

Fall blant pasienter i hjemmet og
i sykehjem og betydning av
tverrfaglighet og mestring

Bente Gunnarshaug

Master of Public Health

MPH 2007:23



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap



Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel				
Fall blant pasienter i hjemmet og i sykehjem og betydning av tverrfaglighet og mestring				
Författare				
Bente Gunnarshaug				
Författarens befattning och adress				
Kvalitetsrådgiver Stavanger kommune, Avdeling oppvekst og levekår Postboks 8001, 4068 Stavanger				
Datum då oppsatsen godkändes			Handledare NHV/extern	
5 desember 2007			Universitetslektor Ina Borup	
Antal sider	Språk – oppsats	Språk – sammanfattning	ISSN-nummer	ISBN-nummer
54	Norsk	Norsk Engelsk	1104-5701	978-91-85721-33-7

Fall er et stort og økende problem for eldre kvinner og menn i den vestlige verden. En rekke forskningsrapporter dokumenterer at det er mulig å forebygge fall, og tverrfaglige tiltak har vist størst effekt. Fallforebygging har derfor vært et satsingsområde i Stavanger kommune i en årrekke. Implementering av nye tiltak er krevende, og er det derfor viktig å undersøke i hvilken grad ny kunnskap har betydning for praksis. Studien bygger på teori om tverrfaglighet, salutogenese og coping fordi forståelse av disse begrepene er viktig for gjennomføring av tiltak.

Hensikt med studien var å få mer kunnskap om forekomst og konsekvenser av fall blant pasienter i sykehjem og pasienter som får hjemmesykepleie. Dessuten var hensikten å få kunnskap om hvordan ansatte i sykehjem og hjemmesykepleie oppfatter fall, hvordan ansatte vurderer pasienters og pårørendes opplevelser etter fall og hva som i dag gjøres for å forebygge fall.

Studien ble gjennomført som en todelt evaluering som bestod av en kvantitativ og en kvalitativ studie. Den kvantitative delen beskrev det enkelte fall, og personene som falt. Data fra fallregistreringsskjema fra 12 sykehjem og 5 hjemmebaserte tjenester, i en periode på fire måneder, ble analysert. I den kvalitative delen ble oppfølging av fall beskrevet og sammenlignet med fastsatte prosedyrer, retningslinjer og faglige normer, ved bruk av fokusgruppeintervju med ansatte i sykehjem og hjemmesykepleien.

Det ble registrert 798 fall i perioden og av disse resulterte 170 i skade. Totalt falt 363 pasienter, 45 % av pasientene i sykehjem, og 6 % av pasientene som bodde hjemme.

Alle ansatte gav uttrykk for at det var viktig å redusere risiko for fall, og at tverrfaglig samarbeid var viktig. Ansatte gav også uttrykk for at det er lett å registrere fall og vanskelig ”å gjøre noe med det”. Dette bekreftes i resultat fra den kvantitative undersøkelsen der det ikke var dokumentert oppfølging for å hindre nye fall i 50 % av tilfellene.

Miljøtilrettelegging var det tiltaket som oftest blir omtalt for å redusere fallrisiko for pasienter i hjemmet, for pasienter i sykehjem tilsyn. Pasientene ble i liten grad fulgt opp med individuell kartlegging og tverrfaglig innsats. For bedre implementering av forskningsbasert kunnskap innen fallforebygging er det nødvendig å identifisere målgruppen. Andre forbedringsområder er å ta hensyn til pasientenes erfaringer, fokusere på pasientenes egne ressurser og individuelle mestringstrategier. Ledere må i større grad legge til rette for tverrfaglighet, samt etterspør evaluering av tiltak rettet mot målgruppen.

Nyckelord

fall, forebygge, evaluere, avvik, kvalitet, tverrfaglighet, mestring.



Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay				
Falls occurring in nursing home patients and patients living at home and the importance of interdisciplinary management and coping.				
Author				
Bente Gunnarshaug				
Author's position and address				
Quality coordinator Stavanger kommune, Avdeling oppvekst og levekår Postbox 8001, 8001 Stavanger Norway				
Date of approval			Supervisor NHV/External	
December 5, 2007			Ina Borup, senior lecturer	
No of pages	Language – essay	Language – abstract	ISSN-no	ISBN-no
54	Norwegian	Norwegian / English	1104-5701	978-91-85721-33-7

Abstract

Falls and fear of falling is a major and increasing problem for older males and females in the Western world. The effectiveness of falls prevention programmes is well documented and the multidisciplinary approach has been proven to be the most effective. For this reason the municipality of Stavanger has given priority to falls prevention programmes in the care for the elderly. The implementation of new models of care is challenging, it is therefore important to determine whether new techniques achieve good outcomes which in turn can influence how we deliver our service. The theory of this study is based upon understanding the concepts of a multidisciplinary approach, salutogenesis and coping, and how they impact on the implementation of falls prevention interventions.

The objectives of this study were to obtain data about falls amongst patients in nursing homes and those patients receiving home care. To explore how the health professional documents and evaluates the patients' and relatives' experience after a fall, and to find out which falls prevention interventions are currently being utilised.

A two part evaluation was chosen for this study. Part one outlines the fall description and the types of patients who fell. Part two reviews the interventions utilised after a fall and benchmarks them against recognised standards and procedures. Data gathered from 12 nursing homes and 5 home care units, using the fall registration form, over a period of four months, was analysed. Further information was obtained by conducting focus group interviews with the staff of nursing homes and home care units.

During the period 798 falls were registered of which 170 falls resulted in injuries. A total of 365 patients fell, 45% of all patients in nursing homes and 6% of all patients receiving home care. All staff expressed the importance of reducing risk of falling, and providing multidisciplinary interventions. They gave the impression that it was easy to register falls, but difficult to follow up with interventions. This was supported with the results from the quantitative study, 50% of falls had no documentation of follow up. For patients living at home environmental changes were the most used intervention, for patients in nursing homes *being looked after* were most important. Individual assessment and multidisciplinary interventions were rarely carried out.

For successful implementation of evidence based practice in falls prevention it is important to identify the target group. Other areas to be improved include the utilisation of patient assessments and ongoing evaluations with the focus on patients' resources and individual coping strategies. Managers should ensure the adoption of the multidisciplinary team approach to interventions and implement regular assessments and evaluation of the target group

Key words

falls, prevention, evaluate, adverse events, quality, interdisciplinary approach, coping

INNHOOLD

1	INNLEDNING.....	4
1.1	BAKGRUNN	4
1.2	FOLKEHELSEPERSPEKTIVET	4
1.3	BEFOLKNINGSUTVIKLING.....	6
1.4	REDSSEL FOR Å FALLE.....	7
1.5	ÅRSAKER TIL FALL	7
1.6	KONSEKVENSER AV FALL	8
1.6	KVALITET I HELSETJENESTEN	10
1.8	PROBLEMFORMULERING.....	12
1.9	HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	13
2	TEORI.....	14
2.4	TVERRFAGLIGHET	14
2.2	SALUTOGENESE.....	17
2.3	COPING.....	18
3	METODE	20
3.4	OMMETODEVALG	20
3.5	EVALUERINGSDESIGN	21
3.6	DEN KVANTITATIVE STUDIEN	21
3.7	DEN KVALITATIVE STUDIEN	22
3.8	METODEKRITIKK	24
3.9	ETISKE VURDERINGER.....	25
4	RESULTATER FRA DEN KVANTITATIVE STUDIEN	26
4.1	FOREKOMST OG KONSEKVENSER AV FALL	26
4.2	BESKRIVELSE AV PASIENTER SOM FALT	28
4.3	BESKRIVELSE AV TILTAK REGISTRERT FOR Å HINDRE NYE FALL	28
4.4	BESKRIVELSER AV OMSTENDIGHETER OMKRING FALLENE	29
5	RESULTAT FRA DEN KVALITATIVE STUDIEN	30
5.1	ANSATTES SYNSPUNKTER.....	31
5.2	ÅRSAKER TIL FALL	33
5.3	TILTAK FOR Å HINDRE FALL	35
5.4	KVALITETSARBEID	38
6	DRØFTING	41
6.1	FOREKOMST OG KONSEKVENSER AV FALL	41
6.2	REDSSEL FOR Å FALLE.....	43
6.3	KVALITETSARBEID	44
6.4	TVERRFAGLIG SAMARBEID	44
6.5	SALUTOGENESE.....	46
6.6	COPING.....	47
7	KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	49
8	LITTERATURLISTE.....	51
	VEDLEGG.....	56

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

For eldre kvinner og menn i den industrialiserte verden er fall et stort og økende problem. Fall forekommer hyppig, mortalitet og morbiditet etter fall er høy, og de økonomiske konsekvenser er store for den enkelte, for helsetjenesten og for samfunnet (1).

Både forekomsten av fall og alvorlighetsgraden av skadene etter et fall øker med alderen. En tredel av alle hjemmeboende eldre over 65 år faller en gang i løpet av ett år (1). Etter 75 år er det en stor økning i både forekomst av fall og alvorlighetsgrad av skade etter fall. Kopjar (2) viser i en norsk undersøkelse fra 1995, basert på nasjonalt skaderegister, at forekomst av skade på grunn av fall i hjemmet blant kvinner og menn over 65 år er 25 per 1000. Blant hjemmeboende eldre skjer cirka 50 % av fallene i hjemmet eller i nærheten av hjemmet (2, 3).

Fallinsidensen er spesielt høy i sykehus og i sykehjem. Halvparten av beboerne i sykehjem har minst ett fall årlig (1, 4, 5), og av disse beboerne faller 50 % mer enn en gang.

1.2 Folkehelseperspektivet

Ti prosent av alle fall fører til alvorlige skader, og disse representerer omtrent 20 - 30 % av alle skaderelaterte sykehusinnleggelse (4, 5, 6). Statistikk fra Canada for 1999/2000 viser at av 73 113 innleggelse i sykehus i aldersgruppen 65 år og eldre var 85 % av innleggelsene forårsaket av fall (7).

En studie fra Finland (8) i perioden 1970 – 1995 viser at befolkningsjustert antall innleggelse på grunn av skade etter fall økte betraktelig i perioden. Innsidens av skader forårsaket av fall økte fra 494 til 1398 pr 100 000 personer i perioden, en økning på 183 % (8). Den finske undersøkelsen viser også en tendens til at skader forårsaket av fall økte mer for kvinner enn for menn. For kvinner var økningen fra 648 skader pr 100 000 i 1970 til 1469 skader i 1995, det vil si 127 %. For menn økte insidensen av skade forårsaket av fall fra 434 i 1970 til 975 i 1995, det vil si en økning på 124 %.

En annen finsk undersøkelse (9) som omfatter eldre i institusjon, viser at en tredel av alle fall resulterer i skade. Av fallene som resulterer i skade krever hvert femte fall behandling utenfor den avdelingen hvor pasienten er innlagt (9).

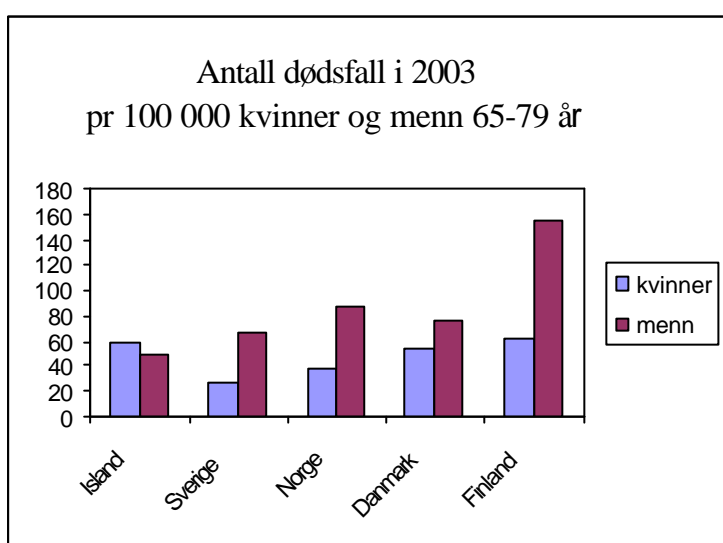
De nordiske landene registrerer innleggelse på grunn av skade etter fall på forskjellige måter, det er derfor ikke mulig å gjøre sammenligninger. Dødsårsaksregistrene i de nordiske landene gir informasjon om skader og ulykker som fører til dødsfall (10). Fall utgjør den viktigste årsaken til dødsfall etter ulykker for personer over 65 år (11). Det har vært en økning i dødsfall som skyldes ulykker i gruppen eldre i perioden 1995 – 2002 (10).

Tabell 1 viser antall dødsfall på grunn av skader og ulykker blant kvinner og menn over 80 år, fordelt på kjønn i de nordiske landene. I alle landene, unntatt Island, er det flere dødsfall blant menn enn blant kvinner. Tabellen viser at Island har lavest antall dødsfall blant menn over 80 år, Sverige ligger på andre plass, Norge som nummer tre, Danmark som nummer

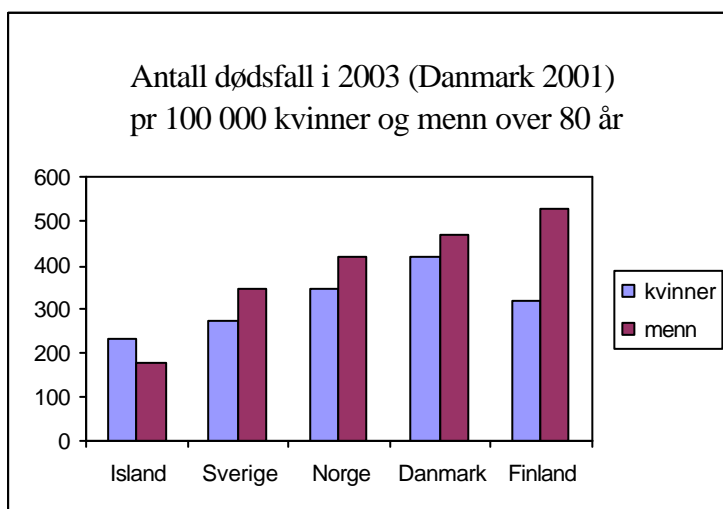
fire og Finland har flest dødsfall. Når det gjelder dødsfall blant kvinner over 80 år, har Island også færrest dødsfall, Sverige er nummer to, Finland nummer tre og Norge ligger som nummer fire. Flest dødsfall blant kvinner over 80 år er i Danmark.

Tabell 2 viser antall dødsfall pr 100 000 kvinner og menn i aldersgruppen 65-79 år. Tallene viser at Island er det eneste av de nordiske landene som har flere dødsfall blant kvinner enn blant menn i denne aldersgruppen. For dødsfall blant menn i aldersgruppen mellom 65 - 79 år ligger Island også lavest på statistikken, Sverige er nummer to, Danmark ligger på tredjeplass, også på denne statistikken er Norge nummer fire mens Finland ligger høyest. For kvinner i samme aldersgruppe ligger Sverige nederst på statistikken, mens Norge ligger som nummer to etterfulgt av Danmark, Island og Finland.

Tabell 1. Kilde: Health Statistics in the Nordic Countries 2002



Tabell 2. Kilde: Health Statistics in the Nordic Countries 2002



En dansk tvillingundersøkelse fra 1999 (12) undersøkte i hvilken grad fysisk funksjonsnedsettelse utviklet seg i eldre aldersgrupper. Undersøkelsen konkluderer at funksjonsnivået gradvis avtar i aldersgruppene 80-84 år, 85-90 og 90-94 år. Selv om kvinner har lavere mortalitet enn menn, er de mer funksjonshemmet enn menn og forskjellene blir større ettersom alderen øker.

I studie av eldre befolkning i Larvik kommune (13) er det påvist at nesten en tredel av alle eldre lever uten vesenlig funksjonsnedsettelse inntil kort tid før død. Fjorten prosent lever med moderat hjelpebehov i om lag tre år, mens godt over halvparten hadde store hjelpebehov i gjennomsnitt fire til fem år på grunn av demens eller annen omfattende behov for pleie.

Når det gjelder egenvurdert helse i perioden 1995 – 2002, sees i alle aldersgrupper utenom de eldste over 80 år, en økning i andel som angir egen helse om god (14). Det er likevel variasjon i helsetilstanden til eldre mennesker.

