging av pasient eller bruker i Pårørendeveilederen](#).

### **Plan for tiltak**

En plan for tiltak bidrar til individualiserte 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 i samsvar med bestemmelsene i [helse- og omsorgstjenesteloven](#), [spesialisthelsetjenesteloven](#) og [psykisk helsevernloven \(lovdata.no\)](#). Dette følger av [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.

## Fallforebyggende tiltak - spesielt på sykehus

Ekstern høring: Høringsfrist: 25. september 2023.

### Råd

## Helsepersonell kan gjennomføre en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall av pasienter i sykehus over 70 år, samt yngre pasienter som vurderes å ha høy risiko for å falle

Ekstern høring: Høringsfrist: 25. september 2023.

Ekstern høring: Høringsfrist: 25. september 2023.

Helsepersonell kan gjennomføre en multifaktoriell kartlegging av risikofaktorer for fall av pasienter over 70 år, samt pasienter i alderen 55 til 69 år med nevrologiske lidelser, hjerneslag, kognitiv svikt/delirium, hoftebrudd eller andre som av kliniker 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.

Gjennomgå kartleggingen 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, bør det gjennomføres en vurdering av alvorlighetsgrad av fallet, se [råd 2.2](#). Eldre med høy risiko for fremtidige fall bør tilbys en multifaktoriell kartlegging som grunnlag for individualiserte tiltak for å forebygge fall, [se råd 3.1](#).

### Praktisk informasjon

Gjennomfør kartlegging av risikofaktorer for fall så raskt som praktisk mulig etter ankomst 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 av ernæringsmessig risiko, 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.



Dokumenter resultater av kartleggingen i pasientens journal.

En kartlegging av risikofaktorer for fall på sykehus 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
- rus- og alkoholbruk
- undersøkelse med tanke på andre nyoppståtte eller underliggende sykdommer enn innleggelsesårsak, spesielt hjerte- og karsykdom eller nevrologisk lidelse
- osteoporose og bruddrisiko
- 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, modifierbare risikofaktorer for fall.

Se også [kapittel 3 for informasjon om risikofaktorer for fall](#).

## 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. 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 individualiserte tiltak kan redusere fallrekvens 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 av fallrisiko og kartlegging av risikofaktorer for fall brukes noen ganger om hverandre, men det er betydelige forskjeller. Bruk av screeningsverktøy for å identifisere pasienter med risiko for fall i sykehus anbefales ikke da det ikke ser ut til å redusere fall. 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.

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.

De fleste retningslinjer regner "eldre" som de som er over 65 år. Det er ingen vitenskapelig begrunnelse for bruk av en streng kronologisk definisjon av alder i retningslinjene (Montero-Odasso et al 2022). Norge har en relativt sprek eldre befolkning og det er derfor valgt å knytte risiko for fall hos eldre på sykehus til over 70 år, men med presisering av at yngre pasienter kan ha økt risiko på grunn av sykdom og skade.

## 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](#).

## Plikt til å føre journal

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen i en journal for den enkelte pasient, jf. [helsepersonelloven §§ 39 og 40 \(lovdata.no\)](#). [Pasientjournalforskriften \(lovdata.no\)](#) gir nærmere regler om pasientjournalens innhold.

---

## Råd

# Pasienter i sykehus over 70 år, samt yngre pasienter som vurderes å ha høy risiko for å falle, bør ha individuelt tilpassede fallforebyggende tiltak basert på identifiserte risikofaktorer, adferd eller situasjoner

**Ekstern høring:** Høringsfrist: 25. september 2023.

**Ekstern høring:** Høringsfrist: 25. september 2023.

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). Planen evalueres og justeres ved endringer i pasientens tilstand og/eller dersom pasienten faller.

Utform og følg opp fallforebyggende tiltak i samråd med pasienten. Involver nærmeste pårørende dersom pasienten ønsker det. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

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, en plan for 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 dokumentasjonen, 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 individualiserte tiltak

Velg tiltak rettet mot risikofaktorer for fall som kan behandles, forbedres eller håndteres under sykehusoppholdet. 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, og 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 \(rkppo.no\)](https://www.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. Rådet er ikke alltid like relevant for pasienter med kognitiv svikt, men kan være relevant for deres familiemedlemmer/ pårørende/omsorgspersoner.

