

Minnesanteckningar från konferens Falls prevention: Evidence to Practice, Glasgow 19 november 2014

Konferensen var en s.k. "pre-conference" till en större 3-dagarskonferens anordnad av EPH (European Public Health) kallad "Mind the gap: Reducing inequalities in health and health care" 20-22 nov. Vi deltog enbart i denna konferensdag om fall. Konferensen var intim till formatet, 51 deltagare från olika länder och verksamheter, bl.a. från Norge, Tyskland, Holland och Storbritannien. Dawn Skelton höll i introduktionen. Programmet bestod av tre föreläsningssessioner med olika inriktning, alla avslutade med paneldiskussioner tillsammans med åhörarna. De fyra sessionerna var:

1. Preventing Falls and Injuries – What works and for whom, individualised approaches?

Föreläsare:

Julie Bruce	What works for community dwelling older people
Lillemor Lundin-Olsson	What works in care home settings
David Oliver	What works in hospital settings

Julie Bruce är en forskare som kommer från Warwick University och hon talade om resultat från Cochrane reviews angående fallprevention och vad man kan dra för slutsatser av dessa. Hon poängterade att man måste skilja på antal fall (falls rate) och antal fallare (risk of falls). De granskade studierna hade interventioner som i första hand var träning (33%) eller multifaktoriella interventioner (22%), varav 59 studier hade träning som intervention (bl.a. 22 studier om gruppträning, 7 om individuell hemträning, 6 studier om tai chi). Studierna visade på en genomsnittlig minskad risk för fall på 20-30%. Individuell hemträning visade på minskad fallrisk med 20-30%. När det gäller minskad risk för frakturer finns det få och små studier, det behövs större studier. Vad gäller multifaktoriella interventioner talade man om individuell bedömning, identifiering av risker ("red flags") vad gäller bl.a. balans, gångförmåga, medicin, syn, hemmiljö etc. De studier som finns har inte så hög tillförlitlighet i kvalitet, men det man visade var att riktade interventioner till personer med hög risk var mer effektiva än generella interventioner och de minskade antalet fall med 24 % men inte antalet fallare. Vid djupare analys visade det sig att bedömning och aktiv intervention var bättre än broschyr... Tai chi visade på 30% minskad fallrisk. Vitamin D som intervention har inte visat någon effekt på fallrisk eller frakturrisk, förutom på sjukhem eller hos mycket sköra personer. Säkerhet i hemmet och fotvård hade viss effekt på fallrisk.

Lillemor Lundin-Olsson talade om fallrisk på äldreboenden. Äldre personer i eget hem faller i genomsnitt 0,21 fall/person per år, personer på äldreboende faller i genomsnitt 2-4 ggr/person år. 1/3 faller under gång, 1/3 under förflyttningar, 1/5 till/från badrum och 1/25 faller utomhus. 25-33% av fallen sker på natten och vart tionde fall händer när man ska starta att gå. Igångsättning är alltså ett riskmoment. En studie av Becker (2011) visade på 2% minskad risk för höftfraktur för personer på sjukhem om de fick D-vitamintillskott.

David Oliver är geriatriker, professor och ordförande i British Geriatric Society. Han talade om vad som har effekt på fall inom sjukvården. Han visade en tecknad video om Mrs Andrews' story (finns på Youtube) som visade på hur illa en person kan bli behandlad och flyttad om hon kommer in på sjukhus efter ett fall (bra film, men kanske inte helt överförbar till svenska förhållanden). Han nämnde också en artikel av Mudge (2011) om "functional independence post discharge" för personer 65 år eller äldre.