Kjønnsulikheter i helse, sykdom og plager er påvist i Norge i HUNT, Helse Undersøkelsen i Nord- Trøndelag (15). Resultat viser at en høyere andel kvinner enn menn rapporterer sykdom og plager i alle aldre, først og fremst forekomst av smerte og stivhet i muskler og ledd. Eldre kvinner har flere diagnoser enn menn. Ensomhet stiger med økende alder og er sterkest for kvinner. Etter 80 år er 21 % av kvinnene ensomme i motsetning til 12 % av mennene.

Undersøkelser viser at flere kvinner enn menn skader seg etter fall i hjemmet (2, 3, 16). Sattin og medarbeidere (17) viser at 159 kvinner av 1000 og 139 menn av 1000 over 85 år oppsøker akutt medisinsk hjelp etter fall. Kvinner hadde høyere insidens av bruddskade, bortsett fra kraniebrudd, hvor insidensen var lik mellom menn og kvinner. Dødsfall etter fall skjedde dobbelt så ofte hos menn enn hos kvinner.

Det er usikkert om kvinner faller hyppigere enn menn. Sadigh og medarbeidere (18) viste at menn i institusjon i Sverige, med gjennomsnittsalder 82 år, var mer tilbøyelig til å falle enn kvinner i institusjon med gjennomsnittsalder 85 år. Fall er uansett et spesielt stort problem for kvinner, ettersom kvinner lever lenger enn menn, og antall fall og alvorlighetsgrad av fall øker med alderen.

1.3 Befolkningsutvikling

Det blir stadig flere eldre mennesker i Norden. I løpet av de neste 40 årene vil antallet eldre over 67 år i Norge fordobles, fra 600 000 til 1,2 mill. uten en tilsvarende vekst i den øvrige befolkningen. Økningen vil være størst for de over 90 år, og denne gruppen i befolkningen vil være mellom tredoblet og seksdoblet i 2050. Dette utfordrer helse- og sosialsektoren på mange måter.

I Stavanger setter endringene for alvor inn i løpet av de neste 6 - 8 årene (19). Frem mot 2025 er det særlig aldersgruppen 70-74 år og 75-79 år som øker. Det vil være flere kvinner enn menn i de eldste aldersgruppene, men forholdstallet endrer seg fordi menn lever lenger enn tidligere. Kvinner over 90 år utgjør i dag 79 prosent av alle over 90, i 2025 vil de utgjøre 73 prosent av alle over 90 år.

Dersom insidens på 14 lårhalsbrudd pr.1000 legges til grunn, vil antall lårhalsbrudd i Stavanger kommune i løpet av 2020 være 250 mot 180 i 2003 (19). Antall pasienter med demenssykdom vil fordobles de neste 25 årene (19).

1.4 Redsel for å falle

Redsel for å falle er et helseproblem for eldre mennesker. Forskjellige definisjoner er knyttet til redsel for å falle (20). I tidlig fase ble redsel for å falle definert som psykologisk traume etter fall, som førte til reduserte aktivitet og videre til reduksjon i funksjonsnivå. Nyere forskning har vist at redsel for å falle også kan oppstå hos mennesker som ikke har opplevd fall, og at det er en sammenheng mellom redsel for å falle og fysiske, psykiske og funksjonelle forandringer hos eldre mennesker. Forskerne er enige om at redsel for å falle har forskjellige årsaker og kan være et større problem for eldre mennesker enn fall (20, 21).

Blant mennesker over 60 år som bor hjemme og som ikke har falt, oppstår redsel for å falle hos mellom 12 % og 65 % av befolkningen (20). Blant mennesker som har hatt tidligere fall, forekommer redsel for å falle mellom 26 % og 92 % av befolkningen. Forekomst av redsel for å falle er høyere hos kvinner enn hos menn.

Sammenlignet med annen redsel som eldre mennesker opplever, for eksempel redsel for å bli utsatt for vold, miste hukommelsen eller få økonomiske vanskeligheter, viser en undersøkelse fra Australia at redsel for å falle er mest fremtredende (21).

Flere studier viser sammenhenger mellom redsel for å falle og redusert aktivitetsnivå (22, 23). Fall og redsel for å falle har felles markører; tidligere fall og mer enn fire medikamenter (24). Mennesker som opplever fall eller utvikler redsel for å falle, kan derfor utvikle en spiral med økende risikofaktorer for fall, redsel for å falle og funksjonsnedsettelse.

1.5 Årsaker til fall

En rekke studier omhandler risikofaktorer for fall (3, 4, 6). Fall forekommer vanligvis ikke som resultat av en årsak, men mer av en kombinasjon av indre, situasjonsbestemte og /eller miljømessige faktorer (3, 25).

Postural kontroll er kontroll med balansen og defineres som evnen til å opprettholde likevekt ved å holde eller returnere kroppens tyngdepunkt over understøttelsesflaten (26). Balanse opprettholdes gjennom et samspill mellom sensoriske signaler, bearbeiding i sentralnervesystemet og muskelaktivitet. Motorisk bevegelse har sammenheng med leddenes mulighet for å beholde bevegelsesutslag, hvilket igjen er avhengig av leddfunksjon, muskler, sener og ligament. Økende alder påvirker de strukturer som er nødvendige for å opprettholde bevegeligheten i leddene. Syn og oppmerksomhet påvirker også postural kontroll og reduseres ved økende alder. Redusert balanse og svikt i postural kontroll kan derfor forårsake fall (25, 26, 27).

Alle sykdommer som rammer sentralnervesystem, muskel og skjelettsystemet, den kardiovaskulære reguleringen og sanseapparatet, vil kunne øke risikoen for fall. De kroniske lidelsene dominerer i høg alder, og mange eldre mennesker har flere slike lidelser. Denne komorbiditet kan resultere i nedsatt bevegelse, mobilitet og nedsatt funksjonsnivå (25).

Inntak av medisin og sammenheng med risiko for fall er påvist i flere studier (3, 4, 25, 28). Medisiner som sovemidler og blodtrykksmidler, andre medisiner som reduserer balanseevne eller medisiner som øker risikoen for blodtrykksfall, kan forårsake fall.

Kognitiv forstyrrelse øker risiko for fall blant eldre mennesker (3). Dessuten øker risiko for alvorlig skade etter fall ved kognitiv svikt, både blant hjemmeboende eldre og eldre som bor i institusjon (29, 30). Blant hjemmeboende eldre med Alzheimers sykdom skader 50 % seg i løpet av et år og 40 % av skadene er forårsaket av fall (30).

Forhold i miljøet som snublefeller eller glatt underlag er også en viktig årsak til fall. Medvirkende til at eldre faller hyppigere enn yngre personer, er at eldre i mindre grad mestrer snublefeller i hjemmet, glatte fortau, trapper, kanter og dårlig belysning (3, 6).

Rutinesvikt eller manglende oppfølging fra helsepersonell kan også føre til fall (25), eksempelvis feil medisinerings eller personell som glemmer å sette forflyttingshjelpemiddel ved siden av pasienten.

Kartlegging av årsaker til fall er vanskelig fordi det ofte ikke er vitne til hendelsen, og den som faller unnlater å fortelle om hendelsen. Kopjar og medarbeidere (2) viser i undersøkelse om hjemmeboende mennesker over 65 år, at ustøhet, svimmelhet eller balansesvikt er hyppigste årsak (46 %) til fall, fulgt av snubling (19 %) og glidning (12 %), mens bevisstløshet, som årsak til fall forekom i kun 7% av tilfellene. Hos 7% var det andre mekanismer, og hos 9 % forble årsaken uavklart.

En rekke studier omhandler markører for fremtidige fall. Den viktigste markøren for fall er tidligere fall (3, 25). Risiko for å falle øker med antall risikofaktorer (3). Prosentvis antall fall som resulterer i skade, øker sammen med økning i antall risikofaktorer (3, 25, 31, 32). De vanligste risikofaktorene er høy alder, nedsatt mobilitet, svimmelhet, nedsatt balanse, nedsatt kognitiv funksjon, nedsatt syn, lav kroppsmasseindeks, tre eller flere kroniske lidelser, fire eller flere medikamenter samt redsel for å falle.

Eldre mennesker er ofte lite kjent med disse risikofaktorene, og de melder oftest ikke fra om behov for hjelp. Konsekvensene av dette er at muligheten for å forebygge fall blir oversett, og at risikofaktorene først blir påvist etter at skader, funksjonssvikt og følelsesmessige traumer har inntruffet.

1.6 Konsekvenser av fall

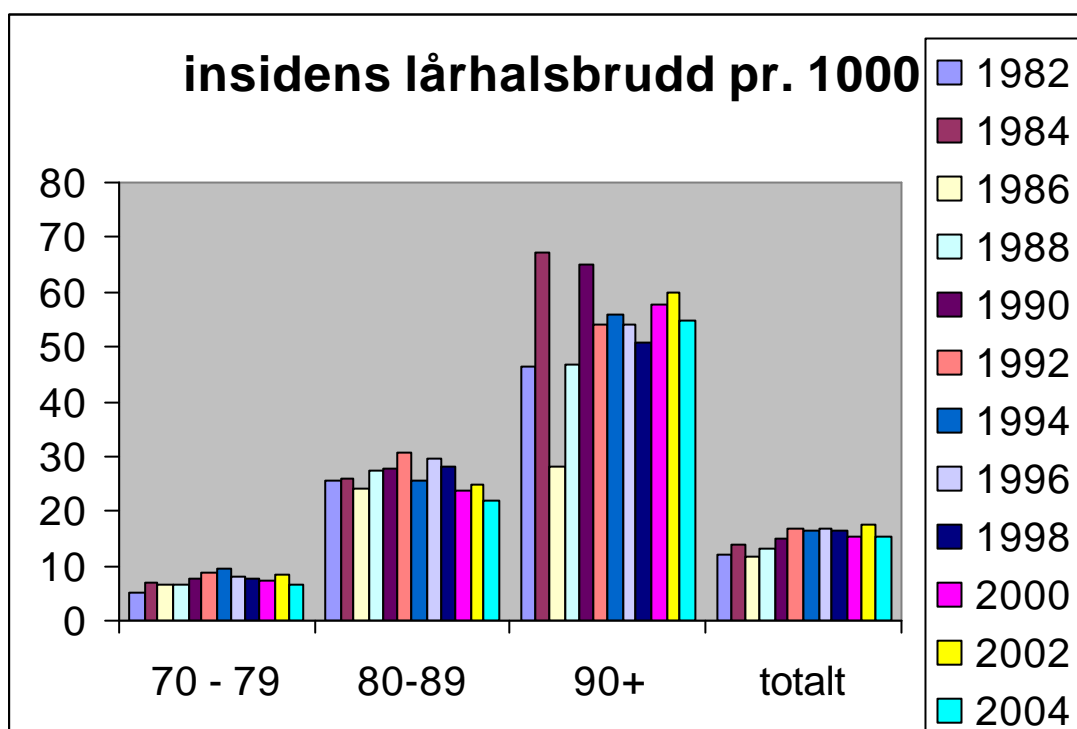
1.6.1. Skader

Beregninger viser at 10-12 % av fallene hos den eldre del av befolkningen resulterer i alvorlig skade (6, 31). Eldre mennesker som overlever et fall med alvorlig skade, opplever økt morbiditet. Sykehusopphold etter fall er dobbelt så langt som opphold etter andre grunner. Sammenlignet med eldre mennesker som ikke faller, opplever pasienter som har falt, større funksjonsnedsettelse, fysisk og sosialt aktivitetsnivå blir i større grad redusert, dessuten er risiko for institusjonalisering større (4).

Halvparten av de alvorlige skadene er bruddskader (31, 33). I Europa er det stor variasjoner i forekomst av bruddskader blant kvinner (34). Skandinavia ligger på verdenstoppen når det gjelder lårhalsbrudd. En undersøkelse i perioden 1994-95 viser geografiske variasjoner i

Norge. Insidensen av lårhalsbrudd er lavest i Finnmark med 8,1 brudd pr 1000 innbyggere og høyest i Oslo med 14,9 brudd pr 1000 innbyggere (35). Insidensen av lårhalsbrudd er omtrent dobbelt så stor blant kvinner som menn. Tall fra diagnoseregisteret ved Stavanger Universitetssykehus viser at insidensen av lårhalsbrudd i 2005 i Stavanger kommune var 15,2 brudd pr 1000 innbyggere.

Tabell 3. Insidens lårhalsbrudd i Stavanger kommune 1982-2004, fordelt på aldersgrupper. (kilde: Stavanger Universitetssykehus)



I Norge er dødelighet inntil et år etter bruddet 15 % – 30 % (6). HUNT undersøkelsen som ble gjennomført i Nord-Trøndelag i årene 1986-1995 viser at sannsynligheten for å dø innen ett år etter lårhalsbrudd er 17 % for kvinner og 31 % for menn (18).

1.6.2. Bruk av tvangstiltak som konsekvens av fall

Hyppig forekomst av fall blant mennesker som lider av demens, kan føre til at helsepersonell tar i bruk mekaniske tvangstiltak som for eksempel sengehest eller fiksering i stol eller seng for å hindre at pasienten faller. Bruk av tvang ble kartlagt i en undersøkelse i norske sykehjem i 2005 (36). Undersøkelsen viser at 45 % av pasientene i skjermede enheter for demente og 37 % av pasienter i ordinære somatiske avdelinger blir utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av en uke. Mekaniske tvangstiltak er ett av de vanligste.

1.6.3. Økonomiske konsekvenser

Lårhalsbrudd krever sykehusinnleggelse som kan medføre komplikasjoner, som infeksjon og blodpropp. Mange eldre kommer ikke tilbake til sitt eget hjem etter sykehusoppholdet,

men blir utskrevet til rehabiliteringsinstitusjon eller sykehjem. En del av pasientene vil være avhengig av øket hjelpebehov i hjemmet. Fall blant eldre mennesker har dermed store økonomiske konsekvenser. Det har ikke vært mulig å finne nyere norske studier som viser de totale kostnader knyttet til lårhalsbrudd.

En finsk studie fra 2003 (37) viser at kostnadene er 14 410 Euro pr pasient det første året etter et lårhalsbrudd. I denne beregningen ligger utgifter til akutt og postakutt behandling, rehabilitering, hjelp i hjemmet, transport, hjelpemidler og medisin. Prisene er beregnet ut ifra nivået i 2003. Selv om kostnadsnivået er forskjellig i Finland og Norge, indikerer summen omfanget av utgifter knyttet til et enkelt lårhalsbrudd.

1.6 Kvalitet i helsetjenesten

Alle som jobber med sosial- og helsetjenester ønsker at tjenestene skal være gode og trygge. Feil og uønskede hendelser i helsetjenesten er likevel et stort problem. Uheldige hendelser i somatiske sykehus forekommer blant 10 % av sykehuspasientene, avhengig av pasienter og definisjon (38). Risikoen for uønskede hendelser øker med pasientens alder, sykdommens kompleksitet og behandlingens art. Dette innebærer at risiko vil øke i fremtiden. Data om uheldige hendelser i kommunehelsetjenesten er ufullstendige og begrenser seg til to slags hendelser; legemiddelfeil og fallulykker.

Gjennom tilslutning til mål og strategier i Verdens Helseorganisasjons (WHO) strategi 'Helse for alle i år 2000' (HFA 2000) (39) har Norge forpliktet seg til å arbeide for at Europaregionenes delmål blir innfridd. Delmål 31 i den norske versjonen av HFA 2000 forplikter Norge til å utvikle effektive systemer som overvåker og garanterer kvalitet i helsetjenesten.

Kvalitet er ikke et entydig begrep men et produkt av ulike elementer som vektlegges og vurderes ulikt, avhengig av ståsted og egne oppfatninger. Kvalitetsbegrepet er verdiladet og subjektivt, og de ulike elementene kan komme i konflikt med hverandre. Kvalitet er vanskelig å vurdere og måle, ordet kvalitet blir definert på forskjellige måter. Det er en pedagogisk utfordring å konkretisere begrepet på en slik måte at brukere, ansatte, ledere og politikere har en felles forståelse. Øvretveit (40) har plassert bruker i fokus i sin definisjon:

Quality in health care is: 'fully meeting the needs of those who need the service most, at the lowest cost to the organisation, within limits and directives set by higher authorities'.