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://www.helsepedagogikk.no)
- fokus på 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. Nyttens må vurderes for den enkelte.

## 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. Dette inkluderer oppfølging av forhold knyttet til en tilstand, en sykdom eller plager en person har, samt forhold som kan være avledet av dette. Ifølge World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative (Montero-Odasso et al 2022) vurderes eldre pasienter i sykehus til å være i høy risiko for å falle og forsvarlighetskravet er derfor relevant. 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 pasienters 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 særlig ivareta opplæring av pasienter og pårørende, jmfør [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.

Enkelte pasienter tar "risikofylte handlinger" om mobilitet basert på egne vurderinger, eksempelvis å gå på toalettet uten hjelp, uten å søke hjelp fra helsepersonell. Dette kan skyldes mangel på kunnskap eller som en konsekvens av kognitiv svikt. Opplæring av pasienter kan øke bevisstheten deres om fallrisiko og gi dem strategier til å forebygge fall under en sykehusinnleggelse.

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 selvoppfatningen 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 på grunn av gjennomførbarheten av tiltaket, mulighet for raskere hjelp for pasienter som har falt, samt gode erfaringer fra tjenestene. Nyttens må vurderes for hver enkelt pasient. 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.

## 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](#).

## Metode og prosess

Ekstern høring: Høringsfrist: 25. september 2023.

## Bakgrunn og oppdrag (og mandat)

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.

## 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.

WHO definerer fall som 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 \(who.int\)](http://www.who.int)). Fall er den hyppigste type ulykke blant eldre mennesker og risiko for fall øker med alderen. Skader som følge av fall innebærer plager og redusert livskvalitet for den enkelte og kan variere fra blåmerker til bruddskader – og i ytterste konsekvens til dødsfall. Andre konsekvenser er engstelse for nye fall, immobilitet og økt behov for helse- og omsorgstjenester (Olsen og medarbeidere 2017). Det er årlig ca. 9000 hoftebrudd i Norge. I tillegg til høy dødelighet, mye lidelse, redusert funksjon og livskvalitet, medfører disse bruddene store samfunnskostnader. De samlede økonomiske konsekvensene av hoftebrudd for hjemmeboende over 70 år kan komme opp i kr. 800 000 - 1 000 000 etter to år (Hektoen 2014). Pasienter på sykehus har større risiko for å falle enn personer som ikke er på sykehus. Dette skyldes blant annet nyervervede risikofaktorer, eksempelvis akutt sykdom, og ukjente omgivelser kan øke risikoen for å falle (National Institute for Health and Care Excellence, 2013). Overganger 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).

I rapporten [Folkehelse i et livsløpsperspektiv - Helsedirektoratets innspill til ny folkehelsemelding](#) hevdes det at dersom innsatsen dreies mer i retning av forebygging og tidlig og mindre ressurskrevende innsats, kan dette bidra til å redusere utfordringene i tjenestetilbudet fremover. Fall og fallskader kan forebygges, og det er et antatt stort potensial for forbedring i Norge. Nasjonale faglige råd for forebygging av fall vil peke på hvilken retning helse- og omsorgstjenesten skal jobbe mot for å redusere forekomsten av fall. For å lykkes, kreves det blant annet at rådene implementeres og etterleves, og at de ulike fallforebyggende tiltakene og initiativ er samordnet.

## 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

Håndtering av fallrelaterte skader er ikke en del av de faglige rådene. Det er imidlertid en nær sammenheng mellom fall og skjørhetsbrudd. Dette er derfor omtalt i rådene.

En kartlegging av multifaktorielle risikofaktorer fokuserer på faktorer som har påvirket risiko for fall, og ikke alle faktorer i en 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.

## Grad av normering

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

- Når Helsedirektoratet skriver «skal», betyr det at anbefalingen/rådet er basert på lov eller forskrift, eller når det er 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 for ulike pasienter/brukere.

