



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

## **Bacheloroppgave**

# **Fallforebygging i hjemmetjenesten**

Innleveringsdato: 04.06.2020

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10047

Antall ord: 8443

# Sammendrag

**Tittel:** Fallforebygging i hjemmetjenesten

**Hensikt:** Fall er den vanligste årsaken til personskade blant personer over 60 år, og flertallet av disse skadene skjer i hjemmet. Jeg ønsket derfor å undersøke hva man kan gjøre som sykepleier i hjemmetjenesten for å redusere fall blant eldre hjemmeboende.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier i hjemmetjenesten bidra til å forebygge fall hos hjemmeboende eldre som vurderes å ha økt risiko for fall?

**Metode:** Dette er en litteraturstudie, som tar utgangspunkt i allerede eksisterende teori og forskning.

**Resultat:** Det er viktig å være bevisst faktorer som øker fallfaren, og at det finnes enkle tiltak som man som sykepleier kan initiere. Pasientsikkerhetskulturen i hjemmetjenesten viser seg å være dårligere enn i spesialisthelsetjenesten. Dette er noe man som sykepleier bør være bevisst hvordan eventuelt påvirker egne holdninger.

**Konklusjon:** Antall fall blant eldre hjemmeboende kan reduseres med målrettede tiltak, men dette krever at sykepleier er oppmerksom på å avdekke fallfare og muligheter for forebygging.

**Nøkkelord:** Fall, fallforebygging, eldre, hjemmeboende eldre, hjemmesykepleie, hjemmetjeneste

## Innhold

|  |    |
|--|----|
| Tabeller.....  | iv |
| 1. Innledning.....   | 5  |
| 1.1 Innledning til tema .....                                    | 5  |
| 1.2 Bakgrunn for valg av tema .....                              | 5  |
| 1.3 Definisjon av sentrale begrep i problemstillingen .....      | 5  |
| 1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen .....        | 6  |
| 1.5 Oppgavens oppbygning .....                                   | 6  |
| 2. Metode .....  | 7  |
| 2.1 Valg av metode.....  | 7  |
| 2.2 Søkehistorikk med søketabell.....                            | 7  |
| 2.3 Valgt litteratur og kildekritikk .....                       | 9  |
| 3. Empiri.....   | 11 |
| 3.1 Artikkelmatriser .....                                       | 11 |
| 3.2 Sammenfattet empiri.....                                     | 19 |
| 4. Teori .....   | 21 |
| 4.1 Innledning.....  | 21 |
| 4.2 Fall i hjemmet.....  | 21 |
| 4.3 Vurdering av fallrisiko .....                                | 21 |
| 4.4 Brukergruppen/målgruppen.....                                | 22 |
| 4.5 Sykepleiers rolle i fallforebygging .....                    | 23 |
| 4.6 Henderson/sykepleieteori .....                               | 24 |
| 4.7 Tiltak .....   | 24 |
| 5. Diskusjon .....   | 26 |
| 5.1 Innledning.....  | 26 |
| 5.2 Hjemmetjenesten som arena for fallforebyggende arbeid .....  | 26 |
| 5.3 Betydningen av pasientsikkerhetskultur .....                 | 26 |
| 5.4 Sykepleiers erfaringer med fall og fallforebygging .....     | 27 |
| 5.5 Brukernes egen opplevelse av fallrisiko og forebygging ..... | 28 |
| 5.6 Vurdering av fallrisiko .....                                | 29 |
| 5.7 Indre risikofaktorer og tiltak .....                         | 30 |
| 5.8 Ytre risikofaktorer og tiltak .....                          | 32 |
| 5.9 Oppsummering .....   | 33 |
| 6. Konklusjon .....  | 34 |
| Referanser.....  | 35 |

## Tabeller

|   |           |
|---|-----------|
| <u>Tabell 2.2 Søketablell med søkehistorikk</u>       | <u>8</u>  |
| <u>Tabell 2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier</u> | <u>10</u> |
| <u>Tabell 3.1.1 Artikkel A</u>                        | <u>11</u> |
| <u>Tabell 3.1.2 Artikkel B</u>                        | <u>12</u> |
| <u>Tabell 3.1.3 Artikkel C</u>                        | <u>13</u> |
| <u>Tabell 3.1.4 Artikkel D</u>                        | <u>14</u> |
| <u>Tabell 3.1.5 Artikkel E</u>                        | <u>15</u> |
| <u>Tabell 3.1.6 Artikkel F</u>                        | <u>16</u> |
| <u>Tabell 3.1.7 Artikkel G</u>                        | <u>17</u> |
| <u>Tabell 3.1.8 Artikkel H</u>                        | <u>18</u> |
| <u>Tabell 3.2 Sammenfatning empiri</u>                | <u>19</u> |

# 1. Innledning

## 1.1 Innledning til tema

Denne bacheloroppgaven omhandler fall i hjemmet, og hvilken rolle sykepleier i hjemmetjenesten har i forebygging av fall hos eldre brukere.

Fall og fallskader er den tiende viktigste årsaken til dødsfall i Norge, og er i tillegg rangert som den sjuende viktigste årsaken til helsetap i landet. Helsetap er et uttrykk for sykdomsbyrde som reflekterer tap av helse på grunn av sykdom, skader og ulykker som en lever med («Sykdomsbyrden i Norge i 2016», u.å.).

Et fall med skade fører til økt dødelighet, og mange vil også etter behandling ha et varig økt hjelpebehov – enten i form av behov for sykehjems plass, eller økt bistand fra hjemmetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Fall er den vanligste årsaken til personskader hos personer over 60 år. Flertallet av registrerte fallskader i denne aldersgruppen skjer i hjemmet – tall fra Personskaderegisteret viser at 60 prosent av fall blant personer over 80 år skjer i eget hjem (Støver, 2019).

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema

De fleste anbefalinger jeg har lest gjennom studiet retter søkelyset mot tilrettelegging for å forebygge fall i institusjoner – dette til tross for at statistikken tilsier at flesteparten av fall skjer i hjemmet. I tillegg har jeg gjennom studietiden fått erfaring fra hjemmebasert omsorg på flere nivå, og ved flere tilfeller opplevd mangel på oppmerksomhet rundt vurdering og forebygging av fall hos hjemmeboende.

Jeg ønsker derfor å rette fokus mot hvordan sykepleier i hjemmetjenesten kan bidra til økt kompetanse og oppmerksomhet, både på kartlegging av fallfare og tiltak for å forebygge fall hos eldre hjemmeboende.

## 1.3 Definisjon av sentrale begrep i problemstillingen

**Eldre hjemmeboende:** Personer over 65 år som bor hjemme i egen bolig. Omsorgsboliger e.l. som er døgnbemannet medregnes ikke.

**Hjemmetjeneste:** I en del litteratur benyttes begrepene hjemmetjeneste og hjemmesykepleie om hverandre. Jeg velger å ta utgangspunkt i følgende definisjon: «Hjemmesykepleie er helsehjelp, herunder pleie og omsorg, som utføres av profesjonelle til en pasient og dennes pårørende i pasientens eget hjem, der fokus primært er rettet mot å ivareta pasientens grunnleggende behov.» (Birkeland & Flovik, 2014, s.15).

**Fall:** «En utilsiktet hendelse som resulterer i at en person kommer til å ligge på bakken, gulvet eller et annet lavere nivå, uavhengig av årsak og om det foreligger skade som følge av fallet» (de Groot, Johnsen, & Oppheim, 2017).

**Risikogruppe for fall:** Personer som har en sykdom eller tilstand som medfører økt risiko for fall.

## 1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Brukergruppen i hjemmetjenesten er svært stor og spenner over et vidt spekter av helseproblemer, og en stor variasjon i hjelpebehov. Jeg ønsker at oppgaven skal bidra til å belyse et fenomen som rammer mange ulike brukergrupper, og velger derfor å utelate diagnosespesifikke vurderinger og tiltak, som vil ha et smalere bruksområde. Jeg begrenser derimot målgruppen min til å gjelde eldre hjemmeboende som vurderes til å ha økt fallfare. Kommunikasjon, forebyggende sykepleie og tverrfaglig samarbeid er også viktige emner innenfor fallforebygging. Av hensyn til oppgavens lengde har jeg valgt å ikke gå inn på disse temaene, og forholder meg til hvordan man som sykepleier kan bidra til å rette fokus mot fall og fallforebygging.

Problemstillingen min blir da:

*Hvordan kan sykepleier i hjemmetjenesten bidra til å forebygge fall hos hjemmeboende eldre som vurderes å ha økt risiko for fall?*

## 1.5 Oppgavens oppbygning

I første del av oppgaven gjør jeg rede for metoden jeg har benyttet, for så å oppsummere forskning jeg har valgt ut for å belyse problemstillingen. Denne forskningen presenteres i et eget empirikapittel. I kapittel 4 beskriver jeg relevant teori rundt problemstillingen, målgruppen og sykepleiers rolle. I siste del av oppgaven tar jeg utgangspunkt i empiri og teori for å drøfte sentrale aspekter ved problemstillingen, og vurdere utfordringer og mulige tiltak som kan bidra til å svare på spørsmålet problemstillingen stiller. Kapittel 6 er siste kapittel, og har som formål å oppsummere funnene som er gjort, og eventuelle svar på problemstillingen.

## 2. Metode

### 2.1 Valg av metode

Å gjøre et valg av metode er nødvendig for å finne ut hvilket redskap, eller hvilken strategi, man skal benytte for å fremskaffe kunnskap for å belyse temaet. Denne oppgaven er en litteraturstudie, som vil si at den i hovedsak bygger på skriftlige kilder. I en slik litteraturstudie benyttes det ikke nødvendigvis en bestemt metode for å finne kunnskap - det metodiske redskapet vil være vurderingene som blir gjort av de skriftlige kildene som benyttes (Dalland, 2012).

I litteratursøket mitt har jeg benyttet to anerkjente databaser innenfor helsefaglige publikasjoner: SweMed+ og PubMed. Søkehistorikken for å komme frem til forskningsartiklene jeg har benyttet i empirikapittelet vises i tabell i neste underkapittel.

### 2.2 Søkehistorikk med søketabell

Jeg har tatt utgangspunkt i sentrale ord i problemstillingen min for å finne nøkkelord til søkearbeidet: fall, eldre, hjemmeboende og forebygging. For å finne de vanligste termene som benyttes ved publisering, og få oversatt disse til engelsk, har jeg benyttet den norske utgaven av terminologibasen MeSH.

Jeg har valgt en kombinasjon av mer åpne generelle søk og mer spesifiserte og konkrete søkeord. De åpne søkene har jeg inkludert for å få en oversikt over hva som finnes, og hvilke undertema som er forsket på innenfor fallforebygging. Enkelte ord, som «nursing» har jeg etter noen test-søk valgt å ikke benytte, da det ga mange treff på forskning fra sykehjem (nursing homes). I de mer åpne søkene har jeg gjerne fått opp et stort antall resultater. I disse tilfellene har jeg bladd gjennom søketreffene og lest tittel på artiklene, samt abstrakt på de som ut fra tittel så relevante ut.

I enkelte tilfeller har jeg vært nysgjerrig på mer konkrete sammenhenger, og ønsket å finne ut om det er blitt forsket på. Eksempel på dette er sammenheng mellom fallforebyggende tiltak og samhandlingsreformen, der jeg tenkte at økt ansvar hos kommunene med flere og sykere hjemmeboende, fører til økt risiko for fall og behov for forebygging. På akkurat dette søket fikk jeg kun ett treff, som jeg har benyttet noe teori fra, men ikke valgt å ha med som en del av empirikapittelet.