I denne definisjonen ligger at det er viktig ikke bare å gi brukerne gode tjenester, men også å sikre brukerne en rettferdig fordeling av tjenestene. Derimot vet ikke brukerne alltid hva de trenger, eller de etterspør tjenester som ikke er virkningsfulle, eller som kan være direkte skadelige. Det er derfor nødvendig å sikre en faglig vurdering av brukers behov. Kvalitet er ikke ivaretatt ved kun å sikre brukertilfredshet og faglig gode tjenester. Tjenesten må utføres effektivt og uten sløsing for å sikre at ressursene blir brukt hensiktsmessig. Dessuten må tjenesten vær lovlig, det vil si at myndighetskrav i form av lover og forskrifter må følges. Denne kvalitetstilnærming kan summeres i tre dimensjoner: Brukerkvalitet handler om å tilfredstille brukerne på individnivå eller som gruppe. Faglig kvalitet handler om profesjonell vurdering av brukers behov, ut ifra allment aksepterte normer, faglig standard,

rutiner og teknikker. Ledelseskvalitet handler om en rettferdig fordeling av ressurser til brukerne, samt å tilfredsstille myndighetskrav og interne krav.

1.7.1. Kvalitetsmål

'Og bedre skal det bli! (2005-2015)' er tittelen på det norske sosial- og helsedirektoratets nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (41). Strategiens hovedtanke er det gode forløp med brukeren i sentrum. I strategien er tjenester definert som god kvalitet når de er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer bruker og gir medinnflytelse. Dessuten skal tjenestene være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte, være tilgjengelige og rettferdig fordelt.

1.7.2. Systematisk forbedringsarbeid

Generelt kan en si at kvalitetsarbeid er en kontinuerlig forbedringsprosess i forhold til personal- og organisasjonsutvikling. Systematisk forbedringsarbeid setter ansatte i stand til å videreutvikle og forbedre tjenesten ved å bruke etablerte kvalitetsmetoder. Den mest anerkjente metoden i denne sammenheng er Demings' 'prøve og lære metode' eller 'Plan-Do-Study-Act' (42). Metoden går ut på å planlegge hva en ønsker å oppnå, gjennomføre tiltak i henhold til planer, kontrollere resultat i henhold til fastsatte mål, samt å korrigere resultat med hensikt å forbedre tjenesten.

Helsetjenesten i Norge er i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten pålagt å etablere system for internkontroll (43). Hensikten med internkontroll er kvalitetsforbedring. Innholdet i internkontrollforskriften omhandler grunnleggende element som må være på plass, for at virksomheten skal ha tilstrekkelig kontroll med driften. Følgende element i § 4 i internkontrollforskriften handler spesielt om å sikre trygge tjenester og om å forebygge uønskede hendelser:

Pkt. G. Den / de ansvarlige for virksomheten skal skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Hensikten er å finne frem til områder der fare for svikt er stor eller områder der svikt får alvorlige konsekvenser for pasientene.

Pkt H. Den / de ansvarlige for virksomheten skal utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner og rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial og helselovgivningen.

For å ivareta disse elementene bør virksomheten sørge for at det iverksettes rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge uønskede hendelser. Slike tiltak som vanligvis kalles avviksbehandling, behøver ikke bare omfatte hendelser som representerer lov – og forskriftsbrudd. Den kan med fordel omfatte andre type hendelser som virksomheten ønsker å forbedre, for eksempel fallulykker (44).

1.7.3. Tiltak for å hindre fall

Tiltak for å forhindre fall er beskrevet i en rekke studier (45, 46, 47). I en systematisk oversikt publisert i Cochranebiblioteket er effekten av tiltak for å redusere fallinsidensen hos eldre vurdert (47). Hovedkonklusjonen i publikasjonen er at fall kan reduseres ved hjelp av:

1. Tverrfaglige tiltak for å redusere helse og miljømessige risikofaktorer på individnivå og på gruppenivå.
2. Individuell muskelstyrke og balansetrening utført av fagperson i hjemmet.
3. Kartlegging av snublefeller i hjemmet, samt tilrettelegging for eldre mennesker som har falt, utført av fagperson.
4. Seponering av psychotropic medisin.
5. Pacemaker for fallere med forstyrrelser i hjerterytmen.
6. 15 ukers Tai Chi gruppeøvelser.

Et randomisert forsøk med bruk av hofteputer i sykehjem i Norge har påvist en 66 % reduksjon i risikoen for lårhalsbrudd blant sykehjemspasienter (48).

1.7.4. Forebyggende tiltak for å hindre fall i Norge

Forebyggende arbeid for å hindre fall blant eldre har hatt varierende oppmerksomhet i Norge i de siste 20-30 årene. Aktørene har vært både offentlige myndigheter, frivillige organisasjoner og næringslivet gjennom blant annet forsikringsselskaper. På slutten av 1990-tallet fikk det lokale skadeforebyggende arbeidet et oppsving gjennom den tverrdepartementale Handlingsplanen mot ulykker i hjem, skole og fritid 1997-2002 (1) og WHO-konseptet Trygge lokalsamfunn (49). I sammenheng med denne satsingen ble Prosjektet "Trygg i hjemmet" (50) gjennomført i Stavanger kommune. Hensikten med prosjektet var å ta i bruk ny kunnskap for å forebygge fall blant hjemmeboende eldre. Faggruppene var sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Intervensjonen var individuell vurdering og flerfaglige tiltak for å redusere risikofaktorer for fall, samt selvrapporing av fall ved bruk av fallkalender. Målgruppen var hjemmeboende eldre over 75 år. Blant 128 deltakere i prosjektet, rapporterte 56 personer at de falt en eller flere ganger. Av disse fallene resulterte 43 i skader, deriblant 10 bruddskader.

Med bakgrunn i dette prosjektet ble det i Stavanger kommune igangsatt systematisk registrering av alle fall blant hjemmeboende pasienter som mottar hjemmesykepleie, samt blant pasienter i sykehjem. Hensikten med registreringen er å stimulere til individuelle tiltak for å hindre fall, samt å gjøre det mulig å evaluere effekten av tiltakene. Det er utarbeidet en generell rutine for oppfølging av avvik (51), denne rutinen omfatter også oppfølging av fall. Rutinen beskriver gjennomføring av årsaksanalyse, utprøving, evaluering og videreføring av tiltak. Fallforebygging er på denne måten integrert i kommunens kvalitetssystem. Fallregistrering har pågått i 4 år i Stavanger kommune. I 2003 og 2004 ble det registrert 1777 henholdsvis 1498 fall.

1.8 Problemformulering

En rekke forskningsrapporter dokumenterer at det er mulig å forebygge fall blant eldre kvinner og menn som bor hjemme og i institusjon, noe som gjør det lett å bli overbevist om at dette er viktig arbeid. Trygge, sikre og virkningsfulle helsetjenester er et nasjonalt kvalitetsmål og internkontrollforskriften skal bidra til å nå disse målene.

Erfaring viser at implementering av nye tiltak i praksisfeltet er krevende, det er derfor viktig å evaluere tiltak underveis for å finne ut om fallforebygging foregår hensiktsmessig, eller om dette er et område hvor det er nødvendig å gjøre systemforbedringer.

Hvordan oppfatter ansatte forebygging av fall, og i hvilken grad har forskningsbasert kunnskap, nasjonale føringer og interne rutiner betydning for hvordan pasienter som har falltendens, følges opp i praksisfeltet? Hvordan samarbeider ansatte med pasienter og pårørende om forebygging av fall?

1.9 Hensikt og forskningsspørsmål

Den overgripende hensikten med studien er å finne områder for systemforbedring av det fallforebyggende arbeidet som utføres i hjemmet og i sykehjem i Stavanger kommune. For å videreutvikle dette arbeidet er det nødvendig å få mer kunnskap om forekomst og konsekvenser av fall, ansattes oppfatning av fall, hvordan ansatte oppfatter pasienter og pårørendes opplevelser av fall, samt hva som i dag gjøres for å forebygge fall.

Forskningsspørsmål

1. Hvor stort er omfanget av fall blant eldre kvinner og menn som er pasienter i sykehjem og pasienter som får hjemmesykepleie i Stavanger kommune?
2. Hvordan oppfatter ansatte konsekvensene for de som feller?
3. Hvordan oppfatter de ansatte at pasientene og deres pårørende opplever de fall som skjer?
4. Hva skjer i dag for å forebygge fall?

2 TEORI

I dette kapitlet belyses tre teorier som er relevante for denne studien. Den første teorien er om tverrfaglighet, og handler om hvordan arbeidsoppgaver utføres blant ansatte i hjemmesykepleien og i sykehjem. Teori om tverrfaglighet er relevant for å forstå samhandling mellom ansatte, og for å kunne legge til rette for hensiktsmessige former for samarbeid.

En vesentlig del av forebygging av fall handler om å styrke pasientens egne ressurser, de to neste teoriene som beskrives er derfor salutogenese og coping. Antonovskys (52) beskrivelse av den salutogene synsvinkel på helse har betydning for ansattes holdninger til helsefremmende arbeid, fordi teorien handler om å fokusere på ressurser i stedet for på risiko og sykdom. Håndtering av stress og påkjenninger beskrives av Lazarus (53) som det viktigste kriteriet for en god alderdom. Lazarus (53) beskriver coping som en mestringsstrategi i denne sammenheng. Teori om coping er viktig for ansatte for bedre å forstå pasienters atferd, og for å kunne tilrettelegge for at pasientene kan nyttiggjøre sine egne copingstrategier.

2.4 Tverrfaglighet

Fallforebygging er et fagområde hvor det er veldokumentert at årsakene er sammensatt av forskjellige faktorer, og derfor krever en tverrfaglig tilnærming (45, 46, 47). I dette avsnittet tar jeg utgangspunkt i Lauvås og Lauvås (54) sin teori om tverrfaglig samarbeid og Øvretveits (55) teorier om tverrfaglige team.

I følge Lauvås og Lauvås (54) kan et fag være både håndverksfag og vitenskapsfag. Fag kjennetegnes som en kombinasjon av virkefelt, metoder, sannhetskriterier, begreper og teknologi. Ofte deler forskjellige fag felles interesser, noe som innebærer at områder av eksempelvis pasientbehandling overlapper hverandre, mens andre områder dekkes av et fagområde.

Krav til tjenesten har endret seg de senere årene. Lauvås og Lauvås (54) argumenterer for at spesialisering er blitt utstrakt de senere årene; det er blitt vanlig å fokusere på et lite område av virkeligheten. Dette kan føre til at helhetstenkning kommer i bakgrunnen. For å ivareta helhetsperspektivet i pasientbehandlingen er forskjellige fag representert i helse og sosialtjenesten med den forutsetning at fagene utfyller hverandre til beste for pasientene.

Lover og forskrifter innen sosial og helsetjenesten har til hensikt å sikre at tjenestene er individuelt tilpasset brukers behov, er samordnet, ivaretar brukermedvirkning og er tilgjengelige for alle. Arbeidsformen som har til hensikt å ivareta helhetstenkningen og samordningen omtales som tverrfaglig samarbeid (54).

Lauvås og Lauvås har gitt tverrfaglig samarbeid følgende definisjon: 'Tverrfaglig samarbeid er interaksjon mellom representanter fra ulike fag med dobbelt formål: Sikre kvalitet i arbeidet ved at den samlede faglige kompetansen blir utnyttet maksimalt, og ved å utvikle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag, og stimulere til faglig utvikling innen de bidragende fag'.

I engelsk språk omtales tverrfaglighet som 'multidisciplinary' eller 'interprofessional work'. Det er bred forståelse for at 'multi' i denne sammenheng betyr at flere faggrupper jobber

sammen, men ikke nødvendigvis samarbeider. 'Interprofessional working' er i følge Øvretveit (55) definert som 'how two and more people from different professions communicate and cooperate to achieve a common goal'. Fokus i denne definisjonen av tverrfaglig samarbeid er rettet mot kommunikasjon og samhandling.

Lauvås og Lauvås beskriver grad av samhandling mellom profesjonene, i en teori hvor tverrfaglig samarbeid ligger på en akse fra faglig atskillelse, til sammensmelting av fag slik som figur 1 illustrerer.



Figur 1 Tverrfaglig samarbeid

Flerfaglighet i Lauvås og Lauvås sin modell beskriver hvordan hvert fag bidrar til å belyse et problem. Det er ansatt personer i forskjellige fag for å ivareta bestemte funksjoner, men det etableres ingen direkte kontakt mellom de ulike fagområdene. I denne modellen utnyttes sjelden det potensialet som ligger i flerfaglig samarbeid.

Tverrfaglighet i modellen innebærer at forskjellige fagpersoner sammen deltar i kunnskapsinnhenting, analyserer problemområder og planlegge løsninger. Hver faggruppe er uavhengig av de andre profesjonene.

Fellesfaglighet kjennetegnes ved felles metodeforståelse og kunnskap. Resultatet er avhengig av innsats fra alle fagområder involvert, arbeidet er organisert i team, og roller og ansvar deles av mer enn en teamdeltager.

Lauvås og Lauvås (54) beskriver også at tverrfaglighet er sammensatt av to funksjoner, den ene omhandler faglighet: 'Å gi relevant informasjon til de rette personene slik at faglig kunnskap kan integreres og hensiktsmessige beslutninger fattes, dette er det faglige aspektet og redskapet for å nå målet '. Den andre funksjonen av tverrfaglighet fokuserer på relasjoner: 'Å medvirke til en sosial integrasjon mellom deltagerne slik at kommunikasjon får organisasjonen til å fungere som en sosial enhet ved å formidle tilpasning av medlemmenes holdninger, normer og atferd'.

For å skape gode tverrfaglige arbeidsprosesser er det i følge Lauvås og Lauvås (54) en forutsetning at disse to funksjonene er integrert i hverandre, ellers kan relasjonsavklaringer bli det primære og den faglige oppgaven, som skal løses, komme i bakgrunnen.

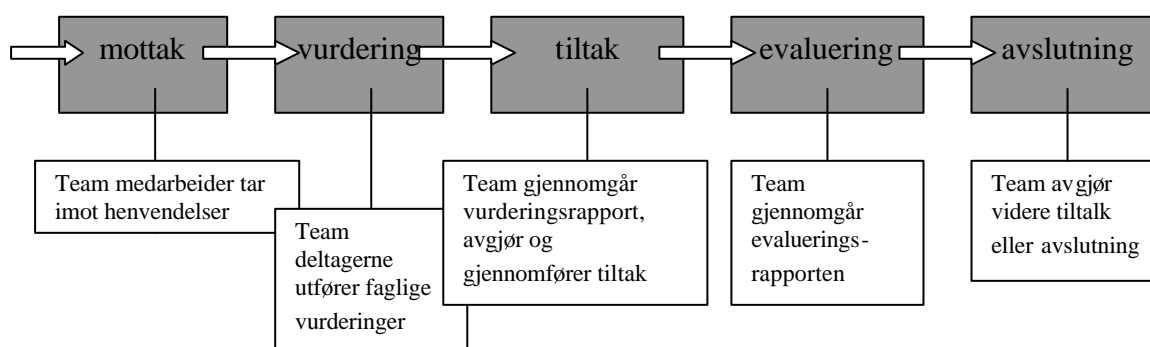
2.4.1 Tverrfaglige team

Øvretveit (55) argumenterer for viktigheten av å kategorisere de tverrfaglige teamene. Hensikten med kategoriseringen er i følge Øvretveit (55); å kunne planlegge det rette teamet for en spesiell oppgave, å kunne gjennomføre forskning i forhold til effektivitet, å hjelpe teamdeltagerne å avklare roller og organisering, samt å sette ledere i stand til å evaluere teamenes resultat.

Den første kategorien team beskrives av Øvretveit i forhold til grad av samhandling. I det ene ytterpunktet av samhandlingen foregår arbeidet i nettverksmøte, medlemskap er frivillig og deltagelsen i møtene endres stadig. Eksempler på samhandling i ytterpunktet av denne kategorien, er de nettverksmøter som avtales i forbindelse med utskriving av pasienter fra sykehus til hjemmet. Deltagelsen i møtene er forskjellig ved hver utskriving. I det andre ytterpunktet er samhandling tett og stabil. Medlemmene er kollektivt ansvarlig for tjenesten som ytes. Eksempler kan være et kommunalt Helse – og sosialkontor, hvor tildeling av tjenester blir avgjort i tverrfaglige team.

Den andre kategorien team beskrives i forhold til medlemskap. Når team har faste deltagere blir teamene mer stabile enn for eksempel nettverksteam. Rettigheter og forpliktelser får betydning når teamene fatter avgjørelser og foretar prioriteringer. Medlemmer i team kan omfatte kjernemedlemmer med myndighet, eller assosierte medlemmer som blir ledet utenfor teamene, og som ikke har myndighet overfor teamets beslutninger (55).

