

11. juli 2017

Til: NKRsekretariat@sst.dk

## **Sundhedsstyrelsens udkast til national klinisk retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre**

Tak for dette udkast. Jeg kan ikke afse tid til at læse det hele, men har alligevel nogle kommentarer, i kursiv, som jeg håber, styrelsen vil tage positivt imod.

1. Svag Anbefaling: Overvej at seponere benzodiazepiner fra ældre som er i risiko for fald.

*Alle ældre må siges at være i risiko for fald, idet balanceevnen aftager med alderen, og idet langt de fleste desværre er i behandling med alt for meget medicin, herunder psykofarmaka, som øger risikoen for fald. Det burde være en stærk anbefaling at overveje at seponere benzoer hos ældre. Når de brækker hoften, dør en femtedel indenfor det næste år.*

2. Op mod halvdelen af ældre brugere viser tegn på afhængighed (voyer 2010).

*Hvis man prøver at seponere benzoer hos langtidsbrugere, vil man opdage, at de stort set allesammen er blevet afhængige. Der er meget, meget få, der kan tåle en kold tyrker, hvor man holder pludselig op med medicinen. Dette kalder vi afhængighed.*

3. Ordination af BZD kan være relevant ved svære angsttilfælde, hvor psykologisk intervention ikke har hjulpet, og hvor anden medicinsk behandling ej heller har haft effekt. Seponering i følge givne retningslinjer skal altid overvejes så snart det er muligt.

*Kan det forsvares? Benzoer kan jo gøre ondt værre, og fremkalde svære angsttilfælde ved langtidsbrug, hvilket fx er overbevisende dokumenteret for alprazolam (1,2). Jeg synes, der er god grund til, på et evidensbaseret grundlag, at advare imod at bruge benzoer overhovedet, og de bør da slet ikke bruges som langtidsbehandling.*

*Hvad er givne retningslinjer for seponering? Danske læger ved sædvanligvis ikke, hvordan de skal gribe det an og seponerer i reglen alt for hurtigt. Det kan tage mange måneder eller år at seponere, fordi hjernen er blevet ændret, og abstinenserne kan være meget voldsomme. En tommelfingerregel er at trappe ud med kun 10% point ad gangen, dvs fra 100% til 90% til 80%, og måske endda endnu langsommere, når man er kommet ned på omkring 30%.*

4. PICO 6: Bør ældre over 65, som har moderat depression, tilbydes behandling med selektive serotonin genoptagelseshæmmere (SSRI)? ... effekten af SSRI præparater er beskeden og retfærdiggør muligvis ikke bivirkningerne ved indtagelse (Jakobsen 2017).

*Jeg savner tilsvarende informationer, som I giver for benzoer, fx at omkring halvdelen af patienterne bliver afhængige af SSRI. Dette er meget veldokumenteret (2-4), og patienterne fortæller det selv, når man spørger dem i surveys (5), omend adskillige psykiatere benægter det og hævder, at man ikke bliver afhængig. Det medfører fx, at abstinensdepressioner ofte forekommer, hvis man pludselig holder op eller trapper for hurtigt ud; hjernen er jo blevet ændret.*

5. Svag anbefaling: Anvend kun selektive serotonin genoptagelseshæmmere (SSRI) efter nøje overvejelser til ældre over 65, som har moderat depression, idet SSRI kan forøge risikoen for fald.

*Det burde være en stærk anbefaling at undgå at anvende SSRI, uanset graden af depression. De har jo ikke nogen klinisk relevant effekt, heller ikke ved svær depression, hvilket Jakobsen, som I citerer, og mange andre har vist (2). Det er formentlig et matematisk artefakt, når man i forsøg finder, at effekten af SSRI er lidt større ved svær depression end ved moderat depression. Jeg skriver om dette i en meta-analyse, der er i trykken:*

*Several meta-analyses have found that the effect of antidepressants is larger if the patients are severely depressed,<sup>32-34</sup> and antidepressants are generally recommended for severe and sometimes moderate, but not mild depression. However, the reported effects are small for all severities of depression, e.g. in the most recent meta-analysis, it was 2.7 for patients with a baseline Hamilton score above 23, which is considered very severe depression,<sup>33</sup> and 1.3 for milder degrees of depression.<sup>34</sup> Moreover, it is likely just a mathematical artefact that the effect seems to be slightly larger in severe depression. Due to the conspicuous side effects of antidepressants, the placebo controlled trials have not been adequately blinded, and this introduces a bias favouring the drugs when subjective outcomes like those on the Hamilton scale are being evaluated.<sup>25</sup> This bias can be large, and it was 68% on average when the observers have not been blinded compared to blinded observers in the same trials in a review that included all diseases,<sup>35</sup> but it needs not be large in order to explain the results in the meta-analyses of antidepressant drugs. Since the baseline scores for severe depression are larger than for mild depression, any bias - whether or not related to insufficient blinding - will influence the measured result more in patients with severe depression than in those with mild depression. It is very simple, really. It is therefore surprising that this bias, as far as we know, has not been described before in any paper about antidepressant drugs. If we assume, for example, that the unblinding bias is 10% when estimating the effect in the antidepressant group, and that for the simplicity of the example there is no bias in the placebo group and nothing happens between baseline and the final visit, then a Hamilton baseline score of 25 would still be 25 after treatment, but because of the bias, there would be a 2.5 point difference between drug and placebo. If the baseline is 15, the difference would only be 1.5.*

*En anden meget god grund til at undgå at bruge SSRI, også til ældre, er, at de øger risikoen for selvmord, uanset alder, fx også hos midaldrende kvinder (52 år i gennemsnit), som får SSRI for urininkontinens (6,7). I modsætning hertil halverer kognitiv adfærdsterapi risikoen for et nyt selvmordsforsøg hos mennesker, som lige har haft et selvmordsforsøg (8). Det er derfor psykoterapi, folk skal tilbydes, også de ældre, ikke piller.*

6. En mulig ulempe ved ordination af antidepressive lægemidler, som isoleret intervention, kan være at den underliggende grund til depression ikke adresseres, hvorfor depression muligvis kan være tilbagevendende når lægemidlet seponeres.

Det er rigtigt, men meget vigtigere er, at en depression, der kommer, efter SSRI er blevet seponeret, i langt de fleste tilfælde ikke er en "rigtig" depression, der ville være kommet under alle omstændigheder, men er en abstinensdepression (2,4). Kendetegnende for abstinensdepressioner, som således er at betragte som skadevirkninger af SSRI, er, at patienterne i reglen får det godt indenfor få timer, hvis man genoptager fuld dosis, ganske som en alkoholiker får det bedre, når der igen er alkohol på bordet. Videbech gjorde rede for disse forhold i Ugeskriftet for nogle år siden (9). I regionernes vejledning står der, at man seponerer SSRI ved at starte med at halvere dosis (10). Det er alt for meget og vil udløse abstinensdepressioner hos alt for mange, hvilket typisk fejltolkes af lægen, som om man stadig har brug for medicinen. Dette er en hovedårsag til, at så mange fortsætter på SSRI i mange, mange år. Jeg har lige fået tal fra Danmarks statistik, som viser, at der var 395.000, som i 2006 fik en recept på et antidepressivum. Ti år senere var der 29%, som hvert eneste år mellem 2006 og 2016 havde fået en ny recept. Det er et meget voldsomt antal langtidsbrugere, og mange af dem fik jo også recepter før 2006, så problemet er endnu større end tallene angiver.

7. Arbejdsgruppen vurderer således, at der ikke er evidens for at fordelene opvejer ulemperne ved at ordinere SSRI præparater.

Tak! Men det burde være en stærk anbefaling. Der har jo deltaget over 100.000 personer i randomiserede forsøg med en placebogruppe (2), så vi har ikke brug for mere dokumentation for at lave en stærk anbefaling om ikke at bruge SSRI. Psykoterapi øger ikke faldrisikoen og tager derfor heller ikke livet af mange ældre, som pga. SSRI falder og brækker hoften. Den bedste kohorteundersøgelse, jeg kunne finde (der var ikke nogle randomiserede forsøg), af 60.746 britiske patienter over 65 år, viste, at SSRI oftere forårsager fald end de ældre antidepressiva, eller hvis depressionen ikke behandles, og at pillerne dræber 3,6 % af de patienter, der behandles i et år (11). Undersøgelsen var velgjort, fx var patienterne deres egen kontrol i en af analyserne, og selvom dødsraten skulle være overestimeret, er tallene alligevel skræmmende.

Øvrigt som måske kunne have interesse, da det drejer sig om udtrapning af psykofarmaka

Følgende er fra mine lysbilleder, når jeg holder foredrag.

Mixed quality of the research, but positive effects reported in several systematic reviews.  
For example: Antihypertensive agents and psychotropic drugs could be discontinued without harm in between 20% and 100% of patients.

Removal of psychotropic drugs led to fewer falls and improvement in cognitive and psychomotor function.

Scott et al. JAMA Intern Med 2015;175(5):827-34

Drug withdrawal, randomised trial in NZ

Campbell et al. JAGS 1999;47:850-3

The GP decided who might benefit: preventing falls

93 patients aged 65 yr and older

52% on benzos

54% on antidepressants

10% on neuroleptics

Randomised to:

- withdrawal + exercise
- withdrawal, no exercise
- no withdrawal + exercise
- no withdrawal, no exercise

Tablets were grinded, mixed with inert substance in capsules.

Blinded study.

After 2 weeks: 80% of dose

After 5 weeks: 60% of dose

After 8 weeks: 40% of dose

After 11 weeks: 20% of dose

After 14 weeks: nothing, but capsules still taken

#### Rate of falls during 44 weeks

Withdrawal vs no withdrawal: 0.52 vs 1.16 per person year

(difference 0.64; 95% confidence interval -0.07 to 1.35)

Exercise vs no exercise: 0.71 vs 0.97 per person year

(difference 0.26; 95% confidence interval -0.45 to 0.97).

One month later, 8 of 17 in the withdrawal group had restarted "psychotropic medication" often "at times of stress or if there was any sleep disturbance."

"More people may have stayed on the study capsules if we had provided sleep information and counseling to all from the start."

"Withdrawal is very difficult. A prescription for a month or three may be a prescription for life."

The GP decided who might benefit from drug withdrawal.

My conclusion: Patients generally follow their doctor's advice but might not have been genuinely interested in drug withdrawal.

**Min konklusion: Det burde være et nationalt fokusområde at undgå at bruge psykofarmaka til ældre.**

#### Referencer

1 Ballenger JC, Burrows GD, DuPont RL Jr, et al. Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: results from a multicenter trial. I. Efficacy in short-term treatment. Arch Gen Psychiatry 1988;45:413-22, og Pecknold JC, Swinson RP, Kuch K, et al. Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: results from a multicenter trial. III. Discontinuation effects. Arch Gen Psychiatry 1988;45:429-36.

2 Gøtzsche PC. Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015.

3. Nielsen M, Hansen EH, Gøtzsche PC. What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors. Addiction 2012;107:900-8.

4. Rosenbaum JF, Fava M, Hoog SL, et al. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: a randomised clinical trial. Biol Psychiatry 1998;44:77-87.

5 Kessing L, Hansen HV, Demyttenaere K, et al. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychological Medicine* 2005;35:1205-13.

6 Maund E, Guski LS, Gøtzsche PC. Considering benefits and harms of duloxetine for treatment of stress urinary incontinence: a meta-analysis of clinical study reports. *CMAJ* 2017;189:E194-203.

7 Gøtzsche PC. Antidepressants Increase the Risk of Suicide and Violence at All Ages. <https://www.madinamerica.com/2016/11/antidepressants-increase-risk-suicide-violence-ages/>

8 Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *J R Soc Med* (in press).

9 Andersen CL, Videbech P. [Discontinuation of antidepressant serotonergic antidepressant]. *Ugeskr Laeger* 2010 Jan 25;172(4):296-8.

10 Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) (2014). Baggrundsnotat - Medicinsk behandling af unipolar depression hos voksne, og Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) (2015). Behandlingsvejledning for almen praksis: unipolar depression.

