

MARTIN NILSSON, LENNART MAGNUSSON.
HÄLSA OCH LIVSSITUATION I RELATION TILL FALLOLYCKOR BLAND ÄLDRE
PERSONER I SJUHÄRAD
RAPPORT FRÅN ÄLDREVÄST SJUHÄRAD 2003



HÄLSA OCH LIVSSITUATION I RELATION TILL FALLOLYCKOR BLAND ÄLDRE PERSONER I SJUHÄRAD

MARTIN NILSSON, LENNART MAGNUSSON

ISSN 1651-4556
ISBN 91-85025-03-8
Volym I Nummer 4



TITEL	Hälsa och livssituation i relation till fallolyckor bland äldre personer i Sjuhärad
FÖRFATTARE	Martin Nilsson ¹ , Lennart Magnusson ²
UPPLAGA	Vol 1 Nr 4.
TRYCKÅR	2003

1. Leg. sjukgymnast, programansvarig kommunbaserad rehabilitering inom ÄldreVäst Sjuhärad
2. Leg. sjuksköterska, Fil. Mag. och doktorand samt projektansvarig

FÖRORD

Hälsan och livskvaliteten har under en följd av år förbättrats avsevärt för de äldre i befolkningen. Samtidigt är det ofrånkomligt att ohälsa ökar med stigande ålder. Kunskap om vid vilken ålder ohälsan ökar är begränsad. Ännu mer begränsad är kunskapen om när behovet av hjälp och vård uppstår och varifrån hjälpen huvudsakligen kommer. Mycket talar för att familjemedlemmar ger den hjälpen. Andelen äldre kommer att öka de närmaste 20 åren. Det innebär att behovet av vård och omsorg också kommer att öka. För att möta dessa krav och utveckla vården och omsorgen krävs ökad kunskap om äldre och deras närstående.

Denna rapport ingår som en del i ett projekt om äldres hälsa och levnadsvillkor i Sjuhärad och Västra Götaland. Projektet startade hösten 2000, inom ramen för ÄldreVäst Sjuhärad, i samverkan med professor Inga-Lill Rahm Hallberg vid Centrum för vårdvetenskap, Lunds Universitet. Syftet med studien är att kartlägga äldres hälsa och livssituation, bidra med viktigt underlag för planering av vård och omsorg för äldre och identifiera områden inom vilka vård och omsorg för äldre bör vidareutvecklas. Motsvarande studie om äldres hälsa och levnadsvillkor har tidigare genomförts i region Skåne.

Projektet är ett viktigt steg i att uppnå ÄldreVäst Sjuhärads mål att bidra till ökad livskvalitet, ökad vård- och omsorgskvalitet och social delaktighet för äldre personer och deras närstående .

Februari 2003

Lennart Magnusson
Projektansvarig för projektet Äldres hälsa och levnadsvillkor

Se även vår hemsida www.aldrevast.hb.se

© **Författaren/Författarna**

Mångfaldigande och spridande av innehållet i denna rapport - helt eller delvis - är förbjudet utan medgivande av författaren/författarna.

SAMMANFATTNING

Denna rapport handlar om hur vi kan medverka till att förebygga fallolyckor hos personer över 65 år. När vi blir äldre blir det svårare och svårare att undvika fallolyckor. Under de senaste årtiondena har antalet och omfattningen av skador orsakade av fall bland äldre personer ökat dramatiskt över hela världen. Detta beror till viss del på det ökande antalet äldre människor, men en minskning av fysisk aktivitet i det dagliga livet anses dock vara en av huvudorsakerna till denna ökning av fallskador.

När en äldre person faller påbörjas ofta en nedåtriktad hälsospiral. Även ett fall som ej leder till skada är förenat med en tre gånger så hög risk för att tvingas flytta till sjukhemsboende. De som fallit riskerar dessutom att börja leva i en ständig rädsla för ytterligare fall samt att bli mindre aktiva, mindre oberoende och mindre självsäkra/trygga. Fall och dess konsekvenser är såväl en stor folkhälso- som ekonomisk fråga, eftersom den ökade sjukligheten och dödligheten som associeras med fall även resulterar i ökade kostnader för samhället.

Syftet med studien var att beskriva hälsa och livssituation för äldre personer som har råkat ut för en fallolycka under de senaste tre månaderna. Rapporten syftar till att beskriva riskfaktorer kring uppkomst av fallolyckor hos äldre samt att även ge förslag till åtgärder för att förhindra uppkomsten av de samma.

Urvalet till föreliggande studie gjordes utifrån de personer som besvarat en postenkät som ÄldreVäst Sjuhärad genomförde under perioden november 2000 till januari 2001. De som svarat ja respektive nej på frågan: Har du fallit någon gång under de senaste tre månaderna? jämfördes med avseende på hur de hade besvarat frågorna rörande sin hälsa och livssituation. Av dessa uppgav 16 procent att de hade fallit någon gång under de senaste tre månaderna. Uppskattningsvis medför detta att ca 5000 av de som var 65 år eller äldre och bosatta i Sjuhäradsbygden vid tiden för postenkätens genomförande hade fallit åtminstone en gång under de tre månaderna som föregick enkäten.

Resultatet från denna studie visar att de som har fallit är en till synes svag grupp med dålig hälsa och otillfredsställande livssituation. De ger uttryck för att vara socialt isolerade samt vård- och hjälpberoende med många sjukdomar och besvär, såväl fysiska som psykiska. De ger även uttryck för ensamhet och rädsla samt har begränsade möjligheter att utträta de aktiviteter som de vill.

Vid jämförelser mellan de som har fallit och de som inte har fallit; ger den senare gruppen en bild av att de i högre utsträckning har möjlighet att leva ett socialt aktivt liv där de kan utföra de aktiviteter de önskar. De har dessutom bättre hälsa med både färre sjukdomar och färre besvär än de som har fallit. Vidare framstår det även som att de har en högre livskvalitet med en mer positiv upplevelse av livet som helhet

just nu och att människor i högre utsträckning uppskattar vad de gör jämfört med de som har fallit. En likartad bild återfinns oberoende av om personerna tillhör gruppen som är mellan 65-79 år eller 80 år och äldre.

Hos samtliga vårdgivare och inom samtliga kommuner i Sjuhäradsbygden arbetas det på ett eller annat sätt med olika typer av insatser för att förebygga fallolyckor och lindra dess konsekvenser för den äldre människan. Resultatet i denna rapport visar dock att det finns all anledning att se över de insatser som görs för att påverka de äldres hälsa och livssituation i en positiv riktning. Insatserna måste inriktas på såväl promotion och prevention som att vara behandlande och rehabiliterande.

Konklusion: Om vi vill uppnå bättre resultat i det preventiva arbetet och högre livskvalitet för de som har fallit, eller har risk för att falla, måste vi ta hänsyn till såväl sociala, fysiska och emotionella behov i utredning och insatser beträffande fallolyckor. Fallskador kan förebyggas. I slutet av föreliggande rapport presenteras ett förslag på innehåll i denna utredning och dessa insatser.

Kontaktperson

Martin Nilsson, Leg. sjukgymnast, Bollebygds kommun, 517 83 Bollebygd
E-post: martin.nilsson@bollebygd.se Telefon: 033-23 14 89

Projektansvarig

Lennart Magnusson, universitetsadjunkt och doktorand, Högskolan i Borås,
ÄldreVäst Sjuhärad 501 90 Borås
E-post: lennart.magnusson@hb.se Telefon: 033-174796

Rapporten kan beställas från ÄldreVäst Sjuhärad, Högskolan i Borås,
501 90 Borås.

Telefon 033 - 16 40 00 (växel) Fax: 033-164447
E-post: aldrevast7@hb.se

INNEHÅLL

INLEDNING	8
BAKGRUND	8
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	13
MATERIAL OCH METOD	13
RESULTAT	16
Hälsa	17
Livssituation	22
DISKUSSION	27
Konklusion	29
ÅTGÄRDSFÖRSLAG	30
Icke personbunden utredning	30
Individbaserad utredning	32
AVSLUTANDE KOMMENTARER	37
TACK	37
REFERENSER	38
BILAGOR	43
Bilaga 1. Lokala initiativ	43
Bilaga 2. Tabellbilagor	45

INLEDNING

Denna studie ingår som en del av en större befolkningsstudie som genomförts i Sjuhäradsbygden och Västra Götaland för att kartlägga äldres hälsa och levnadsvillkor. Syftet är att beskriva hälsostatus och livssituation relaterat till fallolyckor hos äldre personer i Sjuhäradsbygden samt att ge exempel på åtgärdsförslag vid förebyggande av fallolyckor. I den första delen av rapporten ges en bakgrund till studien. Därefter presenteras syfte och frågeställningar samt metod. I den följande delen redovisas resultaten avseende frekvensen av fall, hälsotillstånd, sjukdomar och besvär samt livssituationen hos de äldre som ingått i studien. Därefter diskuteras resultaten. Rapporten avslutas med förslag till åtgärder.

BAKGRUND

När vi blir äldre blir det svårare och svårare att undvika fallolyckor. Detta på grund av att kroppens komplexa kontrollsystemet, som gör att vi kan bibehålla en viss kroppsposition, påverkas till den grad att balansen försämras(1,2). Under de senaste årtiondena har antalet och omfattningen av skador orsakade av fall bland äldre personer ökat dramatiskt över hela världen. Detta beror till viss del på det ökande antalet äldre människor(3-5), men en minskning av fysisk aktivitet i det dagliga livet anses dock vara en av huvudorsakerna till denna ökning av fallskador(6-11).

Demografi

Sverige har, tillsammans med merparten av industriländerna, genomgått en befolkningsmässig revolution under 1900-talet(12,13). Vid seklets slut fanns det 28 gånger fler personer som uppnått sin 90-årsdag än vid seklets början. I dag är det 17,4 procent av befolkningen i Sverige som är 65 år eller äldre, vilket är den högsta andelen i världen. Detsamma gäller även andelen över 80 år som för närvarande motsvarar cirka 5 procent av befolkningen. Den framtida befolkningsutvecklingen är uppenbart en avgörande faktor för äldrepolitiken framöver. Enligt den senaste befolkningsprognosen kommer antalet personer över 65 år att vara relativt konstant de närmaste fem åren. Därefter kommer en ökning att sakta ta fart för att på 2010-talet och decennierna därefter bli mycket stark. Ett tiotal år framåt förväntas antalet personer som är 80 år och äldre att öka kraftigt. Därefter väntas utvecklingen plana ut följt av att det på 2020-talet åter kommer en ny mycket kraftig ökning(12).

Befolkningsprognoserna utgår från antaganden om den framtida dödligheten. Det är framförallt dödligheten hos de äldre-äldre, dvs. 80 år och äldre, som är avgörande för den närmaste tjugoförårsperioden. Man bör observera att tidigare prognoser när

det gäller antalet äldre systematiskt har underskattat minskningen av dödlighetstalen. Mycket talar för att det fortfarande är så. Dagens prognoser skiljer sig ifrån de som gjordes för tjugo år sedan. Då beräknades att Sverige år 2010 skulle ha 340 000 personer i åldrarna 80 år och däröver. För samma år och ålder pekar dagens prognoser istället mot 500 000 personer. Om denna tendens till underskattning står sig kan det verkliga antalet 80-åringar och äldre år 2010 komma att uppgå till 550 000–600 000 personer(12).

Vad är ett fall?

Tinetti et al.(14) beskriver fall som en plötslig och oavsiktlig ändring av kroppshållningen som orsakar att en individ landar på en lägre nivå, ett föremål, golvet eller marken. Undantaget från denna beskrivning är de fall som förorsakas av sjukdom eller överväldigande yttre våld.

Vad händer med personen efter ett fall?

Fall är ofta en känslig signal på oidentifierade och oupptäckta hälsorisker och vårdbehov hos en äldre individ(15). En fallolycka verkar även vara en god markör för ökad skröplighet och risk att dö. Fallet är dessutom en potentiellt förödande händelse för en äldre person(16). När en äldre person faller påbörjas ofta en nedåtriktad hälsospiral(17). Tinetti(18) har rapporterat att även ett fall som ej leder till skada under en ettårsperiod är förenat med en tre gånger så hög risk för att tvingas flytta till sjukhemsboende.

De som fallit kan dessutom börja leva i en ständig rädsla samt bli mindre aktiva, mindre oberoende och mindre självsäkra/trygga. En av de vanligaste rädslorna hos äldre personer är just rädslan för att falla(17). Rädslan kan ha en kraftig inverkan på livskvaliteten och den fysiska nedgången(19). Den psykologiska inverkan av att falla kan bli djupgående och har ett antal aspekter. Där finns dels effekten av den faktiska eller potentiella skadan och dess inverkan på framtida fysisk funktion. Ett fall kan även öka känslan av sårbarhet hos den som fallit och särskilt om han eller hon lever ensam(16). Fallen kan förutom att de leder till skada också leda till rörelserädsla och inaktivitet(20). Rädslan för framtida fall är en vanligt följdföreelse och kan bli så försvagande att den som fallit slutar att gå överhuvudtaget(16), vilket i förlängningen leder till nedsatt funktionsförmåga, isolering, immobilisering, institutionalisering, ytterligare fall och frakturer(20). Rädslan för att falla är lika vanligt förekommande som fallen i sig. Upp till en tredjedel av de som inte har fallit begränsar sina aktiviteter på grund av rädsla för att falla. De som redan har fallit har dock större risk för att bli rädd för att råka ut för ytterligare fall(16). Cirka

30 procent av de som faller uppger rädsla och rädslan för att falla kan utveckla en signifikant sämre balans och gångförmåga än som uppmättes före fallet(20).

Downton(16) har beskrivit ett syndrom som kan uppkomma efter det att en person har råkat ut för en fallolycka. Syndromet kännetecknas av ängslan, tvekan, ojämnhet i förbättring och en tendens att gripa tag i något när personerna ombeds att gå. Dödligheten hos de som utvecklat syndromet, till den grad att de var oförmögna att gå självständigt, var avsevärt högre än bland de som inte hade utvecklat det samma. Många äldre begränsar sig själva till att stanna i sitt eget hus av rädsla att gå ut. Rädsla för att falla är en av anledningarna till detta. I deras rädsla finns ofta drag av ängslan och depression. Äldre nämner dessutom ofta att de är rädda för att uppfattas som fysiskt inkompetenta inför främlingar. Detta beteende kan leda till social isolering och reducerad aktivitetsnivå. Paradoxalt nog kan det i realiteten öka risken för att falla på grund av den generella försämring i fysisk funktion som uppstår därav(16).