Den tredje kategorien team beskrives ifølge Øvretveit (55) i forhold til de forskjellige prosessene en pasient må gjennomgå på vei til, eller gjennom et tverrfaglig team. Kategorien har spesiell relevans for denne undersøkelsen, fordi den beskriver hvordan ansatte samarbeider for å nå pasientens mål. Rehabilitering er et eksempel på en arbeidsprosess som krever at et tverrfaglig team tar avgjørelser i de forskjellige stadiene av prosessen; ved målavklaring, intervensjon, evaluering og avslutning. Øvretveit kaller denne kategorien 'client pathways and decisionmaking'. Team slik Øvretveit beskriver er en formell, tverrfaglig gruppe rundt en arbeidsprosess. Gruppen har ansvar for hele arbeidsprosessen og for forbedringsarbeidet. Evaluering er viktig for å sikre måloppnåelse og for å få kontroll over ressursbruk.



Figur 2. Øvretveits modell for tverrfaglig samarbeid

Den fjerde kategorien beskrives i forhold til ledelse. Øvretveit (55) beskriver to hovedutfordringer knyttet til ledelse av tverrfaglige team, den ene er å sikre den enkelte deltagers autonomi i forhold til fagutøvelse og erfaring. Den andre hovedutfordringen er å

sikre en helhetlig ressursutnyttelse fra deltagerne i teamet. Øvretveit beskriver fem forskjellige ledelsesmodeller for arbeidet i team. Den første modellen er profesjonsledelse, den enkelte deltager i teamet er ledet av sin egen fagleder. Eksempel på denne ledelsesformen er nettverksteam. I den andre modellen ledes alle faggruppene av en leder. Den tredje modellen beskriver delt ledelse, det vil si at team koordinator og faglig overordnet sammen ivaretar ledelse i teamet. Den fjerde ledelsesmodellen beskrives av Øvretveit der kontraktør utenfor organisasjonen leder teamarbeidet mens den femte modellen har en struktur hvor flere av de foran nevnte modellene inngår.

2.2 Salutogenese

Peter Hjort (56) definerer god helse som de sosiale, personlige og fysiske ressurser som gjør at vi har overskudd i forhold til dagens krav. Begrepet er positivt og fokuserer på egne ressurser, samtidig som den omhandler samfunnets ansvar for å legge til rette for mestring.

Berg (57) beskriver i en norsk undersøkelse eldre mennesker sitt syn på egen helse som ”å være i stand til å være den personen jeg er, å være i stand til å gjøre det jeg vil gjøre, føle velvære og ha styrke”. Det som fremmer helse, blir beskrevet som ”å bli muliggjort gjennom å være den personen jeg er, gjennom informasjon og kunnskap, gjennom håp og motivasjon”.

Hjorts definisjon av helse, sammen med utsagn fra eldre mennesker om syn på helsefremmende arbeid, kan opptas i et salutogent syn på helse. Antonovsky (52) forklarer hvordan en person beveger seg mot helse i en helse 'ease / dis-ease continuum', ved å nyttiggjøre seg tilgjengelige ressurser. Denne modellen har relevans både for helsepersonell, pasienter og pårørende fordi modellen handler om å fokusere på det som er friskt i et menneske, og om å tilrettelegge for egen mestring.

Antonovsky beskriver at menneskene aldri er helt friske eller helt syke, men hele tiden beveger seg mellom to poler; frisk og syk. Alle mennesker skal dø en gang, og alle er så lenge de lever, til en viss grad friske. Ved å ta en salutogen innfallsvinkel undersøkes det hvor pasienter befinner seg på aksene mellom syk og frisk, for å fokusere på hvordan pasienten kan bevege seg mot den friske polen på aksene.

Kjernen i denne modellen er 'Kjensle av samanheng' eller 'KASAM', (Sense of Coherence, SOC) som er en teoretisk forståelse for hvorfor ressurser som for eksempel sosial støtte, mestring, kunnskap og materielle goder fremmer helse. Graden av 'KASAM' ligger til grunn for hvor vi befinner oss mellom polene frisk og syk.

Begrepet 'KASAM' omfatter tre dimensjoner: begripelighet, håndterbarhet, og meningsfullhet. Antonovsky definerer KASAM på følgende måte.:

'Kanslan av sammanhang ar en global hållning som uttrykker i vilken utstreckning man har en gjennomtrangande och varaktig men dynamisk kansla av tillit till att (1) de stimuli som harror från ens indre och yttre varld under livets gang er strukturerade, forutsigbare och begripliga, (2) de resurser som kravs for at man skal kunna mota de krav som dessa stimuli staller på en finns tillgangliga, och (3) dessa krav er utmaningar, varda og engagemang'(52, side 46).

Begripelighet utgjør kjernen i definisjonen, hvordan man opplever indre og ytre stimuli, at denne er forståelig og strukturert, og ikke tilfeldig og kaotisk. Håndterbarhet er i den grad man opplever at de ressurser står til disposisjon som kan bidra til å møte de krav som en stilles overfor. Meningsfullhet er i følge Antonovsky begrepets motivasjonskomponent, i hvilken utstrekning man opplever at livet er meningsfullt, og at de krav og problem livet stiller en overfor er verd å investere energi og engasjement i. På den måten er utfordringer også velkomne og ikke bare en byrde.

KASAM referer derfor til de egenskaper som støtter mestring. Personer med sterk KASAM bedømmer stress som mer positivt og mindre konfliktfylt enn en person med svak KASAM. Den bakenforliggende tillit til at ting ordner seg, at man har ressurser til å håndtere situasjoner og at det som er forvirrende vil bli forståelig utgjør en ressurs. En person med sterk KASAM, vil derfor ønske å bli motivert til mestring, vil forstå utfordringene, og vil forstå at mestringsressursene er tilgjengelige.

2.3 Coping

Lazarus og Lazarus (53) beskriver hvilke påkjenninger eldre mennesker vanligvis står overfor. I tillegg til kronisk sykdom og problemer i dagliglivet, gir tapsfølelse og bekymring for tap, grunnlag for stress. Studier viser også at fall, og redsel for å falle er en påkjenning som har betydning for pasienters livskvalitet (20, 21). Andre studier (58, 59) viser at pasienter ofte opplever råd og veiledning for å forebygge fall som en påkjenning.

I dette avsnittet tar jeg utgangspunkt i Lazarus sine teorier om coping og hvordan effektiv coping gjør det mulig for eldre mennesker å holde stress på et moderat nivå, og dermed leve med påkjenningene, uten å skape psykisk eller fysiologisk skade.

I følge Lazarus er det mulig å beskrive coping både som en struktur, en stabil individuell tilstand og som en prosess, som innbærer hvordan coping foregår. Fordi mennesker har forskjellige ønsker og behov for seg selv og omgivelsene, har de også foretrukne strategier og måter å forholde seg til hendelser på. Individuelle strukturelle personlighetstrekk er derfor avgjørende for menneskers copingstil.

Coping defineres av Lazarus som et tentativt forsøk på å håndtere stress, i stedet for kun å fokusere på det som fører til suksess. Dersom forsøk på å håndtere stress mislykkes gjøres nye forsøk. Lazarus forklarer på denne måten forskjell mellom coping og mestring. Ikke alle problem i livet kan mestres, men vanligvis er det mulig å håndtere problemene. Dette innbærer at det er mulig å akseptere og lære å leve med en vedvarende vanskelig situasjon.

Lazarus skiller mellom to hovedkategorier, eller to copingstrategier. Den ene er handlingsfokusert coping, den andre er emosjonsfokusert. Handlingsorientert coping innebærer problemløsende atferd for å redusere stress. Emosjonsfokusert coping handler om å håndtere og å kontrollere følelsene. Det gjøres ingen forsøk på å forandre situasjonen, muligens fordi en ikke har tro på at forandringer er mulig.

I vanskelige situasjoner brukes vanligvis begge copingstrategiene, fordi det er nødvendig samtidig å kontrollere følelser, og forandre situasjonen som oppstår. I hvilken grad den ene strategien dominerer over den andre er avhengig av personlighet og av type hendelse.

Noen personer og/eller kulturer verdsetter forsøk på å forandre omgivelsen mer enn å tilpasse seg å godta situasjonen. Andre personer og miljøer støtter harmoni og tilpassing, mer enn å kjempe mot forandringer.

Valg av copingstrategi vil derfor ha betydning for hvordan pasienter håndterer utfordringer knyttet til redsel for å falle og tiltak for å forebygge fall. Pasienter som nyttiggjør seg handlingsorienterte copingstrategier vil nyttiggjøre seg tiltak på en mer aktiv måte, enn pasienter som bruker mer ensidig emosjonsfokusert coping.

3 METODE

3.4 Om metodevalg

Forskningsspørsmålene leder frem til et evalueringsdesign. Hensikten med evalueringsstudier er, ifølge Øvretveit å vurdere effekten av en intervensjon, policy eller tjeneste (60). Ett av målene i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten i Norge, er at tiltak skal være virkningsfulle og bygge på dokumentert kunnskap. Det er derfor nødvendig i større grad å gjøre systematisk evaluering av tiltak og tjenester, som bygger på vitenskapelige metoder, i motsetning til individuell vurdering og synsing. Hovedhensikt med all evaluering er å danne kunnskapsgrunnlag for beslutninger (60, 39). To definisjoner av begrepet evaluering er relevante for denne studien. Den ene er definert i WHO programmet Health for All (39):

'A systematic way of learning from experience and using lessons learnt to improve current activities and promote better planning by carefully selection of alternatives for future action.'

Denne definisjonen peker på nødvendigheten av systematikk som grunnlag for erfaringslæring, som igjen skal føre til planlegging og forbedring av tjenesten.

'Evaluation is attributing value to the evaluated by gathering reliable and valid information about it in a systematic way, and by making comparison, for the purposes of making more informed decisions or understanding causal mechanisms or general principle (60)'.

Øvretveits definisjon er mer detaljert enn WHO's definisjon, og peker på flere viktige aspekter. Det ene er viktigheten av å avklare hva som evalueres. I denne studien er det blant annet tiltak for å hindre fall som vurderes. Et annet aspekt i definisjonen er at evaluering alltid handler om å gjøre sammenligninger. Det kan være å sammenligne status før og etter en intervensjon, å sammenligne behov før og etter en intervensjon, å sammenligne hensikten med det som blir evaluert med måloppnåelse, eller å sammenligne arbeidsprosesser i henhold til standardbeskrivelser og retningslinjer. Et tredje aspekt handler om verdisetting. I evalueringen blir data samlet inn, analysert og presentert, og det er mottakerne av evalueringen som avgjør i hvilken grad det som evalueres har verdi. Verdisetting er også en del av evalueringen, ettersom det er sammenligningen i seg selv som gjør det mulig å si noe om verdien av det som evalueres, for eksempel verdien av oppfølging av fall. Hensikten med evaluering er i følge Øvretveit (60) å danne beslutningsgrunnlag eller for å forklare sammenhenger og prinsipper. En evaluering vil ofte indikere at det er nødvendig å gjøre forandringer for å bedre tjenesten. Dersom studien viser behov for endring blir kommunikasjonsprosessen samt fremstilling av rapport viktig.

Øvretveit beskriver seks forskjellige evalueringsdesign (60):

1. Deskriptiv, som egentlig ikke en evaluering fordi den ikke inneholder en sammenligning. Evaluator trekker ut kjennetegn fra intervensjonen, eller beskriver menneskene som mottar intervensjonen.
2. Revisjon, evaluator sammenligner de handlinger som utføres med det som var planlagt å gjøre, eller som er beskrevet i krav eller retningslinjer.

3. Før – etter sammenligning, data sammenlignes før og etter en intervensjon.
4. Sammenligning av forskjellige intervensjoner.
5. Randomisert kontrollert forsøk, effekt av intervensjon sammenlignes med kontrollgruppe.
6. Intervensjon i en organisasjon før og etter intervensjon.

3.5 Evalueringsdesign

I dette studiet inngår de to første av Øvretveits modeller. I den deskriptive modellen beskrives personen som faller og konsekvenser av fallet. Beskrivelsen bidrar til å belyse fokusområder.

Den andre modellen er revisjon, som innebærer at oppfølging og tiltak beskrives og sammenlignes med retningslinjer og faglige normer.

Alle fall som skjer med pasienter i sykehjem og pasienter som får hjemmesykepleie blir registrert i skjema for avvik, vedlegg 1. Dette skjemaet er felles for alle avvik / uønskede hendelser, og er ikke et skjema som er spesielt utarbeidet for denne undersøkelsen. For å få kunnskap om pasienter som faller og hvilke tiltak som iverksettes, anvendes data fra registreringsskjema for avvik.

Registreringsskjema for avvik inneholder en rubrikk for føring av de tiltak som igangsettes for å forbygge at hendelsen skjer på nytt. Erfaringer viser at denne rubrikken ofte ikke fylles ut. Dette kan ha forskjellige årsaker: Ansatte vil ikke bruke tid på gjentakelse av tiltak som er beskrevet tidligere, fordi pasienten har hyppig forekomst av fall. Tiltak står beskrevet i andre deler av pasientjournalen. Tiltak blir gjennomført uten at det foreligger dokumentasjon.

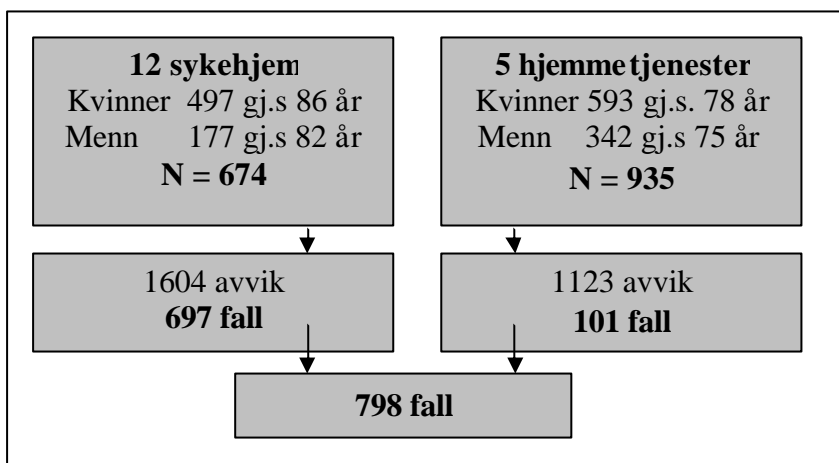
For å svare på forskningsspørsmålet; *Hva skjer med pasienter som faller, for å hindre nye fall?* var det derfor nødvendig å innhente informasjon fra andre kilder enn avviksskjema. Kvalitativ metode ved bruk av fokusgruppeintervju er en hensiktsmessig måte for å få denne informasjonen. Data fra fokusgruppeintervju med ansatte ved sykehjem og i hjemmesykepleien ble innhentet sammen med data fra registreringsskjema for avvik.

3.6 Den kvantitative studien

Ledere ved 19 sykehjem og åtte hjemmetjenester fikk informasjon om undersøkelsen og ble invitert til å delta i den kvantitative datainnsamlingen. Deltagelse fra den enkelte tjeneste innebar at tillatelse ble gitt fra virksomhetsleder til å ta ut lister over elektronisk registrerte avvik i aktuelle sykehjem og hjemmebaserte tjenester, fra perioden 1.1.til 31.4.2006.

Virksomhetsledere ved 12 av 19 sykehjem og fem av åtte hjemmebaserte tjenester takket ja til å delta. Pasienter fra disse sykehjemmene og fra hjemmebaserte tjenestene, totalt 1609 personer, utgjorde utvalget. Av disse var det 935 pasienter som mottok hjemmesykepleie, og 674 var pasienter i sykehjem.

Gjennomsnittsalderen for pasienter i sykehjem var 86 år for kvinner og 82 år for menn. Fordeling var 74 % kvinner og 26 % menn. For pasienter i hjemmet var gjennomsnittsalder 78 år for kvinner og 75 år for menn, og fordelingen var 63 % kvinner og 37 % menn.



Figur 2. Utvalget av pasienter som falt

3.3.1. Analyse

Totalt antall rapporterte avvik i periode var 2727, av disse var 798 fall. Data fra det enkelte avviksskjema som beskrev fall, ble lest fra elektronisk pasientjournal og registrert i statistikkprogrammet SPSS (Statistical Package Software System) versjon 13.00. Hvert fall ble registrert med opplysninger om alder og kjønn, registreringssted, eventuell skade og skadeomfang. Videre ble følgende tiltak registrert; kartlegging, medisinsk undersøkelse, fysioterapi, ergoterapi, tilsyn, mekanisk tvang, hoftebukse, sko/sklisikre sokker, alarm, veiledning, miljøtiltak, medikamentendring eller ingen tiltak.