11 Coupland C, Dhiman P, Morriss R, et al. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ* 2011;343:d4551.

Venlig hilsen



Peter C Gøtzsche, overlæge, dr.med., cand.scient.  
Direktør, det Nordiske Cochrane Center, Rigshospitalet  
Professor, Københavns Universitet

**Fra:** Bodil Johanne Larsen [<mailto:Bodil.Larsen@Hedensted.dk>]

**Sendt:** 10. juli 2017 11:48

**Til:** Christina Debes Helm

**Emne:** et (måske uautoriseret) svar fra gulvhøjde på - Høring af ny retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre

Kære Christina Debes Helm

Ferietid – tid til at læse og undres og tænke og kan der for ikke lade være med at kommentere – og det på helt jævnt almindeligt dansk nede fra praksis og hverdagen.

Ser jeres materiale igennem. Det er lagt til høring, og jeg ved ikke hvor jeg skal rette henvendelse med de tanker der kommer, ud over at prøve direkte til dig, med det jeg er noget optaget af.

Jeg var så heldig at deltage i foråret 2017 ved en Rusmiddelkonference hvor en medarbejder fra WHO viste tal for bl.a. gruppen 55 år og op. Disse tal viste tiltagende risikopræget adfærd i forhold til rusmidler – primært alkohol. Han var klar i mælet og sagde vi i Danmark kunne forvente en tsunami hvis vi ikke rettede opmærksomheden på denne gruppe allerede nu. Der var mange årsager – ændrede arbejdsvilkår, ændret status, ensomhed og meget andet.

Jeg tænker, fordi jeg ikke ser det konkret nævnt, at det forhold og den viden WHO her har, bør indgå i arbejdsgruppens overvejelser og konkretiseres hvordan man arbejder med grundig udredning, og hvordan kommunerne, og egen læge inddrages i den udredning. Det siger jeg med baggrund i at det er, overraskende få henvendelser fra ældre og om ældre vi modtager i et rusmiddelcenter inden det er (rigtig\*) alvorligt. Og, det er ret sjældent henvendelserne kommer fra fagpersonale i kommunen eller egen læge! Oftest er det familie, der har oplevet den / de pårørende i ferier, ved familiefester, jul, påske o.s.v. der retter henvendelse.

Ud af de kontakter og aftaler jeg er begyndt (i det små) at få med plejecentrene i denne relativt lille kommune udleder jeg, at det faktisk er et erkendt problem, man ikke ved hvad man skal gøre ved, og herunder hvordan, og om man kan tale med borgeren om det. Erfaringen er, efter at havde været lidt rundt og spurgt ind, at det er et kendt problem, men ikke noget man taler om og derfor heller ikke som udgangspunkt, hverken som sundhedsfaglig medarbejder eller læge, umiddelbart noget man spørger ind til når et ældre menneske kommer og har stødt sig voldsomt, er faldet, dehydreret og konfus m.v.

Mit gæt er at gruppen 55 og op, koster mange indlæggelser, hvor der ikke følges adækvat op bagefter fra rusmiddelcenterenes medarbejdere. Måske bl.a. fordi man ikke inddrager eller tænker rusmiddelcenteret ind, eller borgeren ikke bliver gjort bekendt med, at de kan komme i behandling der – at det er et tilbud til alle på samme måde som fysisk genoptræning – der skal visiteres til.

Jeg har sakset nedenstående 4 punkter ud af materialet – dem kender vi godt i et rusmiddelcenter, alle 4, også hos ældre der så har sagt ja til at komme i behandling. Siger den ældre nej, er vi her begyndt at tilbyde medarbejderne i ældrecentre faglig sparring i de sammenhænge hvor den ældre har kontakt dertil, og fagpersonerne kontakter os. Det er endnu muligt for vores rusmiddelcenter at give den sparring, fordi vi ikke har så mange henvendelser. Men slår forudsigelserne igennem også her i denne kommune, og hvorfor skulle de ikke også det? – vil det på sigt forudsætte jeg at det vil kræve både en særlig viden om ældre og ekstra ressourcer i konkrete timer.

Det bliver vanskeligt at få tilført, så længe der ikke udefra – og her mener jeg f.eks. i retningslinjer, fra Sundhedsstyrelsen, eller fra Ældresagen sættes spot på dette voksende tabubelagte område, som allerede koster samfundet rigtig meget på hhv. somatiske og psykiatriske indsatser og behandlingstilbud – og det bliver ikke mindre.

Rusmiddelbehandling er aktuelt med fokus generelt rettet på opnåelse af - i det væsentlige på selvforsørgelse, og ikke på selvforvaltning, hvilket jeg opfatter bør være ligestillet! Tilbud om rusmiddelbehandling bør være lige for alle borgere.

Jeg kunne derfor ønske at arbejdsgruppen tog fat i, og kom med et konkret udspil til:

Tværasektoriel udredning – og konkret opgave fordeling mellem region og kommuner samt egen læge ved risikopræget adfærd hos ældre i relation til et uhensigtsmæssigt forbrug af rusmidler.

\*= Hermed menes den ældre der er blevet indlagt til afrusning enten på somatisk eller psykiatrisk hospital, og hvor vi får en henvendelse fra regionens social-sygeplejersker.

Sakset:

*Høring af ny retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre*

- *Nedsat balanceevne og mobilitet*
- *Uhensigtsmæssig brug af visse lægemidler*
- *Nedsat kognition*
- *Risikopræget adfærd*

- Og så håber jeg selvfølgelig nogen tager det med og finder det af værdi, men ved godt at jeg har benyttet mig af civil ulydighed ved ikke at være officiel høringspart.

Med venlig hilsen

**Bodil Johanne Larsen**

Kompetencegruppeleder

Rusmiddelcentret  
Hecovej 6, 8722 Hedensted  
Bodil.Larsen@Hedensted.dk  
Sikker mail adresse: sikkerpost@hedensted.dk

[www.hedensted.dk/rusmiddelcentret](http://www.hedensted.dk/rusmiddelcentret)  
M: +4523837344  
D: 79741310  
T: 79755000



 Mød os på Facebook  
[www.facebook.com/hedenstedkommune](http://www.facebook.com/hedenstedkommune)

Kære NKR Sekretariat

Tak for fremsendte høringsmateriale.

Dansk Selskab for Almen Medicin har ved lægefaglig leder Niels Saxtrup vurderet, at vi ikke umiddelbart har bemærkninger til høringen, hvorfor vi ikke vil indsende et høringssvar.

Venlig hilsen  
Dorthe Pedersen



**Dorthe Pedersen, sekretær**

Dansk Selskab for Almen Medicin  
Stockholmsgade 55, 2100 Kbh Ø  
T: 7070 7431 - M: 5150 1676  
[dp@dsam.dk](mailto:dp@dsam.dk) - [www.dsam.dk](http://www.dsam.dk)

[Følg os på Facebook](#) og [abonner på vores nyhedsbreve](#)





Landsforeningen Lænken  
Drejervej 15, 5.  
2400 København NV.  
Tlf. 36 77 56 56  
E-mail [lf@laenzen.dk](mailto:lf@laenzen.dk)  
[www.laenzen.dk](http://www.laenzen.dk)  
CVR nr. 56776915  
Konto nr. 3409 - 4070958953

Sundhedsstyrelsen  
Evidens, Uddannelse og Beredskab

17. august 2017

**Høringsvar fra Landsforeningen Lænken vedrørende:  
NKR for forebyggelse af fald hos ældre.**

Det kan måske forekomme besynderligt, at Lænken fremsender et høringssvar i forhold til forebyggelse af faldulykker hos ældre.

Vi reagerer alligevel, fordi man jo ved, at alkohol påvirker balance, ligevægtssans, reaktionsevne og afstandsbedømmelse.

Ligeledes kan ældre opleve stærkere påvirkning af alkohol, end da de var yngre pga. bl.a. væggtab og medicinforbrug.

Derfor forholder vi os til

**PICO 8: Kan systematisk kompetenceudvikling i faldforebyggelse i sundhedspersonalet, som arbejder med ældre på plejehjem og i hjemmeplejen, forebygge fald blandt beboere?**

Vi ønsker at NKR konstaterer, at der mangler viden om

- sammenhæng mellem alkoholforbrug og faldulykker blandt ældre
- problemets omfang
- effekten af systematisk kompetenceudvikling i faldforebyggelse- inklusiv afdækning af alkoholforbrug- blandt sundhedspersonalet.

Lænken er en brugerdrevet organisation for mennesker med alkoholproblemer, hvor frivillige blandt andet tilbyder alkoholfri sociale fællesskaber og netværk både for tidlig opsporing og for tilbagefaldsforebyggelse for andre mennesker med alkoholproblemer.

Vi håber, at Sundhedsstyrelsen vil tage Landsforeningen Lænken's kommentarer til efterretning.

Venlig hilsen

Lis Isdal  
Formand  
Landsforeningen Lænken

## Høring vedrørende "Nationale kliniske retningslinjer for forebyggelse af fald hos ældre".

Samlet finder Allerød Kommune, at høringsvaret giver anledning til følgende bemærkninger:

- Som udgangspunkt er det rigtig godt med en vejledning på området
- God systematisk og evidensbaseret gennemgang - Vi anbefaler, at der udarbejdes en pixi-udgave af vejledningen til praktikerne
- Det er en udfordring, at samtlige retningslinjerne er klassificeret som svage, da det giver et løst grundlag at implementere dem på. Det er vanskeligt at udvælge en indsats som er bedre end en anden. Retningslinjernes "konklusion" (afsnit 14: Opdatering og videre forskning" beskriver klart, at der er behov for mere forskning, da evidensgrundlaget er meget begrænset. Retningslinjerne kommer måske for tidligt i forhold til styrken for evidens?
- Det er påfaldende, at ingen af anbefalingerne har fået påført anmærkningen "God praksis", som styrke på baggrund af et svagt evidensgrundlag.

Venlig hilsen

Dorthe Jay :: Forebyggelseskoordinator :: Allerød Kommune :: Ældre og Sundhed :: +4548100263 :: 23347797 ::



**Socialstyrelsen**

Sundhedsstyrelsen  
Sekretariatet for Nationale Kliniske Retningslinjer  
Att. Jutta Jensen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

Edisonsvej 18, 1.  
5000 Odense C  
Telefon 72 42 37 00  
info@socialstyrelsen.dk  
www.socialstyrelsen.dk

**Dato**  
10-08-2017

## **Høringssvar vedrørende den Nationale Kliniske Retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre**

**Sagsnr. 2017-6961**

Socialstyrelsen har den 7. juli 2017 modtaget Sundhedsstyrelsens udkast til National Klinisk Retningslinje (NKR) for forebyggelse af fald hos ældre. Socialstyrelsen anser udkastet som et vigtigt tiltag i forhold til at basere indsatser for at forebygge fald hos ældre på et vidensbaseret grundlag.

I det følgende præsenteres først Socialstyrelsens overordnede kommentarer, og dernæst kommentarer til de enkelte afsnit.

### **Overordnede kommentarer**

Der er gennemført et grundigt og omfattende arbejde med den kliniske retningslinje, og det er positivt, at den omfatter så mange aspekter af forebyggelse af fald blandt ældre mennesker.

Socialstyrelsen kan tilslutte sig den gennemgående præmis, at enhver indsats skal vurderes individuelt for alle borgere, og det er positivt, at det fremhæves, at borgerne har forskellige ønsker, præferencer og forhold i øvrigt, der skal indgå i beslutninger om valg indsats. Måske kunne det fremgå endnu mere tydeligt, at beslutninger skal træffes i samarbejde med borgeren, frem for at deres værdier og præferencer blot skal inddrages.

Retningslinjens anbefalinger er alle svage og fremstår derfor ens i styrke. Der er dog en stor variation i grundlaget for anbefalingerne. Anbefalingen for PICO 8 "Kan systematisk kompetenceudvikling i faldforebyggelse af sundhedspersonale, som arbejder med ældre på plejehjem og i hjemmeplejen, forebygge fald blandt beboere?" er baseret på "meget lav" tiltro til tre ud af syv undersøgte outcomes, som desuden ikke viser nogen særlig effekt. Lignende gør sig gældende for PICO 2 "Bør ældre, som bor på institution og er i risiko for fald, tilbydes styrketræning for at forebygge fald?". Desuden er anbefalingerne til PICO 2 og 8 understøttet af arbejdsgruppens erfaringer. Der er også givet en svag anbefaling til PICO 7 "Bør boligændringer tilbydes hjemmeboende ældre, som er i risiko for fald?", men denne er baseret på "moderat" tiltro til et af de kritiske outcomes, hvor der ses en stor reduktion af fald, samt "lav" tiltro til de øvrige seks outcomes. Socialstyrelsen foreslår, at PICO 2 og 8 enten får anbefalingen "god praksis", eller at PICO 7 får anbefalingen "stærk", så forskellene i evidensgrundlaget afspejles.