Vad innebär ett fall för den som drabbas?

Fall är den främsta orsaken till dödsfall, förorsakat av olycka, bland personer som är 75 år eller äldre(18,21,22). Orsaken till dödsfall som en följd av fallolycka kan dels vara det direkta resultatet av skador som uppstår vid fallet och dels de efterföljande komplikationerna så som lunginflammation eller sänkt kroppstemperatur; vid händelse av att personen blir liggande utan att få hjälp efter fallet. Det råder även en signifikant operativ och postoperativ dödlighet som ett resultat av kirurgisk behandling av fraktur. Tre fjärdedelar av dödsfallen på grund av fallolycka förekommer bland personer över 65 år(16). Fall bär också ansvaret för ökad sjuklighet inkluderat frakturer, försämrad rörelseförmåga, rädsla för att falla och behov av långtidsvård(18,21,22). Den kanske mest väsentliga konsekvensen för både den som fallit och för samhället är förekomst av fraktur i samband med fallet(16).

Frakturerna uppstår beror på en kombination av skelettets hållfasthet och den kraft som riktas mot benvävnaden vid fallet(9-11,23). Ett viktigt faktum i detta sammanhang är att skelettskörheten(osteoporos) ökar med ökande ålder(9-11). De frakturer som räknas till osteoporosrelaterade och som är de mest typiska frakturerna är höftfraktur, kotfraktur, handleds-/underarmsfraktur, axel-/överarmsfraktur(collum chirurgicumfraktur)(24). Patienter med höftfraktur har ökad dödlighet jämfört med befolkningen i övrigt. Dödligheten hos höftfrakturpatienter har under första året efter frakturen visat sig vara 20 procent hos kvinnor och 30 procent hos män(25), samt att mindre än hälften återfår den funktionsförmåga de haft innan frakturen(24-26). Att drabbas av kotfraktur medför sänkt livskvaliteten och ökad dödlighet jämfört med befolkningen i övrigt. Handledsfraktur ger en måttlig sänkning av dödligheten, medan axelfraktur däremot ger högre morbiditet(24). Dödlighet efter höftfraktur

varierar beroende på den enskilda personens hälsostatus som rådde innan frakturen. Dödlighetsgraden är högre hos de som redan innan frakturen var sjuka och hade reducerad autonomi(16).

Riskfaktorer och riskindikatorer

Vid en nyligen gjord systematisk genomgång av litteraturen kunde författarna identifiera en stor mängd variabler associerade med ökad risk för att falla(27). De riskfaktorer som är mest frekvent dokumenterade är nedsatt balans, nedsatt gång- (15,28) och rörelseförmåga(15,27) samt nedsatt muskelstyrka(20,26). Dessa funktioner och förmågor försämras i takt med en persons stigande ålder och en minskad fysisk aktivitetsnivå(9-11). En numera fysiskt mindre ansträngande livsstil har därför tillskrivits som en bidragande orsak till den ökande förekomsten av frakturer(6-11). Vidare omnämns nedsatt känsel, yrsel(27), försvagad kognitiv förmåga(15,27), depression och nedsatt synförmåga(15) som betydande riskfaktorer. Ett intag av flera olika mediciner samtidigt, särskilt mediciner som påverkar centrala nervsystemet och mediciner för att sänka blodtrycket(15), hör också till riskfaktorerna kring fallolyckor. Varje fall är dessutom en riskindikator för uppkomsten av nya fall(9,29).

Sjukdomar som förknippas med fall kan relateras till vilket system i kroppen som helst. Det finns dock specifika typer av problem som är mer troliga att associera till fall än andra(16). De vanligaste är de som förknippas med cirkulatorisk och/eller neurologisk påverkan i hjärnan (t.ex. epilepsi, demens, sinus caroticus(16), Parkinsons sjukdom, cerebrovaskulär sjukdom(15,16)), cirkulatorisk påverkan mer generellt i kroppen (t.ex. diabetes, hjärtarytmier(16), postural hypotension(15)), neurologisk och/eller muskulär påverkan i övriga kroppen (t.ex. perifera neuropatier, myopati, cervikal spondylos(16), Parkinsons sjukdom, cerebrovaskulär sjukdom(15,16)) samt degenerativa sjukdomar i benen(15).

Vem faller?

Det ser ut som att de som faller kan delas in i två grupper; en grupp med fysiskt svaga, kognitivt nedsatta och rörelsemässigt nedsatta äldre som faller inomhus och en grupp pigga, friska och aktiva äldre som vanligast faller utomhus. Hos båda grupperna förekommer dock höga nivåer av ängslan och depression vilket härleds till att fallen kan orsaka psykologisk oro och störning. Psykologiska faktorer kan öka risken för att falla. Äldre personer med grav depression kan vara predisponerade till att falla på grund av psykomotoriska förändringar. Deprimerade personer uppvisar förändringar i gångmönstret jämfört med icke deprimerade: de går långsammare med kortare steglängd; är mindre uppmärksamma på faror i omgivningen och kan på grund av depressionen även medvetet eller omedvetet utsätta sig för fara. Reak-

tionen hos familj och vänner till den som har fallit kan i vissa fall förvärra snarare än lindra problemet. Helt naturligt kan en fallolycka framkalla ångslan hos den vårdande likaväl som hos den som faller. Den vanligaste reaktionen hos vårdaren blir att begränsa aktiviteter och oberoendet för den som har fallit(16).

Ökat vårdbehov och ökade kostnader

Fall och dess konsekvenser är en stor folkhälso- och ekonomisk fråga(15). Sjukligheten och dödligheten som associeras med fall resulterar i höga kostnader för sjukvården och de medför samtidigt ett stort folkhälsoproblem(30). Det finns en rad komponenter rörande den finansiella kostnaden vid fall. Initialt krävs det insatser från akutvården avseende medicin, kirurgi och ortopedi. Detta behöver oftast följas upp med en period av rehabilitering som dessutom kan bli långvarig(16). Den som till exempel drabbas av en höftfraktur har ett relativt långvarigt rehabiliteringsbehov. Hälften av patienterna återfår den funktion de hade före frakturen först ett år därefter. Cirka hälften av patienterna har fortfarande ett ökat hjälpbehov ett år efter frakturen(31). En viss del av de som fallit kommer dessutom att behöva kontinuerlig vård under en längre tid(16). I en studie av Kiel et al(32) fann man att äldre personer som fallit utnyttjar sjukvården mer än de äldre som inte har fallit.

Av de som ramlar drabbas en tredjedel av moderata eller svåra skador(33). Ungefär två tredjedelar av skadorna är benfrakturer. Höftfraktur är den vanligast förekommande samt den mest förödande för patienten och kostsamma för sjukvårdssystemet(3). Kostnaderna för en höftfraktur beräknas till ca. 150 000 kronor för sjukvård och äldreomsorg under det första året efter frakturen(31). Antalet frakturer uppskattas till 70 000 per år i Sverige(24). Med tanke på de demografiska förändringar som håller på att ske i populationen kommer de ekonomiska konsekvenserna att bli betydande med ett ökat tryck på vården som helhet(16). Ungefär 30 procent av befolkningen över 65 år faller åtminstone en gång per år. (1,2,34-37). Personer som är 80 år och äldre är de som har störst benägenhet att falla. I tillägg kommer andelen yngre som ska vårda dessa äldre att minska(16).

Tidigare forskning visar således att en fallolycka kan vara en förödande händelse för en äldre person och vara starten på en nedåtriktad hälsospiral. Detta i form av bland annat ökad risk för sjuklighet och dödsfall, nedsatt rörelseförmåga, ökad rädsla för att falla, ökat utnyttjande av sjukvårdsinsatser samt ökad risk för att tvingas flytta till någon form av särskilt boende. Den ökade sjukligheten och dödligheten som associeras med fall resulterar dessutom i ökade kostnader för samhället. Även om det har forskats mycket kring fall och dess konsekvenser finns det ett behov av att få en bättre bild av hur de som faller upplever sin livssituation och sin hälsa. Detta för att skapa ett bättre underlag för de åtgärder som kan medverka till att minska risken för och förhoppningsvis förhindra att framtida fallolyckor inträffar.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna studie var att beskriva hälsostatus och livssituation relaterat till fallolyckor hos äldre personer i Sjuhäradsbygden samt att ge exempel på åtgärdsförslag vid förebyggande av fallolyckor.

Frågeställningar:

- Hur ser hälsan och livssituationen ut för äldre personer (≥ 65 år) som råkat ut för åtminstone en fallolycka under en tremånaders period?
- Finns det någon skillnad i hälsa och livssituationen mellan de äldre personer (≥ 65 år) som har fallit och de som inte har fallit?
- Finns det någon skillnad i hälsa och livssituationen mellan olika åldersgrupper bland de äldre som har fallit respektive inte har fallit?

MATERIAL OCH METOD

Etiskt tillstånd att genomföra studien har erhållits från Forskningsetikkommitén vid Göteborgs Universitetssjukhus och Statistiska Centralbyrån (SCB) har medverkat i genomförandet. Deras del i undersökningen har varit att: genomföra urvalsdragning, medverka i utformning av följebrev och blankettlayout, genomföra datainsamling, framställa en SPSS-fil med insamlade data och genomföra en bortfallsanalys. Studien ingår som en del av en befolkningsstudie genomförd i Sjuhäradsbygden och Västra Götaland. Populationen är äldre (65 år och äldre) i Sjuhäradsbygden, totalt 34.971 personer. I tabell 1 redovisas populationen fördelad på kommun, kön och ålder.

Tabell 1. Population i Sjuhärad fördelad på kommun, kön och ålder (Källa: SCB)

Kommuner	65-69		70-74		75-79		80-84		85-89		90-		Totalt
	män	kv	män	kv	män	kv	män	kv	män	kv	män	kv	
Borås	1974	2418	1896	2390	1618	2272	1094	1895	578	1301	224	713	18 373
Bollebygd	159	129	123	141	128	129	68	99	29	56	19	33	1 113
Mark	712	801	743	745	634	739	413	580	234	448	109	281	6439
Svenljunga	237	237	234	222	224	267	173	214	91	143	38	68	2148
Tranemo	270	280	250	269	228	285	171	214	89	145	34	69	2304
Ulricehamn	513	538	492	562	447	559	323	451	168	297	68	176	4594
Totalt	3865	4403	3738	4329	3279	4251	2242	3453	1189	2390	492	1340	34 971

Urvalet utgörs av ett stratifierat och randomiserat urval av 1.200 äldre per kommun och i Borås kommun av 3.600 äldre. Av dessa är i de fall det är möjligt 50 procent kvinnor och 50 procent män (i den mån det är möjligt eftersom det i de äldsta åldersklasserna finns färre män än kvinnor), indelat i sex åldersklasser, vardera omfattande fem år. Den äldsta åldersklassen omfattade dem som är 90 år och äldre. Från SCB:s register över totalbefolkning, vilket kontinuerligt uppdateras, drogs ett obundet slumpmässigt urval om 8.984 personer. När enkäten sändes ut hade tre flyttat ur undersökningsområdet varav två utomlands och 114 personer avlidit, varför de exkluderats från undersökningen. Det totala urvalet är 8.867 personer. I tabell 2 redovisas urvalet fördelat på kommun samt kön och ålder.

Tabell 2. Urval fördelat på kommun, ålder och kön

Kommuner	65-69		70-74		75-79		80-84		85-89		90-		Totalt
	män	kv	män	kv	män	kv	män	kv	män	kv	män	kv	
Borås	299	300	300	300	295	297	296	296	292	296	216	289	3476
Bollebygd	100	100	100	100	100	100	66	99	27	55	19	30	896
Mark	100	100	100	100	98	100	100	97	97	98	95	95	1180
Svenljunga	99	99	100	99	100	100	98	100	87	98	37	63	1082
Tranemo	100	100	100	100	100	100	98	100	84	99	33	68	1082
Ulricehamn	99	100	100	100	100	99	98	98	98	99	64	98	1151
Totalt	797	799	800	799	793	796	756	790	685	745	464	643	8867

Undersökningen genomfördes i form av en postenkät. Enkäten bestod av 86 strukturerade frågor flera med delfrågor, avseende kön, ålder, civilstånd, boende, sociala kontakter, sociala aktiviteter, attityder till äldre, trygghet, rädsla, ensamhet, hälsa och livskvalitet, besvär, sjukdomar, fall och fallskador, användning av läkemedel och vårdbehov (Rahm Hallberg 1999) samt frågor om datorer och Internet. De två sistnämnda frågorna behandlas inte i föreliggande rapport.

I det informationsbrev som bifogades postenkäten informerades om undersökningens syfte, hur urvalet hade gått till, frivilligheten att delta i undersökningen, tystnadsplikten och att det inte blir möjligt att identifiera enskilda personer i de resultat som presenteras.

Datainsamlingen genomfördes under perioden november 2000 - januari 2001 med en första utsändning av enkäten den 9 november 2000. Denna utsändning följdes av två påminnelsebrev. Efter 14 dagar skickades en ny påminnelse tillsammans med en ny enkät till dem som inte svarat. Tio dagar senare skickades ytterligare en påminnelse ut tillsammans med en ny enkät. Datainsamlingen avslutades i början av vecka 3, år 2001. Ett separat följebrev skickades med enkäten till utrikesfödda boende inom Sjuhärad på det aktuella hemspråket. En kort sammanfattning om syftet med studien samt meddelande om var de kan få hjälp skrevs i följebrevet. Detta separata följebrev var översatt till följande språk: finska, engelska, tyska,

franska, spanska, grekiska, estniska, serbokroatiska, polska, rumänska, tjeckiska, ungerska, persiska och ryska. Det upprättades ett avtal med Tolkförmedlingen vid Invandrarbyrån i Borås vars telefonnummer uppgavs i följebrevet för att ge möjlighet till tolkhjälp.

Under studiens genomförande erbjöds informanterna möjligheten att ställa frågor och uttrycka synpunkter till en telefonjour. Denna var öppen alla vardagar mellan kl. 09.00-16.00. under hela datainsamlingsperioden. Vidare erbjöds hembesök för de som behövde hjälp med ifyllandet av enkäten och Invandrarbyrån erbjöd även tolkhjälp vid hembesök. För att möjliggöra ytterligare stöd till informanterna skickades ett informationsbrev till hälsoplanerare, tänkbara vårdgivare och frivilligorganisationer, med önskemål/uppmaning till dem att stödja de berörda i sin närhet med att fylla i enkäten.