**Tabell 2.2 Søketablell med søkehistorikk**

| Database | Dato       | Søkeord                                    | Antall treff | Valgte artikler |
|----------|------------|--|--------------|-----------------|
| SweMed+  | 16.04.2020 | Accidental falls                           | 356          |                 |
| SweMed+  | 16.04.2020 | Fall prevention                            | 75           | D               |
| SweMed+  | 16.04.2020 | Accidental falls AND elderly               | 262          |                 |
| SweMed+  | 16.04.2020 | Patient safety AND home care               | 37           | H               |
| SweMed+  | 21.04.2020 | Fallforebygging AND samhandlingsreformen   | 1            |                 |
| SweMed+  | 10.05.2020 | Accidental falls AND medication            | 19           | E               |
| PubMed   | 16.04.2020 | Accidental falls AND elderly               | 3179         |                 |
| PubMed   | 28.04.2020 | Accidental falls AND elderly AND vision    | 126          |                 |
| PubMed   | 03.05.2020 | Accidental falls AND elderly AND nutrition | 109          | F               |
| PubMed   | 03.05.2020 | Accidental falls AND risk factors          | 1353         | A og B          |
| PubMed   | 08.05.2020 | Risk AND accidental falls AND metaanalysis | 118          | G               |
| PubMed   | 08.05.2020 | Accidental falls AND home AND elderly      | 72           |                 |
| PubMed   | 08.05.2020 | «Patient safety» AND falls AND «home care» | 29           | C               |

**Inkluderte artikler:**

- A. Patil, S. S., Suryanarayana, S. P., Dinesh, R., Shivraj, N. S., & Murthy, N. S. (2015). Risk factors for falls among elderly: A community-based study. *International Journal of Health & Allied Sciences*, 4(3), 135-140. <https://doi.org/10.4103/2278-344X.160867>
- B. Manis, D. R., McArthur, C., & Costa, A. P. (2020). Associations with rates of falls among home care clients in Ontario, Canada: A population-based, cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1483-6>
- C. Berland, A., Gundersen, D., & Bentsen, S. B. (2012). Patient safety and falls: A qualitative study of home care nurses in Norway. *Nursing & Health Sciences*, 14(4), 452-457. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00701.x>
- D. Balteskard, B., & Clancy, A. (2018). «Å falle, det kan jo hende alle!» Nordisk sygeplejeforskning, 8(02), 122-135. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2018-02-04>



- E. Smebye, K. L., Granum, S., Wyller, T. B., & Mellingsæter, M. (2014). Medisinske funn i en tverrfaglig geriatrisk fallpoliklinikk. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, (7), 705–709. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.1287>
- F. Jo, A.-R., Park, M.-J., Lee, B.-G., Seo, Y.-G., Song, H.-J., Paek, Y.-J., ... Noh, H.-M. (2020). Association between Falls and Nutritional Status of Community-Dwelling Elderly People in Korea. *Korean Journal of Family Medicine*, 41(2), 111–118. <https://doi.org/10.4082/kjfm.18.0112>
- G. Lusardi, M. M., Fritz, S., Middleton, A., Allison, L., Wingood, M., Phillips, E., ... Chui, K. K. (2017). Determining Risk of Falls in Community Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis Using Posttest Probability. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 40(1), 1–36. <https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000099>
- H. Olsen, R. M., & Bjerkan, J. (2017). Sikkert nok? - En kvantitativ studie av holdninger til pasientsikkerhet blant ansatte i hjemmesykepleien. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(01), 6–17. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-01-03>

## 2.3 Valgt litteratur og kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann og troverdig, og består av to sider. Den første er selve litteratursøket, som handler om å finne frem til kilder som best mulig kan belyse problemstillingen. Den andre siden handler om å gjøre rede for den litteraturen som blir anvendt (Dalland, 2012, s. 68).

I akademiske arbeider vurderes ofte ulike kilder etter et hierarkisk system som setter vitenskapelig litteratur øverst (Dalland, 2012, s. 71). Jeg har valgt å benytte de 5 øverste kategoriene av kilder, for å i størst mulig grad unngå at informasjon er bearbeidet og tolket før jeg benytter den. Disse kategoriene er (i prioritert rekkefølge) vitenskapelige tidsskrifter, fagbøker og lærebøker, institusjonsserier og rapporter, offentlige publikasjoner og lover, samt leksika og oppslagsverk (Dalland, 2012, s. 71). Jeg har også vurdert hver enkelt kilde før jeg benytter den, da det finnes både gode og mindre gode publikasjoner innen alle kategorier. Jeg har i størst mulig grad forsøkt å benytte primærlitteratur, og har brukt registeret over vitenskapelige publiseringskanaler for å sikre at tidsskriftene jeg finner litteratur i benytter fagfellevurdering.

I utgangspunktet skal man kunne anta at forskningsartikler som er fagfellevurderte oppfylder kriteriene for å være av god kvalitet. For å vurdere hvor aktuelle de valgte forskningsartiklene er for min oppgave, har jeg allikevel forsøkt å se på gyldighet, relevans og holdbarhet. Dette innebærer at jeg har gjort meg tanker om på hvilken måte den belyser problemstillingen og hvordan innholdet er relevant for oppgaven min og hvor troverdig og holdbar kilden fremstår (Dalland, 2012, s. 74).

Jeg har valgt å ekskludere en stor del av søketreffene, da en overvekt av studiene jeg fant har dreid seg om forebygging av fall hos pasienter på sykehus og sykehjem. Øvrige kriterier jeg har benyttet i utvelgning av artikler fremgår av tabell under.

**Tabell 2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

| Inklusjonskriterier   | Eksklusjonskriterier   |
|---|--|
| Publisert tidligst i 2010   | Publisert før 2010   |
| Skrevet på nordisk eller engelsk språk  | Skrevet på annet språk enn nevnt i inklusjonskriteriet                         |
| Følger IMRAD-struktur   | Forskningen er foretatt på institusjon eller rettet mot inneliggende pasienter |
| Fagfellevurdert   |  |
| Innholdet vurderes som relevant for norsk hjemmetjeneste, selv om forskningen kan være utført i andre land. |  |

## 3. Empiri

### 3.1 Artikkelmatiser

Tabell 3.1.1 Artikkel A

| A - Risk factors for falls among elderly: A community based study |  |
|---|--|
| <b>Referanse</b>  | Patil, S. S., Suryanarayana, S. P., Dinesh, R., Shivraj, N. S., & Murthy, N. S. (2015). Risk factors for falls among elderly: A community-based study. <i>International Journal of Health &amp; Allied Sciences</i> , 4(3), 135–140. <a href="https://doi.org/10.4103/2278-344X.160867">https://doi.org/10.4103/2278-344X.160867</a>   |
| <b>Hensikt og problemstilling</b>                                 | Å kartlegge risikofaktorer for fall blant eldre hjemmeboende.  |
| <b>Metode</b>   | <p>Tverrsnittstudie der totalt 416 hjemmeboende over 60 år ble inkludert.</p> <p>Informasjon om tidligere fall ble samlet inn ved hjelp av et semistrukturert spørreskjema som deltakerne fylte ut selv. Dersom de svarte bekreftende på å ha opplevd fall de siste 6 månedene, ble ytterligere informasjon innhentet og en omfattende klinisk undersøkelse gjennomført.</p>   |
| <b>Resultat</b>   | <p>Det ble registrert en høyere fallrate blant kvinner enn menn. Etter fylte 75 år økte også forekomsten av fall betydelig.</p> <p>Bruk av ganghjelpemiddel innendørs, personer som hadde gangvansker eller vansker med å reise og sette seg, og de som drakk alkohol jevnlig hadde høyere fallrate.</p> <p>Av medisinske tilstander som skilte seg ut med økt fallfare fant de ryggsmertor under gange, fotproblemer, synssvekkelse, plager med svimmelhet, leddsmerter, urinlekkasje og urge-inkontinens.</p> <p>Det ble sett en økning i fall ved nedsatt ADL-funksjon, og ved lav MMSE-skår. Nedsatt balanse og avvikende skår på testen Timed-up-and-go (TUG) økte fallrisikoen. Både fedme og undervekt økte fallforekomsten betydelig, aller tydeligst var dette for undervektige.</p> <p>Av medikamentbruk fant de en signifikant økning i fall dersom deltakerne brukte antidepressiver eller NSAIDs regelmessig.</p> |
| <b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>                  | For å kunne forebygge fall er det en fordel å ha kunnskap om hvilke faktorer som bidrar til økt fallfare. Kjennskap til risikofaktorer vil kunne føre til økt oppmerksomhet på fall hos aktuelle brukere, og eventuelt initiering av forebyggende tiltak.  |

**Tabell 3.1.2 Artikkel B**

| <b>B - Associations with rates of falls among home care clients in Ontario, Canada: a population-based, cross-sectional study</b> |   |
|---|---|
| <b>Referanse</b>  | Manis, D. R., McArthur, C., & Costa, A. P. (2020). Associations with rates of falls among home care clients in Ontario, Canada: A population-based, cross-sectional study. <i>BMC Geriatrics</i> , 20. <a href="https://doi.org/10.1186/s12877-020-1483-6">https://doi.org/10.1186/s12877-020-1483-6</a>  |
| <b>Hensikt og problemstilling</b>   | Kartlegge faktorer som assosieres med fall hos eldre personer som er mottakere av hjemmetjeneste.   |
| <b>Metode</b>   | Tverrsnittstudie som ble gjennomført med data fra flere helseregioner i Canada. Datagrunnlaget omfattet 10 586 personer, som alle var mottakere av hjemmetjenester.   |
| <b>Resultat</b>   | <p>Nedsatt ADL-funksjon, bruk av ganghjelpemiddel innendørs og moderat nedsatt kognitiv funksjon var sterkt assosiert med fall.</p> <p>Andre faktorer som økte fallrisikoen var bruk av 8 eller flere medisiner regelmessig, plager med svimmelhet og parkinsonisme i alle grader.</p> <p>Hos brukere med parkinsonisme var den ytterligere økningen i antall fall ved polyfarmasi og bruk av ganghjelpemiddel betydelig høyere enn hos resten av brukerne. Hos andre risikogrupper var økningen i antall fall ved øvrige risikofaktorer omtrent den samme som hos de utenfor risikogruppene.</p> |
| <b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>  | Kunnskap om hvilke brukergrupper som hyppigst opplever fall er nyttig for å rette oppmerksomhet mot fallrisiko og forebygging. Denne artikkelen ser spesifikt på mottakere av hjemmetjeneste, som ofte kan ha økte utfordringer knyttet til helse sammenlignet med eldre uten hjelp i hverdagen. Å se hvorvidt risikofaktorene er de samme for grupper med og uten hjemmetjeneste vil kunne underbygge funn fra øvrig forskning.  |

**Tabell 3.1.3 Artikkel C**

| C - Patient safety and falls: A qualitative study of home care nurses in Norway |   |
|---|---|
| <b>Referanse</b>  | Berland, A., Gundersen, D., & Bentsen, S. B. (2012). Patient safety and falls: A qualitative study of home care nurses in Norway. <i>Nursing &amp; Health Sciences</i> , 14(4), 452–457. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00701.x">https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00701.x</a>  |
| <b>Hensikt og Problemstilling</b>   | <p>Kvalitativ studie som ser på pasientsikkerhet og fallhendelser fra sykepleier i hjemmetjenesten sitt perspektiv.</p> <p>Studien hadde som hensikt å undersøke hvilke opplevelser hjemmesykepleier har av pasientsikkerhet i forbindelse med fall hos brukere.</p>  |
| <b>Metode</b>   | <p>Eksplorativ og kvalitativ undersøkelse.</p> <p>4 fokusgruppeintervju ble gjennomført med til sammen 20 sykepleiere, fra flere ulike hjemmetjenestesoner</p>  |
| <b>Resultat</b>   | <p>4 hovedelementer kom frem under intervjuene:</p> <p>Pasientsikkerhet var stort sett ikke et fokusområde. Oppmerksomhet på fallfare ble først rettet mot brukere dersom spesielle hendelser tilsa det – eksempelvis et nylig lårhalsbrudd eller ved spesielle elementer i omgivelsene som kunne forårsake fall.</p> <p>Dersom et fall først inntraff, var det en gjennomgående opplevelse at fokuset lå på eventuell skade og behandling av denne – eksempelvis at bruddet ble behandlet, uten at årsaken til falltendens ble forsøkt kartlagt eller gjort noe med.</p> <p>Sykepleierne opplevde det som problematisk at brukere de mente var for dårlige til å bo hjemme ikke fikk plass på sykehjem i tide. Det ble beskrevet at fall var forventet, men at det ofte måtte et fall med skade til for at de skulle få tildelt plass. Slike situasjoner førte til opplevelse av hjelpeløshet blant flere av sykepleierne.</p> <p>Det kan være en utfordring for hjemmesykepleier å finne en balanse mellom pasientautonomi og sikkerhet. Sykepleier og pårørende kunne ofte ønske å iverksette tiltak, uten at brukeren selv ønsket eller så nødvendigheten av dette.</p> |
| <b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>                                | Å belyse holdninger og tanker rundt pasientsikkerhet i hjemmetjenesten er viktig for å forebygge skader. For å kunne vurdere utfordringer og muligheter er det nyttig å få innsikt i sykepleieres erfaring og opplevelser rundt temaet.   |