Data fra fallregistreringene utgjorde *datasett 1 – fallregistrering* og gav informasjon om det enkelte fall. Datasett 1 ble aggregert til *datasett 2 - aggregert fallregistrering* ved manuelt å summere antall fall knyttet til hver pasient. Datasett 2 gav informasjon om kvinner og menn som falt i sykehjem eller i hjemmet. Det ble utarbeidet oversiktstabeller med variabelfordeling fra begge datasettene, Chi – 2 test ble brukt for å analysere signifikans. Forekomst av fall ble regnet ut.

3.7 Den kvalitative studien

Fokusgruppeintervju ble brukt både for å supplere data fra registreringskjema fall, og for å beskrive omstendighetene omkring fall og konsekvenser dette hadde for pasientene, pårørende og ansatte. Fokusgruppeintervju er en form for strukturert samtale omkring et fokusområde, og på den måten et alternativ til å innhente opplysninger ved bruk av spørreskjema (61).

Fordelen med fokusgruppeintervju fremfor individuelt intervju, er blant annet at fokusgruppeintervju gir mulighet for mye informasjon på kort tid, og at kommentarer fra

den enkelte gruppedeltager blir stimulert av andres meninger (61). Ved å mobilisere assosiasjoner og fantasi bidrar gruppedynamikken til å skape fortellinger. Dette er aktuelt for å evaluere erfaringer. Samtale i fokusgruppe kan også øke bevisstheten omkring et tema. Dessuten ligger det en kvalitetskontroll i datainnsamlingen, fordi deltageren har mulighet til å korrigere hverandre.

Metoden har også ulemper; en eller flere deltagere kan lett dominere gruppen, konflikter kan oppstå og konfidensialitet er vanskelig. Dessuten er ikke resultatene generaliserbare, ettersom de kun representerer deltagerne i gruppen (61). Deltagerne i fokusgruppen kan også idyllisere framstillingen. Samhandling i gruppen reduserer også intervjuerens kontroll over intervjusituasjoner, og stiller derfor store krav til gruppens leder. Samtalen ledes av en moderator som har to viktige roller; å holde samtalen innen de fokusområder som er definert og å fasilitere gruppesamtalen.

Fokusgruppeintervju ble valgt for å utnytte dynamikken i gruppen til å fokusere på tema, og for å få mest mulig informasjon. Det ble sendt skriftlig forespørsel om deltagelse til virksomhetsledere ved to sykehjem og fire hjemmebaserte tjenester (Vedlegg 2). Brevet inneholdt informasjon om studien og informasjon om metoden fokusgruppeintervju. Virksomhetsledere ved to sykehjem og to hjemmebaserte tjenester takket ja til å delta i fokusgruppeintervju. En heterogen gruppe av ansatte ble sammensatt fordi fallforebygging i stor grad handler om tverrfaglig samarbeid. Det vil i denne sammenheng si en gruppe med forskjellige fagpersoner og ledere. Felles for alle deltagerne i intervjuene, var at de forholdt seg til pasientene og / eller til kvalitetssystemet i tjenesten. Gruppedeltagerne fikk informasjon om metoden i forkant av intervjuet (Vedlegg 3).

Fire fokusgrupper ble gjennomført med følgende deltagelse:

Gruppe 1; Virksomhetsleder, sykepleiere, avdelingssykepleier, to omsorgsarbeidere.

Gruppe 2; Avdelingssykepleier, sykepleier, hjelpepleier, to omsorgsarbeidere.

Gruppe 3; Virksomhetsleder, lege, fagutviklingssykepleier, fysioterapeut, sykepleier og to omsorgsarbeidere.

Gruppe 4; Sykepleier, en hjelpepleier og en omsorgsarbeider.

Forsker var selv moderator og ledet gruppene. Det ble utarbeidet en intervjuguide i forkant. Hovedtemaene i intervjuguiden var omstendighetene omkring fallet, hvem faller, hva tid, på hvilket sted og hvorfor. Ansattes tanker omkring den enkelte pasient og pårørende sine opplevelser i forbindelse med fallsituasjonen var tema, i tillegg til hvilke tiltak som blir iverksatt for å hindre fall. Intervjuene var semistrukturert, det vil si at temaene var bestemt på forhånd, men rekkefølgen av spørsmålene og ordlyden som ble brukt, varierte i de forskjellige intervjuene. Intervjuene ble gjennomført i virksomhetenes lokaler. Hvert intervju varte fra 45 til 60 minutt. Samtalene ble tatt opp på lydbånd. Kun tre samtaler ble transkribert fordi lydbåndopptak fra ett intervju ble ødelagt, med det resultat at data fra dette intervjuet ikke inngår i analysen.

Materialet fra fokusgruppeintervjuene ble analysert ved bruk av Kirsti Masteruds modell for analyse av kvalitative data. Denne modellen er modifisert på bakgrunn av modellen til Mille og Crabtrees, *Editing analysing style* (62). Malteruds analysemodell består i å identifisere enheter i teksten som danner grunnlag for utvikling av kategorier, som igjen brukes for å organisere teksten slik at meningsinnholdet kommer frem. Den teoretiske forankringen i Malteruds modell er i Giorgis` fenomenologisk tenkning, som beskriver at målet med analysen er å utvikle informantenes erfaringer og livsverden innen et felt.

Malteruds modell inneholder fire forskjellige analysetrinn; først å lese gjennom materialet for å få et helhetsinntrykk, deretter systematisk å organisere og kode materialet i meningsbærende enheter, i det tredje trinnet abstraheres kunnskapen som hver av kodegruppene representerer og til slutt sammenfattes materialet i nye beskrivelser og begreper.

3.8 Metodekritikk

Dette studiet er en intern evaluering av tjenester i Stavanger kommune. I min stilling som kvalitetsrådgiver har jeg arbeidsoppgaver knyttet til det fagområdet som blir evaluert. Jeg har derfor god kjennskap både til organisasjonen, ansatte og praksisfeltet. Ulempen ved intern evaluering er at mine vurderinger kan påvirke datainnsamlingen og på den måten utgjøre en informasjonsskjevhet. Etersom hovedhensikten med evaluering er å identifisere forbedringsområder for å danne grunnlag for beslutninger, kan intern evaluering også være en fordel. God kjennskap til fagområdet, kulturen og dataene kan bidra til å stille de rette spørsmålene.

Den kvantitative delen av undersøkelsen var en retrospektiv undersøkelse hvor skjema for fall ble hentet fra elektronisk pasientjournalene ved hjelp av en søkefunksjon. Data fra alle personer som er registrert med fall ble tatt med i undersøkelse, det var derfor ikke noe bortfall.

Reliabilitet sier noe om i hvilken grad måleprosedyrene er pålitelige og stabile og om resultatet er repeterbare uavhengig av hvem som gjør undersøkelsen. Erfaring viser at ansatte i sykehjem registrer langt flere fall enn ansatte i hjemmebaserte tjenester. Antall fall som rapporteres er avhengig av at helsepersonell er tilstede, eller blir fortalt om hendelsen. Dette kan føre til underrapportering av fall i hjemmet. Reliabiliteten vurderes å være høy for rapportering av forekomst av fall i sykehjem, men ikke i hjemmebaserte tjenester.

Seleksjonsskjevhet oppstår når utvalget ikke er representativt for den gruppen som skal undersøkes. Utvalget til både den kvantitative og den kvalitative undersøkelsen ble trukket på grunnlag av frivillighet. Dette kan innebære at virksomheter hvor leder er spesielt opptatt av fallforebygging og systematisk kvalitetsarbeid er overrepresentert i studien. Resultatene vil da ikke være representative for alle virksomhetene i Stavanger kommune.

Validitet eller generaliserbarhet uttrykker i hvilken grad resultatene virkelig handler om det som skal undersøkes, kan vi stole på at resultatene forteller hvor mange som faller eller hvordan fall følges opp i sykehjem og i hjemmebaserte tjenester i Stavanger kommune?

En bred definisjon av avvik er brukt i registreringen, begrepet fall er ikke spesielt definert. Dette innebærer at en hendelse som eksempelvis å skli ut av stolen, kan bli registrert som fall. Manglende entydighet i hva som oppfattes som fall kan påvirke validiteten, det vil si i hvilken grad vi måler det vi skal måle, i denne studien forekomst av fall. En definisjonsavklaring i forkant kunne ha bedret validiteten.

Når helsepersonell rapporterte fall i elektronisk pasientjournal blir alder og virksomhetstype automatisk registrert, disse dataene vil derfor være valide.

Registreringsskjema som ble brukt ble ikke utarbeidet spesielt for denne studien, og ansatte som fylte ut skjemaet var på det tidspunkt de gav opplysningen ikke klar over at informasjonen ville bli brukt i en undersøkelse.

Helsepersonell vurderte og beskrev alvorlighetsgrad, skadeomfang og oppfølgingstiltak i egne rubrikker. Erfaring viste at skjemaene ofte var mangelfullt fylt inn. Det kan bety at ansatte kanskje har utført andre tiltak enn det som er dokumentert i skjema og at det sannsynligvis var en underrapportering av tiltak for å hindre fall.

For å styrke validiteten ble det derfor også gjennomført fokusgruppeintervju med ansatte i sykehjem og hjemmesykepleie. Gruppesamtalene ble gjennomført ved hjelp av en intervjuguide, for på den måten å unngå ledende spørsmål, for å belyse samme tema i alle gruppene samt for å tilstrebe åpne svar. Sannsynligvis kommer ikke all kunnskap frem med denne metoden. Grunnen kan være at ikke alle aktuelle tema løftes fram, eller fordi det er mulig at noen informanter dominerer samtalen med egne synspunkt. Metoden fokusgruppeintervju kan derfor være med å svekke validiteten i en kvalitativ undersøkelse, men i denne undersøkelsen var den med å utdype de feltene i avviksskjema som var mangelfulle.

3.9 Ethiske vurderinger

Helsinki- deklarasjonens grunnleggende prinsipper for all medisinsk forskning ligger til grunn for arbeidet. I denne sammenheng handler det først og fremst om å verne om deltagerens verdighet ved å ivareta anonymitet, konfidensialitet og taushetsplikt. Data som beskriver fall og oppfølgingstiltak, er hentet fra elektronisk pasientjournal. Pasientenes personvern er sikret ved at alle persondata er anonymisert. Data ble manuelt registrert fra pasientjournal til statistikkprogram uten at det ble tatt utskrift av avviksskjema. Dette reduserte risiko for feilaktig spredning av pasientopplysninger.

Undersøkelsen handler også om vurderinger av tiltak som blir gjort av ansatte i Stavanger kommune. Dette kan muligens oppfattes som kontroll av faglig kvalitet på det arbeidet som utføres. Det fokuseres derfor på at studiets` hensikt er å finne områder for systemforbedring. Personvernet for ansatte ble ivaretatt ved at deltagelse var frivilling. Lydbåndopptak fra fokusgruppeintervju blir oppbevart i låsbart skap.

Studien ble etisk vurdert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Vest – Norge i møte 25.11.04. Etersom identifiserbare opplysninger skulle forskes på, ble studien godkjent under forutsetning av at Sosial og helsedirektoratet gav fritak om taushetsplikten. Fritak fra taushetsplikten ble gitt i brev fra Sosial og helsedirektoratet datert 23.12 2005.

4 RESULTATER FRA DEN KVANTITATIVE STUDIEN

Resultat fra den kvantitative undersøkelsen presenteres i dette avsnittet. Først beskrives forekomst og konsekvenser av fall, deretter beskrives pasientene som faller, og de tiltak som iverksettes for å hindre nye fall. Tilslutt listes opp eksempler i fritekst fra registreringsskjema som beskriver rutinesvikt som årsak til fall.

Av utvalget falt 363 personer i løpet av perioden; 302 personer falt på sykehjem, dette utgjorde 45 % av utvalget. I hjemmet falt 59 personer, som utgjorde 6 % av utvalget. For to personer ble det registrert fall både på sykehjem og i hjemmet. Disse pasientene bodde hjemme og hadde korttidsopphold i sykehjem i registreringsperioden.

Chi Square test viste ingen signifikante forskjeller mellom andelen menn og kvinner som falt i sykehjem og hjemme.

Blant pasienter i sykehjem falt 56 % en gang, mens 44 % falt mer enn en gang. Gjennomsnitt antall fall blant pasienter i sykehjem som falt mer enn en gang var fire. Høyest antall fall pr pasient var 23.

Blant de som falt i hjemmet, var 25 % registrert med mer enn ett fall. Gjennomsnittelig antall fall for pasienter i hjemmet som falt mer enn en gang var 3,5, og høyeste antall fall pr pasient var ni. Tabell 8 viser antall fall pr pasienter fordelt på kjønn og virksomhetstype.

4.1 Forekomst og konsekvenser av fall

Tabell 4 viser at det totalt ble registrert 798 fall i perioden 1.1.- 30.4. 2006. Av disse skjedde 697 fall i sykehjem og 101 fall i hjemmet. I sykehjem resulterte 21,5 % av fallene i skade, tilsvarende for pasienter i hjemmet var 20 %.

Tabell 4. Antall fallregistreringer med og uten skade, fordelt på sykehjem og hjem

	<i>Sykehjem</i>		<i>Hjemme</i>		<i>Total</i>	
	Antall fall	(%)	Antall fall	(%)	Antall fall	(%)
Fall						
Uten skade	547	(78,5 %)	81	(73 %)	628	(79 %)
Med skade	150	(21,5 %)	20	(20 %)	170	(21 %)
Totalt	697	(100 %)	101	(100 %)	798	(100 %)

Tabell 5 viser at 67 % av skadene i sykehjem ikke hadde alvorlige konsekvenser, 25 % av fallene resulterte i legetilsyn og 8 % av skadene resulterte i sykehusinnleggelse. I hjemmet var 45 % av skadene lite alvorlige, 50 % av skadene resulterte i legetilsyn og ett fall resulterte i sykehusinnleggelse.

Tabell 5. Antall fall med skade fordelt på alvorlighetsgrad og virksomhetstype.

Alvorlighetsgrad	<i>Sykehjem</i>		<i>Hjemme</i>	
	Antall fall	(%)	Antall fall	(%)
Ikke alvorlig	100	(67 %)	9	(45 %)
Skade med legetilsyn	38	(25 %)	10	(50 %)
Skade med sykehusinnleggelse	12	(8 %)	1	(5 %)
Totalt	150	(100 %)	20	(100 %)

Tabell 6 viser at i aldersgruppene under 70 år og 70 – 79 år var høyest andel fall blant menn. I aldersgruppene 80 – 89 og over 90 år skjedde flest fall blant kvinner. Felles for begge kjønn var at flest fall skjedde i aldersgruppen 80 – 89 år.

Tabell 6. Antall fall fordelt mellom kvinner og menn.

Alderskategori	<i>Menn</i>		<i>Kvinner</i>		<i>Totalt</i>	
	Antall fall	(%)	Antall fall	(%)	Antall fall	(%)
Under 70 år	38	(14, 0 %)	21	(4, 0 %)	59	(7, 4 %)
70 - 79 år	77	(28, 4 %)	76	(14, 4 %)	153	(19, 2 %)
80 - 89 år	100	(36, 9 %)	239	(45, 4 %)	339	(42, 5 %)
over 90 år	56	(20, 7 %)	191	(36, 2 %)	247	(31, 0 %)
Totalt	271	(100 %)	527	(100 %)	798	(100 %)

Tabell 7 viser antall fall med og uten skade fordelt på kjønn og alderskategori.

Av 798 fall resulterte 170 fall i skade. Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller i antall fall i aldersgruppene under 79 år og gruppen over 90 år. I aldersgruppen 80 – 89 viste Chi – square test en signifikant forskjell; flere fall med skade ble registrert hos menn enn hos kvinner i denne aldersgruppen.

Tabell 7. Antall fall med og uten skade fordelt på alder og kjønn.