I tre af de otte PICO'er (1, 2 og 8) indgår arbejdsgruppens erfaringer i beskrivelserne og vurderingerne, men ikke i de øvrige. Det er uklart, om det skyldes, at arbejdsgruppen ikke har erfaringer med de øvrige områder, eller om dette blot ikke er skrevet frem. Det ville øge transparensen af beskrivelserne og vurderingerne i retningslinjen, hvis det fremgik, hvorvidt et udsagn er baseret på arbejdsgruppens erfaringer eller en angivet kilde.

Socialstyrelsen tilslutter sig idéen om at udgive en quick guide, der kan give dem, der ikke har brug for at læse grundlaget for anbefalingerne, et hurtigt overblik over anbefalingerne for forebyggelse af fald blandt ældre.

Målgruppen for den kliniske retningslinje er blandt andet kommunalt sundhedspersonale, der ikke i alle tilfælde har indsigt i de videnskabelige metoder til bestemmelse af evidens. For at lette læsningen for målgruppen kunne skemaerne fx gøres mere læsevenlige ved, at forkortelser som SMD og MD skrives ud/forklares, ligesom det sprogligt ville være lettere at forstå, hvis der står "flere" frem for "mere", når det handler om antal personer (fx side 13) og "højere" frem for "mere", når der er tale om en score (fx side 21). Endelig kunne der være en lille introduktion til afsnittet om fokuserede spørgsmål på side 60.

#### **Kommentarer til enkelte afsnit**

Læsevejledningen, side 6 og 7: Der gives to beskrivelser af styrken af anbefalinger, og det er uklart, hvilken der gælder. Det kunne overvejes at slå de to beskrivelser sammen og tydeliggøre i selve anbefalingerne, hvornår disse er "for" frem for kun at angive, hvornår de er "mod".

PICO 3, side 25: I gennemgangen af evidensen, 10. nederste linje: hvad betyder (I2=93%)?

PICO 5, side 35: Socialstyrelsen ser med tilfredshed på, at der er foretaget en søgning efter observationelle studier, da der ikke kunne findes kontrollerede studier. De observationelle studier har desuden i visse tilfælde en styrke i at følge projektdeltagere over længere tid. En lignende tilgang kunne have været anvendt i forhold til de PICO'er, hvor der kun blevet fundet få studier, selv om vi anerkender, at det kan være et spørgsmål om ressourcer.

PICO 6, side 42: Der ser ud til at være en regnefejl i effektestimaterne for det kritiske outcome, idet der i den SSRI gruppen er 242 pr. 1.000 personer, der falder, mens der i kontrolgruppen er 150, altså en forskel på 92 flere, der falder, frem for 66 mere, som der står i tabellen.

PICO 7, side 45: I overskriften anvendes det korrekte ord "boligændringer", men i selve teksten anvendes ordet "boligmodifikationer" flere steder. Dette bør rettes. Med hensyn til skadelige virkninger angives byggestøv, hvilket er uforståeligt, da de fleste boligændringer, der foretages, drejer sig om opsætning af greb, fjernelse af dørtærskler, ombygning/fjernelse af møbler og fjernelse/fastgøring af tæpper. Det undrer os, at der ikke er søgt på "home modification", som er det centrale faglige begreb på engelsk.

Opdatering og videre forskning, side 57: Socialstyrelsen tilslutter sig forslagene til videre forskning, som vil være vigtig viden at indhente i forhold til fremtidig forebyggelse af fald blandt ældre.



Venlig hilsen

Socialstyrelsen

Sekretariatet for Nationale kliniske retningslinjer  
Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 57  
2300 København S

21-08-2017

## **Høring vedr. ny retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre**

Danmarks Apotekerforening er blevet opmærksom på at den nye retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre, udkast af 7. juli 2017 er sendt i høring. Apotekerforeningen er ikke høringspart, men da udkastet berører områder vedr. medicin, tillader foreningen sig hermed at afgive høringssvar.

### **7 – PICO 5: Bør benzodiazepiner seponeres fra ældre over 65, som er i risiko for fald?**

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at det overvejes at seponere benzodiazepiner fra ældre over 65 år, som er i risiko for fald.

Apotekerne ser sig som en vigtig part i implementering af denne anbefaling og vil fortsat samarbejde med læger om rationel farmakoterapi ved vejledning om nedtrapning og seponering af benzodiazepiner.

Vejledning til læger om nedtrapning og seponering af lægemidler sker i forbindelse med medicingennemgang på plejehjem og i hjemmeplejen, ved samarbejde omkring forebyggende hjemmebesøg samt ved kontakt til lægen i forbindelse med forestående udlevering af benzodiazepiner.

I Holstebro er der et eksempel på et udvidet samarbejde med almen praksis om nedtrapning af benzodiazepiner. Ved ønske om ny recept på benzodiazepin henviser lægen sin patient til en samtale med apotekets farmaceut. Farmaceuten udarbejder nedtrapningsskema, der accepteres af patienten og godkendes af lægen, og efterfølgende modtager patienten dosisdispenseret medicin i nedtrapningsperioden. Lignende samarbejder beskrives i Tyskland.

Ovenstående samarbejder foregår i forskellig udstrækning i flere kommuner. Man kunne med fordel foreslå et mere systematisk samarbejde i alle kommuner på samme vis som i Holstebro.

Hver dag rådgiver apotekernes sundhedsfaglige personale ældre om benzodiazepiner, der ved brug giver en potentiel risiko for fald. Patientens opmærksomhed på den potentielle risiko øges herved, og samtalen på apoteket kan danne basis for et ønske fra patienten om at kontakte lægen for at nedsætte forbruget.

**10 – PICO 8: Kan systematisk kompetenceudvikling i faldforebyggelse af sundhedspersonale, som arbejder med ældre på plejehjem og i hjemmeplejen, forebygge fald blandt beboere?**

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at det overvejes at tilbyde systematisk kompetenceudvikling i faldforebyggelse af sundhedspersonale, som arbejder med ældre på plejehjem og i hjemmeplejen for at forebygge fald blandt beboere.

Det er en god ide med systematisk kompetenceudvikling i faldforebyggelse. Apotekerne har erfaring med at tilbyde kompetenceudvikling til sundhedspersonale på plejehjem og i ældreplejen.

Undervisningen er baseret på patientcases fra hverdagen og kobles ofte med undervisning i medicin håndtering og kvalitetssikring heraf. Den nye viden implementeres i hverdagen ved redskaber, der hjælper sundhedspersonalet til at observere og dokumentere problemstillinger relateret til brug af medicin, der kan påvirke faldrisikoen. Desuden trænes dialogen med andre sundhedsprofessionelle omkring observerede problemstillinger. Danmarks Apotekerforening støtter forslaget om videre forskning, der kan belyse sammenhængen mellem fald og benzodiazepiner, langtidsvirkninger af seponering af benzodiazepiner samt udvikling af systematisk kompetenceudvikling i forebyggelse af fald.

Apotekerne ser frem til, at den nationale kliniske retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre skal implementeres og vil gerne samarbejde med de øvrige aktører om dette.

Med venlig hilsen

Birthe Søndergaard



## Høringssvar vedrørende National Klinisk Retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre

Ergoterapeutforeningen  
Nørre Voldgade 90  
DK-1358 København K  
Tlf: +45 88 82 62 70  
Fax: +45 33 41 47 10  
Cvr nr. 19 12 11 19  
etf.dk

Den 22. august 2017  
Side 1  
Ref.: UG  
E-mail: ug@etf.dk  
Direkte tlf.: 53 36 49 25

### Ergoterapeutforeningens høringssvar vedrørende NKR for forebyggelse af fald hos ældre

Ergoterapeutforeningen takker for invitationen til at være høringssvar vedrørende ovennævnte NKR.

Ergoterapeutforeningen er generelt positiv overfor emnevalget til denne NKR, som udgør et vigtigt afsæt for at styrke indsatsen til ældre som bygger på et evidensbaseret grundlag. Samtidig er der ingen tvivl om, at forebyggelse af fald er et meget væsentligt element i forhold til at fremme den generelle trivsel for den ældre borger i hverdagen. Erfaringerne fra andre NKR er, at fagprofessionelle tæt på borgerne ofte mangler handlingsanvisninger, når patientinterventioner skal planlægges og effektueres på baggrund af NKR. Derfor vil en quickguide være nyttig, når såvel forebyggelse og træning i hverdagsaktiviteter, kompenserende strategier osv. skal tilrettelægges for at forebygge fald.

Samtlige anbefalinger i denne NKR er vurderet svage, hvilket desværre nedtoner helhedsindtrykket af budskaberne i NKR. Når man nærlæser anbefalingerne, er de imidlertid funderet på forskellige grundlag og med eller uden arbejdsgruppens erfaringer. En begrundelse for hvorfor arbejdsgruppens erfaringer indgår i nogle PICO og ikke i andre, savnes og bør udbygges i produktet.

Derfor vil Ergoterapeutforeningen også forslå, at eksempelvis anbefalingen under PICO 7: "Bør boligændringer tilbydes hjemmeboende ældre, som er i risiko for fald" ændres fra svag til stærk, da evidensen i netop denne PICO er stærkere end i de øvrige PICO.

Derudover kan Ergoterapeutforeningen kun tilslutte sig at, forskningen i indsatsen indenfor forebyggelse, genoptræning og rehabilitering bør styrkes, når eksempelvis: "*Det tyder på at boligændringer kan medvirke til at nedbringe fald hos ældre, men evidensen er begrænset af studiernes metodiske kvalitet. Der er således behov for studier som undersøger effekten af en ergoterapeutisk vurdering af ældres færden i eget hjem, og hvilke boligmodifikationer eller adfærdændringer, som er essentielle for at undgå fald*".





Ergoterapeutforeningen står naturligvis til rådighed for eventuelle uddybende kommentarer i forhold til høringssvaret, og vi ser frem til at følge det fortsatte arbejde.

Med venlig hilsen

**Tina Nør Langager, formand for Ergoterapeutforeningen**

Hej Christina,

23.08.2017

Jeg har læst høring vedr. den nationale kliniske retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre.

I beskrivelsen i denne NKR angives der forskellige udvalgte anbefalinger for denne problemstilling: træningsintervention, anvendelsen af udvalgte psykofarmaka, boligændringer og kompetenceudvikling af sundhedspersonale.

Hvad der undre mig er, at NKR ikke overvejer for ældre, som f.eks. bor på institution og er i risiko for fald, netop også tilbydes forbedring synet med vel korrigerede briller for at forebygge fald.

### **Dette handler om nedsat syn som risikofaktor for fald.**

#### Baggrund

Det er vel dokumenteret, at nedsat syn er anerkendt som en vigtig risikofaktor for fald, angivet i flere undersøgelser og litteraturen:

(Jeffret R. Willis & al, 2013) (Tahir Masud, 2001) (Lord, 2006) (Centers for Disease Control and Prevention, 2017) (Holton, Halvdelen af ældres faldulykker skyldes nedsat kontrastsyn, 2010) (Aarhus Universitet, 2015)

Andre angiver sammenhængen mellem synet, fald og nedsat balanceevne:  
(Jeffret R. Willis & al, 2013) (Lord S R, 2010) (Lord SR, 2000)

En koordineret tværfaglige indsats med hensyn til udredning og forebyggelse af fald hos ældre mennesker og hvor der er inkluderet refraktiv udredning med synstjek hos en optiker, kan nedsætte antallet af fald - er dokumenteret (Gillespie LD, 2012) og er allerede implementeret i USA (Centers for Disease Control and Prevention, 2017), og i UK (NHS U.K., 2015)

Der er også nogle undersøgelser der viser at ca. 70% - af dårligt syn hos ældre mennesker, kan udredes med et par vel korrigerede briller (Harwood, 2004) Og 40% af svagsynede kan forbedre synet med en ny briller. (Holton, Næsten. 40% af svagsynede kan forbedre synet dramatisk med en ny brille, 2010)

#### Min erfaring

Som optiker og Social- og sundhedsassistent, som har kontakt med ældre, der har oplevet fald eller er i risiko for fald og bor på institutionen (plejecentre) - synes jeg, at det er vigtigt at tage hensyn til synet hos dem der er i høj risiko for fald. Jeg kan se sammenhængen mellem nedsat syn og fald. Det er min erfaring, og overbevisning.