**Tabell 3.1.4 Artikkel D**

| D - Å falle, det kan jo hende alle!              |   |
|--|---|
| <b>Referanse</b>                                 | Balteskard, B., & Clancy, A. (2018). «Å falle, det kan jo hende alle!» <i>Nordisk sygeplejeforskning</i> , 8(02), 122–135. <a href="https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2018-02-04">https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2018-02-04</a>  |
| <b>Hensikt og problemstilling</b>                | Gjennom denne studien ønsker forskerne å undersøke hvilke tanker hjemmeboende eldre har om fall, risikoen for å falle og betydningen dette kan ha i hverdagslivet.  |
| <b>Metode</b>                                    | Kvalitativ studie som samler data gjennom dybdeintervju med 8 hjemmeboende eldre over 75 år.  |
| <b>Resultat</b>                                  | <p>Intervjuerne opplevde at deltakerne hadde en viss uvilje mot å snakke om fall og fallhendelser. De ga uttrykk for at de ikke ønsket å først og fremst bli sett på som bærere av en gammel og skrøpelig kropp, og hadde et ønske om å framstå som aktive og selvstendige individer som var opptatte av mer enn å beskytte seg mot farer.</p> <p>Alle deltakerne var bevisste på at alder og det å være alene gjorde de sårbare og at de kunne være utsatt for risiko. De fleste hadde strategier for å minske risiko og/eller for å få varslet andre dersom noe skulle skje, men de ønsket allikevel ikke at livet skulle bli innsnevret som følge av forsiktighet. De beskrev også en slags mestringsfølelse ved det å greie å utføre gjøremål selv.</p> <p>Flere uttrykte vansker med å godta at de er ustø og ser eller hører dårlig. For en kvinnelig deltaker hadde det alltid vært viktig å gå med skjørt og pene sko. Nå måtte hun i stedet bruke bukse og stødige sko med tykke såler for å ikke snuble. Selv om hun innså nødvendigheten av tiltakene, beskrev hun at hun ikke følte seg vel, og at det å ikke kunne ha matter i leiligheten sin føltes «stusselig».</p> <p>Slik endret livsførsel på ulike måter bidro til å rokke ved deltakernes identitet, og reduksjon i aktiviteter de tidligere hadde gjennomført med venner bidro til en forsterket opplevelse av å være alene</p> |
| <b>Kommentar og relevans for problemstilling</b> | <p>Selv om det er de eldre som utsettes for både fall og forebyggende tiltak, kommer det lite frem om deres opplevelse av situasjonen. Å få innsikt i hvordan de selv vurderer fallhendelser og risiko oppleves nyttig dersom man som sykepleier ønsker å få en bedre forståelse for temaet.</p> <p>Opplevelsene som blir beskrevet i artikkelen kan bidra til å gjøre sykepleier mer bevisst hvordan eventuelle tiltak påvirker brukeren selv, og påpeker betydningen av å se den eldre som en egen person, som fremdeles ønsker å bevare sin identitet, til tross for alderdom og skrøpelighet.</p>   |

**Tabell 3.1.5 Artikkel E**

| E - Medisinske funn i en tverrfaglig geriatrisk fallpoliklinikk |   |
|---|---|
| <b>Referanse</b>  | Smebye, K. L., Granum, S., Wyller, T. B., & Mellingsæter, M. (2014). Medisinske funn i en tverrfaglig geriatrisk fallpoliklinikk. <i>Tidsskrift for Den norske legeforening</i> , (7), 705–709. <a href="https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.1287">https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.1287</a>   |
| <b>Hensikt og problemstilling</b>                               | Undersøke nytten av en spesialisert fallpoliklinikk, og beskrive funn gjort etter utredning ved fallpoliklinikk ved Geriatrisk avdeling på Oslo universitetssykehus   |
| <b>Metode</b>   | Registrering av data ble gjort fra våren 2008 og frem til mars 2011. Disse dataene omfatter 111 pasienter, med gjennomsnittsalder 82 år. Det ble utført en tverrfaglig utredning, og foreslått videre undersøkelser og tiltak basert på den enkeltes risikofaktorer.  |
| <b>Resultat</b>   | <p>De medisinske tilstandene som var vanligst blant pasientene som ble utredet var inkontinensplager, hjerte-kar-sykdom, artrose og lungesykdom. Ved undersøkelse fikk en firedel av pasientene påvist symptomgivende ortostatisk blodtrykksfall.</p> <p>85 prosent av pasientene brukte fire eller flere faste legemidler og 40 prosent av pasientene brukte ganghjelpemidler innendørs.</p> <p>Ved klinisk undersøkelse var hyppige funn nedsatt sensibilitet i føttene, parkinsonistiske symptomer, slagsekveler og synsproblemer. 31 prosent hadde lavere kroppsvekt enn anbefalt ut fra høyde.</p> <p>Nesten en tredel skåret 24 eller lavere på MMSE, som kan være et tegn på kognitiv svikt. Flertallet hadde redusert balanse og styrke i underekstremitetene, og brukte over 14 sekunder på testen Timed-up-and-go (TUG).</p> <p>Etter gjennomgått utredning var følgende tiltak hyppigst iverksatt: Legemiddelendringer (spesielt bruk av blodtrykksenkende midler og psykofarmaka) og styrke- og balansetrening ledet av fysioterapeut.</p> <p>En tverrfaglig geriatrisk poliklinikk ble vurdert som hensiktsmessig for å utrede pasienter med en sammensatt fallproblematikk.</p> |
| <b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>                | <p>Ved sammensatte årsaker til fall, og gjentakende fallproblematikk er det naturlig for sykepleier å involvere andre faggrupper, og oppfordre til et tverrfaglig samarbeid for utredning.</p> <p>Studien gir en anbefaling både rundt hvilke faktorer som går igjen ved gjentatte fall og viser de hyppigste tiltakene som blir anbefalt etter tverrfaglig utredning.</p>  |

**Tabell 3.1.6 Artikkelen F**

| <b>F - Association between falls and nutritional status of community-dwelling elderly people i Korea</b> |  |
|--|--|
| <b>Referanse</b>   | Jo, A.-R., Park, M.-J., Lee, B.-G., Seo, Y.-G., Song, H.-J., Paek, Y.-J., ... Noh, H.-M. (2020). Association between Falls and Nutritional Status of Community-Dwelling Elderly People in Korea. <i>Korean Journal of Family Medicine</i> , 41(2), 111–118. <a href="https://doi.org/10.4082/kjfm.18.0112">https://doi.org/10.4082/kjfm.18.0112</a>  |
| <b>Hensikt og problemstilling</b>  | Formålet med studien var å undersøke sammenhengen mellom ernæringsstatus og fall blant eldre som bor hjemme. Andre risikofaktorer som kunne påvirke sammenhengen ble også kartlagt og tatt hensyn til.   |
| <b>Metode</b>  | Det ble benyttet data fra en undersøkelse om levekår og helsetilstand blant hjemmeboende eldre over 65 år. Datagrunnlaget omfattet 10 675 respondenter. Ernæringsstatus ble vurdert ved hjelp av Nutritional screening initiative.   |
| <b>Resultat</b>  | <p>Det ble, uavhengig av kjønn, sett en høyere andel fall blant de med høy ernæringsmessig risiko.</p> <p>Statistisk var betydningen av dårlig ernæring på fallrisiko enda tydeligere blant kvinner enn menn, og for kvinner ble det også sett en signifikant sammenheng mellom moderat ernæringsmessig risiko og fall.</p> <p>For menn ble ikke moderat risiko vurdert som en risikofaktor av betydning etter at modellen ble tilpasset andre risikofaktorer.</p> <p>Av de som falt var det også en større andel med fedme og lavt aktivitetsnivå. De mest utbredte sykdommene blant de som opplevde fall var diabetes, gjennomgått hjerneslag, artritt, synsproblemer, hjertesykdom, urininkontinens og depresjon.</p> |
| <b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>   | Utfordringer med ernæring går igjen hos mange eldre, og kan bidra til både muskeltap og dårligere helsetilstand. Det kan derfor være nyttig å kjenne til en eventuell sammenheng mellom feilernæring og fallfare – både når man som sykepleier forsøker å motivere til adekvat næringsinntak, og når man skal foreta en vurdering av fallfare hos den enkelte.   |



**Tabell 3.1.7 Artikkel G**

| G - Determining risk of falls in community dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis using posttest probability |   |
|--|---|
| <b>Referanse</b>   | Lusardi, M. M., Fritz, S., Middleton, A., Allison, L., Wingood, M., Phillips, E., ... Chui, K. K. (2017). Determining Risk of Falls in Community Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis Using Posttest Probability. <i>Journal of Geriatric Physical Therapy</i> , 40(1), 1–36. <a href="https://doi.org/10.1519/JPT.000000000000009">https://doi.org/10.1519/JPT.000000000000009</a>   |
| <b>Hensikt og problemstilling</b>  | Hensikten med studien var å kartlegge hvilke(t) verktøy for identifisering av fallrisiko som best kunne forutsi hvilke pasienter som kommer til å falle.  |
| <b>Metode</b>  | Metaanalyse som studerte 118 studier, med følgende inkluderingkriterier: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Studien måtte omfatte minst 30 hjemmeboende over 65 år.</li> <li>- Deltakere og falldata måtte følges opp over en periode på minst 6 måneder.</li> <li>- Fokus skulle være på å vurdere risiko for fremtidige fall, og/eller forskjeller på de som opplevde fall og de som ikke opplevde fall.</li> <li>- Publisert på engelsk, i et fagfelleurdert tidsskrift mellom 1990 og oppstart av studien i september 2013.</li> </ul>  |
| <b>Resultat</b>  | <p>Totalt ble 56 ulike metoder for å avdekke fallrisiko evaluert. Disse metodene inkluderer både spørsmål om helsetilstand og hjelpebehov, selvutfyllingsskjemaer og funksjonelle tester med målbart resultat.</p> <p>Av spørsmål om helsetilstand og hjelpebehov ble flere bekreftende svar på følgende spørsmål pekt ut som nyttig for å skille ut de som har behov for ytterligere vurdering: tidligere fallhistorikk, bruk av psykofarmaka, behov for bistand i ADL, engstelse for å falle og bruk av ganghjelpemiddel.</p> <p>De 2 praktiske testene som ble vurdert til å være blant de beste testene for en enkel vurdering av fallfare er Timed-up-and-og (TUG) med skår over 11 sekunder, og Bergs balanseskala med skår under 50.</p> <p>For en enkel og grunnleggende vurdering av fallfare anbefales det å kombinere de fem spørsmålene om helsetilstand kombinert med TUG og/eller Bergs balanseskala, eventuelt andre tester.</p> |
| <b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>   | Enkle verktøy eller screenings spørsmål kan gjøre arbeidet med å avdekke fallrisiko både mer effektivt og systematisk. Dersom sykepleier har kjennskap til vurderingsverktøy vil dokumentasjon av vurdering bli mer konkret og gi mulighet for sammenligning senere.  |