## 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.

## Tilstøtende normerende publikasjoner

Følgende normerende publikasjoner fra Helsedirektoratet er referert til:

- [Nasjonalt faglig råd Fysisk aktivitet i forebygging og behandling, kapittel 2 Voksne og eldre - generelle råd](#)

- [Nasjonal faglig retningslinje Forebygging og behandling av underernæring](#)
- [Nasjonalt faglig råd Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang](#)
- [Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten \(pårørendeveileder\)](#)

## Kunnskapsbasert metode

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 forskningsbasert kunnskap og/eller overføringsverdien fra internasjonal til norsk helsetjeneste er lav, blir klinisk kunnskap og brukerkunnskap tillagt større vekt. Klinisk kunnskap og brukerkunnskap har kommet frem gjennom diskusjoner og tilbakemeldinger fra eksterne ressursgrupper.

For å sikre et oppdatert kunnskapsgrunnlag ble det utarbeidet aktuelle problemstillinger og systematiske søk ble gjennomført ved Bibliotek for Helseforvaltningen, Folkehelseinstituttet. Den forskningsbaserte 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 det 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"). I tillegg 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 ønsket en sammensatt arbeidsgruppe. Det ble lagt vekt på klinisk erfaring, forskningserfaring, geografisk tilhørighet, størrelse på kommuner og erfaringer fra primær- og spesialisthelsetjenesten.

Deltakere i arbeidsgruppa

Navn	Tittel	Sted
Anne-Berit Schelbred (prosjektleder)	Kvalitetsrådgiver	Sykehuset i Vestfold
Anne Kristin Ihle Melby	Seniorrådgiver	Helsedirektoratet, avd. kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
Cathrine de Groot	Fysioterapeut	Sykehuset i Telemark
Nina Torsteinsen Johnsen	Fagutviklingssykepleier	Vestre Viken
Åse Mette Haldorsen	Avdelingsleder	Eldre-medisin, Helse Fonna
Mona Oppedal	Spesialrådgiver	Ortopedisk klinikk, Helse Bergen
Kristin Torsteinsen	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
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	Fysioterapeut/seniorrådgiver	FHI
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	Seksjonsoverlege	Geriatri AHUS, Den norske legeforening
Ruth Aga	Lege	Skadelegevakten i Oslo, ortopedisk avd, OUS, Den norske legeforening
Hannah K. Lorentzen	Fysioterapeut	Norsk fysioterapeutforbund
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	Fagkonsulent og forsker	Aldring og helse

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 ivarettatt:

- Bringe inn kunnskap og relevante problemstillinger fra fagfeltet.
- Være rådgiver for valg av anbefalinger og kvalitetssikre innholdet i anbefalingene.
- Faglige støttespillere internt og eksternt.

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

- Maria Bjerk
- Randi Granbo

## Habilitet

Ekstern arbeidsgruppe har fylt ut Helsedirektoratets habilitetsskjema. Ingen interesser med konsekvenser for deltakelse i arbeidet er identisert.

## Evaluering

Den som har det overordnede ansvaret i virksomheten, er ansvarlig for å vurdere om virksomheten driftes og tjenestene ytes i henhold til faglig forsvarlig praksis og anbefalinger gitt i nasjonale faglige råd for forebygging av fall. Helsedirektoratet utarbeider nasjonale faglige råd for implementering av nasjonale faglige råd. Når disse er publisert, vil de knyttes opp mot råd for forebygging av fall.

Helsedirektoratet har et samarbeid med FALLPREVENT, et forskningsprosjekt ved Oslomet, som har mottatt støtte fra Norsk Forskningsråd. FALLPREVENT har som mål å evaluere implementering av de nasjonale faglige rådene om fallforebygging i 24 norske kommuner. Forskningsprosjektet har ikke påvirkning på utviklingen av de nasjonale rådene.

## Referanser

Hektoen, L. F. (2014). *Kostnader ved hoftebrudd hos eldre* Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus. Hentet fra <https://skriftserien.oslomet.no/index.php/skriftserien/article/view/18/16>

Helsedirektoratet (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf)

Helsedirektoratet (2019). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>

Helsedirektoratet (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023>

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.

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>

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 [https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2452445/Fall%20og%20](https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2452445/Fall%20og%20pasientsikkerhet%20blant%20eldre%20i%20kommunene.pdf)

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.