Det er konklusionen i de forsøg og litteratur angivet ovenfor - men også konklusionen fra to små pilotprojekter jeg har foretaget:

#### 1.) Ortopædkirurgisk **afdeling**, Hoftebrud - **Herlev Hospital**(2014)

Pilotprojekt inkluderet 22 patienter indlagt i løbet af 3 måneder. Et af resultaterne er at 79% af de der deltog bruger briller, hvor det i gennemsnit er 6,8 år siden de har fået foretaget en synsprøve, og nye briller.

#### 2.) 5 plejehjem i **Gladsaxe Kommune**. (2016-2017)

Jeg er også med til at lave en undersøgelse på 5 plejehjem i Gladsaxe Kommune. Resultaterne har vist at kun og knap 23% af plejehjemsbeboerne havde besøgt en optiker efter de var flyttet til plejehjem. (Skaarup-Jørgensen, Et godt syn kan forhindre fald, 2017) (Skaarup-Jørgensen, Gladsaxe Kommune sætter fokus på synet, 2017)

Jeg har planlagt (2018) at lave en mellem stor undersøgelse på Herlev Hospital, hoft fraktur afdeling, med det formål at det bliver et studie af høj kvalitet og at sikre en evidensbaseret anbefaling og at samle kvalitativ evidens om synet som risikofaktor for fald i DK.

**Anbefaling der kunne overvejes er:**

**Bør ældre, som bor på institution, og er i risiko for fald, tilbydes synsprøve med henblik på optimering af visus, for at forebygge fald?**

Jeg håber, at Sundhedsstyrelsen en gang kan overveje muligheder for at implementere et projekt, i alle kommuner i Danmark hvor en optiker, med viden om geriatri, er del af en tværfaglige faggruppe, som udreder plejehjem beboere, som jeg har gjort i samarbejde med Gladsaxe Kommune.

## Litteraturliste

- Aarhus Universitet. (2015). *Centre for Kliniske Retningslinjer*. Hentet fra [http://www.cfkr.dk/images/file/Faldforebyggelsesretningslinje\\_final\\_270212.pdf](http://www.cfkr.dk/images/file/Faldforebyggelsesretningslinje_final_270212.pdf)
- Centers for Disease Control and Prevention . (10. Februar 2017). *U.S. Department of Health & Human Services / USA. gov*. Hentet fra <https://www.cdc.gov/homeandrecreationalafety/falls/adultfalls.html>
- Gillespie LD, e. a. (2012). *The cochrane collaboration*. Hentet fra <http://www.ssehsactive.org.uk/userfiles/Documents/Cochranereviewfalls.pdf>
- Harwood, R. (2004). *Falls and health status in elderly women following first eye cataract surgery: a randomised controlled trial*. Hentet fra British Journal of Ophthalmology: <http://bj.o.bmj.com/content/89/1/53.short>
- Holton, H. (2010). Hentet fra [http://www.synscentralen.dk/Artikler\\_Pjecer/denvigtige.pdf](http://www.synscentralen.dk/Artikler_Pjecer/denvigtige.pdf)
- Holton, H. (2010). *VOS DK*. Hentet fra <http://www.vos.dk/wp-content/uploads/2012/12/Kontrastsyn-nedsat.pdf>
- Jeffret R. Willis, M. P., & al, e. (2013). *Jama Ophthalmology*. Hentet fra <http://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/fullarticle/1695904>
- Lord S R. (2010). *Clinics in Geriatric Medicine*. Hentet fra [http://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(10\)00050-9/pdf](http://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(10)00050-9/pdf)
- Lord SR. (2000). *Gerontology*. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11044784>
- Lord, S. R. (01. September 2006). *Oxford Academi*. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11380741>
- NHS U.K. (2015). Hentet fra <http://www.nhs.uk/Conditions/Falls/Pages/Prevention.aspx>
- Skaarup-Jørgensen, C. (2017). *Magasinet Pleje*. Hentet fra [https://www.magasinetpleje.dk/article/view/542820/et\\_godt\\_syn\\_kan\\_forhindre\\_fald](https://www.magasinetpleje.dk/article/view/542820/et_godt_syn_kan_forhindre_fald)
- Skaarup-Jørgensen, C. (2017). *Optikerforeningen*. Hentet fra [http://www.optikerforeningen.dk/Files/Billeder/PDF\\_filer\\_ISSUU/Optikeren/2017/optikeren\\_17\\_4.pdf](http://www.optikerforeningen.dk/Files/Billeder/PDF_filer_ISSUU/Optikeren/2017/optikeren_17_4.pdf)
- Tahir Masud, e. a. (2001). Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11769786>

Af:  
Clara Skaarup-Jørgensen (Optiker og Social- og sundhedsassistent)  
Optiker konsulent Gladsaxe Kommune  
Solvangsvej 32  
2600 Glostrup  
Tlf. 2057 7088  
E-mails: [info@hjemmebriller.dk](mailto:info@hjemmebriller.dk), [clarizza06@gmail.com](mailto:clarizza06@gmail.com)



Sundhedsstyrelsen,  
Evidens, Uddannelse og Beredskab

24. august 2017  
Sags id.: sagsnr  
Sagsbehandler:  
Line Brinch Christensen

## Høringssvar fra Fredericia Kommune ang. ny retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre

NKR for forebyggelse af fald hos ældre har været til gennemlæsning blandt relevante fagfolk i Fredericia kommune. I den forbindelse ønsker vi at bidrage med nedenstående kommentarer.

Det er positivt, at der med dette materiale kommer mere fokus på evidens og effekt på området, idet klare anbefalinger er en væsentlig forudsætning for at prioritere hvilke indsatser der skal implementeres. Derfor er mere systematisk forskning og dataopsamling velkomment.

Af samme grund er det ærgerligt, at anbefalingerne er vage og/eller med lav evidens bag. Bl.a. er det svært at vise, hvilken form for træning der skal udføres for at forbedre balancen. Dette er et vigtigt fokus i fremtidige studier.

Det havde være ønskeligt, om der var set på måleredskaber til at måle borgernes balanceevne. Samt tydeligere angivelse af, om det er vigtigt at se på statisk og dynamisk balance? Er begge vigtige eller vægter den ene mere end den anden? Kan balance gradinddeles ud fra en test? Hvornår er borgerne evt. i faldrisiko?

### Konkrete nedslagspunkter

- PICO 1: Hvordan defineres nedsat balance?  
Fint, at tiden er indeholdt i det fokuserede spørgsmål – mindst 30 minutter 2 x ugtl.
- PICO 6: Spændende at undersøge om bivirkninger til anti-depressiva forøger faldrisiko.

Retningslinjen er helt overordnet interessant og spændende læsning, og oversigten i starten fungerer godt.

Høringssvaret er udarbejdet på baggrund af input fra udviklingssygeplejerske Anna Marie Skovgård og Trine Knudsen, kandidat i fysioterapi.

Venlig hilsen

Line Brinch Christensen  
Strategisk sundhedskonsulent

navn  
stilling

Hej!

Vi ser fram emot en uppdaterad National klinisk retningslinje for forebyggelse af fald. Viktigt område!

Däremot saknar vi helt information om hoftebeskytter vilket vi är förvånade över. Hoftebeskytter (höftskyddsbyxor) finns med som åtgärd för fallbenägna personer i de nationella riktlinjerna i Sverige från Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-5-1>

Vi känner väl till att det vetenskapliga underlaget är motsägelsefullt. Det har dock varit en utveckling av höftskyddsbyxor vilket bör beaktas när man granskar studier på höftskyddsbyxor.

Höftskyddsbyxor är olika i sin utformning och en del med tveksam, eller ingen vetenskaplig grund. Det finns byxor som har vetenskaplig evidens genom kliniska tester och skyddar till 60% mot höftfraktur. Alla höftskyddsbyxor kan inte läggas i samma utvärdering. Om till exempel bilar skulle utvärderas ur säkerhetssynpunkt är det av värde att utvärdera varje märke för sig. Det är skillnad på en Volvo och en Suzuki i krocksäkerhet.

De allra första höftskyddsbyxorna var gjorda av hårt plastmaterial, som hårda sköldar som skulle skydda höftleden. Det gjorde de också men byxorna var så osköna och opraktiska att använda att de istället blev liggande i byrålådan. Då hjälper de ej. Studier gjorda på dessa byxor visar därför att höftskyddsbyxor inte hjälper och forskarna har inte tagit hänsyn till om patienterna hade höftskyddsbyxor på sig vid fallet eller ej. Det kan jämföras med cykelhjälm; om en cykelhjälm ligger kvar på hatthyllan hjälper den inte heller, men kan man då dra slutsatsen att cykelhjälm inte hjälper?

Idag finns inte dessa hårda skydd kvar på marknaden, enbart mjuka skydd som är bekväma att använda.

Vi ser i ett nationellt perspektiv i Sverige att de regioner och landsting som har förskrivning av höftskyddsbyxor också har minst antal höftfrakturer. Exempelvis har invånarna i Halland och Jönköping högst medelålder för första höftfrakturen, de har också lång och etablerad erfarenhet av att använda höftskyddsbyxor till riskpatienter.

För den enskilde patienten skyddar väl dokumenterade höftskyddsbyxor till 60% mot en fraktur vid ett fall på sidan och att undvika en höftfraktur kan vara livsavgörande. 20% av höftfrakturpatienterna dör inom ett år efter frakturen.

För samhället har inköp av höftskyddsbyxor ett mycket stort hälsoekonomiskt värde då en höftfraktur kostar i genomsnitt 400 000:- det första året.

Vi ser gärna att ni tar med dessa kommentarer och utvärderar vikten av att kunna rekommendera höftskyddsbyxor till äldre fallbenägna personer.

Med Vänlig Hälsning

Louise Roos  
Leg. Sjukgymnast

NordiCare Ortopedi + Rehab AB  
Solrosvägen 1, SE-263 62 Viken  
Direkt: 042-450 8856  
Kontor: 042-35 22 20  
Fax: 042-35 22 21  
Mobil (SMS): 070-790 9431  
[www.nordicare.se](http://www.nordicare.se)

## Hermed Dansk Selskab for Geriatri høringsvar

### Forebyggelse af fald hos ældre

Det er et stort og flot stykke arbejde der er udført af arbejdsgruppen. Vi har fra DSG følgende kommentarer:

Der er kun medtaget studier fra de sidste ti år, dette for at sikre at evidensgrundlaget er aktuelt for nutidens samfundsforhold og behandlingsmuligheder, der findes dog en del ældre studier omkring fald forebyggelse der måske kunne have styrket evidensen.

Der er valgt mange, bredt dækkende PICO spørgsmål, men det kunne være relevant med PICO spørgsmål omkring medicinsanering generelt, samt effekten af seponering af antipsykofarmaka på risikoen for fald. Desuden multifaktoriel og tværfaglig indsatser/udredning

PICO spørgsmålet omkring SSRI præparater undrer os: ”Arbejdsgruppen har således vurderet at det er relevant at belyse om ældre over 65, og som er diagnosticeret med moderat depression bør tilbydes behandling med SSRI, eller om denne intervention forøger risikoen for fald”  
Dette ligger i grænselandet omkring depressionsbehandling, og indikationen for denne kan ikke bestemmes ud fra faldrisikoen.

Meget essentielt for fald forebyggelse er baggrundsafsnittet:

”Multifaktoriel udredning og intervention kan nedsætte antallet af fald (Gillespie 2012).  
For at kunne tilbyde den rette intervention til en person, som har oplevet fald eller er i risiko for fald, er en grundig tværfaglig udredning, hvor kausale faktorer vurderes og adresseres, således essentiel (Kannus 2005).

Handlingsanvisningerne som behandles i denne NKR kan således ikke stå i stedet for denne udredning, men supplerer i stedet beslutningsgrundlaget i forhold til hvilke interventioner, der tilbydes personer, der er i risiko for fald, efter at alle betydende faktorer er afdækket i udredningen. Arbejdsgruppen har vurderet, at det ikke er etisk forsvarligt at undlade udredning af patienter, som har oplevet fald eller er i risiko for fald, hvorfor det ikke er vurderet relevant, at undersøge effekten af udredning i denne NKR”

Dette afsnit bør have en mere fremtrædende plads i denne NKR. Afsnittet understreger også behovet for at undersøge en multifaktoriel og tværfaglig indsats på fald risiko.

Forstemmende er det at evidensen er så lav og studierne så heterogene på området.