**Tabell 3.1.8 Artikkel H**

| <b>H - Sikkert nok? – En kvantitativ studie av holdninger til pasientsikkerhet blant ansatte i hjemmesykepleien</b> |  |
|---|--|
| <b>Referanse</b>  | Olsen, R. M., & Bjerkan, J. (2017). Sikkert nok? - En kvantitativ studie av holdninger til pasientsikkerhet blant ansatte i hjemmesykepleien. <i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i> , 3(01), 6–17. <a href="https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-01-03">https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-01-03</a>  |
| <b>Hensikt og problemstilling</b>   | Hensikten med studien var å undersøke holdninger til pasientsikkerhet blant helsepersonell i hjemmesykepleien.   |
| <b>Metode</b>   | Tverrsnittstudie som ble gjennomført i perioden desember 2015 til februar 2016.<br><br>160 ansatte i 16 hjemmesykepleieenheter i Midt-Norge besvarte spørreskjemaet Safety Attitudes Questionnaire, generic version, short form 2006 (SAQ).  |
| <b>Resultat</b>   | Kun 31,3 prosent av enhetene i studien ble vurdert til å ha et modent pasientsikkerhetsklime. Til sammenligning viser tilsvarende tall fra spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge en andel på 63 prosent.<br><br>En mulig årsak til denne forskjellen kan være et mer langvarig og gjennomgående pasientsikkerhetsarbeid i sykehus, og meldeplikt om uønskede hendelser. En tilsvarende meldeplikt finnes foreløpig ikke i kommunehelsetjenesten*. Forfatterne av studien påpeker også at det rent organisatorisk kan være enklere å sette i gang forbedringsarbeid i en stor organisasjon med felles arbeidssted, heller enn i hjemmetjenesten der ansatte arbeider alene store deler av dagen.<br><br>Det kommer frem en lav andel positive svar på både sikkerhetsklime og oppfatninger av ledelsens fokus på pasientsikkerhet. Dette støtter opp om påstander om at ledelsen har stor innvirkning på pasientsikkerhetskulturen. |
| <b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>  | For sykepleier som ønsker å styrke det forebyggende arbeidet i hjemmetjenesten vil det være relevant å ha kjennskap til betydningen miljøet på arbeidsstedet kan ha for kvalitetsforbedringsarbeid, og at man er oppmerksom på eventuelle «dårlige holdninger» slik at man bevisst kan forsøke å forbedre disse.<br><br>* Fra 2019 ble meldeplikten om uheldige hendelser som kunne ført til pasientskade fjernet ( <i>Endringar i spesialisthelsetenestelova m.m. (Avvikling av meldeordninga m.m.)</i> , 2019). Samtidig ble kommunehelsetjenesten omfattet av en ny meldeplikt som kun omfatter alvorlige hendelser som fører til svært alvorlig skade eller dødsfall (Statens helsetilsyn, 2019).  |

## 3.2 Sammenfattet empiri

**Tabell 3.2 Sammenfattet empiri**

| Artikkel | Undertema   | Kvalitativ/kvantitativ | Land       | År   |
|----------|---|------------------------|------------|------|
| <b>A</b> | Risikofaktorer  | Kvantitativ            | India      | 2015 |
| <b>B</b> | Risikofaktorer  | Kvantitativ            | Canada     | 2020 |
| <b>C</b> | Sykepleiers perspektiv og holdninger                                | Kvalitativ             | Norge      | 2012 |
| <b>D</b> | Målgruppens perspektiv og opplevelser                               | Kvalitativ             | Norge      | 2018 |
| <b>E</b> | Risikofaktorer og tiltak  | Kvantitativ            | Norge      | 2014 |
| <b>F</b> | Ernæringsstatus og fallfare   | Kvantitativ            | Korea      | 2020 |
| <b>G</b> | Verktøy for vurdering av fallrisiko                                 | Kvantitativ            | -<br>Flere | 2017 |
| <b>H</b> | Pasientsikkerhet/<br>holdninger blant ansatte i<br>hjemmesykepleien | Kvantitativ            | Norge      | 2017 |

Jeg har valgt ut 8 forskningsartikler for å belyse ulike sider av problemstillingen. Flertallet av de valgte forskningsartiklene er kvantitative, som vil si at de beskriver forekomst og hyppighet av noe (Dalland, 2012, s. 112). Disse er tatt med fordi de kan tallfeste forekomsten av eksempelvis fall, og måle hvor mange deltakere som har effekt av ulike tiltak. Jeg har bevisst forsøkt å finne noen kvalitative studier, og inkludert to av disse. Disse går mer i dybden, og er valgt ut for å få et mer helhetlig perspektiv.

Tre av artiklene ser på risikofaktorer for fall. Flere av disse har felles funn, som styrker resultatenes troverdighet. Alle studiene fant økt fallfare ved tegn til kognitiv svikt, svimmelhetsplager og bruk av ganghjelpemiddel (Manis, McArthur, & Costa, 2020; Patil, Suryanarayana, Dinesh, Shivraj, & Murthy, 2015; Smebye, Granum, Wyller, & Mellingsæter, 2014).

Patil et al. (2015) og Smebye et al. (2014) fant også økt fallrate ved inkontinensplager og fotproblemer. Økt fallrate ved nedsatt ADL-funksjon var felles funn for to av studiene (Manis et al., 2020; Patil et al., 2015). Polyfarmasi ble ansett som en risikofaktor i to av studiene (Manis et al., 2020; Smebye et al., 2014), mens spesifikt bruk av NSAIDs ble pekt ut av Patil et al. (2015).

Jeg har valgt å inkludere en metaanalyse, da dette regnes som gullstandarden innen medisinsk forskning (Johannessen, 2011). Denne ser på hvilke verktøy for vurdering av fallrisiko som best mulig vurderer hvilke brukere som kommer til å oppleve fall, og konkluderte med at testen Timed-up-and-go i kombinasjon med fem spørsmål om helsetilstand var blant de beste enkle metodene for å avdekke økt fallrisiko (Lusardi et al., 2017).

En av artiklene ser på sammenheng mellom ernæring og fallfare, og fant at dårlig ernæringsmessig tilstand økte fallraten signifikant for begge kjønn (Jo et al., 2020).

Jeg har inkludert to artikler som ser på de ansatte i hjemmetjenesten sine holdninger og opplevelser rundt pasientsikkerhet og fall. Disse viser at oppmerksomhet på fallfare ikke

nødvendigvis prioriteres i en travel arbeidsdag (Berland, Gundersen, & Bentsen, 2012), og at en lav andel hjemmetjeneste-enheter har en moden pasientsikkerhetskultur (Olsen & Bjerkan, 2017).

Studien utført av Balteskard & Clancy (2018) ser på fallrisiko og opplevelser de eldre selv beskriver av fallfare, og gir et innblikk i deres perspektiv. Det gjennomgående funnet her er at de eldre er bevisste økt risiko for både fall og skade, men ønsker å leve et så normalt liv som mulig til tross for dette (Balteskard & Clancy, 2018).

## 4. Teori

### 4.1 Innledning

I kapittel 4 gjør jeg rede for teori som kan bidra til å belyse følgende problemstilling, og dens sykepleiefaglige relevans:

*«Hvordan kan sykepleier i hjemmetjenesten bidra til å forebygge fall hos eldre hjemmeboende som er i risikogruppen for fall?»*

Først skriver jeg litt om fall og noen konsekvenser av dette, og beskriver hvilke risikofaktorer som bidrar til økt fallfare. Senere beskriver jeg målgruppen for problemstillingen, for så å omtale sykepleiers rolle innen fallforebygging for disse brukerne. Jeg vil også se på sykepleiers rolle i fallforbygging ut fra deler av Virginia Hendersons sykepleieteori. Til slutt beskriver jeg noen vanlige tiltak som kan iverksettes for å forebygge fall.

### 4.2 Fall i hjemmet

Fall og fallskader kan ha store personlige konsekvenser for de som rammes. En studie fant at så mange som 41,5 prosent av hjemmeboende eldre opplevde engstelse for å falle i hverdagen. Dette til tross for at en lavere prosentandel (36,5) hadde opplevd et fall det siste året (Lavedán et al., 2018). Fysiske skader er en naturlig konsekvens av fall, men selv de fallene som ikke fører til en skade som krever behandling kan føre til tap av livskvalitet og selvstendighet, med påfølgende inaktivitet og funksjonssvikt (Helbostad, 2008).

I tillegg til personlige konsekvenser for de eldre, vil fallskader også ha en konsekvens for helsevesenet, både i form av kostnader og bruk av menneskelige ressurser. Et hoftebrudd var per 2014 anslått å koste samfunnet i gjennomsnitt 500 000 kroner det første året (Folkehelseinstituttet, 2017). Mange vil kreve rehabilitering og økt omsorgsnivå etter et fall med skade (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

### 4.3 Vurdering av fallrisiko

Falltendens oppdages i mange tilfeller i forbindelse med et fall med skade, men selv da blir falltendens sjelden gjort til gjenstand for oppmerksomhet (Helbostad, Granbo, & Sletvold, 2010).

For å kartlegge hvilke brukere som har behov for ekstra oppfølging rundt fall og fallrisiko, kan man gjøre en vurdering av fallrisiko som en del av en helhetlig vurdering av hjemmesituasjon. Mange brukere vil ha en åpenbar økt risiko for fall, men for å gjøre en kunnskapsbasert vurdering av hver enkelt bør sykepleier ha en grunnleggende kunnskap rundt faktorer som gir økt risiko for fall.

Risikofaktorer for fall kan grovt sett deles inn i indre faktorer og ytre faktorer (Helbostad et al., 2010).

De ytre faktorene er knyttet til omgivelser, og er felles risikofaktorer for mange brukere som av ulike årsaker har økt fallrisiko. Eksempel på ytre faktorer er glatte eller våte gulv,

ujevne underlag, løse teppekanter, dårlig fottøy og uhensiktsmessige ganghjelpemidler (Helbostad et al., 2010).

Indre risikofaktorer for fall er faktorer knyttet til hver enkelt person, og vil derfor spenne over et større spekter av tilstander og risikofaktorer enn de ytre faktorene. De viktigste indre faktorene for fall er tidligere fallhistorikk, høy alder, det å være kvinne og polyfarmasi (Bondas & Solbakken, 2015; Helbostad et al., 2010; Sjöberg, 2014).

Polyfarmasi betegnes som bruk av flere enn 4 reseptbelagte medikamenter, uavhengig av type medikament. Psykofarmaka, sedativa, blodtrykksmedisiner er medikamenter som statistisk sett har en spesielt stor påvirkning på risikoen for fall. Felles for mange av disse legemidlene er at de kan føre til blodtrykksfall og ustøhet (Sjöberg, 2014).

Medisinske tilstander som er vist å innebære økt fallfare er tidligere hjerneslag, Parkinsons sykdom og depresjon (Helbostad et al., 2010). En studie som kartla årsaker til fall hos brukere i hjemmetjenesten pekte i tillegg ut alkoholinntak som vanlig årsak til fall (Bondas & Solbakken, 2015). De fleste fall skjer under gange eller forflytning, og balanse- og gangproblemer blir derfor hyppig forekommende årsaker til fall (Helbostad et al., 2010).

### **Verktøy for vurdering av fallrisiko**

Egen erfaring fra hjemmetjeneste tilsier at mange ansatte bruker skjønn når de som en del av kartleggingssamtale gjør en vurdering av fallfare. Det er utarbeidet flere screeningverktøy og tester for å avdekke økt fallrisiko. Stratify er et kjent slikt verktøy som er utarbeidet for inneliggende pasienter (Barry, Galvin, Keogh, Horgan, & Fahey, 2014). Jeg har ikke greid å finne informasjon om et tilsvarende screeningskjema som brukes rutinemessig i hjemmebasert omsorg. En praktisk test som ofte brukes som del av en fallutredning, og som også kan gjennomføres av sykepleier hjemme hos bruker, er Timed-up-and-go (Helbostad, 2008).