Alderskategori	Kjønn	<i>Skade</i>		<i>Ikke skade</i>		p-verdi
		n	(%)	n	(%)	
under 70 år	menn	8	(57 %)	30	(67 %)	,538
	kvinner	6	(43 %)	15	(33 %)	
	totalt	17	(100 %)	45	(100 %)	
70 - 79 år	menn	11	(41 %)	66	(52 %)	,296
	kvinner	16	(59 %)	60	(48 %)	
	totalt	27	(100 %)	126	(100 %)	
80 - 89 år	menn	28 *	(41 %)	72	(27 %)	,026
	kvinner	41	(59 %)	60	(48 %)	
	totalt	69	(100 %)	270	100 %	
over 90 år	menn	15	(25 %)	41	(22 %)	,600
	kvinner	45	(75 %)	146	(78 %)	
	totalt	60	(100 %)	187	(100 %)	

4.2 Beskrivelse av pasienter som falt

Tabell 8 viser fordelingen av antall fall pr pasient i sykehjem og i hjemmet. I sykehjem falt 170 av 301 pasienter en gang i perioden, i hjemmet falt 42 av 59 pasienter en gang. Høyest antall fall pr pasient i sykehjem var 23 , tilsvarende for pasienter i hjemmet var 7.

Tabell 8. Antall fall pr pasient fordelt på kjønn og virksomhetstype.

<i>Virksomhetstype</i>	<i>Antall fall</i>	<i>Menn</i>	<i>Kvinner</i>	<i>n</i>
Sykehjem	1	47	123	170
	2	21	37	58
	3	7	26	33
	4	2	7	9
	7	2	1	3
	8	2	1	3
	9	2	1	3
	10	0	1	1
	12	0	1	1
	14	0	1	1
	18	1	0	1
	19	1	1	2
	23	0	1	1
		92	210	302
Sykehjem og hjem	3	1	1	2
Hjem	1	10	32	42
	2	3	4	7
	3	2	4	6
	4	0	1	1
	6	0	1	1
	7	1	1	2
		16	43	59

Totalt hadde 45 pasienter behov for legetilsyn etter fall, 35 i sykehjem og 10 i hjemmet. Omregnet viser resultatet at 12 av 100 pasienter i sykehjem, og 17 pasienter av 100 i hjemmet hadde behov for legetilsyn etter fall.

4.3 Beskrivelse av tiltak registrert for å hindre nye fall

Tabell 9 viser at i sykehjem var tilsyn det tiltaket som hyppigst ble registrert for å hindre nye fall, etterfulgt av miljøtiltak. Andre tiltak i prosentvis rekkefølge var alarm, kartlegging, mekanisk tvang og hoftebukse. I mindre enn to % av fallene ble medikamentendring, medisinsk undersøkelse eller ergoterapi registrert som tiltak.

I hjem var veiledning det hyppigste tiltaket for å hindre fall etterfulgt av miljøtiltak, alarm og kartlegging. To % av fallene ble fulgt opp av tilsyn, en % ble fulgt opp med medisinsk undersøkelse og ergoterapi. Ingen fall i hjem ble fulgt opp med hoftebukse eller mekanisk tvang.

Felles for oppfølging av fall i sykehjem og hjem var at 50 % av fallene var registrert uten oppfølgingstiltak. Verken fall i sykehjem eller i hjemmet fulgt opp med fysioterapi.

Tabell 9. Oversikt over de tiltak som ble registrert for hvert fall

Tiltakskategori	Frekvens og prosentfordeling					
	Sykehjem		Hjemmetjeneste		Totalt	
	Antall fall	(%)	Antall fall	(%)	Antall fall	(%)
Kartlegging	36	(5, 2 %)	8	(7, 9 %)	44	(5, 5 %)
Medisinsk undersøkelse	8	(1, 1 %)	1	(1, 0 %)	9	(1, 1 %)
Ergoterapi	1	(0, 1 %)	1	(1, 0 %)	2	(0, 3 %)
Fysioterapi	0	(0 %)	0	(0 %)	0	(0 %)
Tilsyn	118	(16, 9 %)	2	(2, 0 %)	120	(15, 0 %)
Mekanisk tvang	13	(1, 9 %)	0	(0, 0 %)	12	(1, 2 %)
Hoftebukse	12	(1, 7 %)	0	(0, 0 %)	12	(1, 5 %)
Veiledning	52	(7, 5 %)	14	(13, 9 %)	66	(8, 3 %)
Alarm	39	(5, 6 %)	9	(8, 9 %)	48	(6, 0 %)
Miljøtiltak	63	(9, 0 %)	12	(11, 9 %)	75	(9, 4 %)
Medikamentendring	10	(1, 4 %)	0	(0 %)	10	(1, 3 %)
Ingen tiltak	345	(49, 5 %)	54	(53, 5 %)	399	(50, 0 %)
	697	(100 %)	101	(100 %)	798	(100 %)

4.4 Beskrivelser av omstendigheter omkring fallene

Ved gjennomgang av avviksskjema kom det frem beskrivelser i fritekst som gir informasjon som ikke inngår i analysen, men som bidrar til å belyse omstendighetene omkring fallet.

Pasienten falt fordi gulvet på toalettet er skjevt, rullator triller bort.

Pasienten falt fordi endestykket på rekkverk falt av.

Pasientene ble liggende lenge etter at hun hadde falt, fordi trykkgjessalarm ikke fungerer i søppelrommet.

Pasienten hever sengen ved hjelp av kontrollen, faller ut.

Pasienten lå på gulvet, fordi bremsen ikke var satt på sengen med det resultat at sengen var sklidd ut fra vegg uten brems.

Pasienten falt på loftet kl. 2 om natten, falt i betongen.

Pasienten skulle kjøres i rullestolen, gled ut av stolen og falt mot gulvet pga dørterskel.

Fall pga svimmelhet, pasienten har tatt medpasients blodtrykksdempende medisin til frokost.

Pasienten falt når han sto oppreist for kateterisering.

Falt ved bruk av hei seil, glatt skjørt.

Pasienten har ligget lenge i blodpøl, var kald og utslitt.

Avdelingens reaksjon ved bruk av alarmmatte er for sen.

5 RESULTAT FRA DEN KVALITATIVE STUDIEN

Dette kapitelet handler om resultat fra fokusgruppeintervjuene som ble gjennomført med ansatte i hjemmesykepleien og i sykehjem. Intervjumaterialet for pasienter som bor hjemme og i sykehjem, presenteres innledningsvis. I analysen av materialet ble 119 meningsbærende enheter identifisert, vedlegg 4. Disse ble kondensert og sammenfattet i 15 tema, som videre ble kategorisert i fire hovedgrupper. Av det som kom til uttrykk blant ansatte i sykehjem og i hjemmesykepleien, var noen tema forskjellige mens de fleste var sammenfallende. Hovedgruppene var derimot like for begge pasientgrupper. Disse var: *ansattes synspunkter på pasientenes og pårørendes opplevelser i forbindelse med fall, årsaker til fall, tiltak for å hindre fall samt kvalitetsarbeid.*

Ansatte i hjemmesykepleien har ofte mye kontakt med pårørende som bor hjemme sammen med pasienten. I tillegg til at ansatte har egne synspunkter på fallproblematikken, har de derfor også kjennskap til pasientenes og pårørendes opplevelser i forbindelse med fall. Denne type tema er samlet i en hovedgruppe; *ansattes synspunkter på pasientenes og pårørendes opplevelser i forbindelse med fall.* Ansatte gir uttrykk for at fall blant pasienter som bor hjemme, handler om hindringer i hjemmemiljøet og individuelle risikofaktorer. Disse temaene er samlet i hovedgruppe *årsaker til fall.* Ansatte i hjemmesykepleien er i stor grad opptatt av hva pasienten selv og pårørende kan gjøre for å hindre fall. Uttalelser som handler om dette sammen med helsepersonelles individrettede flerfaglige innsats for å hindre fall, er samlet i hovedgruppe, *tiltak for å hindre fall.*

I sykehjem tilbringer ansatte mye tid sammen med pasientene, men har noe mindre kontakt med pårørende enn ansatte i hjemmesykepleien. Redusert kognitivt og fysisk funksjonsnivå er i følge ansatte i sykehjem hovedårsak til fall blant pasientene. Sammen med rutinesvikt fra personalet og hindringer i omgivelsene er disse temaene samlet i hovedgruppe; *årsaker til fall.* Innsatsen som gjøres i sykehjem for å hindre fall, handler om individ- og miljørettede tiltak og er samlet i hovedgruppe; *tiltak for å hindre fall.*

Tema som omhandler menneskelige faktorer i forbedringsarbeidet, tverrfaglig samarbeid og dokumentasjon, kom til uttrykk både blant ansatte i hjemmesykepleien og på sykehjem. Utsegn som omfatter disse tema, er samlet i hovedgruppe; *kvalitetsarbeid.*

Tabell 11. Hovedtema og undertema

HOVEDGRUPPE	TEMA Hjemmesykepleie	TEMA Sykehjem
1. Ansattes synspunkter på pasientenes og pårørendes opplevelser i forbindelse med fall	T1 Redsel for å falle T2 Brukermedvirkning T3 Coping	T1 Redsel for å falle T2 Brukermedvirkning T3 Coping
2. Årsaker til fall	T4 Medikamentbruk T5 Redusert ADL T7 Rutinesvikt	T5 Redusert ADL T6 Kognitiv svikt T7 Rutinesvikt
3. Tiltak for å hindre fall	T8 Individuell kartlegging T9 Medikamentendring T10 Tilrettelegging	T8 Individuell kartlegging T9 Medikamentendring T10 Tilrettelegging T11 Organisering
4. Kvalitetsarbeid	T12 Holdninger T13 Tverrfaglig samarbeid T14 Avvikshåndtering T15 Dokumentasjon	T12 Holdninger T13 Tverrfaglig samarbeid T14 Avvikshåndtering T15 Dokumentasjon

5.1 Ansattes synspunkter

I analysen fremkom tre tema i hovedgruppen *Ansattes synspunkter på pasienters og pårørendes opplevelser*. Disse var *redsel for å falle, brukermedvirkning og coping*.

Tema 1 - Redsel for å falle

Ansatte i hjemmet og i sykehjem fortalte at pasientene gav uttrykk for redsel for å falle. Etter et fall som resulterer i skade blir pasienter som bor hjemme mer redde og mer forsiktige enn før fallet. Spesielt i forbindelse med toalettbesøk opplever mange pasienter redsel.

”Men det er klart hvis de har skamslått seg og brukket noe så blir de veldig redde for å falle”.

”Sånn som hun som ikke vil gå på toalettet for der falt hun av og brekte lårhalsen senere. Hun bruker bleie i stedet for å gå på do. Hun kan sitte på toalettet men hun er så utrygg at hun klarer det ikke. Det er jo et resultat av at hun falt. Hun forflytter seg jo fra seng til stol og fra stol til dusjstol, men ikke fra stol til toalettet. Dostol med hjul synes hun er like gale, det er det å sitte der”.

”Det er ikke bare fall det er hele tilstanden, det har vi merka altså, de tror at kaffe er greit nok å drikke, et glass vann til tablettene, de må ikke ha for mye vann fordi da må de så mye på do, og da kan de fall. I varmt vær faller pasientene mer fordi de er mer alene eller for lite vann, de er redde for å drikke vann fordi de er redde for å gå på toalettet”.

Pasienter som bor i sykehjem har generelt et lavere funksjonsnivå enn pasienter som bor hjemme, og de mottar derfor også mer hjelp og støtte. Pasienter som har kortidsopphold i sykehjem opplever noen ganger angst i forbindelse med utskrivning til hjemmet.

”Sånn som vi merker det (redsel for å falle) er det korttidspasienter som flytter hjem, at de har mye angst for å komme hjem, fordi de er redde om de faller, så ligger de der i en eller to eller tre timer før det kommer noen og hjelper dem”.

Sosialt samvær og trivsel i sykehjemmet kan medvirke til at pasientene i sykehjem opplever trygghet, og på den måten reduseres redsel for å falle, samtidig som funksjonsevnen øker.

”Når hun er ute og går, stort sett er hun jo på beina, men til og med hun som er så redd, i godt lag når hun har vært på kafeen, på bingo eller noe sammen med 4 - 5 damer til, da kan hun finne på å gå alene da”.

Det er stor variasjon i hvordan pasienter i sykehjem uttrykker opplevelser i forbindelse med fall. Ansatte i sykehjem fortalte om pasienter som tydelig gav uttrykk for redsel for å falle, i den grad at de heller ville ligge til sengs enn å stå opp.

”Hun prøver å gjøre sånn som vi sier, men på et øyeblikk så er hun tilbake der hun var og derfor så liker hun seg best i sengen”.

Tema 2 – Brukermedvikning

Å være 'den de er' og bo i vante omgivelser er viktig for pasienter som bor hjemme. I den sammenheng gir ansatte i hjemmesykepleien informasjon, råd og veiledning for å hindre fall. I intervjuene kom det frem eksempler på at pasienten ikke alltid er delaktig i prosessen som skal føre til reduksjon av risiko for fall. Ansatte i hjemmesykepleien uttrykker irritasjon over at pasientene er lite villige selv til selv å gjøre noe for å hindre fall. Pasientene vil ikke fjerne løse tepper eller gjøre forandringer i huset, fordi det fører til at de føler seg sykere. De bruker ofte glatte sko og strømper selv om dette øker risiko for fall.

”Det er mange som ikke vil ha hjelpemidler heller. Støttehåndtak på badet og sånne ting, Støtte og håndtak rundt på veggene er vi glad i, men det er ikke brukerne glad i. De syns det er skjemmende. Det sykeligjør de og gjør det synlig.

”Han går på glatte lærsåler, han har tepper over alt, som ligger oppå heldekningsstepper, og der en lang svær trapp. Ja der er mange som ikke vil forandre på ting, ledninger, skøyteledninger til telefonen, de har rare sko som eg synes skulle vert på museum, glatte strømper og parkett”.

Ansatte i hjemmesykepleien har sitt arbeidsmiljø i andres hjem. Tiltak for å bedre arbeidsmiljøet for ansatte og tiltak for å redusere risiko for fall er ofte sammenfallende. Samhandling mellom pasient, pårørende og ansatte i denne sammenheng er en forutsetning for å komme frem til gode løsninger. Det fremkom i fokusgruppeintervjuene at mangel på samhandling kan gjøre det vanskelig å komme frem med gode løsninger, og kan føre til konflikter, både mellom pasient og pårørende og mellom pasient, pårørende og hjemmesykepleien.

”Fått pårørende til å forstå at me kan ikkje ha det slik. Hvis vi skal hjelpe pasienten, så skal vi hjelpe vedkommende. Aller helst burde de jo ha flyttet. Men en trappeheis kunne de hatt. Hadde eg vært dagsenteret, tror eg, så hadde eg nekta. Hvis ingen sier nei og bare jatter med så blir der ikke endringer.

I sykehjemmet er også samhandling med pasient en forutsetning for at pasientene selv skal kunne nyttiggjøre seg tiltak for å redusere risiko for fall. Innsikt i egen situasjon og motivasjon er nødvendig for at pasientene skal eksempelvis huske å bruke ringeklokke for å be om hjelp eller huske å bruke rullator ved forflytting. Sammen med sklisikkert fottøy er hoftebukse, som beskytter mot hoftebrudd ved fall, tiltak som brukes av pasienter i sykehjem. Eksemplene viser at råd ikke alltid blir forstått og at det er forskjellig hva som blir forstått avhengig av hvem som gir rådet.

”Vi prøve jo å sei det til de at de ikke må gå før du får hjelp når du er svimmel, ring heller på. Men det er ikke så voldsomt mange vi kan sei det til”.

”De bruker ikke de rådene de får, de glemmer. Vedkommende vil ikke ha (hoftebukse) enkelte ganger, det blir litt mer problematisk når de skal på do”.

Ansatte i sykehjem har mindre kontakt med pårørende enn ansatte i hjemmesykepleien. Samarbeid med pårørende er derimot viktig for å motivere pasienter til egen mestring. Noen ganger er fall eller falltendens årsaken til at ansatte kontakter pårørende, men det er tilfeldig i hvilken grad dette skjer. Noen ansatte forteller at pårørende til pasienter i sykehjem alltid får tilbud om samtaler etter at pasienter har hatt et alvorlig fall.

”Altså i noen tilfeller hvor det har vært mange fall tar vi det opp med pårørende og sier at situasjonen er sånn at dokkers mor har hatt så og så mange fall og at dokker må rekne med at hun vil ha for fremtiden flere fall, det som vi kan tilby av tiltak er sånn og sånn, vi har vurdert dette men situasjonen er sånn, ja...”

”Når de faller en gang og vi ser at tendensen er der til å falle på nytt så spør vi om de pårørende om de vil kjøpe (hoftebukse) og vi har aldri fått nei. Ok”

”For noen virker det at doktoren sier det er veldig viktig, noen har sønner og døtre som sier hør nå her, og noen hører på de (sønner og døtre) og noen hører på oss”.