Med venlig hilsen

For Dansk Selskab for Geriatri  
Lotte Usinger



## HØRINGSSVAR

25-08-2017  
EMN-2017-02007  
1073646  
Maria Möger

### Hørings svar National Klinisk Retningslinje om forebyggelse af fald

#### Hvad er en National Klinisk Retningslinje

En national klinisk retningslinje indeholder alene konkrete handlingsanvisninger inden for udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger (dvs. hvad der skal gøres og hvem er det relevant for). Den har ikke som primært formål at afklare visitation og organisering af indsatsen (hvem skal tilbydes indsatsen, hvem der skal tilbyde indsatsen eller hvornår den skal tilbydes) eller samfundsøkonomiske konsekvenser (hvad er den afledte effekt på ressourcerne og er disse til stede). Disse typer af problemstillinger kan eksempelvis håndteres i en visitationsretningslinje, et pakkeforløb, et forløbsprogram, et referenceprogram eller en medicinsk teknologivurdering (MTV).

Navn på national klinisk retningslinje
National klinisk retningslinje for forebyggelse af fald

Generelle faglige kommentarer
Det er relevant, at der er udarbejdet en national kliniks retningslinje på området. Det angives i titlen, at det drejer sig om fald hos ældre, hvor målgruppen specifikt er for borgere på 65+ år, der er en mere neutral betegnelse i en tid, hvor pensionsalderen er stigende. Yderligere kan multifaktoriel udredning med fordel tydeliggøres og indlede retningslinjen
Det ville også være en fordel med en beskrivelse af hele sekundær sektors udredning af fald, til dels også almen praksis' udredning med f.eks. blodprøver, EKG og vurdering af f.eks. rytmeforstyrrelser.



I mange regioner er der udviklet faldklinikker, deres intervention er ikke beskrevet.

Et grundigt arbejde med gennemgang af eksisterende evidens på området. Desværre meget svag evidens eller ingen evidens, som gør det vanskeligt at implementere i klinisk praksis. Videre er anbefalingerne er typisk ret generelle, det fremgår således ikke fx, hvad 'balancetræning' bør indeholde.

De overordnede konklusioner er, at ældre med risiko for fald bør tilbydes styrke og balancetræning. Anbefalingerne dækker tilsyneladende både ældre i risiko, som endnu ikke er faldet, men også ældre, der har oplevet fald. Sidstnævnte gruppe er dem, der oftest ses i de geriatriske faldklinikker. Det foreslås, at dette præciseres i de relevante anbefalinger.

I de forskellige initiativer om fysisk aktivitet anføres det, at træningen skal gives i en tidsbegrænset periode. Der nævnes i retningslinjen ikke noget om, at muskelstyrken skal bibeholdes via vedligeholdelsestræning, hvilket er u hensigtsmæssigt, da muskelmasse kun bevares, hvis musklerne bliver brugt.

Måske mangler udkastet til en national retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre et punkt vedrørende patienter i antihypertensiv behandling.

Der opleves patienter med medicininduceret hypotension som årsag til fald, hvor det viser sig, at antihypertensiva har været kontinueret i uændrede doser i lange tider uden kontrol af blodtryk. Der hersker ingen tvivl om, at hypotension medfører faldrisiko.

Hvis man formulerer et punkt om hypotension, bør man også behandle problemet ortostatisk hypotension, der ligeledes er forbundet med stor faldrisiko.

Side	Pkt.	Linje	Specifikke Kommentarer
			Det foreslås, at det præciseres, at alle ældre, der oplever fald og/eller balanceproblemer, bør tilbydes udredning enten hos egen læge eller i geriatriske faldklinikker. Interventionerne ift. risikoreduktion er ikke kun rettet imod træning og boligindretning, men i ligeså høj grad afdækning af anden ko-morbiditet, herunder polyfarmaci, kognitive problemer og osteoporose
8		10	Erstat almindelige faktorer med <i>primære</i> faktorer
8		11	Tilføj følgende til listen over faktorer: <b>Nedsat muskelstyrke i under ekstremiteterne</b> <b>Kognitiv beslutningsevne (executive function)</b>
8		46	Definitionen af fald: <b>Her burde man nok overveje den internationale anerkendte definition som udpræget findes i den litteratur hvor evidens</b>

			<p><b>afsøges:</b></p> <p><b>"unintentionally coming to the ground or some lower level and other than as a consequence of sustaining a violent blow, loss of consciousness, sudden onset of paralysis as in stroke or an epileptic seizure.</b></p> <p><b>Davis et al. 2017</b></p>
Pico 4			<p>Der er enighed om, at der for mange ældre med balanceproblemer udløst af vestibulær lidelse hvad end læsionen sidder perifert (balanceorganerne i ørerne) eller centralt (typisk hjernestammen), kan være behov og god gavn af kvalificeret rehabilitering.</p> <p>Den teknologiske udvikling på det vestibulogiske område over de seneste 10-15 år har betydet, at man med rette udstyr meget nøjagtigt anatomisk set kan lokalisere årsagen til svimmelheden/ubalancen. Imidlertid findes dette udstyr primært på sygehusregi (ØNH-kirurgiske afdeling og/eller offentlige høreklivikker), og kun hos få praktiserende øre-næse-hals læger.</p> <p>Det er vigtigt at sikre så korrekt diagnose som muligt inden rehabilitering, idet man bør gøre så meget som muligt for at undgå progression af en sygdom, der også giver læsion af balancebanerne perifert (ørerne) og/eller centralt (hjernestammen). Et eksempel på en central læsion er blodprop i hjernestammen, hvor patienten kan risikere flere blodpropper hvis ubehandlet.</p> <p>Kapaciteten af korrekt udredning er allerede nu for lille.</p>
11	Andre overvejelser		<p>Der stilles spørgsmålstegn ved, om indkaldelse og oplysning skal ske via e-boks. Det er vigtigt, at der ikke opfindes nye kommunikationsveje eller, at man begynder at indkalde og sende oplysningsmateriale ud til patienter pr. post, hvis patienterne er tilmeldt e-boks. Hvis systemerne skal fungere, er det nødvendigt, at borgerne benytter dem.</p>
35	Praktiske oplysninger		<p>Der stilles spørgsmålstegn ved, om indkaldelse og oplysning skal ske via e-boks. Det er vigtigt, at der ikke opfindes nye kommunikationsveje eller, at man begynder at indkalde og sende oplysningsmateriale ud til patienter pr. post, hvis patienterne er tilmeldt e-boks. Hvis systemerne skal fungere, er det nødvendigt, at borgerne benytter dem.</p>

40-45	8	<p>"Bør ældre over 65, som har moderat depression, tilbydes behandling med selektive serotonin genoptagelses-hæmmere (SSRI) ?" Overskriften indikerer, at det drejer sig om unipolære depressioner, men man henter evidens i et arbejde, der netop drejer sig om patienter med ikke-unipolær depression, som i forvejen er i behandling med det antipsykotiske stof Olanzapin. Det pågældende studie kan ikke anvendes som evidens ift. overskriften.</p> <p><b>Depression</b> kan i sig selv forøge risikoen for fald, idet ældre med depression typisk vil være mindre socialt aktive og dermed er i forøget risiko for fysisk funktionstab, som kan medføre nedsat balance og forøget risiko for fald. Depression hos ældre kan således have alvorlige konsekvenser for den ældre og intervention kan ofte være nødvendig.</p> <p>Aldring er dog også naturligt forbundet med <b>sorg</b>, idet tab af egne funktionsmuligheder, samt venner og families død naturligt har indgribende effekt på den ældres liv og sindstilstand.</p> <p>I praksis kan det være vanskeligt at skelne klinisk mellem behandlingskrævende depression og midlertidig sorgtilstand.</p> <p>Der er derfor risiko for, at ældre, som muligvis ville være i stand til at komme gennem sorg enten ved egen, bekendtes eller professionelles hjælp, alligevel udskrives SSRI præparater. Arbejdsgruppen har således vurderet at det er relevant at belyse om ældre over 65, og som er diagnosticeret med moderat depression bør tilbydes behandling med SSRI</p> <p><b>Konklusion:</b> Anvend kun selektive serotonin genoptagelses-hæmmere (SSRI) efter nøje overvejelser til ældre over 65, som har moderat depression, idet SSRI kan forøge risikoen for fald.</p> <p>Emnet er tidligere belyst i DSAM's vejledning om den ældre medicinske patient <a href="http://www.dsam.dk/files/9/den_aeldre_patient_okt2012.pdf">http://www.dsam.dk/files/9/den_aeldre_patient_okt2012.pdf</a></p> <p>Her lyder medicinanbefalingen således:</p> <p>Depression/ <b>symptomer &gt; 3 måneders varighed</b> Citalopram maks. 20 mg eller sertralin 50-100 mg</p>
-------	---	--

			<p>Mirtazepin 15 mg ved søvnbesvær.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seponer, hvis tvivl om diagnosen og manglende effekt efter 3 måneder.</li> <li>• SSRI: OBS! Risiko for hyponatræmi • Mirtazepin giver øget appetit = vægtøgning</li> </ul> <p>Det er velkendt at andre midler mod depression ex antipsykotica og <b>TCA øger risikoen for fald endnu mere end ovenstående.</b></p> <p>Det er måske lige så vigtigt at fremhæve.....</p> <p>Ved at <b>vente</b> med medicinsk behandling af ældre i 3 mdr. er der større sandsynlighed for at midlertidig sorgtilstand kan udelukkes.</p>
--	--	--	---

#### Kommentarer til organisatoriske

Udfordringerne i implementeringen er følgende:

- at øge kapaciteten af kvalificeret lægelig udredning af de svimle patienter. Udredningen bør ved behov foregå hos en eller flere af følgende specialer: ørelæge (sygehusafdeling og/eller praktiserende ørelæge), neurolog, geriater, almen praksis.
- at sikre den tilstrækkelig kapacitet og kvalitet af rehabilitering (fysioterapi) i kommunalt regi. Aktuelt gives i sygehusregi kun en indledende information til patienterne om relevante hjemmeøvelser. Denne information gives typisk i tilknytning til den lægelige udredning. Informationen gives ofte af sygeplejerske, men sjældent af fysioterapeut.

Der er ikke ressourcer i sygehusregi til at varetage hyppige besøg hos sygeplejerske/fysioterapeut over flere måneder. Jf. kommunalreformen synes dette heller ikke at følge normal praksis for rehabilitering.

Ifølge vejledning fra Sundhedsstyrelsen og RFI skal der aldrig behandles med BZD længere end højst 4-6 uger.

Der udtrykkes bekymring for, at man i kommunerne kommer til at bruge alt for mange ressourcer på interventioner, der ikke har effekt, sammenlignet med andre interventioner hos ældre der kunne give mere mening.

Retningslinjen kunne suppleres med, hvilken faggruppe der f.eks. skal til at lave f.eks cha chi og danseskole med de ældre patienter, der måske har KOL, angina eller insulinkrævende diabetes.

#### Kommentarer til økonomiske konsekvenser

Ingen bemærkninger

#### Forslag til supplerende litteratur

Det kan undre, at litteratur der er ældre end 10 år ikke indgår. Mange undersøgelser

af fald og effekten af interventioner er lavet fra 1990 og frem.

### **Regionale kontaktpersoner**

#### Region Syddanmark:

Tovholder Trine Malling Lungskov, [trine.malling.lungskov@rsyd.dk](mailto:trine.malling.lungskov@rsyd.dk)

Referencegruppemedlem Anders Vestergaard Fournaise, [anders.fournaise@rsyd.dk](mailto:anders.fournaise@rsyd.dk)

#### Region Midtjylland:

Tovholder Holder Schildt Knudsen, [Holger.Knudsen@STAB.RM.DK](mailto:Holger.Knudsen@STAB.RM.DK)

#### Region Sjælland:

Tovholder Nynne Dreyer Nies, [rsnkr@regionsjaelland.dk](mailto:rsnkr@regionsjaelland.dk)

Referencegruppemedlem Vagn Bach

#### Region Hovedstaden:

Tovholder Nikolaj Mors, [nikolaj.mors@regionh.dk](mailto:nikolaj.mors@regionh.dk)

Referencegruppemedlem Hanne Elkjær Andersen,  
[hanne.elkjaer.andersen@regionh.dk](mailto:hanne.elkjaer.andersen@regionh.dk)

#### Region Nordjylland:

Tovholder Stine Bangsted Lem Kristensen, [stch@rn.dk](mailto:stch@rn.dk)

Ingen referencegruppemedlem fra Region Nordjylland

#### Danske Regioner

Kontaktperson Maria Möger, [mmg@regioner.dk](mailto:mmg@regioner.dk)



## Høring over NKR for forebyggelse af fald hos ældre

Danske Fysioterapeuter har med interesse læst høringsudkast til NKR for forebyggelse af fald hos ældre og vil gerne kvittere for det relevante emnevalg.