2. Andra sessionen hade temat Preventing falls and injuries – what drives change?

Föreläsare:

Kilian Rapp	Population approaches or individual approaches? Should we concentrate on high risk patients or a population shift in risk?
Tischa van der Cammen	Costs benefit and cost-effectiveness of falls prevention interventions
Ann Murray	Showcasing examples of the impact of national and local policies

Kilian Rapp från Stuttgart slog fast att om träningsgrupper för äldre ska minska antalet frakturer med 20% behöver 40-70% av den äldre befolkningen > 79 år regelbundet delta i sådan träning resten av livet. Detta är inte troligt att det går att genomföra. I den delstat i Tyskland där han är verksam som geriatriker har man satsat på förebyggande åtgärder kallad Schritthalten (www.schritthalten@info.de). På hemsidan kan man hitta mycket bra material, en hel del översatt till engelska. I Bayern har man minskat fallrisken på sjukhem med 18% genom fallpreventionsprogram. Man har även ett fallpreventionsprogram Bone Health för kvinnor >70 år som har tidigare fraktur, i 47 distrikt i 5 delstater i Tyskland. Myndigheterna tillsammans med andra aktörer, såsom försäkringsbolag, genomför dessa interventioner och man går ut brett med olika typer av information och aktiviteter.

Tischa van der Cammen är geriatriker från Nederländerna. Hon har tittat på fallkostnader i studier och fått fram en genomsnittlig kostnad per fall på 9370 Euro. De som står för största delen av fallkostnaderna (66%) är kvinnor och personer över 80 år.

Ann Murray är fysioterapeut och chef för National Falls Programme i Skottland. Hon sa att en höftfraktur beräknas kosta 39500 pund (nästan 500000 kr). I Skottland startade 2007 en "Falls prevention programme" med falls leaders, falls clinics och falls prevention exercise groups. Man kombinerar och samkör Bone and Falls Health strategies och har fracture prevention pathways i alla kommuner. Olika delar i programmet är bl a Active Healthy Ageing, identifiering av vilka personer som behöver extra insatser, vilka söker akuten för fall, vilka har fått fragilitetsfrakturer etc, tar tag i dessa personer och erbjuder "coordinated specialist assessment and treatment". Det finns framtagna riktlinjer för insatser och minimistandard för vad som ska ske i denna vårdkedja (pathway), bl a hur man ska hantera fall på äldreboenden för att minska antalet akutinläggningar på sjukhus, olika fall prevention exercise programmes i kommunen och på institutioner, har fall-koordinatorer och liasons (fångar upp fallare på sjukhus och äldreboenden), aktiviteter för att informera allmänheten, ledarskapsutbildning m m. Det är viktigt att inte kalla aktiviteter som riktar sig till aktiva

friska äldre för något med "fall", de tycker inte att de är motiverade eftersom de inte faller, "Don't mention the f-word", hellre tala om health promotion och att bevara oberoendet under åldrandet. E-postadress: ann.murray3@nhs.net

3.

Efter lunch kom tredje sessionen med temat Effective implementation. Examples of effective falls prevention interventions in different settings.

Föreläsare:

Denise Kendrick Delivering strength and balance exercise through primary care
The ProAct65+ experience

Hubert Blain Setting up an effective falls prevention assessment and
Interventions in nursing homes – experiences in the Region
Languedoc-Roussillon

Erich Koch Role of insurance companies in fall prevention programmes

Denise Kendrick är en allmänläkare (GP) i Nottingham. Hon talade bl a om en studie med 1200 deltagare 65 eller äldre med gruppträning under 24 månader, 150 min/vecka, som de genomfört. Träningen bestod av antingen FaME eller Otago Exercise Programme (OEP). Otago-programmet var baserat på hemträning 3 x 30 min/v samt 2 hembesök + 8 telefonsamtal som coaching, FaME bestod av 1x60 min gruppträning/v samt 2x30 min hemträning. Båda grupperna uppmanades dessutom att promenera minst 2x30 min per vecka. Resultaten visade att 80% av deltagarna var under 80 år och att de tränade 105 min/v (median), tog i genomsnitt 4 mediciner och hade 2 sjukdomsdiagnoser. FaME-gruppen hade i genomsnitt ökat sin veckoaktivitet med 15 min/v jämfört med före projektet och minskat fallen med 26%. OEP-gruppen hade en liten förbättring i fallrisk. Fallrädsla mätt med ConfBal-skalan visade ingen skillnad mellan grupperna. Svårt att komma upp i 150 min/v träning i båda grupperna.