Timed-up-and-go (TUG) er en test som brukes både på inneliggende og hjemmeboende eldre. Testen ble utviklet som et mål på gangfunksjon og funksjonell balanse. Den som testes skal reise seg fra en stol og gå 3 meter, for så å snu og gå tilbake til stolen og sette seg igjen (Barry et al., 2014; Helbostad, 2008). De som bruker lengre tid på å gjennomføre enn cut-off-tid anses som å ha økt fallrisiko. Denne tidsgrensen varierer fra 11 til 15 sekunder i ulik litteratur (Barry et al., 2014; Helbostad, 2008; Lusardi et al., 2017).

En gjennomgang viser at sannsynligheten for at fall skal inntreffe hos noen med positiv TUG-test lå mellom 54 og 64 prosent, ved en gjennomføringstid på 13,5 sekunder som cut-off (Barry et al., 2014).

Det finnes flere praktiske tester som gir en god indikasjon på balanse og fallfare, men flere av disse er spesialiserte, og anbefales benyttet av eksempelvis fysioterapeut. Noen av testene egner seg heller ikke så godt til gjennomføring i hjemmet, da man er avhengige av utstyr og/eller god plass (Helbostad, 2008).

## **4.4 Brukergruppen/målgruppen**

Selv om fallforebygging er viktig både på sykehus og i hjemmetjenesten, og brukerne tidvis er de samme pasientene man kan møte på sykehuset, vil brukergruppen i hjemmetjenesten ofte skille seg fra pasientgruppen på sengepost på flere områder. Perspektivet på helsehjelpen er langsiktig, og forholdet mellom bruker og sykepleier er gjerne kontinuerlig og over mange år – man får dermed mulighet til å bli kjent med brukerne, og de får gjerne en sterkere rolle med mer pasientautonomi (Grimsmo, u.å.).

Autonomien styrkes ofte ytterligere av at helsehjelpen utøves i brukerens eget hjem. Sykepleieren beveger seg inn i pasientens private område, noe som også påvirker arbeidsmiljøet og mulighetene for tilrettelegging av omgivelsene.

I tillegg til at brukere man møter som sykepleier i hjemmetjenesten gjerne har en sammensatt helseproblematikk, har Samhandlingsreformen fra 2012 ført til at stadig flere pasienter skal behandles kommunalt. Kommunene fikk både et krav om å styrke det forebyggende helsearbeidet i kommunehelsetjenesten, og samtidig et større ansvar for å behandle pasienter som tidligere ville blitt behandlet i spesialisthelsetjenesten (Øien, Iversen, Helgesen, & Schou, 2016).

Ved valg av behandlingsnivå følges LEON-prinsippet, som tilsier at behandling skal foregå på lavest effektive omsorgsnivå (Orvik, 2015). Sett sammen med samhandlingsreformen og økte kompetansekrav til kommunehelsetjenesten, vil dette innebære at flere og dårligere pasienter kan bo hjemme lengre (Øien et al., 2016).

## 4.5 Sykepleiers rolle i fallforebygging

Fallforebygging har tradisjonelt vært et fokusområde blant yrkesgrupper som fysio- og ergoterapeut. Dagens helsetjeneste omfavner mange profesjoner, som har hvert sitt ansvarsområde og kompetansefelt. Tverrfaglig samarbeid er derfor viktig, og det er naturlig at sykepleier som følger opp brukeren tar kontakt med andre instanser ved behov. Samtidig er forebygging og vurdering og oppfølging av helsetilstand en del av sykepleie.

Til tross for at sykepleiere har en viktig rolle i å avdekke og iverksette tiltak basert på fallrisiko, viser flere erfaringer fra hjemmetjenesten at dette er en oppgave som ofte kommer i andre rekke i en hektisk arbeidshverdag. Ifølge Solbakken & Bondas (2016) kan ledere i hjemmetjenesten oppleve det som vanskelig å stille krav og rette oppmerksomhet mot uønskede hendelser, fordi de er klare over at arbeidslistene er lange og arbeidspresset stort. I kommunen studien ble gjennomført hadde det ikke vært tradisjon for å registrere og følge opp uheldige hendelser, slik som fall vil være (Solbakken & Bondas, 2016). I en studie av fallhendelser hos mottakere av hjemmetjeneste og trygghetsalarm, ble mulige tiltak for å forebygge nye fall kun beskrevet av personalet i 35 prosent av de registrerte fallene (Bondas & Solbakken, 2015). Funnene gjort i disse to studiene tilsier at fall ikke nødvendigvis blir registrert og fulgt opp, og at forebyggende tiltak ofte ikke blir iverksatt selv om man avdekker økt fallrisiko.

Når kommunene gradvis fikk mer ansvar som følge av samhandlingsreformen ble stilt økte krav til forebyggende helsearbeid i kommunene. En undersøkelse foretatt våren 2014, viste at 43 prosent av norske kommuner svarte bekreftende på å ha innført fallforebyggende tiltak i hjemmet som følge av dette (Øien et al., 2016).

Iverksettelse og oppfølging av slike fallforebyggende tiltak vil falle som en naturlig del av sykepleien som utøves hjemme hos brukere med fallfare. Det helhetlige bildet sykepleier skal ha over brukers helsetilstand, og ansvar for å bidra til å vedlikeholde funksjonsnivå og forebygge skader, er beskrevet av flere. En av disse var sykepleieteoretikeren Virginia Henderson, som allerede i 1955 publiserte en teori om sykepleiens grunnleggende gjøremål (Kirkevold, 1998).

## 4.6 Henderson/sykepleieteori

En god definisjon på hva som er sykepleierens funksjon kan være vanskelig å finne, men jeg har valgt å ta utgangspunkt i Virginia Hendersons teori. Hun sykepleierens funksjon med følgende sammenfatning:

*Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig. (Kirkevold, 1998, s. 101)*

Gjøremålene som omtales som nødvendige for god helse, helbredelse eller fredfull død har hun beskrevet gjennom 14 universelle menneskelige behov, som danner grunnlag for sykepleiens grunnleggende gjøremål. De fleste av disse behovene vil indirekte kunne bli berørt av et fall, gjennom skader og andre følger. De to behovene jeg anser som mest relevante for problemstillingen og som berøres direkte av fallforebygging, vil være det fjerde og niende behovet Henderson har tatt utgangspunkt i. Disse danner grunnlag for følgende sykepleieroppgaver:

- Å hjelpe pasienten med å opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling
- Å hjelpe pasienten å unngå farer fra omgivelsene og å unngå å skade andre

(Kirkevold, 1998, s. 103)

Jeg har valgt Henderson som teoretiker i denne oppgaven fordi hennes teori påpeker tre viktige elementer som jeg opplever som sentrale i dagens utøvelse av sykepleie:

- Sykepleien skal tilpasses individet, og den enkelte pasients behov må sees i sammenheng med hva vedkommende selv ønsker og hvilken bakgrunn en har.
- Både fysiske, åndelige og sosiale behov i Hendersons 14 punkter, noe som kan gjenkjennes i den biopsykososiale modellen som i stor grad sees opp til i dag.
- Videre poengterer hun at sykepleieren skal ha som mål at pasienten raskest mulig kan gjenvinne selvstendighet og evne til å ivareta egne behov. Med dette leser jeg at sykepleieren ikke nødvendigvis bør rette oppmerksomhet kun mot å ivareta pasientens behov der og da, men også på hva pasienten behøver for å greie å utføre dette selv i fremtiden.

Det er naturlig å tenke at fall og bekymring for fall vil kunne ramme brukerens evne til selvhjelpenhet og opplevelse av trygghet i hverdagen. Mange vil anse det å falle som en naturlig del av alderdommen, og er ikke nødvendigvis klare over at det er mulig å redusere betydningen av flere risikofaktorer. En del av sykepleien beskrevet over kan derfor være å veilede og informere brukeren til å bli bevisst elementer som kan øke fallfaren, og foreslå tiltak som vedkommende kanskje ikke har grunnlag for å se selv.

## 4.7 Tiltak

Helbostad et. al (2010) fant ved gjennomgang av flere studier at målrettede tiltak kan redusere forekomsten av fall med 20-60 prosent hos gruppen hjemmeboende eldre.



Trening med vekt på balanse og muskelstyrke er det enkelttiltaket som har vist best effekt (Meyer, Brovold, Granbo, & Taraldsen, 2019). Et slikt sammensatt treningsprogram ser ut til å ha effekt på både muskel- og skjelettsystemet, og fører til færre fall (Daly, 2017).

Sterk og Stødig er et eksempel på et forebyggende gruppetreningstilbud som i dag tilbys i ca. 70 kommuner i Norge («Om oss – Sterk og stødig», 2020). 12 uker med gruppetrening gjennom Sterk og Stødig har vist bedring av både funksjonell muskelstyrke i bena og i ganghastighet (Meyer et al., 2019).

Ytre risikofaktorer som fallfeller i omgivelsene kan være årsak til fall for personer med nedsatt aktivitets- og funksjonsnivå, men for denne gruppen vil en tilrettelegging av omgivelsene alene i mange tilfeller bidra til ytterligere inaktivitet med påfølgende funksjonstap. Hos personer med sammensatt funksjonssvikt er tilrettelegging av omgivelsene kun ett av flere tiltak som må vurderes (Helbostad et al., 2010).

Både polyfarmasi og bruk av visse type legemidler ble beskrevet som vanlige årsaker til falltendens. Gjennomgang av medikamentlisten, spesielt med henblikk på mindre bruk av medikamenter med sederende effekt og blodtrykkssenkende medikamenter, er vist å redusere fallrisiko (Helbostad et al., 2010; Sjöberg, 2014).

Selv om bruk av mange medisiner er vist å øke fallrisiko, har enkelte studier konkludert med at tilskudd av vitamin D kan redusere fall. Effekten tror de skyldes vitaminets påvirkning av nevromuskulær funksjon (Helbostad et al., 2010). Særlig hos eldre med for lave nivåer av vitamin D, har tilskudd vist å kunne bedre muskelstyrke, og dermed redusere risikoen for å falle (Daly, 2017; Westergren, Hagell, & Hammarlund, 2014).

Tilstrekkelig proteininntak ser også ut til å ha en gunstig effekt på benmasse, styrke og fallfare. Hos eldre som allerede har et tilfredsstillende proteininntak viste ikke ekstra tilskudd noen ytterligere fordeler (Daly, 2017).

## 5. Diskusjon

### 5.1 Innledning

I dette kapittelet forsøker jeg å belyse problemstillingen ved hjelp av kunnskap fra både empiri- og teorikapittelet.

*«Hvordan kan sykepleier i hjemmetjenesten bidra til å forebygge fall hos eldre hjemmeboende som er i risikogruppen for fall?»*

Jeg kommer først til å se på grunnstener i det fallforebyggende arbeidet – hjemmetjenesten som arena for fallforebygging, holdninger og kultur blant ansatte i hjemmetjenesten og brukernes perspektiv på temaet. Til slutt ser jeg på ulike risikofaktorer og mulige sykepleietiltak relatert til disse.

### 5.2 Hjemmetjenesten som arena for fallforebyggende arbeid

Sykepleier i hjemmetjenesten har som beskrevet i kapittel 4 ansvar for et stort antall brukere med et bredt spekter av helsemessige utfordringer. En av sykepleierens grunnleggende funksjoner er forebygging og helsefremming. I dette ligger det også at man bidrar til at pasienten opprettholder best mulig selvstendighet og helse, jamfør Hendersons punkt om at helsehjelpen skal utøves slik at pasienten raskest mulig gjenvinner best mulig grad av selvstendighet (Kirkevold, 1998). I motsatt fall vil et fall kunne føre til at brukeren får en redusert evne til å ivareta egne grunnleggende behov (Helbostad, 2008).

### 5.3 Betydningen av pasientsikkerhetskultur

Man kan man tenke seg at et fokus på fallforebygging vil være en del av en kultur der pasientsikkerhet ansees som betydningsfullt. Holdninger på arbeidsplassen vil derfor være av betydning for mulighetene til forebyggende arbeid.