Vores høringskommentarer relaterer sig særligt til de PICO spørgsmål, som vedrører træning og kompetenceudvikling.

Dato:  
23-08-2017

Retningslinjen indeholder en anbefaling for balancetræning til hjemmeboende ældre. Denne intervention har en række positive effekter herunder nedsat frygt for at falde, øget livskvalitet og færre fald med fraktur til følge. Afgørende for at opnå disse positive effekter er, at træning sker med tilstrækkelig høj intensitet over en længere periode. Det er imidlertid Danske Fysioterapeuters erfaring, at det langt fra er alle hjemmeboende ældre i risiko for fald, der systematisk tilbydes målrettet balancetræning. Desuden er de udbudte forløb ofte af kortere varighed end anbefalet. Derfor er det Danske Fysioterapeuter anbefaling, at afsnittet om balancetræningen specificeres i forhold til forløbets intensitet og varighed for at fremme implementering af anbefalingerne.

Email:  
sf@fysio.dk

Tlf. direkte:  
3341 4659

For gruppen af ældre på institution er der valgt at fokusere på styrketræning. Det står imidlertid ikke klart, hvorfor denne intervention er fravalgt for gruppen af hjemmeboende ældre. Det er Danske Fysioterapeuters erfaring, at mange hjemmeboende ældre styrketræner med det formål at forebygge fald, blandt andet i de kommunale træningscentre. Danske Fysioterapeuter så derfor gerne, at effekten af styrketræning var undersøgt for gruppen af hjemmeboende ældre for at underbygge en praksis, som allerede eksisterer.

Danske Fysioterapeuter kan ikke genkende beskrivelsen af, at ældre på institution har en begrænset motivation for styrketræning. Omvendt er det vores erfaring, at det er en konkret og nem måde at træne på, som tiltaler mange ældre – også på institutioner. Samtidig er det vores erfaring, at de ældre hurtigt oplever effekter af træningen, hvilket virker yderligere motiverende.

Retningslinjen indeholder en anbefaling om at tilbyde sundhedsfagligt personale på plejehjem og hjemmeplejen kompetenceudvikling for at forebygge fald. I supplement til de angivne fordele vurderer Danske Fysioterapeuter, at fælles kompetenceudvikling medvirker til at skabe et fælles sprog og forståelse for risikofaktorer bredt set, og at det skaber positive afledte effekter i forhold til tidlig opsporing af sygdom og forebyggelse af indlæggelser.

Afslutningsvis vil vi kommentere på retningslinjens opsætning og grafiske udtryk, som Danske Fysioterapeuter vil anbefale, at der arbejdes videre med for at fremme læsevenligheden.

Danske Fysioterapeuter står naturligvis til rådighed for uddybning af vores høringssvar. Vi henviser desuden til høringssvaret fra Dansk Selskab for Fysioterapi.

Med venlig hilsen

Sille Frydendal  
Faglig chef

Sundhedsstyrelsen  
Evidens, Uddannelse og Beredskab  
NKRsekretariat@sst.dk

24. august 2017

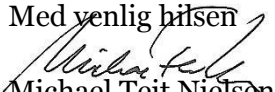
## **Høringssvar vedrørende National klinisk retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre**

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende National klinisk retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre.

Ældre Sagen er meget positiv overfor nationale evidensbaserede kliniske retningslinjer, der kan skabe ensartede retningslinjer for arbejdet med den ældre medicinske patient. Samtlige anbefalinger i den kliniske retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre er dog evidensmæssigt af lav eller meget lav kvalitet, hvilket kan have betydning for implementeringen af retningslinjen. Den manglende evidens på området bør derfor tydeligt fremhæves indledningsvist.

Ældre Sagen foreslår desuden, at Sundhedsstyrelsen gør retningslinjerne klarere ved at ændre teksten i anbefalingerne på følgende punkter:

- I PICO 2 bør det under "Patientpræferencer" tydeliggøres, at mere end 60 % af plejehjemsbeboerne lider af demens, og at der kan være særlige forhold gældende for de beboere.
- I PICO 7 under "Andre overvejelser" bør "implementeres" tilføjes i sætningen: "Det kan være en væsentlig hindring for gennemførelsen af boligændringer, hvis de skal *implementeres og* betales af den ældre selv."
- I PICO 8 bør der være en definition af sundhedspersonale, hvori det beskrives, hvilke faggrupper der er omfattet af anbefalingen.
- Under afsnit 12 "Implementering" bør det tydeliggøres, at også kommunerne er ansvarlige for implementering af National klinisk retningslinje for forebyggelse af fald blandt ældre og ikke blot et regionalt ansvar som beskrevet.
- I afsnit 13 "Monitorering" kan der eventuelt tilføjes, at det er svært at monitorere ændringer i behandlingsmønstre på baggrund af de svage anbefalinger og manglende evidens i retningslinjerne, men at det med fordel kan være relevant at samle data og følge op på data nationalt.

Med venlig hilsen  
  
Michael Teit Nielsen  
Underdirektør



## KL's hørings svar vedr. den nationale kliniske retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre

KL har den 7. juli modtaget den nationale kliniske retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre i høring.

Det har ikke været muligt at behandle KL's hørings svar politisk indenfor tidsfristen, hvorfor KL tager forbehold for senere politisk behandling og for de evt. senere økonomiske konsekvenser af forslaget.

### Generelle bemærkninger

- KL er positiv over, at der udarbejdes en quick guide og vil gerne opfordre til, at man sikrer sig, at sproget er forståeligt for de personalegrupper, der er ansat i kommunen.
- KL synes, at det er ærgerligt, at litteratursøgningen er så snæver at alle anbefalingerne er svage. Fx kunne patientgruppen i søgningen have inkluderet patienter med kognitive problemstillinger, eftersom fald ikke nødvendigvis er bestemt af en sygdom.
- Udkastet har i høj grad fokus på, at det er de ældres fysik, der har betydning for, hvorvidt de falder. Hos ældre kan det i høj grad også skyldes dehydrering eller en infektion. Hele den del er der ikke taget højde for i udkastet.

Med venlig hilsen



Hanne Agerbak, Kontorchef Social- og Sundhed

Dato: 22. august 2017

Sags ID: SAG-2017-03648  
Dok. ID: 2398674

E-mail: LDY@kl.dk  
Direkte: 3370 3952

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 1 af 1

## Hørings svar på: National klinisk retningslinje for forebyggelse af fald

Høring af ny retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre

Vi ser det positivt, at der er planlagt en internet-baseret version, hvor der er plads til kommentarer og diskussion. Det kan fremme udvikling og vidensdeling på området.

Vi undrer os over, at Landforeningen for ansatte i sundhedsfremmende og forebyggende hjemmebesøg (SUFO) ikke er en høringspartner.

Retningslinjen har stort fokus på forebyggelse af fald, når den ældre allerede har nedsat balance eller har været faldet.

Vi savner et fokus på hvordan faldforebyggende indsats kan tydeliggøres for og med den ældre på et tidligere tidspunkt. Faldforebyggelse med fokus på dialog og inddragelse af borgeren, så faldforebyggelse bliver sammenflettet med borgerens samlede livssituation og ressourcer, før de har været faldet.

Forebyggende hjemmebesøg i kommunerne har erfaring i den inddragelse.

Vi har i Vejle Kommune være inspireret af:

Sundhedsstyrelsens (2015) "Forebyggelse på ældreområdet – håndbog til Kommunerne"

Mahler, Marianne (2012): "At holde balance. Betingelser for og perspektiver i forhold til forebyggelse af fald blandt gamle mennesker". Doktorgrad.

Evron, Lotte (2015): "Egenomsorg som selvteknologi i multifaktoriel faldforebyggelse". PhD

Med venlig hilsen

Marit Nielsen-Man  
Sundheds- og Forebyggelseschef

Sundhedsafdelingen  
Sundhedshuset  
Vestre Engvej 51A 2 . sal  
7100 Vejle

Tlf: 51169469  
[marin@vejle.dk](mailto:marin@vejle.dk)

*En del af Økonomi- Arbejdsmarkeds- og Sundhedsforvaltningen*



**Høring: National Klinisk Retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre**

**Til:** Sundhedsstyrelsen

Dansk Selskab for Fysioterapi (DSF) har med interesse læst Sundhedsstyrelsens høringsudkast til NKR for forebyggelse af fald hos ældre og takker for muligheden for at afgive høringssvar.

DSF har samlet et høringssvar med input fra:

- Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri, DSFGG

Der henvises endvidere til høringssvaret fra Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri, der er vedhæftet sidst i dette dokument.

Vi håber arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringssvaret anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen af den nationale kliniske retningslinje. Såfremt der er opklarende spørgsmål, er vi naturligvis behjælpelige.

### **Generelle bemærkninger**

Dansk Selskab for Fysioterapi kvitterer for en national klinisk retningslinje, der i udgangspunktet anerkender, at arbejdet med ældre patienter med tendens til fald kan være yderst komplekst og hænge sammen med ... samt at fald er et stort problem i det daglige arbejde med ældre mennesker.

Valget af de kritiske outcome: "antal fald" og "antal personer, der falder" kan være lidt problematiske, da den kausale sammenhæng i forebyggelse af fald nok er mere kompleks og påvirkes af flere faktorer end at en indsats forebygger eller ikke forebygger fald direkte.

Som beskrevet i indledningen til denne NKR, understreger Dansk Selskab for Fysioterapi, at en grundig tværfaglig udredning er essentiel for personer, der har oplevet et fald eller er bange for at falde. Falls Efficacy Scale International, FES-I, nævnes som et egnet måle-redskab til at registrere frygt for fald. Dansk Selskab for Fysioterapi bifalder i høj grad intentionen om at anvende standardiserede tests og måleredskaber i vurdering og behandling.

Det skal yderligere bemærkes, at det valgte layout ikke er særlig læsevenligt og gør denne NKR lidt uoverskuelig.

### **Bemærkninger til de enkelte PICO spørgsmål**

PICO 1 og 2:

Det undrer os, at PICO spørgsmål 1 og 2 er stillet til to forskellige træningsformer. Det ville være relevant at se på, om styrketræning forebygger fald hos hjemmeboende ældre og om balancetræning forebygger fald hos ældre på institution. Argumentet for at fravælge styrketræning til ældre på institution pga. en forventet manglende motivation er

nok lidt forældet, idet der efterhånden er tilbud om styrketræning som både behandling og forebyggelse af en lang række sygdomstilstande. Dertil kommer, at den generelle holdning til styrketræning i befolkningen er under udvikling i positiv retning baseret på den voksende mængde forskning, der finder effekt af heraf på forskellige lidelser, fx artrose, hjertekarsygdomme og diabetes.

Hvis man følger denne forudsætning, må man ligeledes formode at styrketræning har effekt på balancen også hos hjemmeboende ældre og at balancetræning har effekt også på ældre, der bor på institution.

### PICO 3:

Vedrørende "konceptuelle bevægelsesformer". Man har valgt at medtage studier af lav metodologisk kvalitet som sammenligner effekten af "konceptuelle bevægelsesformer" med kontrolgrupper uden intervention.

Dertil kommer den organisatoriske udfordring i at formulere en anbefaling om at "tilbyde" hjemmeboende ældre disse forskellige træningsformer. Denne træning ligger formentlig oftest i det almindelige fritids- og idrætsliv i lokale foreninger. Dansk Selskab for Fysioterapi mener endvidere, at der bør ses mere bredt på fysisk aktivitet og der er bl.a. nyere projekter fx. fra Center for Holdspil på Københavns Universitet, der ser på forskellige andre træningsformer. Der mangler en fornuftig forklaring på dette valg. Som det er skrevet under samtlige anbefalinger, er det væsentligt at imødekomme den enkelte faldtruede persons præferencer. Dette er om noget sted vigtigt at understrege, at der formentlig er effekt af en kombination af styrke og balancetræning i hvilken som helst idrætsgren/træningsform, der motiverer den enkelte.

Der henvises endvidere til høringssvaret fra Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og geriatri og høringssvar indsendt af Danske Fysioterapeuter.