Hubert Blain är fransk geriatriker från Montpellier. Han talade om Living Lab, som är en slags "real-life test" med fallprevention som skett på ett fallpreventionscentrum som tagit emot 500 patienter med fallrisk/år???? . De är där en halvdag och får en gedigen genomgång av fallrisk. Personer med förhöjd fallrisk är t ex om man inte kan stå 5 sekunder på ett ben, om man har yrsel, svårt att resa sig från stol, fallit senaste året, svårt med dual tasks. De skickas till centret av allmänläkare och annan hälsopersonal. På fallcentret finns förutom allmänläkare även fysioterapeuter från orto-geriatriska avdelningen på sjukhuset. När fallrisken identifierats erbjuds personen ett program med undervisning av GP, ssk och fysioterapeuter. Man mixar fysioterapeuter från sjukvården och från en masterutbildning vid universitetet i Sport Science. Man har skapat ett gemensamt kunskapscentrum, Regional Balance & Falls Prevention, och studier på masternivå genomförs.

Erich Koch är en jurist från försäkringsbranschen i Tyskland. Han hade tyvärr svårt att tala engelska och var inte så lätt att följa. Det stod emellertid klart att försäkringsbolagen i

Tyskland bidrar med många miljoner kronor till fallprevention eftersom de anser att de i slutändan tjänar på detta (betalar bl a för rehabilitering för dem som har försäkring).

4.

Sista sessionen hade temat Practical ideas for action:

Föreläsare:

Åsa Bygdeson	Falls awareness campaigning
Dawn Skelton	Strength and balance awareness in practice and Cascade Trainers for effective implementation
Johan Lund	Getting policies changed, using cost and evidence in the argument

Åsa Bygdeson är hälsokoordinator i Norrbotten och hon berättade om en hälsokampanj som genomförts "Fall int!" och som varit framgångsrik. Kampanjen har genomförts med mycket begränsad budget (ca 50000 kr/år) med olika aktiviteter på sjukhus, till allmänheten, genom olika föreningar etc. Hon berättade även att man i Oslo genom en health visitor (hälsobesökare) minskat antalet höftfrakturer med 50% på 5 år och att Liv Hektoen i Norge beräknat totalkostnad sjukhus – rehab – "sjukhem" för en höftfraktur till 60000 Euro (över 500000 kr), vilket borde kunna motivera politiker och beslutsfattare att satsa på förebyggande åtgärder.

Dawn Skelton tog upp OEP och FaME som nu används av ca hälften av alla falls prevention groups i Storbritannien. 16 trainers har tillsammans utbildat 1800 OEP-gruppleddare (!) som är ute och leder grupperna. Profound verkar genom att sprida kunskap (finns mycket matnyttigt på hemsidan) och samverkar med olika organisationer. Man ska nu bl a lägga in ett självskattningstest för att bedöma sin egen fallrisk på hemsidan.

I tillägg till konferensen erbjöds vi studiebesök på ett Community Bone Health and Falls Prevention Team. Vi delades upp och fick bl a delta i gruppträning för äldre med fallrisk (FaME, OEP och tai chi), hembesök med fallriskbedömning (torsd) samt besöka en fallklinik på ett dagcenter (fred).

Lena följde med en fysioterapeut till Otago-grupp ute i kommunen. Besöket gjordes i ett litet kommunhus i en av stadsdelarna i Glasgow. En fysioterapeut (senior) och två träningsledare (PSI = Posture Stability Instructor) som gått utbildning i OEP och FaME deltog. I gruppen som bestod av 10 äldre personer som hämtades i sina hem av en speciell buss (en person åkte taxi) fanns olika grad av balansproblem och fallrisk. Någon hade Parkinson och Alzheimer, någon hade haft stroke, övriga hade yrsel och andra balansproblem. Fysioterapeuten och gruppleddarna samlades först och gick igenom alla personer i gruppen en och en, hur det fungerat förra gången, vilken risk de hade och hur man kunde göra träningen säker genom t ex extra stol bredvid/framför personen alt stå nära intill. Gruppdeltagarna var glada och pratsamma, två var helt nya i gruppen och en gick sin sista gång (12 gånger). De nya blev bedömda av fysioterapeuten före eller under gruppträningen i ett hörn av salen. Där