Som nevnt i teorikapittelet opplever flere ledere i hjemmetjenesten det vanskelig å finne en balanse mellom å støtte de ansatte og det å rette fokus mot uønskede hendelser. Det kommer også frem at det i flere kommuner ikke har vært tradisjon for å registrere fallhendelser (Solbakken & Bondas, 2016). Selv i de tilfeller der fallhendelser blir registrert, ble det sjeldent forslått tiltak for å forebygge nye fall (Bondas & Solbakken, 2015).

Med tanke på at fall er en utbredt årsak til personskader blant hjemmeboende eldre (Støver, 2019) kan man stille spørsmål rundt hvorfor det sjeldent blir fulgt opp med forslag til tiltak. En mulig årsak som blir fremhevet er at det ved sykehus har vært meldeplikt ved alle hendelser som kunne har ført til pasientskade, deriblant fall. Når disse undersøkelsene ble gjennomført fantes det ikke noen tilsvarende plikt for kommunens omsorgstjenester (Solbakken & Bondas, 2016). Det blir derfor naturlig å undres om en det er en sammenheng mellom manglende krav til systematisk registrering gjennom meldeplikten, og manglende intern registrering og oppfølging.

På den andre siden har det, til tross for manglende tradisjon for å registrere og iverksette tiltak ved fall, i mange kommuner blitt innført fallforebyggende tiltak som et resultat av samhandlingsreformens krav til økt satsning på forebyggende helsearbeid (Øien et al.,

2016). Et par år etter at disse tiltakene var innført, ble det gjennomført en studie som kartla holdninger til pasientsikkerhet blant helsepersonell i hjemmetjenesten.

Kun 31,3 prosent av enhetene inkludert i studien hadde et modent pasientsikkerhetsklime. Til sammenligning var tilsvarende tall fra spesialisthelsetjenesten i samme område av landet oppe på 63 prosent. Forfatterne av studien påpeker at noe av denne forskjellen kan skyldes et mer langvarig og gjennomgående fokus på pasientsikkerhetsarbeid på sykehus, samt meldeplikten om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten (Olsen & Bjerkan, 2017).

I samme studie kom det også frem en lav andel positive svar på de ansattes oppfatning av ledelsens holdning til pasientsikkerhetsarbeid. Det kan være naturlig å tenke at dette har en sammenheng med få enheter med et modent sikkerhetsklime. En eventuell sammenheng her vil samsvare med funn av Solbakken og Bondas i 2016, som fremhevet at ledere i hjemmetjenesten fant det utfordrende å rette oppmerksomhet mot uheldige hendelser (Olsen & Bjerkan, 2017; Solbakken & Bondas, 2016). Lite oppmerksomhet rettet mot pasientsikkerhet kan også bidra til å forklare hvorfor det blir foreslått tiltak i en liten andel av fallregistreringer (Bondas & Solbakken, 2015).

Fra 2019 ble meldeordningen der spesialisthelsetjenesten varslet om hendelser som *kunne* ført til betydelig skade avvirket, og erstattet av en nyere meldeordning der alvorlige hendelser som har ført til svært alvorlig skade eller dødsfall skal meldes til Statens helsetilsyn (*Endringer i spesialisthelsetjenestelova m.m. (Avvikling av meldeordninga m.m.)*, 2019). Denne meldeordningen omfatter fra 1.7.2019 også kommunale helse- og omsorgstjenester (Statens helsetilsyn, 2019). I og med at det er under 1 år siden endringen trådte i kraft, vil man kunne anta at denne endringen ikke gjenspeiles i forskningen eller funnene som er gjort i materialet som benyttes i denne oppgaven.

Endringen i meldeplikten åpner opp for flere spørsmål. En kan innvende at flertallet av fall ikke vil føre til skade så alvorlig at de omfattes av den nye meldeplikten hvor kun svært alvorlige skader og dødsfall er varslingspliktige. På den andre siden er det en mulighet for at en meldeplikt som inkluderer kommunehelsetjenesten vil kunne gi en økt bevissthet rundt pasientsikkerhet, og bidra til at noe av forskjellen i sikkerhetskultur mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten utjevnes. Samtidig åpner det for et nytt forskningsspørsmål frem i tid – hvorvidt denne meldeplikten påvirker antall fall og oppmerksomheten som blir viet forebygging av uheldige hendelser, samt oppfølgingen av fall med skade.

## 5.4 Sykepleiers erfaringer med fall og fallforebygging

Berland, Gundersen og Bentsen gjennomførte i 2012 en studie der de undersøkte temaet pasientsikkerhet og holdning til fallhendelser fra sykepleieres perspektiv. I samsvar med funnene i forrige underkapittel, kommer det frem at pasientsikkerhet og fallforebygging ofte ikke er et primærfokus i arbeidet. Sykepleierne beskrev til tross for dette en spesiell årvåkenhet rundt fallrisiko dersom de var på besøk hos ukjente og nye brukere, demente og hos brukere som nylig hadde falt eller pådratt seg lårhalsbrudd. I disse tilfellene var fokus på pasientsikkerhet høyt (Berland et al., 2012).

En opplevelse som var gjennomgående hos de fleste respondentene var at dersom et fall først inntraff, og brukeren pådro seg skade, var det en overveiende oppmerksomhet rettet mot å behandle den aktuelle skaden. Det ble beskrevet flere tilfeller av at skaden ble behandlet uten at årsaken til fall ble forsøkt kartlagt, og at akutt sykdom som sannsynlig

årsak til fallet ble oversett. Et annet tema som ble opplevd problematisk av sykepleierne i studien var at brukere de anså som for syke til å bo hjemme, deriblant brukere de forventet at kunne falle og skade seg, ikke fikk tildelt plass på et høyere omsorgsnivå tidsnok (Berland et al., 2012). Det kommer altså frem et gap her, der sykepleier i mange tilfeller ikke har kapasitet til å prioritere fallforebygging. Samtidig ser vi at de i en del tilfeller påpeker fallfare, og ønsker å sikre forsvarlig hjelp til disse brukerne. I disse tilfellene beskrives det at den hjelpen som vurderes nødvendig ikke er tilgjengelig. Man kan tenke seg en risiko for at en som sykepleier i en slik situasjon vil føle på en maktesløshet der man har begrensede muligheter til å gripe inn, samtidig som en ønsker å gjøre noe med risikoen man observerer. En alternativ tanke kan være at sykepleier med økt kunnskap om fallforebygging kunne vært bedre rustet til å hjelpe disse brukerne i hjemmet, frem til de fikk tildelt sykehjems plass?

I enkelte tilfeller beskrev også sykepleierne at de var klare over stor fallfare, og at både de selv, andre kolleger og pårørende ønsket å iverksette tiltak for å redusere risikoen, mens brukeren selv motsatte seg dette. Autonomi står sterkt i norsk helsevesen, og bruker-ansatt-relasjonen i hjemmetjenesten vil ofte bidra til en enda sterkere pasientrolle (Grimsmo, u.å.). Helsehjelpen utøves i brukerens hjem, hvilket vi ser i neste underkapittel at påvirker hvilke tiltak som kan initieres uten å påvirke brukerens integritet.

## 5.5 Brukernes egen opplevelse av fallrisiko og forebygging

Hjemmet er en av våre mest personlige soner, og hvordan hjemmet innredes og tar seg ut kan bety mye for en persons identitet. Når man som sykepleier utøver helsehjelp i noen andres hjem, bør man derfor vise respekt for at brukeren ikke nødvendigvis ønsker å gjøre store endringer i miljøet, selv om helsepersonell kan anse det som praktisk.

Det er tilsynelatende få studier som ser på hvordan eldre selv vurderer fallrisiko og deres syn på forebyggende tiltak. Balteskard & Clancy (2018) fant at de eldre var bevisste på at de var utsatte både for fall og for å skade seg dersom det skulle skje. De var derimot tydelige på at de ikke ønsket at denne risikoen skulle innsnevre livet i for stor grad, selv om de tok noen forholdsregler for å sikre seg. Flere uttrykte at de hadde vansker med å godta at kroppen var blitt gammel og skrøpelig, og var opptatte av at det ikke var slik de ønsket å fremstå. Gjennom intervjuene var respondentene tydelige på at de ikke kunne sikre seg mot alle farer, og hadde et ønske om å fremdeles kunne være aktive og selvstendige individer. Enkle tiltak for å sikre seg mot fall, slik som stødig fottøy, ble fremhevet som identitetstruende for en kvinne som alltid hadde vært opptatt av å kle seg pent og kvinnelig (Balteskard & Clancy, 2018).

Perspektivene som kommer frem i disse intervjuene viser hvor viktig det er at sykepleier ikke bare påpeker risiko og utfordringer, men også bistår med å fremheve de ressursene brukerne fremdeles har. For helsepersonell kan det å bytte fra pensko til piggsko oppleves som et effektivt og lite inngripende tiltak. For brukeren kan derimot dette tiltaket oppleves som identitetstruende. Det samme kan man tenke seg til at gjelder andre tiltak som etter egen erfaring er noe av det første som blir foreslått, som å fjerne løse tepper og montere ekstra håndtak på vegger, bad eller i trapper.

Holdningene som kommer frem gir inntrykk av at det å ha økt fallfare og være ustø blir ansett som en naturlig del av alderdommen, og at dette er noe man må avfinne seg med. Selv om alder og sykdom bidrar til at mange er mer ustø og i større risiko for fall, viser litteratur og erfaring at mange fall kan forebygges (Helbostad et al., 2010).

Til tross for at de eldre oppga å være bevisste på økt fallfare grunnet alder, poengterte de også vansker med å godta at kroppen begynte å bli gammel og skrøpeligere. Dette vil kunne påvirke hvordan man som sykepleier blir mottatt dersom en kommer inn i bildet og ønsker å iverksette tiltak basert på fallrisiko.

Som sykepleier øves man gjerne til å ha fokus på å forebygge skader og funksjonstap. En del av dette vil være å forebygge fall. Samtidig vil man kunne dra nytte av brukernes perspektiv. Til tross for at dette kan innebære å måtte unnlate å iverksette enkelte tiltak, vil man kunne bidra til å ivareta brukerens autonomi og integritet ved å ta hensyn til deres ønske om mestring og å ikke la risikotenkning prege hverdagen i for stor grad.

## 5.6 Vurdering av fallrisiko

Ifølge Henderson er en av sykepleierens særegne funksjoner å hjelpe personen i utførelse av gjøremål som bidrar til god helse (Kirkevold, 1998). Fall og skade vil være en trussel mot god helse. For å avdekke eventuelle faktorer som utgjør en risiko for fall, og med det en økt risiko for dårligere helse, bør sykepleier ha tilstrekkelig kunnskap til å gjøre en grunnleggende vurdering av fallfare.

Ut fra egen erfaring benytter ofte sykepleier skjønn ved disse vurderingene, og i mange journaler lest i jobbsammenheng vises det sjeldent til konkrete årsaker til at fallfare vurderes forhøyet. En grunnleggende kunnskap om risikofaktorer vil kunne brukes som grunnlag for en vurdering av risiko for fall. Man kan også tenke seg at en mer kunnskapsbasert vurdering vil kunne føre til en mer presis dokumentasjon på hva som er årsaken til en eventuell økt fallrisiko. Dette vil igjen gjøre det mulig for andre å overta arbeidet ved behov, og åpne opp for en enklere evaluering av tiltak som blir igangsatt. En mulig negativ effekt dersom man blir for prosedyrerettet er at man legger fra seg den kliniske vurderingsevnen, hvilket er et viktig element i en sykepleiefaglig helhetsvurdering. Denne sammensatte vurderingen, i tillegg til å innføre fallscreening som rutine, vil kunne være et særlig viktig hjelpemiddel når stadig flere og sykere brukere får muligheten til å bo hjemme (Øien et al., 2016).