På vegne af

Dansk Selskab for Fysioterapi

Med venlig hilsen

Annette Fisker

Faglig konsulent

Dansk Selskab for Fysioterapi

Holmbladsgade 70

2300 København S

Tel: +45 33414612

E-mail: [kontakt@dsfys.dk](mailto:kontakt@dsfys.dk)

[www.dankselskabforfysioterapi.dk](http://www.dankselskabforfysioterapi.dk)



**Bilag:**

1. Høringssvar fra Dansk Selskab for Mekanisk Diagnostik og Terapi, DSMDT

Odense d. 18. august 2017

Høringssvar fra Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri

### **Høring vedr. national klinisk retningslinje for forebyggelse af fald**

Der takkes for muligheden for at kommentere på udkastet til denne NKR.

Jeg har fået at vide at Faldteamet i Århus Kommune også vil kommentere på denne, og der henvises til dette svar.

Når jeg læser materialet tænker jeg også, at det der nævnes på side 9 omkring, at der skal indsættes statistik for fald og konsekvenser vil være interessant, hvis statistik ift. årsager er muligt at fremskaffe vil det også være interessant.

Vil materiale ift. alkoholrelaterede fald være interessant?

Ift. PICO-spørgsmålene så kan jeg ikke se så meget omkring hvorfor disse er valgt og måske hvorfor nogle er fravalgt. Som repræsentant for fysioterapeuter der beskæftiger sig meget med træning så kan PICO 1 udvides til at dække flere træningstyper, som beskrives under balancetræning. Vil fokuserede spørgsmål ift. hjemmeboendes flad ift. styrke og kredsløbstræning være interessant at beskrive særskilt?

Jeg kender ikke baggrunden for PICO 3 og undersøge emnet ift. konceptuelle bevægelsesformer. Kan det også åbne for at undersøge ift. mere traditionelle sportsgrene - f.eks. hockey, fodbold, badminton m.v.

Overordnet igen stor ros for det arbejde der lægges i disse og nu denne NKR. Det er et svært og komplekst område. Der er mange rigtigt gode overvejelser og synspunkter i materialet. Gennemgangen af alle spørgsmålene er meget fin, f.eks. under overskrifterne "nøgleinformationer" og "gennemgang" af evidensen.

Og helt generelt, ikke kun for denne retningslinje, men for andre også så bliver det spændende om vi på et tidspunkt kan komme med endnu flere stærke anbefalinger med evidensen i hånden - som også antydes på side 57.

Venlig hilsen  
Kristian Hansen  
Fysioterapeut  
Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri

## **National Klinisk Retningslinie for forebyggelse af fald hos ældre**

### **Review**

Formålet med denne Nationale Kliniske Retningslinie for forebyggelse af fald hos ældre er at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet for borgere, som er i risiko for at opleve fald. Anbefalingen er ment som en støtte til sundhedsprofessionelle i at prioritere behandlingstiltag.

Retningslinien omfatter en læsevejledning, en indledning og efter en gennemgang med vurdering af de 8 anbefalinger et afsnit om baggrund, hvori den høje hyppighed af fald hos ældre er beskrevet. Dernæst et afsnit om ansvaret for implementeringen og et forslag til monitorering. Retningslinien afsluttes med forslag til videre forskning og et kort afsnit med en kritisk beskrivelse af anvendt metode til litteraturgennemgang, hvor der også tages højde for problemerne med en heterogen målgruppe af ældre.

I indledningen angives hvilken målgruppe, den omfatter, hvilke brugere retningslinien er rettet imod og hvilke afgrænsninger, der er foretaget.

Målgruppen er en afgrænset og meget begrænset gruppe af ældre borgere. De skal være over 65 år og opholde sig udenfor hospital. De må gerne bo på plejehjem, men må ikke være demente, hvilket langt den overvejede del af plejhjemsbeboere er. Uanset om borgerne bor uden for eller på plejehjem, må de ikke lide af specifikke sygdomme, som er kendte for at øge risikoen for fald, f.eks. apopleksi, Parkinsons sygdom eller hoftefraktur. Patienter med vestibulær dysfunktion er dog medtaget, og da der senere i retningslinien inkluderes såvel perifere som centrale vestibulære skader, må patienter med vestibulær skade fremkaldt af en apopleksi dog også være inkluderet, i hvert fald under vestibulær rehabilitering.

Brugerne af retningslinien er både beslutningstagere og sundhedsprofessionelle, især de der arbejder med faldforebyggelse.

I retningslinien fokuseres på 8 interventioner over for faldforebyggelse. De inkluderer 4 typer af rehabiliteringsindsats (balancetræning, styrketræning, træning af balanceorganet – vestibulær træning, træning med bevægelsesformer som Tai chi, dans o. lign). 2 slags intervention er rettet mod anvendelsen af medicin (benzodiazepiner og behandling af moderat til svær depression med SSRI). En omhandler boligændringer og en anden kompetenceløft af personalet. Retningslinien indeholder en meget grundig litteraturgennemgang med en sober vurdering af resultaterne inden for hvert af de 8 fokusområder. For alle 8 tiltag er graden af effekt på nye fald vurderet, på fald med fraktur, men også på frygt for fald og livskvalitet. Alt efter tiltagets karakter er der målt på resultater af tests for balance, mobilitet, svimmelhed samt død. Ud fra litteraturgennemgangen findes evidensen for effekten lav for alle 8 tiltag uanset mål. Målt på antal fald eller patienter, der falder (selvrapporterede) er der en noget svingende effekt. Kun et enkelt studium af balancetræning, hvori indgik et større antal deltagere har vist en mindre effekt på frakturhyppighed, men hovedparten af studierne har inkluderet for få patienter til at kunne sige noget om ændringer i frakturhyppighed. Det 8. interventionsforslag med kompetenceløft af personalet er kun undersøgt på hospitalspersonale i Australien og ikke på personale i primærsektor.

I indledningen præciseres, at retningslinien ikke omfatter screening for faldrisiko. Der er kort nævnt det væsentlige forhold, at der skal ske en grundig udredning, før man overhovedet påtænker rehabilitering. Der refereres til en publikation fra 2012 af Gillspie, som konkluderer, at det er en multifaktoriel udredning og intervention, som medfører en sikker nedsættelse af antallet af fald.

### **Retningsliniens styrker**

En National Klinisk Retningslinie vedr. forebyggelse af fald er en væsentlig opgave som længe har været efterspurgt. Bag udarbejdelsen af retningslinien ligger ganske klart et meget stort og grundigt arbejde.

Retningslinien er let læselig og overskuelig med en systematisk opstilling af spørgsmål og svar. Der er foretaget en grundig litteraturgennemgang, hvor søgningerne er afgrænset til de sidste 10 år. Der er dog medtaget flere ældre, betydningsfulde arbejder. Der er hovedsageligt inddraget Cochrane reviews og oversigtsarbejder. Der er foretaget en grundig evaluering og en velafbalanceret vurdering af de tidligere studier. Retningslinien viser hvor lidt evidens, der egentlig er på området. Denne meget grundige litteraturgennemgang er retningsliniens allerstørste styrke. Den viser reelt, at vi nok skal have fokus på borgere med faldrisiko, men vi skal tænke os meget om, før vi investerer yderligere ressourcer i at udbrede enkeltstående interventioner som de undersøgte. Derimod skal vi afsøge og afprøve andre interventioner og kombinationer af interventioner.

I retningslinien pointeres, at vi skal sikre, at ethvert tiltag, som inddrager borgeren direkte, skal individualiseres og tilrettes den enkelte borgers præferencer, hvilket er helt afgørende for succes.

Der er skabt fremtidssikring og udvikling i et velskrevet og læseværdigt afsnit med flere forslag til yderligere forskning på området.

### **Retningsliniens svagheder og mangler**

Helt overordnet savnes der mere hjælp til læseren, især til beslutningstagerne og lederne i sundhedsvæsenet.

Titlen på NKR signalerer, at det gælder forebyggelse af fald helt generelt og til alle ældre og er dermed misvisende i forhold til begrænsning i både målgruppe og foreslåede tiltag.

Målgruppen (borgerne), som retningslinien omhandler, er en relativt begrænset og selekteret gruppe – i hvert fald i henhold til definitionerne i såvel indledning som under de enkelte tiltag. I forvejen er populationen borgere over 65 år, som stort set ikke fejler andet end balanceproblemer eller som er faldet en enkelt gang, nok ikke så stor og den er svær at afgrænse og opspore.

Den ældre population af borgere er en meget inhomogen gruppe, hvilket yderligere gør det svært at finde de borgere, som der skal interveneres overfor med de foreslåede tiltag. Det bliver også svært at finde de borgere på plejehjem, som kan gå selv eller med rollator og som ikke er demente eller fejler en specifik sygdom, som øger faldrisikoen. Det er problematisk, at demente helt er udeladt af denne retningslinie. Der kan være meget at hente for de demente, blot ved at foretage interventioner som medicingennemgang og have fokus på væske og kostindtag uden at der nødvendigvis kræves træning af styrke og balance.

Nedtoningen af betydning af udredning og fravalget af at undersøge effekten af mere logiske indsatser er en svaghed.



Valget af en begrænsning til 8 områder er forståelig, mens det er uklart, hvorfor det netop er disse 8. Dertil kommer, at man har valgt kun at fokusere på én type intervention overfor ingen eller en intervention, der antages virkningsløs. Hvorfor man ikke har diskuteret betydningen af multifaktoriel udredning og intervention er ligeledes uklart, specielt da der to steder i rapporten ultrakort er anført, at multifaktoriel udredning og intervention virker. Det gælder i indledningen (Gillespie 2012) og under forslag nr. 2 omhandlende ældre på institution (Silva 2013). Emnet havde fortjent et selvstændigt spørgsmål. Der savnes helt forslag og litteraturgennemgang for interventioner, som måske mere indlysende kunne have effekt: fx forbedring af ernæring, hydrering, saltbalance, seponering af for megen blodtryksmedicin, personaleomsorg og -organisering.

Et vigtigt punkt mangler at blive belyst, nemlig det tilstedeværende personale. Ud fra UTH (utilsigtede hændelser) indberetninger kan man se, at de fleste fald på en hospitalsafdeling med ældre foregår i vagtskifter. Det kunne være, at en undersøgelse på plejehjem viste det sammen.

Implementerings- og monitoreringsafsnittene står helt uden diskussion af rimeligheden i at anvende lige præcis de udvalgte og vurderede tiltag. Retningslinien viser reelt, at de 8 tiltag i den beskrevne form ikke har nogen overbevisende sikker effekt – i hvert fald ikke på de undersøgte populationer. Det er derfor vigtigt, at beslutningstagere ikke bruger retningslinien ukritisk til at implementere disse tiltag over en bred kam til alle borgere.

Arbejdsgruppen burde have været noget mere håndfast i at påpege vigtigheden af allerførst at finde årsagen til, at en borger/patient falder eller er i risiko herfor. Her tænkes ikke på screening, men snarere på udredning.

Der kan godt lægges lidt mere vægt på et interessant studium, som indgår i litteraturen til vurdering af spørgsmål 2 ”overvej at tilbyde styrketræning til ældre som bor på institution og er i risiko for fald”. Der er henvist til et i øvrigt veldesignet studium af plejehjemsbeboere, hvor der er størst effekt af faldforebyggelse i *kontrolgruppen*, som fik daglige mobiliserings og strækøvelser. Interventionsgruppen fik styrketræning. I retningslinien nævnes i en bisætning, at ”selvom disse øvelser i kontrolgruppen ikke forventedes at have effekt på mobilitet, styrke eller balance kan selve aktiveringen af kontrolgruppen alligevel have forbedret deres mobilitet”. Dertil kommer måske, at den daglige interesse og kontakt mellem beboere og personale har en effekt. Interessant! For det er i virkeligheden let at implementere på plejehjem og for den sags skyld i borgernes eget hjem. Hvordan ville faldforekomsten være på et plejehjem før og efter implementering af et tiltag, hvor personalet skulle give borgerne daglige mobiliserings og strækøvelser, vel at mærke skemasat, sammenlignet med et plejehjem, hvor man ikke foretog nogen ændring? Et projekt som kunne foreslås i afsnittet om forskningsforslag.