Totalt ringde 428 personer till telefonjouren, 183 var den äldre själv, 219 var ombud för den äldre och sex var annan person. Skälen till att ringa var hjälp att fylla i enkäten (21 procent), behov att uttrycka sina känslor i relation till enkäten, studien som helhet och annat (39 procent) eller att meddela att den äldre ej vill (23 procent) eller kan (23 procent) delta på grund av dödsfall, sjukdom eller de var bortresta.

Totalt inkom 4.915 svar vilket ger en svarsfrekvens på 55,6 procent. SCB:s bortfallsanalys visar att Tranemo kommun är överrepresenterad och Bollebygd kommun underrepresenterad. Likaså är män, personer i åldrarna 65-79 år, gifta, de personer som är födda i Sverige samt personer med en inkomst på 160 000 kronor/år eller mer överrepresenterade bland de svarande. Underrepresenterade är personer i åldersgruppen 80 år och äldre, ogifta, änkor/änklingar, personer som är födda utomlands samt personer med inkomst under 85.000 kronor/år.

För att kunna göra skattningar med avseende på populationen har de enskilda posternas värde viktats med hänsyn till vilket stratum de tillhör. Vikten är beräknad enligt formeln:

$$\frac{\text{Bruttopopulation}}{\text{bruttourval} - \text{bortfall}} \quad \text{Vikterna är olika beroende vilket stratum den enskilda posten tillhör.}$$

I resultatredovisningen görs en jämförelse mellan de som fallit och de som inte fallit. Dessa grupper utgörs av de som svarat att de fallit eller ej på frågan: Har du fallit någon gång under de senaste tre månaderna? (Fråga 64 i postenkäten). Databearbetningar och statistiska beräkningar har gjorts i SPSS. De statistiska beräkningarna är gjorda med hjälp av chitvå test, på icke avrundade procenttal, för de ej viktade värdena.

RESULTAT

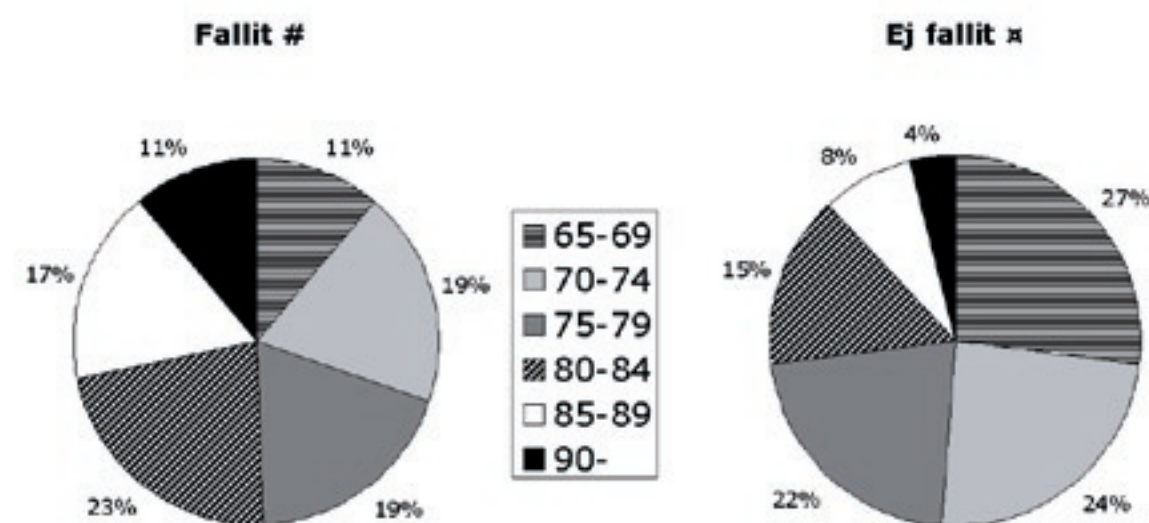
Resultaten presenteras i löpande text, tabeller och figurer med tillhörande kommentarer. En del figurer och löpande text kompletteras med tabeller som presenteras i ett antal bilagor. Vidare kommer resultaten att anges i procent av respektive population för att åskådliggöra proportioner inom och mellan jämförda populationer. Jämförelser har gjorts inom hela populationen med avseende på de som har fallit och de som inte har fallit. Dessa jämförelser har även delats upp mellan de som var 65-79 år respektive 80 år och äldre. De procenttal som presenteras i rapporten är avrundade till hela procent enligt gängse matematisk metod. Det innebär att avrundning sker uppåt när första decimalen är lika med eller större än fem, respektive neråt när decimalen är mindre än fem. Denna avrundning kan medföra att summering av procenttal inom samma jämförelsematerial i vissa fall kan överstiga 100 procent.

Förekomst av fall

Bland de 4623 i Sjuhärad som svarat på fråga 64 i postenkäten var det 723 (16 procent) som hade fallit någon gång under de senaste tre månaderna. Av dessa var 380 kvinnor (53 procent) och 343 män (47 procent). Omräknat för att motsvara hela populationen skulle det innebära att cirka 5000 (14 procent), av de som var 65 år eller äldre och bosatta i Sjuhärad vid tiden för postenkätens genomförande, beräknas ha fallit åtminstone en gång under de tre månaderna som föregick postenkäten.

Figur 1 visar att åldersfördelningen hos de som har besvarat postenkäten skiljer sig mellan de som har fallit och de som inte har fallit. Gruppen som har fallit består till hälften (51 procent) av individer som är 80 år och äldre medan gruppen som inte har fallit endast till en dryg fjärdedel (27 procent) utgörs av individer i samma ålder ($p < 0.001$).

Procentuell fördelning av personer med avseende på åldersklasser. Jämförelse mellan de som fallit och de som inte har fallit.



Figur 1. Procentuell fördelning av personer med avseende på åldersklasser. Jämförelse mellan de som fallit och de som inte fallit. # n=723, x n=3900

På frågan om hur många gånger man har fallit under de senaste tre månaderna uppger drygt hälften (55 procent) en gång, en fjärdedel (24 procent) två gånger, 13 procent tre gånger, sex procent fyra till fem gånger samt resterande två procent att de fallit sex eller fler gånger ($md=1$, $R=1-25$).

Vidare har de som är 80 år och äldre i större utsträckning fallit inomhus (66 procent) jämfört med de som är 65-79 år (45 procent) ($p < 0.001$).

Hälsa

De tillfrågades hälsa i allmänhet beskrevs av 67 procent av de som fallit som någorlunda eller dålig och en fjärdedel (25 procent) är ofta eller mycket ofta orolig för sin egen hälsa. Gruppen som inte har fallit upplever i högre grad sin hälsa som mycket god eller utmärkt (29 procent) och är i mindre utsträckning orolig för sin egen hälsa (79 procent) jämfört med de som har fallit (13 procent resp. 54 procent). Receptbelagda läkemedel tas i större utsträckning av de som har fallit (87 procent) i jämförelse med de som inte har fallit (73 procent) ($p < 0.001$ för samtliga jämförelser).

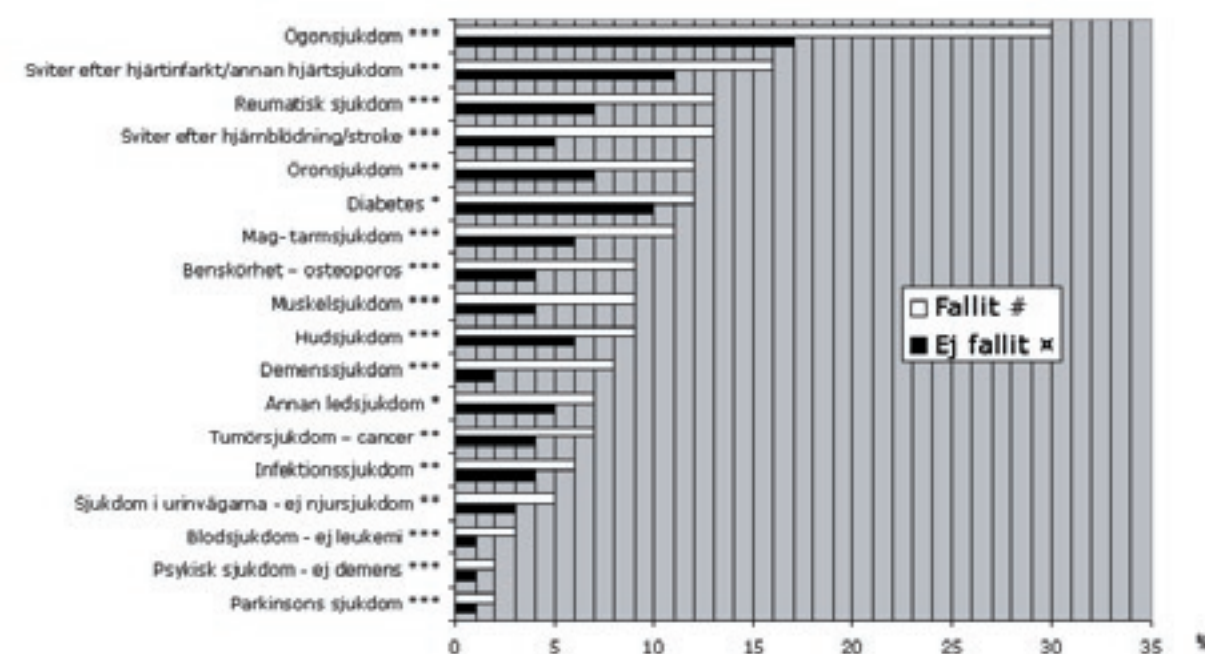
För många av de som har fallit (42 procent) har värk och smärta stört deras normala liv mycket eller väldigt mycket. En dryg femtedel (21 procent) tycker att deras liv på det stora hela just nu är ganska eller mycket dåligt. Något fler än en tredjedel (36 procent) brukar känna sig nedstämda ganska eller mycket ofta över att den ena dagen är den andra lik. Två tredjedelar (67 procent) uppger dock att de

för det mesta eller utan tvekan har en känsla av att folk i allmänhet uppskattar vad de gör. Vid jämförelse med de som inte har fallit är det en större andel som menar det samma(81 procent). Vidare uppger de som inte har fallit i mindre utsträckning att värk och smärta har stört deras normala liv(18 procent), att deras liv på det stora hela just nu är ganska eller mycket dåligt(7 procent) samt att de brukar känna sig nedstämda ganska eller mycket ofta över att den ena dagen är den andra lik(17 procent) jämfört med de som har fallit ($p<0.001$ för samtliga jämförelser).

Sjukdomar

Enligt figur 2 är ögonsjukdom den vanligast förekommande sjukdomen hos de som råkat ut för en fallolycka under de senaste tre månaderna. Även högt blodtryck är vanligt förekommande bland både de som har fallit(30 procent) och de som inte har fallit(30 procent). Samtliga sjukdomar som anges i figur 2 är mer vanligt förekommande hos de som har fallit jämfört med de som inte har fallit. (Se även tabell 2:1 i tabellbilagan). Vid samma jämförelse inom gruppen som är 65-79 år respektive inom gruppen som är 80 år och äldre gäller detta för fler sjukdomar i den yngre gruppen(se tabell 2:2 och 2:3 i tabellbilagan).

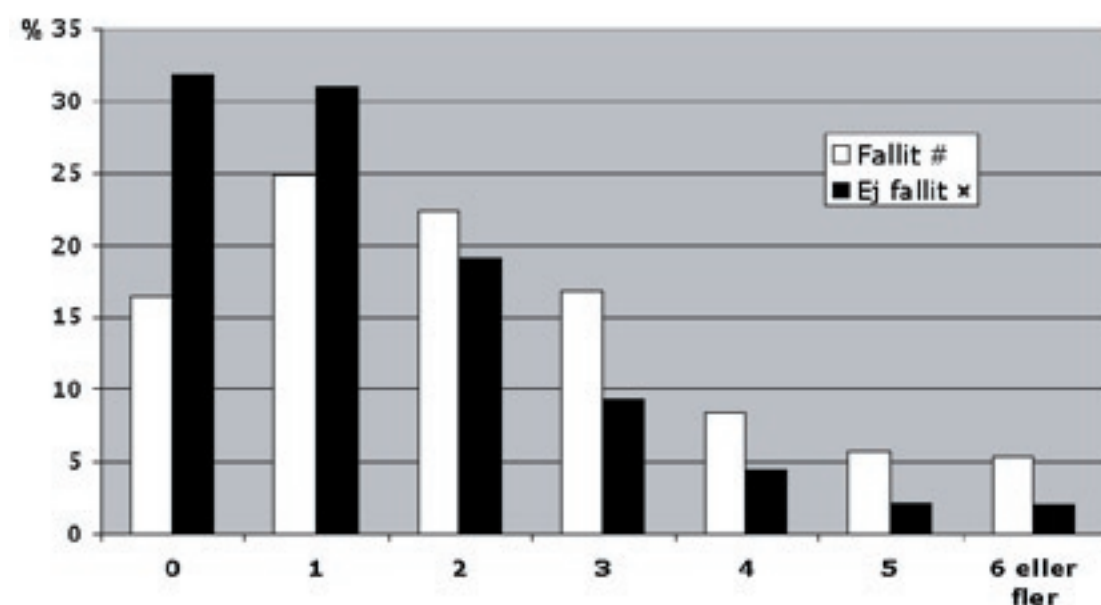
Förekomst av sjukdomar bland de som har fallit jämfört med de som inte har fallit. Samtliga åldersklasser inräknade.



Figur 2. Förekomst av sjukdomar bland de som har fallit jämfört med de som inte har fallit. Samtliga åldersklasser inräknade. # n=723, x n=3900, signifikansnivåer: * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

Enligt figur 3 har en större andel av de som inte har fallit ingen(32 procent) eller endast en sjukdom(31 procent) jämfört med de som har fallit(16 procent resp. 25 procent). Vidare visar figur 3 att den senare gruppen i större utsträckning anger att de har två eller fler sjukdomar(59 procent) jämfört med de som ej har fallit(37 procent).

Procentuell fördelning av antal sjukdomar hos de som har fallit respektive ej har fallit. Samtliga åldersklasser inräknade.