Det har vist seg vanskelig å finne informasjon om et enkelt screeningverktøy som anbefales til bruk i hjemmet (Barry et al., 2014). En utfordring med mer omfattende kartlegginger vil være tidspresst i hjemmetjenesten. Under en kartleggingssamtale ønsker man å få oversikt over brukerens helhetlige status og behov for sykepleie, som for mange vil omfatte mange flere områder med behov for bistand enn kun fallfare. Et eventuelt verktøy for rutinemessig vurdering av fallfare bør derfor være enkelt å benytte og ta kort tid å gjennomføre. En konsekvens av dette vil være at kartleggingen ikke blir like presis – men samtidig blir den mer realistisk å skulle gjennomføre. I tillegg vil en vurdering være individuell, og fører ikke automatisk til tiltak. Behov for eventuelle tiltak vil uansett måtte vurderes opp imot den enkeltes ønsker og behov.

Mange praktiske tester anbefales brukt av yrkesgrupper med større kompetanse innenfor fallforbygging og vurdering av fysisk funksjonsevne (Helbostad, 2008; Lusardi et al., 2017). Selv om sykepleier lærte å gjennomføre disse testene, ville det sannsynligvis vært for tidkrevende å utføre, og lite gjennomførbart å rutinemessig skulle gjennomføre med alle brukere. Timed-up-and-go (TUG) er en enkel test som kan utføres av helsepersonell hjemme hos brukeren.

Lusardi et al. konkluderte med at TUG er en av enkelttestene som er vurdert som mest pålitelig – men den anbefales allikevel ikke som eneste verktøy i fallutredning. Sammen

med fem andre spørsmål er den dog vist å ha god sensitivitet, og fanger opp de fleste med betydelig økt fallrisiko. 5 spørsmål anbefales å stilles som ledd i en enkel fallrisikovurdering. Disse omhandler tidligere fallhistorikk, bruk av psykofarmaka, behov for bistand i ADL, engstelse for å falle og bruk av ganghjelpemiddel (Lusardi et al., 2017). En gjennomgang viser at sannsynligheten for at fall skal inntreffe hos noen med positiv TUG-test lå mellom 54 og 64 prosent (Barry et al., 2014). Dette styrker påstanden om at TUG i kombinasjon med de øvrige spørsmålene beskrevet av Lusardi et al. (2017) totalt kan gi en god indikasjon på hvilke brukere som har forhøyet fallfare.

Man kan argumentere med at fallfare og årsaker til fall er såpass sammensatt og komplekst at en enkeltstående test og noen spørsmål ikke vil være tilstrekkelig grunnlag for å foreta en vurdering. Samtidig ser vi at de fleste fall skjer under gange eller forflytning, og at balanse- og forflytningsvansker av ulike årsaker er svært vanlige årsaker til fall (Bondas & Solbakken, 2015; Helbostad et al., 2010; Patil et al., 2015). En kan også tenke seg en mulig sammenheng der brukere som ifølge TUG har nedsatt balanse og gangfunksjon gjerne er de samme som benytter ganghjelpemiddel. Bruk av ganghjelpemiddel innendørs ble igjen funnet som en klar risikofaktor (Manis et al., 2020; Patil et al., 2015; Smebye et al., 2014). Disse sammenhengene tilsier at det er naturlig å velge ut en test som ser på gangfunksjon og balanse, dersom man først må velge ut ett enkelt verktøy for kartlegging.

## 5.7 Indre risikofaktorer og tiltak

Ustøhet og forflytningsvansker, samt bruk av ganghjelpemiddel er allerede nevnt som risikofaktorer for fall. Samtlige av studiene som kartlegger risikofaktorer for fall er kvantitative, og ser derfor ikke nøye på eventuelle sammenhenger her. Dette fører til spørsmål om hvorvidt ganghjelpemiddelet i seg selv er en risikofaktor, eller om det er forflytningsvanskene som fører til fall? Dersom ganghjelpemiddelet i seg selv også er en risikofaktor kan man også stille spørsmål ved om det kan skyldes at det gir en kunstig trygghet som fører til at de ikke er like forsiktige som de ville vært ellers, eller om bruken av ganghjelpemiddel fører til en avhengighet som gir ytterligere forhøyet fallfare dersom de må forflytte seg uten hjelpemiddelet.

Både fedme og undervekt ble vurdert som risikofaktorer for fall (Patil et al., 2015; Smebye et al., 2014). Jo et al. (2020) fant en klar sammenheng mellom dårlig ernæringstilstand og økt antall fall. Resultatene fra studien tilsier at kvinner kan være noe mer sårbare for økt fallrisiko ved underernæring, men også for menn var det en sammenheng mellom høy ernæringsmessig risiko og fall (Jo et al., 2020). Ut fra teori i kapittel 4.7 ser vi at tilstrekkelig inntak av protein og vitamin D har en gunstig effekt på fallfare. Vurdering av brukers ernæringstilstand vil være noe sykepleier ofte gjør i en helhetlig vurdering. Kunnskap om sammenhengen mellom kosthold og fall vil kunne bidra til at sykepleier er oppmerksom på mulig økt fallfare hos personer som sliter med å få i seg tilstrekkelig med mat, men også vier litt ekstra oppmerksomhet mot kostholdet til brukere som plages med gjentakende fall. Selv om dårlig ernæringstilstand blir presentert som årsak til fall, kan man også tenke seg en mulig sammenheng motsatt vei – der falltendens fører til frykt for å falle og nedsatt forflytningsevne, hvilket igjen kan vanskeliggjøre det å anskaffe og å tilberede mat. Sykepleier bør altså av flere grunner være oppmerksom på kosthold, og forsøke å kartlegge om falltendensen både kan bli forverret av, og bidra til forverring av et eventuelt ernæringsproblem.

Andre indre risikofaktorer som er kjent for å øke forekomsten av fall er tidligere fallhistorikk, høy alder, det å være kvinne, jevnlig alkoholinntak, polyfarmasi, nedsatt ADL-funksjon og svekket kognitiv funksjon (Bondas & Solbakken, 2015; Helbostad et al., 2010;

Jo et al., 2020; Manis et al., 2020; Patil et al., 2015). I teorikapittelet kommer også tilstander som urin-inkontinens, Parkinsons sykdom, tidligere hjerneslag og depresjon frem som risikofaktorer for fall. Dette bekreftes av flere studier i empirikapittelet (Helbostad et al., 2010; Jo et al., 2020; Manis et al., 2020; Patil et al., 2015; Smebye et al., 2014).

Det kan være nyttig for sykepleier å være bevisst tilstander som har vist en betydelig økning i antall fall. Kartlegging av risikofaktorer vil også bidra til å ivareta den grunnleggende sykepleieroppgaven Henderson beskriver som å hjelpe pasienten til å unngå farer fra omgivelsene (Kirkeveld, 1998). Utover å nevne faktorene som noe man med fordel kan kjenne til, kommer jeg kun til å gå nærmere inn på polyfarmasi videre i drøftingen.

Polyfarmasi har blitt funnet som en risikofaktor i flere studier (Manis et al., 2020; Smebye et al., 2014). Manis et al. (2020) regnet kun med eldre som regelmessig inntok 8 eller flere medisiner, mens Smebye et al. (2014) definerte polyfarmasi som inntak av mer enn 4 ulike medisiner hver dag. Patil et al. (2015) pekte ut spesielt NSAIDs og antidepressiver som risikofaktorer for fall. Her kan man igjen stille spørsmål rundt sammenheng mellom symptomer, tiltak og fallfare. Ulike tilstander som forårsaker smerte under gange er oppgitt som en risikofaktor som fall (Patil et al., 2015; Smebye et al., 2014). Depresjon ble også funnet som en egen risikofaktor (Jo et al., 2020; Lusardi et al., 2017). På den andre siden kan en del antidepressiver øke risikoen for ortostatisk blodtrykksfall og ustøhet – som igjen vil føre til økt fallfare (Sjöberg, 2014). Hvorvidt medikamentene, indikasjonen for bruk eller begge deler er det som fører til økningen i andel fall vil derfor være vanskelig å si. Sjöberg gjennomførte i 2014 en gjennomgang av medikamenter som øker fallfaren. I denne gjennomgangen ble det konkludert med at antidepressiva, spesielt av typen SSRI, bidro til å øke fallfaren (Sjöberg, 2014).

Uavhengig av usikkerhet rundt hva som forårsaker falltendensen, understrekes betydningen av legemiddelgjennomgang, og bevisst bruk av legemidler og indikasjon for bruken av disse som en viktig del av en sammensatt pakke for å redusere fall (Helbostad et al., 2010; Sjöberg, 2014). Sykepleier bør derfor være bevisst hvilke medisiner som deles ut, og på hvilket grunnlag. Ved bruk av legemidler med kjent blodtrykksenkende effekt kan man tenke seg at det er hensiktsmessig å måle ortostatisk blodtrykk ved fall. Samtidig er det en legegøype å vurdere hvorvidt det fremdeles er indikasjon for videre bruk, og gjøre en eventuell dosereduksjon. En viktig del av sykepleien vil i slike tilfeller være å observere eventuelle sammenhenger mellom falltendens, medikamentinntak og virkning/bivirkning, og rapportere disse videre til lege ved mistanke om uheldige virkninger.

Spesiell oppmerksomhet bør utvises ved bruk av sløvende medikamenter, blant annet benzodiazepiner og opioider. Bivirkninger som tretthet, svimmelhet og økt ustøhet er vanlige, især blant eldre brukere (Sjöberg, 2014). Et grunnleggende sykepleietiltak her vil være å observere hvordan brukere reagerer dersom de får denne type medikamenter, spesielt i tilfeller hvor brukeren ikke er vant med å innta stoffet. Her vil det også være relevant for sykepleier å informere om at falltendens kan være en bivirkning, og oppfordre bruker til å utvise ekstra forsiktighet eller eksempelvis benytte trygghetsalarm ved behov for toalettbesøk på nattestid dersom sovemedisin påvirker gangfunksjon.

Selv der man finner en klar sammenheng mellom et bestemt legemiddel og ustøhet med økt fallfare som konsekvens, kan det være at virkningen veier opp for eventuelle bivirkninger. Mange eldre som plages med smerter kan være tilvante store doser smertestillende. Dersom det kommer frem at falltendens er en bivirkning av medisinene,

ligger det ingen selvfølge i at de ønsker å redusere dosen. God informasjon til bruker blir et viktig tiltak, samtidig som man må respektere at brukerens ønske ikke nødvendigvis samsvarer med det sykepleier fra sitt ståsted vurderer som hensiktsmessig.

Bevissthet rundt bruk av legemidler vil altså være en sentral del av en helhetlig og sykepleiefaglig vurdering av fallfare. Samtidig vet vi at det også finnes mange andre risikofaktorer enn legemiddelbruk.

## 5.8 Ytre risikofaktorer og tiltak

Som forklart i kapittel 4.7 er fjerning av ytre risikofaktorer i mange tilfeller lite hensiktsmessig (Helbostad et al., 2010). Man kan se for seg at en overdreven tilrettelegging kan by på utfordringer knyttet til å forlate hjemmet. Miljøet utenfor eget hjem vil ikke være tilsvarende ribbet for fallfeller. Brukeren vil heller ikke få den hverdagslige treningen det er å lære seg å forsure slike naturlige hinder. En slik tilrettelegging vil også negativt påvirke Hendersons poeng om at sykepleierens funksjon er å hjelpe pasienten slik at hun raskest mulig er i stand til å ivareta egne behov (Kirkevold, 1998). Ved å ikke gi brukeren mulighet til å lære seg å håndtere naturlige omgivelser kan man fort tenke seg at de behøver mer hjelp fremover, og mister noe av evnen til å forflytte seg og delta i aktivitet utenfor hjemmet. Dette vil igjen kunne ramme både grad av selvstendighet og muligheten for tilfredsstillende av sosiale behov. For flere eldre lå det en viss grad av mestringsfølelse i det å beherske dagligdagse gjøremål selv, til tross for at disse inneholdt en viss grad av risiko (Balteskard & Clancy, 2018). Før man presser på tiltak som tilrettelegging av omgivelsene, bør man derfor ta seg tid til å høre hva brukeren selv synes om det, og veie opp de negative sidene det kan ha på mestringsfølelse mot fordelene ved en liten reduksjon i faren for fall.