genomfördes, förutom frågor om sjukdomar, medicin, smärta, Tinetti Gait and Balance Assessment med olika test av balans (9 test) och gångförmåga (9 test). Högsta totalpoäng är 28 och 19 anses som förhöjd risk för fall. En av deltagarna hade 17 på denna skala och fick extra tillsyn under träningen.

Lena fick också vara med när en assistent på fallhemteamet ringde upp en äldre person som remitterats för att han fallit och varit inne på sjukhus. Genom telefonintervju gjorde hon en "triage", d v s tog reda på så mycket som möjligt om personens fall, tidigare fall, hemmiljö, allmäntillstånd, fysiska vanor etc för att bestämma om han skulle remitteras direkt till träningsgrupp eller få ett bedömnings(screening)besök av arbetsterapeut eller arbetsterapeut (se nedan). Assistenten hade tillgång till all dokumentation om den remitterade personen via journal, akuten-anteckningar m m i datorn.

Maggan och Gill fick följa med på tre screeninghembesök tillsammans med en arbetsterapeutassistent. Dessa äldre personer kunde remitteras till gruppen från flera olika enheter; husläkare, geriatriker på sjukhuset, rehabpersonal och även personen själv. Alla personer hade ramlat minst 2 gånger sista året. Syftet med dessa hembesök var att identifiera om personen var lämplig för fallpreventionprogrammet eller inte. Assistenten utgår ifrån en gedigen mall och tar ca 1 timme att genomföra. Frågor angående bl a yrsel, syn, hörsel, kontinens, kost, medicin, fysisk aktivitet, skor, hjälpmedel, en översyn av hemmiljön samt bedömning av förflyttningsförmåga för att minska fallrisk. Om personen har behov av mer än 2 enkla hjälpmedel remitteras personen vidare för ett hembesök av en arbetsterapeut.

Maggan och Gill fick även följa med på 3 hembesök tillsammans med arbetsterapeuten. Hon gjorde en mer ingående bedömning av hjälpmedelsbehovet som inkluderade behov av bostadsanpassningar. Förutom hjälpmedel upplevde vi att det blev mycket dubbelt, att AT ställde samma frågor som assistenten hade gjort vid första screeningen.

En person som har fallit oftare än 2ggr/år och/ eller har behov av insatser från sjuksköterska, läkare och fysioterapeut blir remitterad via t ex Falls team till en Falls clinic. Dessa har inte en stationär plats i Glasgow utan vissa dagar, på olika dagcenter, "viks åt" en Falls clinic. Vid det första besöket träffar den inremitterade personen både sjuksköterska och fysioterapeut. Läkibesöket sker några dagar senare eftersom dagen med undersökningar annars kan bli för lång/tröttande för den enskilda personen.

Fysioterapeuten bedömer patienten i ca 45-50 min och inleder med en generell anamnes vad gäller faktorer som leder till fall. Samtalet följs av flera tester av styrka-balans (enligt ett mätinstrument av M Tinetti), sensorik, koordination, rörlighet, kognition, fysisk funktionsförmåga i vardagen, mm. Frågor ställs också om andra fallriskfaktorer t ex syn och hörsel. Fysioterapeutens bedömning ligger också till grund för läkarens utlåtande. Efter bedömningen rekommenderar fysioterapeuten fortsatt träning efter individuell förmåga vilket oftast sker i grupp i närheten av patientens bostad. Fysioterapeuten ser också till vidarebefordra andra frågor t ex om hjälpmedel/larm till arbetsterapeuter och hemtjänstpersonal.

Lena Zidén, Gill Asplin, Margareta Svensson, geriatrikgruppen, fysioterapin, SU/M