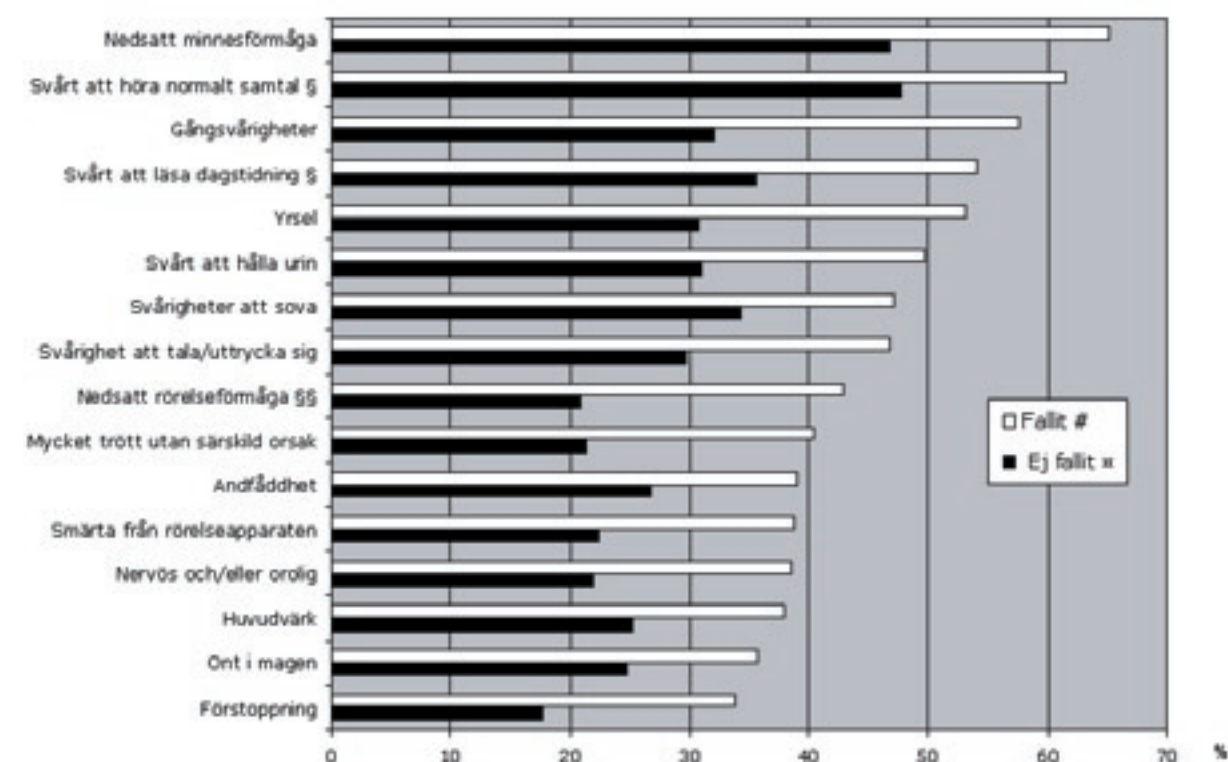


Figur 3. Procentuell fördelning av antal sjukdomar hos de som fallit respektive ej fallit. Samtliga åldersklasser inräknade. # n=613, Median=2, R=11, □ n=2675, Median=2, R=10, Signifikansnivåer: p<0.001 för samtliga jämförelser

Besvär

Enligt figur 4 är nedsatt minnesförmåga det symptom som flest besvärats av under de senaste tre månaderna. Vidare är nedsatt hörsel och syn trots hjälpmedel, gångsvårigheter samt yrsel vanligt förekommande hos mer än hälften av de som ramlat. Figur 4 visar även att förekomst av besvär återfinns i större utsträckning hos de som har fallit jämfört med de som inte har fallit. Detta gäller samtliga här angivna besvär. (Se även tabell 2:4, 2:5 och 2:6 i tabellbilagan)

De vanligaste besvärerna som förekommer hos fler än en tredjedel av de som har fallit jämfört med de som inte har fallit. Samtliga åldersklasser inräknade.



Figur 4. De vanligaste besvärerna som förekommer hos fler än en tredjedel av de som fallit jämfört med de som inte fallit. Samtliga åldersklasser inräknade.

n=723, □ n=3900

§ trots hjälpmedel om det behövs

§§ t ex förlamning eller svaghet i armar och/eller ben

Signifikansnivåer: p<0.001 för samtliga jämförelser

De symptom som återfinns i figur 4 är de symptom som flest besvärats av oberoende av ålder. De som har fallit har genomgående en högre förekomst av dessa besvär jämfört med de som inte har fallit (p<0.01 eller p<0.001). I gruppen 65-79 år minskar dock förekomsten av besvär med i genomsnitt 6,7 procentenheter (R=9,9 procentenheter) och i gruppen 80 år och äldre ökar densamma med i genomsnitt 6,6 procentenheter (R=9,8 procentenheter). Rangordningen mellan det vanligaste och det minst vanliga symtomet förändras dock i respektive åldersgrupp. I gruppen 65-79 år toppas listan av nedsatt minnesförmåga (60 procent) följt av nedsatt hörsel (55 procent), yrsel (47 procent), gångsvårigheter (46 procent), sömnsvårigheter (44 procent) och nedsatt syn (43 procent). Listan för gruppen 80+ år toppas också av nedsatt minnesförmåga (71 procent) som sedan följs av gångsvårigheter (69 procent), nedsatt hörsel (68 procent), nedsatt syn (65 procent), urininkontinens (61 procent) och yrsel (59 procent).

Bland de symptom som anges i figur 4 besvärats hälften eller fler av de som har

fallit ganska mycket eller mycket av följande symtom: gångsvårigheter(63 procent), nedsatt rörelseförmåga(58 procent), trött utan särskild orsak(54 procent) och smärta från rörelseapparaten(50 procent). Samtliga symtom förekommer i större utsträckning ganska mycket eller mycket hos de som har fallit jämfört med de som inte har fallit($p<0.001$ för samtliga jämförelser).

Livssituation

Boende

Enligt tabell 3 bor de som har råkat ut för en fallolycka i större utsträckning i särskilt boende och ensamma jämfört med de som inte har fallit.

Tabell 3. Fördelning av personer, 65 år och äldre, med avseende på hur de bor. Jämförelse mellan de som har fallit och de som inte har fallit.

Boende	Fallit # %	Ej fallit [□] %
Eget boende/ Särskilt boende***	86 14	96 4
Ensam/ Tillsammans med någon***	58 43	39 61
På landsbygden By/mindre ort Tätbebyggt område Centralt i större stad	13 20 32 36	13 19 35 33

n=723, □ n=3900, Signifikansnivåer: *** $p<0.001$

Gruppen som har råkat ut för en fallolycka och som inte bor ensamma bor vanligtvis tillsammans med maka, make eller sambo(90 procent). Att bo tillsammans med maka, make eller sambo är dock ännu vanligare bland de som inte har fallit(95 procent)($p<0.001$).

Kontakt med barn, barnbarn och syskon

Nästan tre fjärdedelar(74 procent) av de som har fallit bor på samma ort som eller mindre än tre mil från sina barn. Motsvarande boende avstånd från barnbarnen gäller för 71 procent av de som fallit. Vidare har knappt tre fjärdedelar(74 procent)

kontakt med sina barn, via telefon, brev eller e-post, varje dag eller flera gånger i veckan, men betydligt färre(53 procent) träffar sina barn inom samma tidsrymd. Kontakten med barnbarnen är betydligt mer sparsam. Cirka en fjärdedel uppger att de har motsvarande kontakt(25 procent) respektive träffar(24 procent) sina barnbarn varje dag eller flera gånger i veckan. Av de som har syskon kvar i livet anger 16 procent att de träffar respektive 28 procent att de har kontakt med dem varje dag eller flera gånger i veckan.

De som inte har fallit har i större utsträckning kontakt, upp till flera gånger i veckan, med sina barn(77 procent), barnbarn(36 procent) och syskon(29 procent) jämfört med de som har fallit. De träffar även sina barn(54 procent), barnbarn(34 procent) och syskon(16 procent) oftare, upp till flera gånger i veckan, än de som har fallit($p<0.01$ för samtliga jämförelser).

En knapp tredjedel av de som fallit vill ha mer eller mycket mer kontakt med sina barn(31 procent) och/eller syskon(28 procent) medan 44 procent önskar mer eller mycket mer kontakt med sina barnbarn. De som inte har fallit tycker i större utsträckning att kontakten med barn(78 procent), barnbarn(70 procent) respektive syskon(76 procent) är lagom jämfört med de som har fallit($p<0.001$ för samtliga jämförelser).

Attityder till äldre

Drygt en tredjedel(36 procent) uppfattar att attityderna till äldre i dagens samhälle är positiva eller mycket positiva; medan 16 procent uppfattar att motsvarande attityder är negativa eller mycket negativa. Här råder det ingen skillnad mellan gruppen som har fallit och gruppen som inte har fallit. För de som är 80 år och äldre återfinns det dock en skillnad mellan grupperna($p<0.01$). Bland de i denna grupp som inte har fallit är det 43 procent som uppfattar att attityderna till äldre är positiva eller mycket positiva i dagens samhälle. Samma uppfattning återfinns här hos 35 procent av de som har fallit.

Rädsla

Beträffande rädsla skiljer det sig mellan de som har fallit och de som inte har fallit. De som har fallit(tolv procent) uppger i större utsträckning att de har känt sig rädda ganska ofta till mycket ofta under de senaste tre månaderna jämfört med de som inte har fallit(fem procent). En dryg fjärdedel av de som har fallit(28 procent) går aldrig ut på kvällen och en dryg femtedel(21 procent) öppnar aldrig dörren om de inte vet vem det är. Bland de som inte har fallit går däremot en knapp femtedel(19 procent) aldrig ut på kvällen och 16 procent öppnar aldrig dörren om de inte vet vem det är. ($p<0.001$ för samtliga jämförelser)

Ensamhet

Bland de som fallit uppger nästan en femtedel (19 procent) att de haft återkommande perioder med ensamhetskänslor under det senaste året. Något fler än en tredjedel (37 procent) anger att ensamhetskänslorna då varit ganska eller mycket starka. Motsvarande uppgifter hos de som inte har fallit uppgår till åtta respektive 27 procent ($p < 0.001$ för samtliga jämförelser).

Aktiviteter

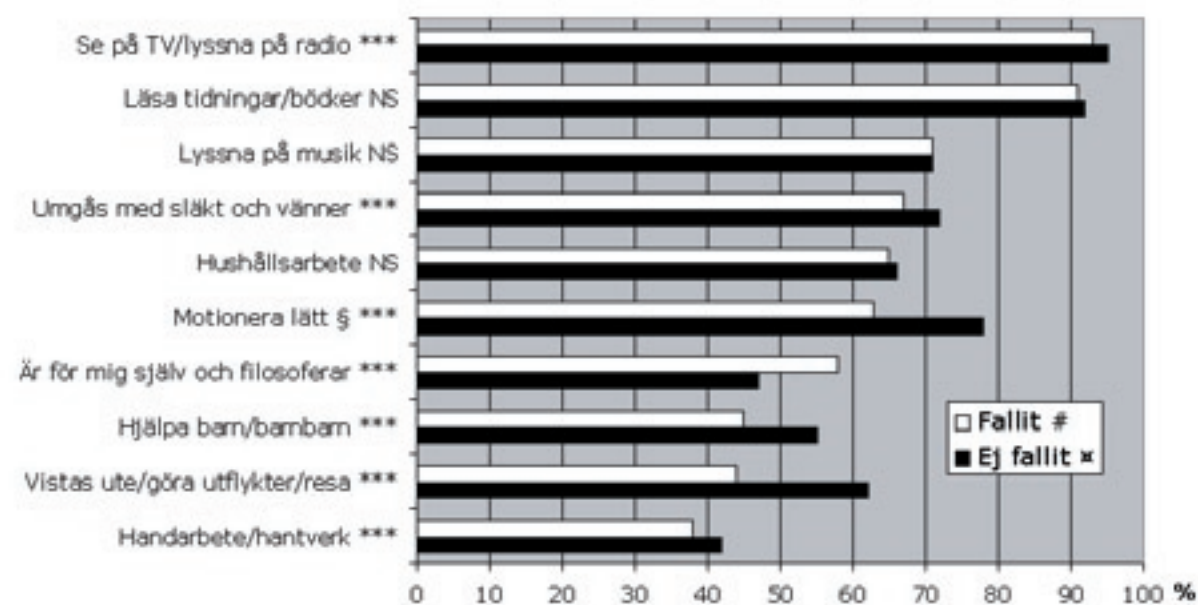
Cirka hälften av de som ramlat är mycket begränsade i måttligt ansträngande aktiviteter såsom att flytta bord, dammsuga, gå skogspromenader eller arbeta i trädgården (50 procent) eller att gå uppför flera trappor (44 procent). Hela 72 procent har beträffande dagliga aktiviteter utträttat mindre än de önskat till följd av det kroppsliga hälsotillståndet. Vidare har nästan hälften (48 procent) i sina dagliga aktiviteter utträttat mindre än de önskat till följd av känslomässiga problem, såsom nedstämdhet eller ängslan. Vid jämförelse med de som inte har fallit skiljer det sig beträffande begränsningar i att utföra samtliga dessa aktiviteter. Bland de som inte har fallit är det en femtedel (20 procent) som känner sig mycket begränsade i de måttligt ansträngande aktiviteterna respektive i att gå uppför flera trappor (18 procent). Beträffande om man i de dagliga aktiviteterna har utträttat mindre till följd av kroppsliga respektive känslomässiga problem svarade 42 respektive 25 procent att så var fallet ($p < 0.001$ för samtliga jämförelser).

Vidare frågades det efter hur viktigt de ansåg att ett antal aktiviteter i det dagliga livet var samt i vilken utsträckning de gjorde dessa aktiviteter. De aktuella aktiviteterna utgjordes av sociala kontakter med släkt och vänner, motion, privata och kulturella intressen samt att vistas ute eller göra utflykter. Vid jämförelse mellan grupperna är det en högre andel bland de som inte har fallit som uppger att aktiviteterna är viktiga eller mycket viktiga samt att de även i större utsträckning gör dessa aktiviteter ($p < 0.05$ el. $p < 0.001$). Detta gäller för samtliga aktiviteter förutom aktiviteten att vara för sig själv och filosofera; där de i mindre utsträckning utför aktiviteten jämfört med de som har fallit ($p < 0.001$) (se tabell 2:7 i tabellbilagan).