### **Mindre kommentarer til de 8 anbefalinger**

#### PICO 1 Balancetræning til hjemmeboende ældre

Balancetræning af hjemmeboende ældre ser ud til at have en vis om end begrænset effekt, når man når op på træning af et vist antal personer (200?). Der kan ses en mindre reduktion i frakturer og i frygten for at falde samt en positiv effekt på livskvalitet. Det er mere tvivlsomt om balancetræning mindsker antallet af fald. Ud fra den foreliggende litteratur kan man ikke se, hvem der har gavn af balancetræning og hvor ofte og hvor længe træningen skal gives. Forsvinder træningseffekten når træningen stoppes? Der er set på en højselekeret gruppe af personer.

PICO 2 Styrketræning til borgere på institution.

Ingen evidens for effekt. Udvælgelsen af deltagere i studierne medfører, at studiernes resultater vanskeligt lader sig overføre til danske forhold. Der er dog stort set ingen effekt. Igen er hyppigheden af træning kritisk.

PICO 3 Konceptuelle bevægelsesformer (Tai chi, yoga, dans, karate) til hjemmeboende ældre

Disse træningsformer er testet på højelekerede grupper i flere randomiserede studier uden, at der er påvist effekt på faldtendens. Den manglende effekt kan meget vel skyldes, at målgruppen ofte er borgere, som forud for træningen er velfungerende med kun minimal risiko for fald.

PICO 4 Vestibulær træning til ældre med vestibulær skade

Der er ikke påvist afgørende effekt på nogen parameter. Fald har ikke været en måleparameter i nogen af studierne. Det er et problem, at målgrupperne i studierne, dels er relativt unge, dels at de udgøres af en meget blandet population med overvejende central skade. Det er langt vanskeligere at få effekt ved at træne patienter med central skade end perifer. Der er en stor gruppe patienter med øresten, som tilsyneladende også indgår i studierne patientpopulationer. Ørestenspatienterne skal primært have en helt anden type behandling. Det er ikke specifikt nævnt i retningslinien.

PICO 5 Overvej ophør med benzodiazepiner for ældre over 65 år med faldrisiko.

Det er godt, at arbejdsgruppen har valgt at medtage denne anbefaling. Ved litteraturgennemgangen fandtes ingen randomiserede forsøg, så evidensen er baseret på observationelle studier. Der indgår imidlertid mere end 7000 personer. Seponering af benzodiazepin får frakturhyppigheden til at falde.

PICO 6 Anvendelsen af SSRI præparater til patienter med moderat depression kan forøge risikoen for fald og skal nøje overvejes

Det synes oplagt, at faldtendensen øges med SSRI. Dog får mange ældre en hel del anden medicin pga comorbiditeter. Ud fra studierne er det usikkert, om der er tale om interaktioner, en ændring i den antidepressive tilstand, hvor patienten bliver mere mobil eller bivirkning af SSRI præparatet.

PICO 7 Boligændringer til faldtruede ældre i eget hjem

Der er fundet flere studier, som viser, at antallet af fald pr. person og antallet af personer, der falder reduceres. Som der antydes i retningslinien kan en rapportering i antallet af fald give en bias. Der er ingen reduktion i fald medførende frakturer. Der er ikke i studierne taget hensyn til andre sygdomme, medicin, osteoporose. Der bør nok lægges vægt på, at de fald, som medfører overvejelser om boligændringer, betinges af en risiko i hjemmet.

PICO 8 Kompetenceudvikling i faldforebyggelse til personalet på plejehjem og i hjemmeplejen.

Der er ingen studier, som har personalet i primærsektoren som målgruppe for undervisning i faldforebyggelse. Der fandtes alene et større studium fra 6 hospitaler i Australien og der var ingen effekt på nogen af måleparametrene, som vedrørte faldhyppighed. Måske skulle der have været undervist i noget andet, måske var målgruppen den forkerte eller undervisningen for kort eller

faldforebyggelse var personalet uvedkommende. Inden der startes på undervisning i primærsektoren var det værd at finde ud af hvorfor borgerne falder, så undervisning kan målrettes årsagerne.

### **Forslag til forbedringer**

Det foreslås, at denne vigtige og meget gennemarbejdede retningslinie suppleres med et konklusions- og perspektiveringsafsnit, der fremhæver de vigtigste opmærksomhedspunkter både de, der er behandlet i retningslinien og de, som det ikke har været muligt at få grundigt gennemgået, fx kunne arbejdsgruppen hjælpe læseren ved

1. at forholde sig til evidensen eller mangel på samme for de foreslåede tiltag. Gerne også en prioritering af hvilke af forslagene, det overhovedet giver økonomisk mening at gennemføre – uden en egentlig analyse.
2. at understrege vigtigheden af, at man ikke går i gang med en træning uden at have fuldstændig klarhed over alle årsager til personens risiko for at falde og har iværksat behandling derfor. Det kan være for meget eller forkert medicin, sygdom, lavt blodtryk, væskemangel, ernæring, etc.
3. at fremhæve at multifaktoriel udredning og intervention i tidligere publikationer er fundet effektive og altid bør overvejes.
4. at demente i plejebolig er i særlig risiko for at falde. Demente har været undtaget fra de undersøgelser, der er gennemgået, men årsagerne kan være præcis de samme som for andre ældre. Blot er balanceproblemet værre pga de nedsatte kognitive evner, som øger reaktionstiden i forbindelse med forflytning. Det gør det ekstra vigtigt, at demente også udredes og behandles for årsager til fald. Demente kræver ekstra opmærksomhed fra personalet, fx pga, deres spontane reaktion og bevægelser ved trang til toiletbesøg.
5. at overveje organisering af plejen som fokusområde. Arbejdsgruppen kunne fremsætte et forslag om, at de enkelte institutioner undersøger, hvornår og hvorfor deres borgere falder. Resultatet af sådan en undersøgelse kunne sammen med indberetninger af UTH'er danne basis for en dialog med personalet om behovet for tiltag i forbindelse med vagtskifte og andre svagt bemandede tidspunkter.

23. august 2017

Else Marie Damsgaard

# Bedømmelse af NKR for forebyggelse af fald hos ældre

---

Hans Lund, August 2017

## Manuskriptets styrker

Den Nationale Kliniske Retningslinje for forebyggelse af fald hos ældre (NKR) har valgt en række klinisk meget relevante PICO spørgsmål. De er alle velbegrundede og dækker et bredt spektrum af udfordringer ved at forebygge fald blandt ældre. Forfatterne af NKR har formået at give læseren en forståelse af betydningen af disse spørgsmål samt hvilke udfordringer de også byder på. Baggrundsafsnittene giver i alle tilfælde en god og nuanceret fremstilling af det enkelte område.

For at skabe det bedste evidensgrundlag for formuleringen af de kliniske anbefalinger er det metodisk nødvendigt at anvende den såkaldte "triade model", som netop er anvendt her. Det vil sige, først se efter allerede globalt publicerede og evidensbaserede "clinical guidelines", hvis disse ikke findes så se efter "systematic reviews". Og endelig hvis disse heller ikke findes, foretage en søgning efter originale kliniske undersøgelser relevante for det specifikke PICO spørgsmål.

I kapitlet om implementering er der gjort rede for mange forskellige muligheder og det synes som alle relevante interessenter eller potentielle med-ansvarlige for at sikre implementering af de opstillede anbefalinger er medinddraget.

Endelig har arbejdsgruppen foretaget en klinisk relevant udvælgelse af "kritiske" og "vigtige" effektmål.

## Manuskriptets væsentligste svagheder og mangler

Når kliniske anbefalinger formuleres er to forhold essentielle. For det første må man kende evidensgrundlaget og for det andet må der være en ligeværdig repræsentation af alle relevante interessenter. Panelet der vurderer evidensen og står bag formuleringen af anbefalingerne er ikke beskrevet, selvom der er et afsnit med denne overskrift.

Der er en god beskrivelse af inklusionskriterier i forsøget på at identificere relevante Clinical Guidelines, Systematic Reviews, eller evt. originale studier (Triade-modellen). Imidlertid er der opstillet nogle strikse inklusionskriterier der går på dosis (intensitet, frekvens og varighed) af en træningsindsats. Da de er opstillet som inklusionskriterier vil læseren få det indtryk at studier som ikke opfylder disse strikse krav er ekskluderet. Desuden er det ikke formålet med en NKR opstille sådanne strikse dosis-

kriterier. Det er derimod formålet at finde ud af hvilke dosis-kriterier der er bedst evidens for.

Arbejdsgruppen synes ikke at have levet fuldt op til anvendelse af "triade-modellen". For flere af PICO-spørgsmålene findes der faktisk systematic reviews som svarer helt eller delvist på PICO-spørgsmålet, men som ikke danner grundlag for den anbefalingen. I PICO #1 er fx Gillespie 2012 ikke anvendt, i PICO #2 er fx Silva 2013 ikke anvendt, i PICO #3 er fx Logghe 2009 og Youkhana 2016 ikke anvendt, i PICO #4 er fx Martins 2016 ikke anvendt, i PICO #6 er fx Stubbs 2015 og Gebara 2015 ikke anvendt og i PICO #7 er fx Clemson 2008, Gillespie 2012 eller Turner 2011 ikke anvendt. I stedet tager arbejdsgruppen udgangspunkt i enkelte udvalgte originale studier.

Når arbejdsgruppen ikke vælger at anvende triade-modellen, men udelukkende vil basere deres anbefalinger på originale studier skylder de læseren at give det metodiske grundlag for valg af disse originale studier, som er indeholdt i et systematic review. Det vil sige: ingen tidsbegrænsning på søgningen (her er den på 10 år), ingen begrænsning på sprog, et flow-chart der fortæller det samlede resultat af søgningen, hvor mange der blev ekskluderet på basis af title og abstract screening, hvor mange på basis af fuld tekst screening. Dette er ikke tilstede og læseren har ingen ide om hvordan arbejdsgruppen har identificeret de inkluderede studier.

Desuden vil det at anvende originale studier som grundlag for en NKR betyde at de enkelte inkluderede studier præsenteres i en tabel hvoraf det bl.a. kan ses hvilken type studie (RCT, kohorte, case-kontrol osv) og hvilken risk of bias der er for det enkelte studie. Desuden bør det klart fremgå hvilke studier der danner grundlag for hver af de valgte "kritiske" og "vigtige" effektmål, og dermed grundlaget for de analyser der er præsenteret til sidste under hvert PICO spørgsmål.

Begrænsningen i søgningen til kun 10 år tilbage giver god mening i en "triade-model", dvs. for søgning efter "clinical guidelines" og "systematic reviews". De har jo begge søgt efter en u-selektet repræsentation af alle tidligere studier (dvs. ingen tids- eller sprogbegrænsning). Men denne tilgang må ikke anvendes ved en gennemgang af originale studier da det uværgeligt vil medføre en stærkt selekteret repræsentation af alle studier.

I valg af kilder i søgningen er CENTRAL ikke inkluderet som kilde. Cochrane anbefaler at man søger i de 3 store generiske databaser (MEDLINE, Embase og CENTRAL) samt 2 eller flere fagspecifikke.

Alle anbefalingerne synes meget forsigtigt formuleret "Overvej at ...". Men i en GRADE sammenhæng er det muligt at give en stærk anbefaling selvom evidensen er svag. Emnet for denne NKR er relateret til livstruende situationer. Selve faldet kan være fatalt, men når svage ældre indlægges efter et fald er der også stor risiko for en fatal konsekvens på grund af de mange forhold i forbindelse med en fraktur eller et hovedtraume. GRADE foreslår således at give en stærk anbefaling fx "When low quality evidence suggests benefit in a life threatening situation (evidence regarding harms can be low or high)", selvom evidensen er svag. Dette er selvfølgelig en skønsspørgsmål som kun panelet der formulerer anbefalingerne kan besvare, men sagens alvor taget i betragtning bør dette måske overvejes igen.

## Eventuelle forslag til ændringer

1. Medlemmer af arbejds- og referencegruppen beskrives og deres evt. interessekonflikter nævnes. Bemærk at relevante interesser varierer fra PICO spørgsmål til PICO spørgsmål.
2. Overvej en genformulering af anbefalingerne.
3. Overvej om de eksisterende systematic reviews kan anvendes – i nogle tilfælde med en opdateret søgning – eller hvis ikke, så gør rede for alle nødvendige aspekter af inklusion og anvendelse af originale studier og uden tids- eller sprogbeskrænsninger.
4. Overvej at anvende CENTRAL databasen i søgningerne
5. Opstil for hvert PICO spørgsmål en tabel med beskrivelse af de inkluderede studier og deres metodiske kvalitet (Risk of Bias)