På den andre siden vil tiltak som går på å fjerne fallfeller i omgivelsene være de enkleste å gjennomføre, og være mindre tidkrevende enn gjennomgang av indre risikofaktorer. Det ville vært interessant å se hvorvidt økt kunnskap blant sykepleiere om risikofaktorer og ulike tiltak innen fallforebygging ville ført til en reduksjon i tiltak knyttet til ytre risikofaktorer, og økt oppmerksomhet på å kartlegge andre årsaker til fall. Tidspress og lange arbeidslister er en kjent sak i hjemmetjenesten, og stiller spørsmål om hvorvidt det er realistisk å få avsatt nok tid til å gjøre en mer gjennomgående vurdering av hensiktsmessige tiltak. Derimot er det også en mulighet for at man ved å avsette ekstra tid kunne spart ressurser på sikt. Dersom man forebygger fall, vil man ut fra teorikapittelet om konsekvenser av fall også forebygge et fremtidig økt hjelpebehov, og spare inn ressurser frem i tid. Opplevelsene beskrevet av Balteskard & Clancy (2018) tilsier at det er tiltak rettet mot de ytre risikofaktorene for fall som oppleves mest inngripende, da disse er mest synlige i omgivelsene. En vending av oppmerksomhet fra tiltak rettet mot ytre til indre risikofaktorer vil dermed kunne ha en positiv effekt på brukernes oppfatning av fallforebygging.

Trening er et veletablert og effektivt tiltak for fallforebygging, jamfør kapittel 4.7. Etter utredning ved fallpoliklinikk var trening ledet av fysioterapeut det hyppigst anbefalte tiltaket (Smebye et al., 2014). Selve utformingen og ledelse av treningsopplegg vil være utenfor sykepleiers kompetanseområde, og jeg prioriterer derfor ikke gå nærmere inn på temaet. Det vil fremdeles være nyttig for sykepleier å kjenne til trening som et effektivt tiltak. Som primærkontakt vil det ofte falle naturlig at sykepleier bistår med motivasjon og informasjon til brukere som får tilbud om deltakelse i et treningsopplegg.



## 5.9 Oppsummering

Problemstillingen jeg har forsøkt å besvare bunnet i sykepleierens forebyggende funksjon:

*«Hvordan kan sykepleier i hjemmetjenesten bidra til å forebygge fall hos eldre hjemmeboende som er i risikogruppen for fall?»*

Flere grunnstener er viktige for at sykepleier skal ha mulighet til å arbeide forebyggende i en tidvis hektisk arbeidshverdag i hjemmetjenesten. Elementer som vil gjøre det enklere å rette fokus på forebygging til tross for tidspress kan være et godt arbeidsmiljø, der pasientsikkerhet oppfattes som viktig – her ser vi et forbedringspotensiale, i alle fall i en del enheter. I tillegg vil de ansattes holdninger til temaet og prioriteringer i løpet av dagen spille en rolle. Brukerens opplevelse av problemet og ønske om bistand vil også være avgjørende for hvorvidt tiltak som foreslås av sykepleier er hensiktsmessige.

Felles for de fleste brukere er at det foretas en helhetlig vurdering av behov for helsehjelp. Som den av dette bør sykepleier evne å gjennomføre en enkel vurdering av fallfare, og være bevisst de mest kjente risikofaktorene som bidrar til fall.

Noen sykepleietiltak som kan bidra til forebygging ved etablert fallfare vil være å bistå slik at bruker får i seg tilstrekkelig med næring, protein og vitamin D, og utvise særlig oppmerksomhet ved administrering av medikamenter som har spesielt stor risiko for påvirkning av fallrisiko. Fjerning av ytre risikofaktorer kan i noen tilfeller være hensiktsmessig som en del av en forebyggende tilnærming, men vil hos mange kunne forverre funksjonsevnen på sikt.

Som sykepleier er det også viktig å kjenne til sitt eget kompetanseområde, hvilket vil innebære å kontakte andre instanser for bistand dersom man avdekker en sammensatt og komplisert risikoprofil, med behov for tilpassede tiltak.

## 6. Konklusjon

Fallrisikovurdering og årsaker til falltendens kan være svært sammensatt. Det kan også være vanskelig å skille mellom når det er selve sykdommen, symptomer på sykdom, bivirkninger av medikamenter eller andre elementer som forårsaker fall. For å ha en forebyggende tilnærming bør sykepleier derfor kunne vurdere pasientens helhetlige situasjon, og ta utgangspunkt i det den enkelte opplever som problematisk – tiltakene må tilpasses hver enkelt, der man tar hensyn til både pasientens fysiske og psykiske behov, så vel som omgivelsene vedkommende lever i.

Hjemmetjenesten som arbeidsarena vil kunne by på ekstra utfordringer, blant annet gjennom en svært sammensatt brukergruppe, begrensede muligheter for tilpasning av omgivelser, og det rent organisatoriske ved å jobbe hver for seg og ute i feltet. Disse faktorene, sammen med en travel arbeidshverdag, kan bidra til å forklare et lavt antall enheter med godt pasientsikkerhetsmiljø. Ansattes erfaringer tilsier at ønsket om å yte best mulig hjelp er der – men hvordan miljøet og kulturen best kan tilrettelegges for en god pasientsikkerhetskultur og et miljø som tar godt imot forbedringsforslag må kanskje arbeides videre med, og vil være et relevant spørsmål fremover i tiden. Det har de siste årene skjedd flere forandringer, deriblant tiltak som følge av samhandlingsreformen og endring i meldeplikt til å omfatte kommunehelsetjenesten. Disse endringene er fremdeles ferske nok til at det er en mulighet for at de bidrar til en god utvikling i årene som kommer – i tillegg til den stadige utviklingen som skjer innen helsefag.

# Referanser

- Balteskard, B., & Clancy, A. (2018). «Å falle, det kan jo hende alle!» *Nordisk sygeplejeforskning*, 8(02), 122–135. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2018-02-04>
- Barry, E., Galvin, R., Keogh, C., Horgan, F., & Fahey, T. (2014). Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 14, 14. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-14>
- Berland, A., Gundersen, D., & Bentsen, S. B. (2012). Patient safety and falls: A qualitative study of home care nurses in Norway. *Nursing & Health Sciences*, 14(4), 452–457. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00701.x>
- Birkeland, A., & Flovik, A.-M. (2014). *Sykepleie i hjemmet* (2. utgave). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Bondas, T., & Solbakken, R. (2015). Fallhendelser hos eldre i hjemmetjenesten i en norsk kommune—Omfang og omstendigheter. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, (1), 165–179.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Daly, R. M. (2017). Exercise and nutritional approaches to prevent frail bones, falls and fractures: An update. *Climacteric*, 20(2), 119–124. <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1286890>
- Endringer i spesialisthelsetenestelova m.m. (Avvikling av meldeordninga m.m.).* , (Stortinget 5. mars 2019).
- Folkehelseinstituttet. (2017, desember 18). Skader og ulykker i Norge. Hentet 5. april 2020, fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/skader-og-ulykker-i-norge/>
- Grimsmo, H. A. (u.å.). *Veien frem til helhetlig pasientforløp*.

- Helbostad, J. (2008). Bevegelse og aktivitet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorp, & A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie—God omsorg til den gamle pasienten* (1. utgave, s. 287–304). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helbostad, J., Granbo, R., & Sletvold, O. (2010). Balanseproblemer og falltendens hos hjemmeboende eldre—En naturlig del av alderdommen? *Utposten*, (3), 17–20.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Folkehelsemeldinga 2019* [Stortingsmelding]. Hentet fra regjeringen.no website: <https://www.regjeringen.no/nn/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Jo, A.-R., Park, M.-J., Lee, B.-G., Seo, Y.-G., Song, H.-J., Paek, Y.-J., ... Noh, H.-M. (2020). Association between Falls and Nutritional Status of Community-Dwelling Elderly People in Korea. *Korean Journal of Family Medicine*, 41(2), 111–118. <https://doi.org/10.4082/kjfm.18.0112>
- Johannessen, T. (2011). Hva er en metaanalyse? Hentet 3. juni 2020, fra Norsk helseinformatikk website: <https://nhi.no/rettigheter-og-helsetjeneste/om-forskning/hva-er-en-metaanalyse/>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier—Analyse og evaluering* (2. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lavedán, A., Viladrosa, M., Jürschik, P., Botigué, T., Nuín, C., Masot, O., & Lavedán, R. (2018). Fear of falling in community-dwelling older adults: A cause of falls, a consequence, or both? *PLoS ONE*, 13(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194967>
- Lusardi, M. M., Fritz, S., Middleton, A., Allison, L., Wingood, M., Phillips, E., ... Chui, K. K. (2017). Determining Risk of Falls in Community Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis Using Posttest Probability. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 40(1), 1–36. <https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000099>
- Manis, D. R., McArthur, C., & Costa, A. P. (2020). Associations with rates of falls among home care clients in Ontario, Canada: A population-based, cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1483-6>

- Meyer, K., Brovold, T., Granbo, R., & Taraldsen, K. (2019). En kvantitativ pre-post studie: Opprettholdelse av fysisk funksjon for hjemmeboende eldre. *Fysioterapeuten*, (9), 66–71.
- Olsen, R. M., & Bjerkan, J. (2017). Sikkert nok? - En kvantitativ studie av holdninger til pasientsikkerhet blant ansatte i hjemmesykepleien. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(01), 6–17. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-01-03>
- Om oss – Sterk og stødig. (2020). Hentet 8. mai 2020, fra Sterkogstodig.no website: <https://sterkogstodig.no/no/om-oss/>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse—Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utgave). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Patil, S. S., Suryanarayana, S. P., Dinesh, R., Shivraj, N. S., & Murthy, N. S. (2015). Risk factors for falls among elderly: A community-based study. *International Journal of Health & Allied Sciences*, 4(3), 135–140. <https://doi.org/10.4103/2278-344X.160867>
- Sjöberg, C. (2014). Läkemedelsbehandling och fallrisk—Pest eller kolera? *Svensk geriatrik*, (1), 16–21.
- Smebye, K. L., Granum, S., Wyller, T. B., & Mellingsæter, M. (2014). Medisinske funn i en tverrfaglig geriatrisk fallpoliklinikk. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, (7), 705–709. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.1287>
- Solbakken, R., & Bondas, T. (2016). Sykepleielederes fagansvar ved uheldige hendelser i hjemmetjenesten. *Geriatrisk sykepleie*, (3), 18–25.
- Statens helsetilsyn. (2019, juni 7). *Ny varslingsplikt til Statens helsetilsyn om dødsfall og svært alvorlige skader etter hendelser i kommunale helse- og omsorgstjenester* [Offentlig brev til Alle kommuner]. <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/brev-og-horingsuttalelser-fra-statens-helsetilsyn/2019/ny-varslingsplikt-til-statens-helsetilsyn-om-dodsfall-og-svart-alvorlige-skader-etter-hendelser-i-kommunale-helse--og-omsorgstjenester/>.
- Støver, M. (2019). *Personskadedata 2018*. Hentet fra Helsedirektoratet website: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/personskadedata->

arsrapporter/Årsrapport%20personskadedata%202018.pdf/\_/attachment/inline/47be1c03-58f1-42e4-b54f-ff4b4a164a7b:ed678317124dbb725fb6016b9cc5b3e0b1d6aa77/Årsrapport%20personskadedata%202018.pdf

Westergren, A., Hagell, P., & Hammarlund, C. (2014). Undernäring och fallrisk—Ett förestående folkhälsproblem bland yngre pensionärer? *Svensk geriatrik*, (1), 11–14.

Øien, H., Iversen, T., Helgesen, M. K., & Schou, A. (2016). Fallforebygging i samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(03), 177–188. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-03-04>