Ett liknande mönster återfinns vid jämförelser gjorda på grupperna 65-79 år respektive 80 år och äldre var för sig. De aktiviteter de äldre anser som viktiga skiljer sig dock något. I den yngre gruppen kommer aktiviteterna att hjälpa barn/barnbarn samt att motionera lätt högre upp på listan över vad de tycker är viktigt jämfört med den äldre gruppen. För den senare gruppen hamnar istället aktiviteten att vara för sig själv och filosofera högre upp på listan både vad det gäller vad de uppger som viktigt och vad de verkligen gör (se tabell 2:8 och 2:9 i tabellbilagan)

Figur 5 visar på en jämförelse mellan de som har fallit och de som inte har fallit; med avseende på hur ofta man gör de aktiviteter som fler än hälften anser vara viktiga eller mycket viktiga att få göra. Jämförelsen gäller gruppen som är 65-79 år. De som har fallit deltar i mindre utsträckning i sociala aktiviteter och aktiviteter som förknippas med fysisk ansträngning eller förflyttning utanför hemmet jämfört med de som inte har fallit. (Se även tabell 2:8 i tabellbilagan)

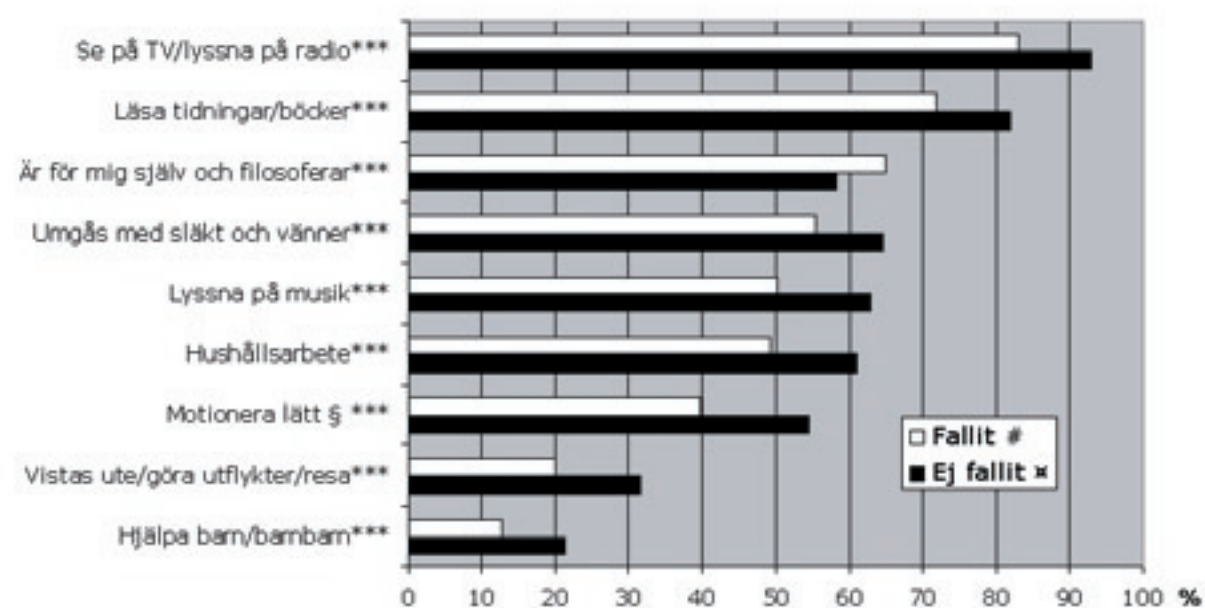
I vilken utsträckning olika aktiviteter i vardagslivet görs ganska ofta eller ofta. Jämförelse mellan de som har fallit och de som inte har fallit (65-79 år).



Figur 5. I vilken utsträckning olika aktiviteter i vardagslivet görs ganska ofta eller ofta. Jämförelse mellan de som fallit och de som inte har fallit (65-79 år). # n=284, x n=2583
§ lätt trädgårdsarbete, kort promenad, kort cykeltur, husarbete
Signifikansnivåer: *** $p < 0.001$, NS=ingen signifikans

I figur 6 återfinns en likadan jämförelse som i figur 5, men jämförelsen gäller här gruppen som är 80 år och äldre. Figur 6 visar att de som har fallit i mindre utsträckning gör de aktiviteter som är angivna jämfört med de som inte har fallit. Detta gäller samtliga aktiviteter förutom att vara för sig själv och filosofera. Denna aktivitet gör de i stället i högre utsträckning. (Se även tabell 2:9 i tabellbilagan.)

I vilken utsträckning olika aktiviteter i vardagslivet görs ganska ofta eller ofta. Jämförelse mellan de som har fallit och de som inte har fallit (80+ år).



Figur 6. I vilken utsträckning olika aktiviteter i vardagslivet görs ganska ofta eller ofta. Jämförelse mellan de som fallit och de som inte har fallit (80+). # n=439, x n=1317
§ lätt trädgårdsarbete, kort promenad, kort cykeltur, husarbete
Signifikansnivåer: ***p<0.001

Hjälpbehov

De som har fallit uppger att de har ett större hjälpbehov i det dagliga livet jämfört med de som inte har fallit. Det de i högre utsträckning behöver hjälp med är personlig omvårdnad(PADL)(32 procent resp. nio procent), sjukvårdsteknisk behandling(27 procent resp. åtta procent), vardagliga sysslor(IADL)(52 procent resp. 18 procent) samt reparationer eller underhåll av bostad, bil eller trädgård(50 procent resp. 25 procent)(P< 0.001 för samtliga jämförelser).

DISKUSSION

Huvudsyftet med denna studie var att beskriva hälsa och livssituation för äldre personer som har råkat ut för en fallolycka under de senaste tre månaderna. Rapporten syftar till att beskriva riskfaktorer kring uppkomst av fallolyckor hos äldre samt att även ge förslag till åtgärder för att förhindra uppkomsten av de samma.

En bortfallsanalys som gjorts visar att det är en skillnad på fördelningen bland urvalet och bland de svarande. Analysen har utgått från bakgrundsvariablerna kön, ålder, civilstånd, medborgarskap, födelseland och inkomst. Bland de svarande är män, personer i åldrarna 65-79 år, gifta, personer som är födda i Sverige samt personer med en årsinkomst från 160 000 kronor eller mer överrepresenterade. Underrepresenterade är personer som kan anses tillhöra en svagare grupp i samhället, det vill säga i åldersgruppen 80 år eller mer, ogifta, änkor/änklingar, personer som är födda utomlands samt personer med årsinkomst mellan 1 – 84 999 kronor. En tolkning av denna analys är att resultaten i föreliggande rapport kan visa på mindre skillnader mellan de som har fallit och de som inte har fallit än vad som verkligen råder. Detta framför allt med tanke på att de som har fallit i större utsträckning brukar återfinnas i de äldre åldersgrupperna(16).

Resultatet i denna rapport visar att de som har fallit är en till synes svag grupp som i högre grad är socialt isolerad samt vård- och hjälpberoende med många sjukdomar och besvär, såväl fysiska som psykiska. De ger även uttryck för ensamhet och rädsla och har sämre möjlighet att utträta de aktiviteter som de vill jämfört med andra som inte har fallit. Denna bild av de som har fallit visar till stora delar en god överensstämmelse med tidigare forskning(16). Respondenterna gavs också möjlighet att ange vad de är rädda för, men i föreliggande rapport analyseras inte dessa svar. Det skulle dock vara intressant att göra en djupare analys av svaren för att få en bild av vad exempelvis de som har fallit är rädda för. Är de rädda för att falla igen eller gäller det något annat?

Resultatet tyder också på att situationen i stort ser liknande ut för såväl de yngre äldre (65-79 år) som de äldre äldre (80+ år) som har fallit. Vid jämförelse med de som inte har fallit visar det sig dock att de i den yngre gruppen som har fallit i högre grad uppvisar fler sjukdomar än sina jämnåriga, men inom den äldre gruppen uppvisas inte lika stora skillnader i antal sjukdomar (se tabell 2:3 och 2:4 i tabellbilagan). Det verkar således vara det faktum att man har fallit som försämrar hälsan och livssituationen för den yngre gruppen; medan åldern i sig har en till synes större inverkan på den äldre gruppens hälsa och livssituation. Med tanke på att de äldre äldre redan i utgångsläget förmodligen har ett sämre allmäntillstånd, jämfört med de yngre äldre, antas det dock att en fallolycka hos en person i den äldre gruppen kan medföra än större konsekvenser för dess hälsa och livssituation

jämfört med en person i den yngre gruppen. Detta antagande baseras på de jämförelser som görs i figur 5 och 6, där resultaten visar på i hur stor utsträckning de tillfrågade gör aktiviteter som fler än hälften tycker är viktiga.

Eftersom det i studien inte framgår hur individernas situation såg ut före fallet krävs det en viss försiktighet vid ett uttalande om kausaliteten beträffande fall, sjukdom och besvär. Tidigare studier har emellertid visat att fall medför en ökad sjuklighet(17) och social isolering(20,38) samt fysiska(19,20) och psykologiska svårigheter(16,38). I resultatet framgår det heller inte hur stor dödligheten har varit i den tillfrågade gruppen, men enligt tidigare studier har man funnit en ökad dödlighet bland de över 75 år som har fallit jämfört med de som inte har fallit(18,21,22). Det faktum att studien är retrospektiv skapar även en viss osäkerhet kring hur många som har fallit och hur många gånger de fallit. Detta på grund av att det finns en risk att de tillfrågade inte kommer ihåg om och i så fall hur många gånger de har fallit(38). Det är heller inte många äldre som kommer ihåg orsaken till varför de föll; den rådande åldersdiskriminerande attityden att fall av många ses som en naturlig del av åldrandet försvårar också problemet(16).

Resultatet visar även att de som har fallit i större utsträckning återfinns i åldern 80 år och äldre jämfört med de som inte har fallit. Detta stämmer överens med vad tidigare forskning har visat(16). Det är dock värt att notera att i stort sett hälften av de som har fallit är yngre än 80 år. Vidare faller de äldre-äldre till större del inomhus och de yngre-äldre till större del utomhus. Denna skillnad kan jämföras med tidigare forskning som visat att de som faller kan delas in i två grupper; en grupp med fysiskt svaga, kognitivt nedsatta och rörelsemässigt nedsatta äldre som faller inomhus och en grupp pigga, friska och aktiva äldre som vanligtast faller utomhus. Även om grupperna ser olika ut så har man visat att det förekommer höga nivåer av ångslan och depression i båda grupperna; vilket härleds till att fallen kan orsaka psykologisk oro och störning(16). Ett antagande är att de äldre-äldre i stor utsträckning skulle kunna återfinnas i den förstnämnda gruppen medan de yngre-äldre kan relateras till den senare. Enligt resultatet ger en stor andel av gruppen som har fallit, oavsett ålder, uttryck för upplevelse som kan tolkas som ångslan och depression. Här kan nämnas att en dryg femtedel tycker att deras liv på det stora hela just nu är ganska eller mycket dåligt och att något fler än en tredje del brukar känna sig nedstämda ganska eller mycket ofta över att den ena dagen är den andra lik. Vidare uppger 13 procent att de känner sig nedstämda och/eller deprimerade ganska mycket eller mycket.

Receptbelagda läkemedel tas i större utsträckning av de som har fallit i jämförelse med de som inte har fallit. Eftersom tidigare forskning har visat att ett intag av flera olika mediciner samtidigt(15) samt vissa läkemedel(16,29) ökar risken för att falla, bör detta vara ett viktigt område att studera. I postenkäten gavs de svarande möjlighet att ange vilka receptbelagda läkemedel de använder. Med tanke

på detta vore det intressant att utifrån svaren på enkäten göra en djupare analys av hur läkemedelsbilden ser ut för de som har fallit.

I överensstämmelse med tidigare forskning visar resultatet också att kvinnor har en tendens att falla mer än män. Den tidigare forskningen har även visat att det omvända beträffande de som bor på institution; vilket delvis kan förklaras med att män som bor på institution oftast tenderar att vara svagare och mer handikappade än kvinnorna. En möjlig orsak till detta antas vara att männen i ett tidigare skede av sin sjukdom har fått mer stöd och vård i hemmet av sina fruar, systrar eller döttrar än vad kvinnorna har fått(16). I föreliggande rapport har det inte gjorts någon analys av skillnaden mellan män och kvinnor som har fallit. Det vore dock intressant att göra en djupare analys för att få en bild av om det tex. skiljer sig mellan kvinnors och mäns hälsa, livssituation och livskvalitet.

Konklusion

Resultatet från denna studie visar att de som har fallit är en till synes svag grupp med dålig hälsa och otillfredsställande livssituation. De ger uttryck för att vara socialt isolerade samt vård- och hjälpberoende med många sjukdomar och besvär, såväl fysiska som psykiska. De ger även uttryck för ensamhet och rädsla och har begränsade möjligheter att utträta de aktiviteter som de vill.

Vid jämförelser mellan de som har fallit och de som inte har fallit; ger den senare gruppen en bild av att de i högre utsträckning har möjlighet att leva ett socialt aktivt liv där de kan utföra de aktiviteter de önskar. De har dessutom bättre hälsa med både färre sjukdomar och färre besvär än de som har fallit. Vidare framstår det även som att de har en högre livskvalitet med en mer positiv upplevelse av livet som helhet just nu och att människor i högre utsträckning uppskattar vad de gör jämfört med de som har fallit. En likartad bild återfinns oberoende av om personerna tillhör gruppen som är mellan 65-79 år eller 80 år och äldre.

ÅTGÄRDSFÖRSLAG

Falloolyckor och fallskador kan förebyggas. För att lyckas med detta måste man veta hur och var olyckan inträffar. Man måste även känna till riskfaktorer och riskmiljöer och det finns oftast flera samverkande orsaker till varför en fallolycka inträffar. Riskerna brukar härröra både från individen själv och den miljö denne vistas i. Utifrån de riskfaktorer och riskindikatorer som har påvisats av tidigare forskning samt de resultat som framkommit i denna studie ges här ett förslag till utrednings- och åtgärdsplan för att förebygga fallolyckor hos äldre personer.