Tema 3 – Coping

Pasienter som bor hjemme, er ofte alene når de faller og bruker derfor trygghetsalarm. Hensikten med trygghetsalarm er at pasientene skal oppleve trygghet i hjemmet, og at de skal kunne tilkalle hjelp dersom de faller. Det er i forbindelse med bruk av trygghetsalarmen at ansatte i hjemmesykepleien vanligvis kommer i kontakt med pasientene etter et fall. Pasientene opplever redsel og uro i forbindelse med fallet, men blir raskt rolige etter å ha snakket med ansatte på telefonen og blitt beroliget, slik disse utsagnene forteller:

”Det er veldig mange som ringer som vi snakker med for vi snakker jo med de på alarmer då: - eg ligger her helt hjelpeløs, du må komme med en gang-, så prøver jeg å si prøv å slappe av du ligger jo nå, så kommer vi så fort vi kan, og den ventetiden er jo lang, men når vi da kommer frem, og de får summet seg litt, så greier de gjerne å reise seg selv. De fleste roer seg nok ned når de vet at vi kommer”.

Pasienter i sykehjem har tilsynelatende i større grad enn pasienter som bor hjemme, lært seg copingstrategier for å mestre stress i forbindelse med fall. Ansatte i sykehjem gav uttrykk for at pasientene i stor grad aksepterer at de har falltendens. De ønsker å være selvstendige og klare seg selv og de stoler på at hjelpen er i nærheten. De sier ikke alltid fra om at de har falt, og de gir sjelden uttrykk for smerte.

”Sånn som eg opplever noen av de som vi har som faller, måten de uttrykker seg på, går litt mer på å glemme at de har dårlig balanse, at de er dårlige til beins. De går mer på at de er vant med å greie seg selv, dette har jeg jo alltid gjort før, og der og da at du har terpet på at du må ringe, du må ikke gå alene, du må ikke gå uten rullator, og så er det vekk for sånn har jeg gjort det i 80 år”.

Ansatte i sykehjem forteller også at det ikke alltid er tilstrekkelig personal tilstede som kan ha tilsyn med de pasientene som har stor grad av falltendens. Pasientene får ofte et brett festet foran stolen for å unngå å skli utav stolen eller for å unngå å reise seg. Så snart personalet er ute av synet tar pasientene vekk brettet, reiser seg og ofte resulterer dette i fall.

”De pasientene som vi har mye av de tror de kan gå og med en gang vi går vekk tar de vekk brettet og så aker de seg fremover i stolen og så detter de fordi de tror de kan gå”.

”... det er mangel på folk som er et stort problem, de som faller kan vi ikke følge opp hele veien”

5.2 Årsaker til fall

Årsaker til fall er mange og sammensatte og derfor vanskelige å identifisere. Ansattes oppfatning av hva som er årsaken til fall, er viktig for valg av tiltak. Refleksjon over mulige årsaker til fall bidrar også til å skape holdninger om kontinuerlig forbedring av tjenesten.

Følgende fire tema omtales under denne hovedgruppen: *medikamentbruk, nedsatt ADL, kognitiv svikt, og rutinesvikt.*

Tema 4 – Medikamentbruk

Medisin for å senke blodtrykk og kolesterol, sovemedisin og beroligende medisin øker risiko for fall. Ansatte i hjemmesykepleien uttrykker at det er en overdreven bruk av disse medisintypene blant pasienter som bor hjemme. Tablettene har ubehagelige bivirkninger i tillegg til at bruken øker risiko for fall. Blodtrykksmedisin og kolesterolsenkende medisin tas ofte av gammel vane, og legene revurderer sjelden pasientenes helsetilstand med tanke på seponering av medisin.

Ansatte i hjemmesykepleien uttrykker at eldre mennesker trenger mindre søvn enn de gjorde da de var yngre. Pasientene selv er ikke alltid enige i dette. En hvil midt på dagen er vanlig for eldre mennesker, og det resulterer i at pasientene ikke er trette når kvelden kommer. Ansatte i hjemmesykepleien mener at det blir brukt for mye sovemedisin, i stedet for at pasienten skulle forsøkt å endre søvnmønster ved ikke å sove om dagen.

Sovemedisin blir dessuten ofte tatt på feil tidspunkt. Pasienter tar tablettene mens de fortsatt sitter i stolen og ser på TV med det resultat at de sovner i stolen. Når pasienten våkner og skal finne sengen, er de ustødige på grunn av sovemedisin, de glemmer gjerne å bruke rullatoren og faller på vei til soverommet.

”De reiser seg fort opp, så har de blodtrykksfall tror jeg. Eller at de står på blodtrykksmedisin, til de er 100 år, de trengte gjerne ikke det lenger, gammel vane, folk som har hatt høgt blodtrykk i 50 – 60 års alderen har det som regel ikke i 80 års alderen”.

”Det er en oppskrift liksom, har du hatt hjerteinfarkt så får du det. Ka skal du med det. Livsforlengende medisin det er jo bare tull. Du skal ikke ha kolesterolsenkende medisin når du er 98 år, det burde vært strengt forbud. Eg spør i hvert fall legen, kan du ta det vekk”

”Men eg tror og det er veldig mange som står på beroligende medisin og på sovemedisin. Det er farlige greier og eg skjønne jo godt de tar det men de sover gjerne midt på dagen så skal de sove om kvelden og gjerne legge seg tidlig, jo eldre de er jo mindre søvn trenger de spør de gamle om de er enige i det?”

Tema 5 - Nedsatt ADL, smerte og sittestilling

Redusert ADL (activities of daily living) funksjon er en av risikofaktorene for fall, som videre kan føre til inaktivitet som reduserer funksjonsnivået ytterligere. Etter hvert som pasientene får redusert funksjonsnivå, blir det vanskelig å forflytte seg og skifte sittestilling. Smerte oppstår på grunn av manglende trykkavlastning. Ansatte i sykehjem fortalte at smerte og vond sittestilling ofte var årsak til fall. Ifølge ansatte i sykehjem er det to grunner til dette, den ene er at pasienter forsøker å reise seg når de er alene i stuen og faller av den grunn. Den andre grunnen er at pasientene som sitter i komfortstoler, forsøker å skifte stilling. Komfortstoler gir god komfort og støtte, men øker risikoen for at pasientene blir fiksert i en sittestilling og mister muligheten til å kunne bevege fritt seg i stolen.

”De sitter sammen i stuen hvor de sitter litt ubehagelig i rullestolen, og vil flytte seg, men akkurat da er det ikke noen i stuen så skjer det”.

”De har ofte disse komfortstolene, så blir de sittende i en posisjon, og det er vondt over tid og så oker de seg ned og så blir de liggende på gulvet”.

Tema 6 - Kognitiv svikt

De fleste av pasientene som bor i sykehjem, lider av demens. Ved moderat og alvorlig demens øker risiko for fall, både på grunn av utstødighet, manglende hukommelse og nedsatt vurderingsevne. Ansatte i sykehjem fortalte at den pasientgruppen som har flest fall, er demens pasienter som har redusert ADL funksjon, og som ikke har innsikt i sine egne funksjonsbegrensninger.

”Sånne sort pasienter som vi snakker om har en langtkommen demens, de har kroppslig svikt, så reiser de seg, så faller de ned, de er ganske så svingende noen dager er de helt sengeliggende, så har de noen ganger en god dag så reiser de seg, så faller de, senest i dag så falt han”.

”Det er vel sånn så vi har erfart, de så faller de faller flere ganger, de har ikke den frykten, de husker ikke at de har falt før, det er den drivkrafta til å ut å gå, som han bonden som skal ut å gå og ut å handle”.

Tema 7 - Rutinesvikt

Både ansatte i hjemmesykepleien og i sykehjem gav uttrykk for at rutinesvikt kunne være årsak til fall. Eksempel fra hjemmesykepleien er at ansatte glemmer å sette veltesikring på rullestolen eller glemmer å sette rullatoren foran pasienten når de forlater hjemmet.

I sykehjem glemmer ansatte å se til at ringeklokken er nær pasienten, eller ansatte går fra pasientene uten tilsyn.

”I forbindelse med stellesituasjoner, en pasient er veldig ustødig, og så har man glemt noe så må man ut å hente det, og når man kommer tilbake så ligger pasienten på gulvet”.

5.3 Tiltak for å hindre fall

I hovedgruppe tiltak for å hindre fall ble fire tema utledet av resultatene. Disse var *individuell tverrfaglig kartlegging av risikofaktorer, medikamentbruk, tilrettelegging samt organisering*

Tema 8 - Individuell tverrfaglig kartlegging av risikofaktorer

Hjemmesykepleien har ingen nedskrevet prosedyre for oppfølging av pasienter som har falt. Likevel er det en forventning i tjenesten om at alle har kjennskap til hva som er faglig forsvarlig å gjøre etter et fall.

”Nei de ringer jo på alarmer dersom de har alarm. Så går vi og plukker de opp fra gulvet. Det bør jo komme en tankerekke opp i hoder på oss da hva vi skal gjøre.”

Det er vanlig at ansatte i hjemmesykepleien tar kontakt med pasientens fastlege for å søke råd om vurdering av medikamentbruk dersom pasientene har hatt mange fall. Pasienter som bor hjemme blir også henvist til fysioterapeut og ergoterapeut for å kartlegge risikofaktorer og vurdere aktuelle tiltak.

Ved innskriving i sykehjem er det innarbeidet en rutine som sikrer at alle pasientene blir vurdert ut ifra en sjekkliste for å avdekke risikofaktorer og tilby aktuelle tiltak. Dette innebærer å gi råd om skotøy, hoftebeskyttere, blodtrykksmedisin og annet.

Fire ganger i året blir alle pasienter som har falltendens, vurdert i et tverrfaglig møte i et av sykehjemmene. Ergoterapeut kartlegger hjelpemiddelbehov og forflytningsteknikk, fysioterapeut kartlegger muskelstyrke og mulighet for opptrening, lege i sykehjem er spesielt opptatt av medikamentbruk og balanse og sykepleier vurderer behov for ekstra tilsyn.

Alle ansatte i sykehjemmet er spesielt observante i forhold til endringer i pasientens tilstand. Pleiepersonal fra avdelingen som kjenner pasienten godt deltar på det tverrfaglige møte.

”... og hver sin kompetanse går da inn og ser er det noen forbedringspotensial. Legen er der hele tiden. Tar vekk noen medisiner eller er det noen grunnleggende organisk sykdom som man kan forbedre, hjerteproblem eller sånn, fysioterapeuten går inn og ser er det noen opptreningspotensial, kan vi styrke muskulaturen, eller kan gjøre noe annet. Ergoterapeuten går da inn for å se om de trenger noen andre hjelpemidler. Vi har jo opplevd jo mange fall i forbindelse med feil eller manglende hjelpemidler, eller feil forflytningsteknikker. Så er det sykepleier som går på sånne ting som tilsyn og sånn”.

Tema 9 – Medikamentendring

Både ansatte i hjemmesykepleien og i sykehjem er spesielt oppmerksomme overfor overforbruk og feil bruk av medikamenter.

Ansatte i hjemmesykepleien er opptatt av at pasientene ikke skal ta mer medikamenter enn det som er nødvendig, og at de skal ta medisin til rett tid. De henviser til fastlegen for revurdering av medisin og gir råd om rett bruk av medisin, for eksempel å ta sovemedisin etter at de har lagt seg i sengen.

Seponering av medisin er ifølge ansatte i sykehjemmet det tiltaket som gir best resultat når det gjelder å forebygge fall. Pasienter som blir innlagt i sykehjem, føler seg ofte tryggere i sykehjemmet enn i egen bolig. Trygghetsfølelsen fører til at beroligende medikamenter kan seponeres, og at pasientene blir mer opplagte og mer deltagende i daglige aktiviteter.

”Ja vi har tatt mange medisiner, da går vi inn og tar medisin vekk, det er nok tiltak som vi kan starte hvor vi har sett mest effekt, antipsykotika, valium og sånne ting. Eller at de får for mye hjertemedisin.”

”... og kommer de inn til oss og så føler de seg mye tryggere så kan man nesten ta vekk alle disse medisinene, så kvikner de til og er mye mer våkne, de blir mye mer aktive og sånn...”

Tema 10 – Tilrettelegging

Et godt tilrettelagt hjemmemiljø ble beskrevet av ansatte i hjemmesykepleien som det viktigste tiltaket for å forebygge fallulykker. Kun en liten del av boligene i Stavanger kommune har livsløpsstandard. Tilrettelegging slik det fremkommer i intervjuene, handler om å gjøre endringer i boligen slik at det er mulig å bevege seg selvstendig og uten risiko for å snuble mellom oppholdsrom, soverom og bad.

Den enkleste miljøtilretteleggingen handler om å fjerne løse tepper, montere håndtak, rekkverk og terskeleliminator. En del pasienter tar selv ansvar for egen helse enten ved å bytte bolig eller ved å gjøre endringer som bidrar til å bedre funksjonsnivå, og dermed redusere risiko for fall. Ansatte i hjemmesykepleie mener likevel at det er for få pasienter som er villige til å gjøre endringer i hjemmet for å bedre funksjon.

”Har de kjøpt det så har de hjulpet seg selv mye. I alle sånne forflyttingssituasjoner. Inn og ut og i dusjen dersom de ikke har sklimatter, før vi er inne i bildet, det påpeke vi, ja da er vi i bildet”.

Ansatte i hjemmesykepleien uttrykte at ergoterapeuter i større grad enn i dag bør foreta kartlegginger av boligen, og at det bør stilles krav til pasientene om å følge de anbefalinger om tilrettelegging som blir gitt.

Behovet for tilrettelegging i sykehjemmet er litt annerledes enn i hjemmet. Universell utforming er krav til offentlige bygg med det resultat at de fleste sykehjem er i dag terskelfrie, har heis og gode løsninger på baderoommene.

Glatte gulv og for pasientene, ukjente omgivelser er derimot et problem på sykehjem. Ansatte fortalte om en pasient som sov middagshvil med sko på for å unngå å skli på glatt gulv når han står opp. Andre utsagn beskriver også at pasientene har vansker med glatt gulv og ukjente omgivelser.

”Ka med noen av de så kjenne at de ska på do om nattå, viss dei då har sokker på så dette dei lett. De trengje ikke være demente, men de e litt uklare”.

”Om vi ikke har vært inne på dette med fremmede omgivelser og lys og dårlig syn, vi har sett at med egne øyne så er de i fremmede omgivelser, fordi hjemme så hadde de en kommode som stod der og så står de opp så står ikke den kommoden der”.

Svært mange fall er forårsaket av at pasienter sklir ut av stolen på grunn av smerter og dårlig sittestilling. Ansatte i sykehjem fortalte om kreative løsninger for å tilrettelegge for gode sittestillinger. Et eksempel er at sklisikkert underlag som er beregnet for gulvtepper, blir brukt i stolene for å gi tilstrekkelig friksjon.

Tema 11 - Organisering

Forventning om hjelp fra personalet er større når pasientene er innlagt i sykehus enn i sykehjem. Noen ansatte i sykehjem sa at det var viktig at pasientene skulle oppleve samme trygghet på sykehjem som de ville ha gjort dersom de var innlagt i sykehus. Derfor oppfordres pasientene til å bruke ringeklokke og tilkalle hjelp når de føler seg svimmel og skal opp å gå. Allikevel unngår pasientene ofte å tilkalle hjelp, enten fordi de vil klare seg selv, eller fordi de ikke forstår hvorfor de må be om hjelp.

Antall pasienter med behov for tilsyn og hjelp har betydning for hvordan sykehjemmet organiserer tjenesten. Vaktskifte, og perioden mens personalet avgir rapport, er det tidspunkt hvor fall ofte skjer. Derfor er ansatte i sykehjem spesielt observante i dette tidsrommet. Fordi ansatte vet hvem som er i risiko for fall, organiseres personalet slik at de pasientene som trenger det, få tilsyn hele tiden. Ekstravakter blir tatt inn for pasienter som har alvorlig falltendens.

Ansatte som deltok i undersøkelsen, fortalte at de hadde registrert en reduksjon i antall fall etter en ombygging av sykehjemmet. Hver avdeling i sykehjemmet har i dag oppholdsrom i åpen løsning hvor kjøkken og spiseplass er integrert. Denne løsningen kalles for ”postkjøkken”.