Icke personbunden utredning

Promotion

Bentätheten är en avgörande faktor för om fraktur ska uppstå vid en fallolycka(24). Kannus(39) hävdar i en översiktsartikel att tidigare forskning visar tydliga bevis för att regelbunden fysisk aktivitet, särskilt om den påbörjas i barndomen och tidig vuxen ålder, är det enda billiga, säkra, hittills kända och allmänt erkända sättet att både förbättra bentätheten och reducera benägenheten att falla. Vanan att träna i unga år har visat sig ha ett starkt samband med framtida aktivitetsmönster(40). De som genom livet har varit fysiskt aktiva är också lättare att motivera till fortsatt fysisk aktivitet(41). En daglig promenad på åtminstone 30 minuter har visat sig ha en positiv inverkan på både bentäthet och blodfetter. De som tar regelbundna promenader har dessutom en mer positiv inställning till fysisk aktivitet och bedömer sin fysiska kondition högre jämfört med de som inte promenerar regelbundet(42). Regelbunden fysisk aktivitet är dessutom den enda metoden för att förebygga frakturer som samtidigt åstadkommer ett antal betydande andra hälsorelaterade fördelar(43) såsom minskad risk för hjärt- och kärlsjukdom och stroke hos äldre(40).

Åtgärder

Ett förslag till åtgärd, för att förebygga onödigt lidande som ett fall innebär, är att sprida tips och råd kring hur äldre personer kan undvika att råka ut för fallolyckor samt minska risken för att drabbas av skada om olyckan väl är framme. Denna information skulle kunna spridas på olika sätt. Ett förslag som kunde vara intressant att prova är att starta en studiecirkel för äldre människor, där ämnen som kroppens naturliga åldrande, kost och motion samt riskindikatorer och riskfaktorer vid fall ingår. Denna studiecirkel skulle kunna kombineras med lämplig träning och social aktivitet.

För att på ett effektivt sätt åstadkomma en förbättrad bentätheten och reducerad benägenheten att falla hos de äldre i befolkning måste regelbunden fysisk aktivitet påbörjas tidigt i livet(39). Det är därför viktigt att stimulera till en fysiskt aktiv livsstil från barndomen och upp genom livet(16). Slutsatsen kan därför dras att samhället även borde satsa på att sprida information, tips och råd om nyttan av och samtidigt stimulera till fysisk aktivitet redan från skolåldern. Detta bör också kombineras med information och stimulering av en god kosthållning(16).

En annan åtgärd, som inte heller riktar sig till en enskild individ, är att skapa förutsättningar för äldres möjlighet att deltagande i olika former av motionsaktiviteter. Äldre personer kan inte ses som en homogen grupp; utan spänner över ett spektrum allt ifrån både mentalt och fysiskt friska till både fysiskt och mentalt sjukliga. Olycksbilden för de som ramlar ser också väldigt olika ut i olika ålders och funktionsgrupper. Detta medför att det krävs skilda metoder för att minska risken för att fallolyckor uppkommer. De som är mentalt och fysiskt friska måste stimuleras till ett socialt och fysiskt aktivt liv som upplevs positivt. Om den positiva känslan finns med ökar förmodligen möjligheten till att ta till sig kunskap och bibehålla en hälsobefrämjande livsstil samt att fatta egna beslut som gagnar den egna hälsan. Insatserna för den svagare gruppen ska givetvis också stimulera till ett ökat socialt och fysiskt aktivt liv, men det måste läggas en större tonvikt på insatser som kan undvika fallolyckor. Denna prioritering bör göras eftersom den senare gruppen förväntas utgöras av en större andel äldre-äldre, som troligtvis har skörare skelett då risken för osteoporos ökar med stigande ålder.

Som lämplig träning för äldre personer föreslås snabb promenad, gå upp och ner för trappor, dans samt allmän äldre gymnastik(44,45). Balansen kan förmodligen också förbättras med hjälp av någon form av träning som ökar den egna kroppskännedom, till exempel Qi Gong eller Tai Chi. En tidigare studie har visat att träning med hjälp av Tai Chi kan reducera antalet fallolyckor bland äldre personer(46).

Vidare är det viktigt att skapa en yttre miljö i samhället som minimerar risken för att råka ut för en fallolycka(16). Som exempel kan nämnas underhåll och konstruktion av trottoarer och gångbanor, planering av trafikmiljön, förlängning av tidsintervallen vid övergångsställen samt belysning av miljöer som är tänkta för gångtrafikanter. I detta sammanhang skulle förutsättningarna för att skapa en brukarvänligt yttre miljö förmodligen öka om det i gruppen som bedömer miljön ingår representanter för såväl pensionärerna, handikapporganisationerna och hyresgästföreningen som ansvariga inom kommunen, polisen och fastighetsägare.

Individbaserad utredning

Sekundärprevention

Eftersom risken för att ådraga sig en ny fraktur ökar efter den första frakturen är sekundär preventionen mycket viktig (9,29). Med sekundär prevention menas att man ska förhindra ytterligare fall eller skada av fall. Detta kan göras genom att utreda varje enskilt patientfall utifrån patientens förutsättningar och omständigheter kring fallögonblicket och därefter lägga upp ett individuellt interventionsprogram. Utredningen bör göras tillsammans med samtliga ansvarig yrkesgrupper kring den som har fallit för att möjliggöra att nödvändiga åtgärder kan vidtas. Här följer ett exempel på hur en sådan utredning kan se ut där följande parametrar skall beaktas;

Omständigheter kring fallet:

- Vid vilken tidpunkt på dagen inträffade det? Detta kan vara en vägledning till orsaken till fallet(29).
- Vad personen ägnade sig åt vid tidpunkten för fallet indikerar på hur pass bra den posturala kontrollen är. Hur står det till med sitt- och ståbalansen? Klarar personen av att utföra göromål och samtidigt hålla balansen?(29)
- Vad fanns det för yttre omständigheter som påverkade uppkomsten av fallet? Här bör man titta på vad det finns för hinder på till exempel golvet, hur det är möblerat och om belysningen är tillräcklig. Använde personen någon form av gånghjälpmedel? Var hjälpmedlet i så fall rätt anpassat och hanterades det på ett korrekt och ändamålsenligt sätt?(29) Kläder och fotbeklädnad ska också ses över(47).
- Hade personen några symtom, som kan påverka balansen, i anslutning till fallögonblicket? Dessa kan till exempel vara yrsel, förvirring, feber, urinträngning, förkylning, förstoppning, diarré eller kräkningar(29).

Tidigare fall:

- Tidigare fall och hur ofta de förekommer kan hjälpa till att identifiera om det finns ett mönster kring fallen(29).

Individens egen upplevelse av fallet:

- Har personen insikt i det inträffade och kommer den att utsätta sig för samma risk igen?(29)
- Har personen blivit rädd av det inträffade och begränsar därför sina aktiviteter i framtiden?(29,47)
- Kan personen ta lärdom av det inträffade och vidtaga åtgärder med tanke på detta?(29).

Riskfaktorer i rörelseförmågan:

- Det är viktigt att identifiera riskfaktorer som kan påverkas med hjälp av träning, behandling eller andra rehabiliteringsåtgärder. Detta kan gälla aktivitetsnivå, smärta, muskelstyrka, balans, sensibilitet, syn, perception, minne, orientering, rörelsebetende(16,29), gångförmåga samt förmåga att stå emot störningar i omgivningen(16,47).

Medicinska faktorer:

- Olika sjukdomstillstånd kan ge yrsel, balansproblem, hjärtrytmrubbningar, oro och ångestillstånd och därmed vara bakomliggande faktor vid fallolycka. Det är därför viktigt att vara observant på förändringar i personens allmäntillstånd för att på så sätt upptäcka underliggande sjukdom och förhindra fall. Vissa läkemedel kan också öka risken för fall(16,29).

Konsekvenser av fallet:

- Även om inte fallet leder till en fraktur kan det ändå skapa oro och rädsla hos den drabbade. Det är därför viktigt att även utreda dessa fall och vidta lämpliga åtgärder. Varje fall är en riskindikator för nya fall(29).

Förutsättningar för interventionsprogram:

- För att den äldre ska kunna delta i det planerade interventionsprogrammet måste personens minnesförmåga och vilja att delta fastställas. Utredningen måste även innefatta eventuell hjälpares möjligheter och motivation att delta(47).

I tillägg är det väsentligt att ställa sig frågor som: Är bostaden anpassad på ett ändamålsenligt sätt? Hur ser miljön ut utanför bostaden? Får den äldre i sig tillräckligt med näring?

Åtgärder vid sekundärprevention

Efter att den omfattande utredningen är gjord ska en plan för intervention utformas tillsammans med den äldre personen och dess hjälpare när så är aktuellt. Syftet med planen och rehabiliteringsinsatserna för de som har fallit är att förbättra personens förmåga att hålla balansen (stadighet under stående, förflyttning, gång och andra funktionella rörelser), öka säkerheten (reducera riskmoment) i den äldres vardagsmiljö, förhindra lidande som kan uppstå om personen blir liggande på golvet (trycksår, nedkylning, lunginflammation) samt öka den äldres och eventuella stödpersoners självförtroende vad gäller den äldres förmåga att röra sig så säkert och självständigt som möjligt för att kunna utföra de saker hon/han själv önskar(47). En sådan plan bör därför enligt Simpson(47) innehålla åtgärder såsom:

- balansträning, styrketräning av muskler kring höft-, knä- och fotled, rörlighetsträning för bål och nedre extremiteter samt utprovning och anpassning av hjälpmedel vid behov.
- ta bort, ersätta eller förändra riskfaktorer samt lära personen att vara uppmärksam på riskfaktorer och hur man kan undvika dem
- att lära personen att t ex. ta sig upp från golvet, kalla på hjälp samt förflytta sig och hålla sig varm liggande på golvet
- uppmuntra den äldre personen att stå emot allt svårare hot mot balansen och allt mer krävande funktionella uppgifter
- fastställa ett nätverk för stöd och tillsyn i kommunen om det behövs(47).

Vidare måste en lämplig bostadsanpassning göras om behov finns. Det är också viktigt att se till att den äldres närings- och medicinintag blir så optimalt som möjligt. Ett hjälpmedel som inte förhindrar själva fallet men som kan förhindra att höftfraktur uppstår när en person råkar falla är någon typ av höftskydd. Det finns ett antal olika tillverkare av dessa skydd, men principen är den samma och studier har visat att de är effektiva. Höftskyddet fördelar kraften som riktas mot lårbenets övre del (trochanter major) över en större yta när höftpartiet träffar underlaget personen faller på; vilket medför en minskad risk för att fraktur uppstår(9). För att skyddet ska fungera måste naturligtvis personen ha det på sig och det måste bäras på rätt sätt. Detta har i tidigare studier visat sig vara ett problem(9). Vidare måste införskaffandet av höftskyddet föregås av en individuell utredning på samma sätt som för alla hjälpmedel(16).

Samtliga de åtgärder som görs ska givetvis ha sin utgångspunkt i den äldres

egna önskemål. Det stöd som ges ska ha som utgångspunkt att göra det möjligt för den äldre själv att välja den livsstil och de aktiviteter han/hon önskar(16). Den sociala isolering och rädsla som de tillfrågade ger uttryck för i resultatet visar på att det finns ett behov av att förbättra nätverk med stöd och tillsyn i kommunen, som riktar sig till samtliga äldre men i synnerhet de som har fallit.

Primärprevention

Bevis finns för att fall kan förebyggas

Den sekundära preventionen är mycket viktigt att arbeta med, men eftersom ett fall kan få förödande konsekvenser för en äldre persons hälsa och livskvalitet vore det ännu bättre om det första fallet kunde förhindras. Enligt tidigare studier går det att förebygga fallolyckor redan innan den första inträffar(15), där behandling som innefattar olika typer av träning reducerar risken för äldre personer att falla(16,48). Vidare framhålls att träning även kan förbättra gång- och balansförmågan, koordinationen, proprioceptionen, reaktionsförmågan och muskelstyrkan hos mycket gamla och sköra äldre människor(49,50). I en studie som gjordes med kvinnor som var 80 år och äldre reducerade styrke- och balansträning förekomsten av fall med mer än 30 procent(51). Andra studier har också visat att fysisk aktivitet både tidigare i livet och nuvarande reducerar risken för att råka ut för höftfraktur med upp till 50 procent(44,45).

Identifiering av personer med ökad risk för att falla

Med tanke på det personliga lidandet och den ökade ekonomiska kostnaden för samhället som en fallolycka innebär ter det sig som ytterst viktigt att kunna identifiera personer som har en ökad risk för att falla. Det finns ett antal metoder för detta som är av varierande omfattning och svårighet att utföra. Den hittills enklaste metoden är dock Stops walking when talking vilken innebär att personer som har ökad risk för att falla stannar när en konversation påbörjas under en promenad. Enligt Lundin-Olsson et al.(52) är denna metod enkel och snabb, den kostar inget samt behöver ingen specifik utrustning. Metoden är enligt författarna dessutom den hittills tillgängliga metod som på ett enkelt sätt bäst indikerar om en person har ökad risk för att falla(52).

Oberoende av vilken metod som används för identifieringen måste den alltid följas av en ordentlig utredning och åtgärdsplan för att risken för det första fallet och/eller ytterligare fall ska kunna minimeras. Det enda som skiljer primär- och sekundärprevention är att vid det förstnämnda har fallet ännu ej inträffat. Utred-

ningen vid primärprevention föreslås därför till stor del se ut på samma sätt som vid sekundärprevention. Parametrarna riskfaktorer i rörelseförmågan, medicinska faktorer och förutsättningar för interventionsprogram är gemensamma för de båda utredningarna. Vid primärprevention bör frågan ”Vad finns det för yttre omständigheter som kan påverka uppkomsten av ett fall?” också ställas.

Åtgärder vid primärprevention

Interventionen vid primärprevention bör innehålla samma delar som nämnts ovan under sekundärprevention.

AVSLUTANDE KOMMENTAR

Hos samtliga vårdgivare och inom samtliga kommuner i Sjuhäradsbygden arbetas det på ett eller annat sätt med olika typer av insatser för att förebygga fallolyckor och lindra dess konsekvenser för den äldre människan (se vidare Lokala initiativ bilaga 1). Resultatet i denna rapport visar dock att det finns all anledning att se över de insatser som görs för att påverka de äldres hälsa och livssituation i en positiv riktning. Insatserna måste inriktas på såväl promotion och prevention som att vara behandlande och rehabiliterande. Om vi vill uppnå bättre resultat i det preventiva arbetet och högre livskvalitet för de som har fallit, eller har risk för att falla, måste vi ta hänsyn till såväl sociala, fysiska och emotionella behov i utredning och insatser beträffande fallolyckor (se vidare avsnitt Åtgärdsförslag).

Förutom de reflektioner som redan nämnts i diskussionen anges här några frågeställningar/idéer som kan ligga till grund för vidare studier och därmed medverka till att göra bilden ännu klarare över hur livet ter sig för de äldre som har fallit och hur insatserna kan förbättras:

- Hur ser arbetet ut i olika kommuner och hos enskilda vårdgivare? Vad kan vi lära oss av varandra?
- Var och i vilka situationer förekommer fallen?
- Hur fungerar fallskadeprevention i praktiken?
- Hur användarvänliga är olika typer av höftskydd?
- Hur påverkas olika människor i olika åldersgrupper av att falla?

TACK

Ett stort tack till ÄldreVäst Sjuhärad som gjort det möjligt att genomföra projektet, liksom till professor Ingalill Rahm Hallberg, Centrum för vårdvetenskap, Lunds Universitet som ställt instrumentet till förfogande och som bistått med råd och stöd under arbetet samt till Statistiska Centralbyrån som bistått med datainsamling och goda råd. Ett särskilt stort tack till de äldre som besvarat enkäten och till de närstående och vård och omsorgspersonal som varit behjälpliga med ifyllandet.

Tack också till Margareta Carlsson, universitetsadjunkt, Institutionen för vårdvetenskap vid Högskolan i Borås för hjälp med den statistiska bearbetningen och Ulla Sonn, universitetslektor och leg. arbetsterapeut, Institutionen för arbetsterapi och fysioterapi vid Göteborgs universitet som genom kritisk granskning och förslag bidragit till rapportens utseende. Ett tack riktas också till samtliga medarbetare vid ÄldreVäst Sjuhärad som bidragit med konstruktiva synpunkter på innehåll och utformning av rapporten.

REFERENSER

1. Sattin RW, Lambert Huber DA, DeVito CA, Rodriguez JG, Ros A, Bacchelli S et al. The incidence of fall injury events among the elderly in a defined population. *Am J Epidemiol.* 1990;131(6):1028-37.
2. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med.* 1988;319(26):1701-7.
3. Kannus P, Niemi S, Palvanen M, Parkkari J. Fall-induced injuries among elderly people. *Lancet* 1997;350(9085):1174.
4. Jarnlo GB, Jakobsson B, Ceder L, Thorngren KG. Hip fracture incidence in Lund, Sweden, 1966-1986. *Acta Orthop Scand* 1989;60(3):278-82.
5. Zetterberg C, Elmersson S, Andersson GBJ. Epidemiology of hip fractures in Göteborg, Sweden, 1940-1983. *Clinical Orthopedics and Related Research* 1984;191:43-52.
6. Law MR, Wald NJ, Meade TW. Strategies for prevention of osteoporosis and hip fracture. *BMJ* 1991;303(6800):453-9.
7. Lees B, Molleson T, Arnett TR, Stevenson JC. Differences in proximal femur bone density over two centuries. *Lancet* 1993;341(8846):673-5.
8. Gärdsell P, Johnell O, Nilsson BE, Sernbo I. Bone mass in an urban and a rural population: a comparative population-based study in southern Sweden. *J Bone Miner Res* 1991;6(1):67-75.
9. Socialstyrelsen. Medicinsk faktdatabas. State of the art – höftfraktur. 19 Nov 2000. Tillgänglig från: URL: <http://www.sos.se/mars/sta016/sta016.htm>
10. Fagerson TL. *The hip handbook.* Woburn: Butterworth-Heinemann; 1998.
11. Eikrem Mork T, Lervik M, Lindheim Eikrem S. *Fysioterapi i kommunehelsetjenesten: eldre i fokus.* Oslo: Kommuneforlaget; 1991.
12. Socialdepartementet. Regeringens proposition 1997/98:113. Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken. April 2000. Tillgänglig från: URL: <http://www.aldreprojektet.gov.se/aldrepolitiken/index.htm>
13. Kalache A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. *World Health* 1997;50:4-5.
14. Tinetti ME, Baker DI, Dutcher J, Vincent JE, Rozett RT. *Reducing the risk of falls among older adults in the community.* Berkeley, CA: Peaceable Kingdom Press; 1997.
15. Swift CG. Care of older people: falls in late life and their consequences- implementing effective services. *BMJ* 2001;322(7290):855-7.
16. Downton JH. *Falls in the elderly.* London: Edward Arnold; 1993.
17. Redford JB. Preventing falls in the elderly. *Hosp Med* 1991;27:57-71.
18. Tinetti ME, Williams CS. Falls, injuries due to falls and the risk of admission to a nursing home. *N Engl J Med* 1997;337(18):1279-84.
19. Walker J, Howland J. Falls and fear of falling among elderly persons living in the community: occupational therapy interventions. *Am J Occup Ther* 1991;45(2):119-22.
20. Möller M. Balans och fallprofylax. I: Svenska osteoporossällskapet. *Osteoporos 1999: kunskapsunderlag och rekommendationer för Sverige.* Uppsala: Uppsala universitet Repro Ekonomikum; 1999. s. 34-7.
21. Cryer PC, Davidson L, Styles CP, Langley JD. Descriptive epidemiology of injury in the south east: identifying priorities for action. *Public Health* 1996;110(6):331-8.
22. Kannus P, Parkkari J, Koskinen S, Niewi S, Palvaneri M, Jarvinen M et al. Fall-induced injuries and deaths among older adults. *JAMA* 1999;281(20):1895-9.
23. Lauritzen JB, Petersen MM, Lund B. Effect of external hip protectors on hip fractures. *Lancet* 1993;341(8836):11-3.
24. Socialstyrelsen. Medicinsk faktdatabas. State of the art – osteoporos. 19 nov 2000. Tillgänglig från: URL: <http://www.sos.se/mars/sta084/sta084.htm>

25. Johansson C, Black D, Johnell O, Odén A, Mellström D. Bone mineral density is a predictor of survival. *Calcif Tissue Int* 1998;63(3):190-6.
26. Ritson F, Scott S. Physiotherapy for osteoporosis: a pilot study comparing practice and knowledge in Scotland and Sweden. *Physiotherapy* 1996;82(7):390-4.
27. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Preventing falls and subsequent injury in older people. *Effective Health Care* 1996;2(4):1-16.
28. Lundin Olsson L. Prediction and prevention of falls among elderly people in residential care [medical dissertation]. Umeå: Umeå university; 2000.
29. Nyberg L, Lundin Olsson L, Jensen J. Fallolyckor kan förebyggas. 19 Nov 2000. Tillgänglig från URL: http://www.lsr.se/html/hoger_meny/fallprev.pdf
30. Rizzo JA, Friedkin R, Williams CS, Nabors J, Acampora D, Tinetti ME. Health care utilisation and costs in a Medicare population by fall status. *Med Care* 1998;36(8):1174-88.
31. Socialstyrelsen. Sjukvården i Sverige 1998. 19 Nov 2000. Tillgänglig från: URL: <http://www.sos.se/fulltext/9800-99/9800-99.pdf>
32. Kiel DP, O`Sullivan P, Teno JM, Mor V. Health care utilization and functional status in the aged following a fall. *Med Care* 1991;29:221-8.
33. Alexander B, Rivara F, Wolf M. The cost and frequency of hospitalization for fall-related injuries in older adults. *Am J Pud Health* 1992;82(7):1020-3.
34. Blake AJ, Morgan K, Bendall, MJ, Dallosso H, Ebrahim SB, Arie TH et al. Falls by elderly people at home: prevalence and associated factors. *Age Ageing* 1988;17(6):365-72.
35. Campbell AJ, Borrie MJ, Spears GF. Risk factors for falls in a community-based prospective study of people 70 years and older. *J Gerontol* 1989;44(4):M112-7.
36. Lach HW, Reed AT, Arfken CL, Miller JP, Paige GD, Brige SJ et al. Falls in the elderly: reliability of a classification system. *J AM Geriatr Soc* 1991;39(2):197-202.
37. Tinetti ME, Speechly M. Prevention of falls among the elderly. *N Engl J Med* 1989;320(16):1055-9.
38. Graafmans WC, Ooms ME, Hofstee HMA, Bezemer PD, Bouter LM, Lips P. Falls in the elderly: a prospective study of risk factors and risk profiles. *Am J Epidemiol* 1996;143(11):1129-36.
39. Kannus P. Preventing osteoporosis, falls, and fractures among elderly people: promotion of lifelong physical activity is essential. *BMJ* 1999;318:205-6.
40. Shinton R, Sagar G. Lifelong exercise and stroke. *BMJ* 1993;307:231-4.
41. Lowenthal DT, Kirschner DA, Scarapace NH, Pollock M, Graves J. Effects of exercise on age and disease. *Soth Med J* 1994;87:5-12
42. Frändin K, Grimby D, Mellström D, Svanborg. Walking habits and health-related factors in a 70-year-old population. *Gerontology* 1991;37:281-8.
43. Blair SN, Kohl HW, Gordon NF, Paffenbarger RSJ. How much physical activity is good for health? *Annu Rev Public Health* 1992;13:99-126.
44. Joakimsen RM, Magnus JH, Fønnebo V. Physical activity and predisposition for hip fractures: a review. *Osteoporosis Int* 1997;7:503-13.
45. Slemenda C. Prevention of hip fractures: risk factor modification. *Am J Med* 1997;103:65-73.
46. Wolf SL, Barnhart HX, Kutner NG, McNeely E, Coogler C, Xu T. Reducing frailty and falls in older persons: an investigation of Tai Chi and computerized balance training. *J Am Geriatr Soc.* 1996;44(5):489-97.
47. Simpson JM. Riktlinjer för samverkande rehabiliteringsinsatser för äldre personer som har fallit. 19 Nov 2000. Tillgänglig från URL: http://www.lsr.se/html/hoger_meny/Brittiskriktl.pdf
48. Province MA, Hadley EC, Hornbrook MC, Lipsitz LA, Miller JP, Mulrow CD et al. The effects of exercise on falls in elderly patients: a pre-planned meta-analysis of the FICSIT trials. *JAMA* 1995;273(17):1341-7.

49. Nelson ME, Fiatarone MA, Morganti CM, Trice I, Greenberg RA, Evans WJ. Effect of high intensity strength training on multiple risk factors for osteoporotic fractures: a randomised controlled trial. *JAMA* 1994;272:1909-14.
50. Heinonen A, Kannus P, Sievanen H, Oja P, Pasanen M, Rinne M et al. Randomised controlled trial of effect of high-impact exercise on selected risk factors for osteoporotic fractures. *Lancet* 1996;348:1343-7.
51. Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Tilyard MW, Buchner DM. Randomised controlled trial of a general practice programme of home based exercise to prevent falls in elderly women. *BMJ* 1997;315:1065-9.
52. Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustavsson Y. "Stops walking when talking" as a predictor of falls in elderly people. *Lancet* 1997;349:617.
53. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens författningssamling. SOSFS 1996:23 19 Nov 2000. Tillgänglig från: URL: http://www.sos.se/sosfs/1996_23/1996_23.htm

BILAGOR

Bilaga 1 Lokala initiativ

Fallprevention

Det preventiva arbetet kring fallolyckor, som görs idag, kan se olika ut hos de olika vårdgivarna i Sjuhäradsbygden. Det som dock är gemensamt är de lagar och förordningar som ska reglera vården så att den blir så god och säker som möjligt. Enligt SOSFS 1996:23, om anmälningsskyldighet enligt 5 § lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården (tillsynslagen - tidigare Lex Maria-förordningen (1982:772)) samt lokal avvikelshantering, skall vårdgivaren ha rutiner för avvikelshantering. Dessa rutiner ska vara anpassade efter den typ av verksamhet som bedrivs. Dessutom ska en avvikelse alltid kunna analyseras och följas upp. Erfarenheterna av det inträffade skall sedan återkopplas till verksamheten(53).

Vissa kommuner kallar det för avvikelserapportering och andra för tillbudsrapportering, men syftet med rapporteringen är dock den samma. Det sker i första hand för att förhindra upprepning av fallolyckor och för att utveckla och förbättra kvaliteten i vårdarbetet genom att vårdpersonalens kunskaper om riskfaktorer ökar. Vidare uppfylls anmälningsskyldigheten enligt tillsynslagen(Lex Maria) genom anmälan i de fall där avvikelserna, t ex en person skadas vid fall ur säng eller motsvarande eller vid förflyttning, har föranletts av brister i säkerhetsanordningar eller tillsyn. Detta gäller även när omständigheterna kring avvikelserna är av särskilt intresse utifrån förebyggande synpunkt(53).

Förutom den obligatoriska avvikelserapportering som görs förekommer det olika preventiva åtgärder hos de olika vårdgivarna i Sjuhäradsbygden. Exempel på sådana åtgärder är: spridning av information för att förhindra fallolyckor, stimulans till ökad fysisk aktivitet, träning av balansförmåga, uppsökande verksamhet, utbildning av personal beträffande förflyttningsteknik och hjälpmedelshantering, säkerhetspärm med checklistor för bland annat åtgärder i hemmiljön, uppmaning att använda höftskyddsbyxor, återkoppling av statistik till personal och politiker samt översyn av läkemedelsanvändning. Det arbetas även på olika sätt med skadeprevention och äldresäkerhet, där fler än bara vårdgivare är involverade, runt omkring i de olika kommunerna i Sjuhäradsbygden. För närmare information hänvisas till varje enskild kommuns och vårdgivares rutiner vid rapportering av och preventivt arbete kring fallolyckor.

Vårdkedja

Ett annat exempel på lokalt initiativ är vårdkedjan Höftfrakturer i Borås-Bollebygd som bildades under våren 1998 och arbetar utifrån ett övergripande syfte där patienten ska uppleva vården, oavsett vårdgivare eller huvudman, som en helhet. Vårdkedjan ska binda samman olika aktiviteter och funktioner, inom ordinarie organisationer, för att skapa bästa möjliga vård och omsorg för den enskilde patienten. De övergripande målen för vårdkedjan är att göra vårdkedjearbetet tydligt och accepterat samt att utifrån ett patientperspektiv effektivisera och utveckla patientarbetet både medicinskt och omvårdnadsmässigt. Vidare ska patienten oavsett vårdgivare känna trygghet och säkerhet i vården.

Man strävar även åt att ett gränsövergripande synsätt ska råda. De ska dessutom arbeta mot de av Hälso- och sjukvårdsnämnden uppsatta målen beträffande det nationella kvalitetsregistret Rikshöft, adekvat postoperativ smärtlindring, att återfå gångförmåga, förmåga att röra sig utomhus, metoder för att värdera den patient- och/eller anhörigupplevda kvaliteten samt gemensamma initiativ, till exempel utbildningsinsatser mellan sjukhus, primärvård och kommun, som syftar till att förbättra vården i samband med höftfraktur (Verksamhetsberättelse för vårdkedjan Höftfrakturer i Borås-Bollebygd. Borås lasarett. 19 jan 1999. Opublicerat).

För närvarande är verksamheten med att utveckla vårdkedjan Höftfrakturer i Borås-Bollebygd vilande på grund av att det inte finns någon vårdkedjeledare.

Bilaga 2 Tabellbilagor

Tabell 2:1. Förekomst av sjukdomar bland de som fallit jämfört med de som inte fallit. Sorterat efter förekomst, den vanligast förekommande överst, hos de som har fallit. Samtliga åldersklasser inräknade.

Sjukdom	Fallit # %	Ej fallit n %
Ögonsjukdom	30	17
Sviter efter hjärtinfarkt eller annan hjärtsjukdom	16	11
Reumatisk sjukdom	13	7
Sviter efter hjärnblödning, slaganfall/stroke	13	5
Diabetes	12	10
Öronsjukdom	12	7
Mag- tarmsjukdom	11	6
Benskörhet – osteoporos	9	4
Hudsjukdom	9	6
Muskelsjukdom	9	4
Demenssjukdom	8	2
Annan ledsjukdom	7	5
Tumörsjukdom – cancer	7	4
Infektionssjukdom	6	4
Annan sjukdom i urinvägarna än njursjukdom	5	3
Annan blodsjukdom än leukemi	3	1
Annan psykisk sjukdom än demens	2	1
Parkinsons sjukdom	2	1

n=723, n=3900

Tabell 2:2. Förekomst av sjukdomar bland de som är 65-79 år. Jämförelse mellan de som har fallit och de som inte har fallit. Sorterat efter förekomst, den vanligast förekommande överst, hos de som har fallit.

Sjukdom	65-79 år som fallit #	65-79 år som ej fallit □
	%	%
Ögonsjukdom	19	13
Sviter efter hjärtinfarkt eller annan hjärtsjukdom	14	10
Sviter efter hjärnblödning, slaganfall/stroke	11	4
Mag- tarmsjukdom	11	6
Muskelsjukdom	10	4
Hudsjukdom	10	6
Annan ledsjukdom	10	5
Öronsjukdom	10	6
Reumatisk sjukdom	8	6
Benskörhet – osteoporos	8	3
Annan blodsjukdom än leukemi	5	0,5
Annan sjukdom i urinvägarna än njursjukdom	4	3
Gynekologisk sjukdom	3	1
Parkinsons sjukdom	2	1
Annan psykisk sjukdom än demens	2	1
Demenssjukdom	2	1
MS(Multipel skleros)	2	0,2

n=284, □ n=2583

Tabell 2:3. Förekomst av sjukdomar bland de som är 80 år eller äldre. Jämförelse mellan de som har fallit och de som inte har fallit. Sjukdomarna är sorterade efter förekomst, den vanligast förekommande överst, hos de som har fallit.

Sjukdom	80 år som fallit #	80 år som ej fallit □
	%	%
Ögonsjukdom	39	27
Sviter efter hjärtinfarkt eller annan hjärtsjukdom	19	12
Reumatisk sjukdom	17	9
Sviter efter hjärnblödning, slaganfall/stroke	15	8
Öronsjukdom	14	9
Demenssjukdom	13	6
Mag- tarmsjukdom	12	7
Benskörhet – osteoporos	10	6
Hudsjukdom	9	7

n=439, □ n=1317

Tabell 2:4. Förekomst av besvär. Jämförelse mellan de som har fallit och de som inte har fallit. Samtliga åldersklasser inräknade.

Besvär	Fallit	Ej fallit
	# %	□ %
Nedsatt minnesförmåga	65	47
Svårt att höra normalt samtal trots hjälpmedel om det behövs	62	48
Gångsvårigheter	58	32
Svårt att läsa dagstidning trots hjälpmedel om det behövs	54	36
Yrsel	53	31
Svårt att hålla urin	50	31
Svårigheter att sova	47	34
Svårighet att tala/uttrycka dig	47	30
Nedsatt rörelseförmåga t ex förlamning eller svaghet i armar och/eller ben	43	21
Mycket trött utan särskild orsak	40	21
Smärta från rörelseapparaten	39	22
Andfäddhet	39	27
Nervös och/eller orolig	39	22
Huvudvärk	38	25
Ont i magen	36	25
Nedstämd och/eller deprimerad	33	17
Svullna ben	31	18
Aptitlöshet	30	16
Annan smärta	29	18
Illamående	27	15
Svårigheter att svälja	26	15
Förstoppning	24	18
Hjärtklappning	24	16
Ont i bröstet	23	15
Andra besvär från urinvägarna	23	15
Diarré	23	15
Svårt att hålla avföring	22	12
Långvarig hosta	21	13
Andnöd	20	11
Svårärläta sår	17	10

n=723, □ n=3900

Tabell 2:5. Förekomst av besvär hos de som är 65-79 år. Jämförelse mellan de som har fallit och de som inte har fallit.

Besvär	65-79 år som fallit	65-79 år som ej fallit
	# %	□ %
Nedsatt minnesförmåga	60	43
Svårt att höra normalt samtal trots hjälpmedel om det behövs	55	43
Yrsel	47	26
Gångsvårigheter	46	26
Svårigheter att sova	44	32
Svårt att läsa dagstidning trots hjälpmedel om det behövs	43	30
Andfäddhet	37	25
Smärta från rörelseapparaten	36	21
Svårighet att tala/uttrycka dig	36	26
Nervös och/eller orolig	35	20
Huvudvärk	35	23
Mycket trött utan särskild orsak	34	17
Nedsatt rörelseförmåga t ex förlamning eller svaghet i armar och/eller ben	32	18
Ont i magen	31	24
Svårt att hålla urin	28	27
Förstoppning	27	15
Nedstämd och/eller deprimerad	27	16
Annan smärta	25	16
Svullna ben	25	15
Illamående	22	13
Aptitlöshet	21	14
Diarré	21	13
Svårigheter att svälja	21	13
Långvarig hosta	20	12
Andra besvär från urinvägarna	20	14
Ont i bröstet	19	14
Hjärtklappning	19	15
Andnöd	15	10
Svårt att hålla avföring	15	9
Svårärläta sår	12	8

n=284, □ n=2583

Tabell 2:6. Förekomst av besvär hos de som är 80 år eller äldre. Jämförelse mellan de som har fallit och de som inte har fallit.

Besvär	80 år	80 år
	som fallit # %	som ej fallit n %
Nedsatt minnesförmåga	71	56
Gångsvårigheter	69	47
Svårt att höra normalt samtal trots hjälpmedel om det behövs	68	62
Svårt att läsa dagstidning trots hjälpmedel om det behövs	65	52
Svårt att hålla urin	61	43
Yrsel	59	43
Svårighet att tala/uttrycka dig	57	40
Nedsatt rörelseförmåga t ex förlamning eller svaghet i armar och/eller ben	54	30
Svårigheter att sova	50	39
Mycket trött utan särskild orsak	47	32
Smärta från rörelseapparaten	42	28
Nervös och/eller orolig	42	28
Andfäddhet	41	33
Förstoppning	41	26
Ont i magen	41	28
Huvudvärk	40	30
Nedstämd och/eller deprimerad	39	22
Aptitlöshet	39	22
Svullna ben	38	27
Annan smärta	33	21
Illamående	32	19
Svårigheter att svälja	31	21
Hjärtklappning	29	18
Svårt att hålla avföring	29	18
Andra besvär från urinvägarna	27	18
Ont i bröstet	27	19
Diarré	25	20
Andnöd	24	14
Svårsläta sår	21	14
Långvarig hosta	21	14

n=439, n=1317

Tabell 2:7. Betydelse respektive förekomst av olika aktiviteter i vardagslivet för de som har fallit jämfört med de som inte fallit. Samtliga åldersklasser inräknade.

Aktiviteter som fler än hälften tycker är viktiga eller mycket viktiga, sorterat i fallande grad.				I hur stor utsträckning dessa aktiviteter görs ganska ofta eller ofta, sorterat i fallande grad.			
Aktivitet	Fallit # %	Ej fallit n %	Aktivitet	Fallit # %	Ej fallit n %		
						1. Se på TV/lyssna på radio	88
2. Umgås med släkt och vänner	87	89	2. Läsa tidningar/böcker	81	89		
3. Läsa tidningar/böcker	83	90	3. Är för mig själv och filosoferar	61	50		
4. Motionera lätt ¹	72	85	4. Umgås med släkt och vänner	61	70		
5. Är för mig själv och filosoferar	67	65	5. Lyssna på musik	61	69		
6. Vistas ute/göra utflykter eller resa	69	82	6. Hushållsarbete (t ex matlagning, bakning)	57	64		
7. Lyssna på musik	64	72	7. Motionera lätt ¹	52	72		
8. Hjälpa barn/barnbarn med olika göromål	62	80	8. Vistas ute/göra utflykter eller resa	32	54		
9. Hushållsarbete (t ex matlagning, bakning)	57	68	9. Hjälpa barn/barnbarn med olika göromål	30	47		

¹Motionera lätt innebär t.ex. lätt trädgårdsarbete, korta promenader, korta cykeltur, husarbete
n=723, n=3900

Tabell 2:8. Betydelse respektive förekomst av olika aktiviteter i vardagslivet för de som är mellan 65-79 år. Jämförelse mellan de som har fallit och de som inte har fallit.

Aktiviteter som fler än hälften tycker är viktiga eller mycket viktiga, sorterat i fallande grad.			I hur stor utsträckning dessa aktiviteter görs ganska ofta eller ofta, sorterat i fallande grad.		
Aktivitet	Fallit	Ej fallit	Aktivitet	Fallit	Ej fallit
	#	□		#	□
	%	%		%	%
1. Se på TV/lyssna på radio	89	93	1. Se på TV/lyssna på radio	93	95
2. Läsa tidningar/böcker	89	91	2. Läsa tidningar/böcker	91	92
3. Umgås med släkt och vänner	87	90	3. Lyssna på musik	71	71
4. Motionera lätt ¹	84	89	4. Umgås med släkt och vänner	67	72
5. Hjälpa barn/barnbarn med olika göromål	81	86	5. Hushållsarbete (t ex matlagning, bakning)	65	66
6. Vistas ute/göra utflykter eller resa	75	86	6. Motionera lätt ¹	63	78
7. Lyssna på musik	70	74	7. Är för mig själv och filosoferar	58	47
8. Är för mig själv och filosoferar	67	65	8. Hjälpa barn/barnbarn med olika göromål	45	55
9. Hushållsarbete (t ex matlagning, bakning)	62	68	9. Vistas ute/göra utflykter eller resa	44	62
10. Utföra någon typ av handarbete/hantverk	51	54	10. Utföra någon typ av handarbete/hantverk	38	42

¹Motionera lätt innebär t.ex. lätt trädgårdsarbete, korta promenader, korta cykeltur, husarbete
n=284, □ n=2583

Tabell 2:9. Betydelse respektive förekomst av olika aktiviteter i vardagslivet för de som är 80 år eller äldre. Jämförelse mellan de som har fallit och de som inte har fallit.

Aktiviteter som fler än hälften tycker är viktiga eller mycket viktiga, sorterat i fallande grad.			I hur stor utsträckning dessa aktiviteter görs ganska ofta eller ofta, sorterat i fallande grad.		
Aktivitet	Fallit	Ej fallit	Aktivitet	Fallit	Ej fallit
	#	□		#	□
	%	%		%	%
1. Se på TV/lyssna på radio	86	90	1. Se på TV/lyssna på radio	83	93
2. Umgås med släkt och vänner	86	87	2. Läsa tidningar/böcker	72	82
3. Läsa tidningar/böcker	77	84	3. Är för mig själv och filosoferar	65	58
4. Är för mig själv och filosoferar	65	66	4. Umgås med släkt och vänner	55	65
5. Vistas ute/göra utflykter eller resa	61	68	5. Lyssna på musik	50	63
6. Motionera lätt ¹	59	73	6. Hushållsarbete (t ex matlagning, bakning)	49	61
7. Lyssna på musik	57	66	7. Motionera lätt ¹	40	55
8. Hushållsarbete (t ex matlagning, bakning)	51	65	8. Vistas ute/göra utflykter eller resa	20	32
9. Hjälpa barn/barnbarn med olika göromål	40	61	9. Hjälpa barn/barnbarn med olika göromål	13	21

¹Motionera lätt innebär t.ex. lätt trädgårdsarbete, korta promenader, korta cykeltur, husarbete
n=439, □ n=1317

ÄldreVäst Sjuhärad

ÄldreVäst Sjuhärad är ett kompetenscentrum för utveckling och forskning inom äldreområdet och startade 1999.

Målet för ÄldreVäst Sjuhärad är att bidra till ökad livskvalitet, ökad vård- och omsorgskvalitet och social delaktighet för äldre personer och deras närstående genom att:

- Stärka och utveckla samverkansformer över organisationsgränser
- Genomföra utvecklings- och forskningsprojekt med äldre och deras familjer
- Förnya och utveckla metoder och verksamhetsformer i vård och omsorg för äldre
- Sprida ÄldreVäst Sjuhärads forsknings- och utvecklingsresultat
- Bidra till kunskaps- och kompetensutveckling inom äldreområdet

De som står bakom ÄldreVäst Sjuhärad är kommunerna Bollebygd, Borås, Herrljunga, Mark, Svenljunga, Tranemo och Ulricehamn samt Västra Götalandsregionen och Högskolan i Borås. Dessutom stöds verksamheten av Stiftelsen FöreningsSparbanken Sjuhärad och av Socialstyrelsen.

Verksamheten bedrivs i nära samverkan med intresse- och frivilligorganisationer inom äldreområdet.

ÄldreVäst Sjuhärad administreras av Högskolan i Borås och finns även lokaliserad i högskolans lokaler.

Läs mer om ÄldreVäst Sjuhärad på hemsidan www.aldrevast.hb.se. Där finns bland annat tidigare utgivna rapporter.

Mer om Högskolan i Borås finner ni på www.hb.se