”Ja for eg har vel ikke fått noen rapporter om fall i stuen etter vi fikk postkjøkken,”

Tidligere var det slik at alle pasientene ba om hjelp samtidig når de så en ansatt, fordi det ikke var fast tilsyn i stuen. Mangel på tilstedeværelse av personalet førte til uforutsigbarhet. Pasientene visste ikke hva tid de kunne komme på toalettet eller få noe å drikke.

”Hver første mann som går i døren i kvit frakk, då er alle tørste og alle må på do, og noen ganger ser vi noen og da må vi benytte sjansen. Med en gang du har folk tilstede så har du en helt annen ro, i avdelingene”.

I forbindelse med etablering av postkjøkken brukte ledelsen ved sykehjemmet tid på å komme frem til en god løsning med en fast ansatt person på postkjøkkenet. Dette innebærer at pasientene slipper å vente for å få en kopp kaffe om morgenen og finner dermed roen sammen med andre. Når flere pasienter sitter sammen i stuen holder de også øye med hverandre, og på den måten blir behov for hjelp fanget opp og formidlet til personalet.

”Det hender også at en eller annen gir lyd at nå kanskje må dere komme der er mange som fanger opp det i stuen”

”Så er det noen der når de står opp, det er noen på stua som serverer kaffe, slipper å vente, er aldri aleine, og det at du slipper å benytte anledningen når du ser en hvit frakk”.

”Det å ha et menneske på en stue, om det at det er fordi det er postkjøkken eller fordi det er en stuevakt, det gjør pasienten roligere, hvis du ikke har det og alle har det travelt, å springe...”

5.4 Kvalitetsarbeid

I analysen fremkom fire tema i hovedgruppen *kvalitetsarbeid*. Disse var *holdninger, tverrfaglig samarbeid, avvikshåndtering og dokumentasjon*.

Tema 12 – Holdninger

Forståelse for begrepet falltendens er forskjellig blant ansatte i hjemmesykepleien. I samtalene fremkom holdninger som antyder at ansatte mener at det ikke er til å unngå at pasienter faller.

”Og falltendens har du vel ikke om du har falt, sei at de snuble i et teppe så er jo det teppe sin skyld. Ja eg og kan falle i et teppe. Eg har ikke falltendens, viss eg e uheldige.

”noen fall er sånn at det er vanskelig å gjøre noe med det, noen har osteoporose og brekker ting uansett”.

Ansatte i sykehjem gav uttrykk for at de jobbet hardt og er observante i forhold til forandringer hos pasientene som kan føre til at pasienter faller.

”Alle er veldig obs og vi springer veldig fort. Ansatte på sykehjemmet er observante i forhold til forandringer, pasientene skal ikke behandles rutinemessig”.

Tema 13 - Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglighet i oppfølging av pasienter som bor hjemme, handler blant annet om samarbeid med lege for å vurdere medikamentbruk, ergoterapeut for å kartlegge boligene, samt internt samarbeid i avdelingene i hjemmesykepleien.

Lege blir ofte kontaktet for å vurdere pasientenes medikamentbruk, men ansatte i hjemmesykepleien gir inntrykk av de helst ikke vil forstyrre legen i den forbindelse.

”Altså eg pleie ringe, når eg ser noen som står på høge dose av blodtrykkmedisin så ringe eg gjerne til legen og spør om det er noe å gjøre? Eller ringer til kontordamen og ber de ta dette opp neste gang de kommer til de. Det er en enkel måte å gjøre det på. Da slipper du å forstyrre legen”

Tverrfaglig oppfølging av fall ble tidligere prioritert fordi hjemmesykepleien deltok i et prosjekt for å forebygge fall. Virksomheten hadde den gang faste møter med ergoterapeut. Det er i dag tilfeldig hvordan fall følges opp i samarbeid med andre yrkesgrupper.

”Og det er litt tilfeldig hva vi klarer å få til syns eg og det var mye bedre før. Det er litt kjedelig, vi savner det så vi gjør det litt stemoderlig, Før hadde vi faste møter med ergoterapeut i hvert fall annen hver uke, eller en gang i måneden eller noe sånt, det vi fikk tatt opp problemer med de som var, ja med de tyngste då, så vi fikk det mye bedre tilrettelagt”

Pasienter som bor i sykehjem blir fulgt opp av den legen som er knyttet til sykehjemmet. Ansatte i sykehjem gir inntrykk av at legen er en viktig bidragsyter i det tverrfaglige samarbeidet.

”Legen er med, det er det som er sentralt, for han kan si noe om medikamenter, sykdomstilstand, helhetsbilde”.

Kvartalsvis tverrfaglig visitt angående fall er etablert i ett sykehjem. Dette innebærer at sykehjemmet har en tverrfaglig arena hvor terapeuter, lege og pleiere samarbeider systematisk for å redusere risiko for fall på individnivå.

”Har jo ganske mye fall her i huset og vi snakket i de tverrfaglige rundene. Vi har jo etablert her et sånn tverrfaglig visitt angående fall som vi gjør en gang i kvartalet. Hver faggruppe går da inn og ser om det er noen forbedringsområder”

Kvalitetsutvalg er etablert ved alle sykehjem i Stavanger kommune. Avvik og oppfølging av avvik, herunder også fall, blir tatt opp i kvalitetsutvalget hvor forskjellige avdelinger er representert.

”Og vi tar jo og opp avvikene i kvalitetsutvalget, ja en gang i måneden, Det som vi gjør i kvalitetsutvalget er at de er sammen i avdeling og bofellskap og forteller om sine avvik og hvordan de er behandlet, hva vi har gjort med det. Vi må være flittige å formidle alt vi har lært. Det er viktig å lære av hverandre”.

”Når vi sitter sammen og snakker kommer det frem så mange opplysninger og meninger og opplevelser og synspunkt at da kommer det for dagen både det som er veldig god kompetanse og det som er manglende kompetanse”.

Tema 14 – Avvikshåndtering

Alle ansatte i hjemmesykepleien og i sykehjem registrerer fall som avvik i elektronisk pasientjournal. Ansatte i hjemmesykepleien gir uttrykk for at de er flinke til å registrere, og

at de systematisk går gjennom fallene en gang i uken. De er allikevel usikre på i hvilken grad fall følges opp hensiktsmessig.

”Ja de skriver vi som avvik. Dersom det ikke blir gjort er det fordi vi har glemt det fordi det er unnasluntring Men vi skal gjøre det. Det har vi prosedyre på og der er mye fall vi leser opp, og det skulle vi tatt med til deg i dag. Men CosDoc ligger nede, vi skulle tatt de ut

Så går vi gjennom registreringene på fall da hver uke, på onsdagen. Ja men fra det å skrive til det å få gjort noe med det er ikke sikkert med er like gode på men vi skriver de ned.”

Ansatte i sykehjem gav uttrykk for at registrering av fall førte til økt oppmerksomhet omkring temaet. Etter en tid oppdaget ansatte at det var en reduksjon i antall fall som ble registrert i fellesarealet.

”Men eg syns jo og at etter det blei meldt avvik at vi begynte å se på hva kan grunnen være så har det jo skjedd noe så dette begynte jo før postkjøkken, men etter postkjøkken kom så merket jeg godt forskjell på fellearealet”.

”Ja for eg har vel ikke fått noen rapporter om fall i stuen etter vi fikk postkjøkken”.

Tema 15 – Dokumentasjon

Sykepleiere har hatt dokumentasjonsplikt fra ikrafttredelse av helselovreformen i Norge 1.1.2001. Dette innebærer blant annet å utarbeide pleieplan for den enkelt pasient. Både ansatte i sykehjem og hjemmesykepleien sier at de dokumenterer falltendens og tiltak i pleieplanen. Ansatte gir uttrykk for at det har vært mye nytt å lære i forbindelse med innføring av elektronisk pasientjournal, og at det kan være en utfordring å ivareta tverrfagligheten. De syntes derimot at den nye formen for dokumentasjon er hensiktsmessig.

”Altså noen tiltak kommer automatisk inn i pleieplanen, altså noen ganger er det sånn at den pasienten skal gå fra stuen inn på rommet sitt bare med følge”.

”Det er jo veldig nytt dette pleieplan skrivingen, og når det gjelder pasienten står det jo i pleieplanen, under fysisk aktivitet, de vanlige tiltak, å ha sko på beina, hoftebeskyttere på, det står som tiltak i pleieplanen”.

”Men det går seg til det fordi vi skriver jo pleieplaner uti fra det nye systemet, kvalitetsforskriften og plan for den enkelte pasient, og då syr vi det sammen det tverrfaglige i planen, sånn at alle disse tingene skal komme inn i pleieplanen”.

”Jeg er nå glad for at vi har dette med CosDoc, at vi har mulighet til å registrere avvik, at vi ser på dette”.

6 DRØFTING

Resultatkapitlet omhandler resultat fra den kvantitative undersøkelsen, og de viktigste temaene som fremkom i fokusgruppeintervjuene med ansatte i sykehjem og hjemmesykepleien i Stavanger kommune. I dette kapitlet drøftes resultatene i lys av referanser i innledningen samt teori om tverrfaglighet, salutogenes og coping. Noen nye referanser som er aktuelle for resultatene er tatt med i dette kapitlet.

6.1 Forekomst og konsekvenser av fall

Resultatene fra undersøkelsen i Stavanger kommune viste at 45 % av pasientene i sykehjem falt i løpet av registreringsperioden på fire måneder, Dette støttes av studier som viser at 50 % av pasientene i sykehjem faller i løpet av et år, og 50 % av de som faller gjør det mer enn en gang (1, 4, 5).

I denne studien falt 41 % av kvinnene mer enn en gang, tilsvarende for menn var 50 %. Dette støttes av Sadigh (18) som i undersøkelse fra institusjon i Sverige, viser at menn er mer tilbøyelig til å falle enn kvinner.

Høyest antall fall pr pasient registrert i perioden var 23. I følge ansatte i sykehjem var det pasienter med kognitiv svikt som hadde hyppigst fall. Flere studier (29, 30) støtter resultatene i undersøkelsen vedrørende sammenhengen mellom kognitiv svikt og høy forekomst av fall.

Variasjon i dokumentert forekomst av fall i sykehjem forekommer og kan ha forskjellige årsaker. Metoder for rapportering kan ha betydning for i hvilken grad fall rapporteres. Kanten (63) undersøkte tre forskjellige rapporteringssystem for fall i sykehjem for å finne ut hvilken metode som egnet seg best; administrative avviksskjema, beskrivelse i pasientjournal og intervju med pasienter. Konklusjonen tilsier at beskrivelse i pasientjournal er best egnet til rapportering av fall. Wagner (64) undersøkte effekten av elektronisk skjema for avkryssing, sammenlignet med tradisjonelle skjema for fallbeskrivelse. Denne undersøkelsen viser signifikant bedre dokumentasjon av fall ved bruk av skjema for avkryssing, i stedet for tradisjonell beskrivelse i tekst.

Metoden for rapportering av fall i Stavanger kommune er en kombinasjon av de metodene som fremkommer med best resultat i undersøkelsene til Kanten (63), beskrivelse i pasientjournal, og Wagner (64), skjema for avkryssing. I Stavanger kommune registreres fall i elektroniske pasientjournal. Skjemaet har både valg til avkryssing, samt felter for beskrivelser av årsak og forbedringstiltak i fritekst. Gjennomlesing av skjemaene i denne undersøkelsen viste at feltene som beskriver fall med avkryssing er besvart, mens feltene for fritekst ofte står ubesvart.

Fall og skader etter fall blir i økende grad anerkjent som kvalitetsindikator i helsetjenesten (38). Forekomst av fall kan derfor ha sammenheng med kvaliteten i sykehjemmet. Faktorer som påvirker kvaliteten i sykehjem kan ligge både i tjenestens struktur, og i det faglige innhold i sykehjemmet. Sammenlignet med USA, hvor helsetjenesten er privatisert, har

Norge en mer utbygd offentlig eldreomsorg. Dette gjelder både sykehjemmenes struktur og antall stilling pr pasient.

Bergland (27) viser i undersøkelse blant hjemmeboende kvinner over 75 år i Oslo, at halvparten av kvinnene falt en gang i løpet av et år og 22 % falt mer enn en gang. Deltagerne var tilfeldig valgt ut ifra manntallslistene og deltagerne med funksjonsvikt var ekskludert fra undersøkelsen

Min studie omhandlet pasienter i hjemmet og kun 6 % av utvalget falt i løpet av fire måneder, 25 % falt mer enn en gang. Denne studien kan ikke direkte sammenlignes med Bergland sin undersøkelse, blant annet fordi utvalgene og metodene er forskjellige. Med bakgrunn i resultat fra Berglands sin undersøkelse er det likevel grunn for å tenke at det forekom en underreportering av fall i denne studien.

Den lave rapporteringen av fall blant pasienter i hjemmet kan ha forskjellige årsaker, som for eksempel at ansatte vanligvis ikke er tilstede når pasienten faller. Pasienter forteller ikke om hendelsen til helsepersonell, og fall blir derfor ikke registrert som avvik i pasientjournalen. Når pasientene ikke fortalte at de hadde falt kan det være fordi de var redde for å synliggjøre en funksjonssvikt som kunne føre til sykehjemsopphold. Angsten for å komme på sykehjem overskred kanskje angsten for å falle på nytt. Dette støttes av resultatene til Salkeld (21) som viser at 80 % av kvinner over 75 år heller vil dø enn å oppleve et lårhalsbrudd, dersom konsekvensene er innleggelse i sykehjem. Angst for å falle og for å bli avhengig av hjelp er i seg selv et stort problem. Dersom pasientene ikke forteller om problemene får de ikke den hjelpen som er nødvendig for å kartlegge risikofaktorer samt å mestre det å leve med falltendens.

En annen grunn til at pasienter i hjemmet ikke fortalte om fallet kan være at de ikke hadde fått informasjon om å fortelle om eventuelle fall. Ansatte i hjemmesykepleien redegjorde for at det ikke var en prosedyre for oppfølg av fall, men en forventning om at alle ansatte hadde kjennskap til hva som var faglig forsvarlig å gjøre. Manglende prosedyre både for å avdekke om pasienter har falt og for oppfølging kan føre til at pasientene ikke er kjent med at de bør fortelle om hendelsen

Konteksten for hvor fallet skjer kan også være årsak til lav rapportering av fall. Ansatte i sykehjem er ansvarlig for pasientenes sikkerhet under oppholdet og har derfor et stort fokus på alle uheldige hendelser. Ansatte i hjemmesykepleien er ikke ansvarlig for pasientens sikkerhet på samme måte, og fall i hjemmet blir derfor oppfattet som en privat hendelse sammenlignet med sykehjem. Selv om ansatte ser at mye kan gjøres for å hindre fall, aksepterer de pasientenes valg av løsninger selv om dette innebærer løsninger som ikke er helsefremmende, slik som eksempelvis atferd som øker risiko for fall.

6.1.1 Skadeomfang etter fall

I denne undersøkelsen resulterte 150 av 697 av fallene i sykehjem i skade, det vil si nær hvert femte fall. Sykehusinnleggelse var en konsekvens av 1,7 % av fallene.

Nurmi (9) viser i undersøkelsen fra Finland at en tredel av fallene i institusjon resulterer i skade, og Sadigh (18) viser til undersøkelse fra sykehjem i Sverige, at en av fire fall resulterte i skade og at 2,8 % av fallene resulterte i bruddskade. Resultatet fra denne undersøkelsen viste en lav forekomst av sykehusinnleggelse sammenlignet med Sadighs

undersøkelsen fra Sverige (18). En årsak til dette kan være at informasjonen i registreringskjema ofte er dokumentert nær opp til hendelsen i tid. Dersom sykehusinnleggelse er strakstiltak vil dette fremkomme i skjema. I de tilfeller hvor symptomer oppdages i ettertid, med det resultat at pasienten blir innlagt på sykehus, er sannsynligheten liten for at dette vil fremkomme på registreringskjema.

I aldersgruppen 80 – 89 år viste undersøkelsen en statistisk signifikant kjønnsforskjell, ved at flere fall resulterte i skade blant menn enn blant kvinner. Dette samsvarer med Kannus (8), som viser at insidensen av skade etter fall er høyere blant menn enn blant kvinner.

Bergland (27) viser at 13 % av fallene blant hjemmeboende kvinner i Oslo førte til bruddskader. Denne undersøkelsen viste at 20 % av fallene i hjemmet resulterte i alvorlige og mindre alvorlige skader, kun et fall resulterte i sykehusinnleggelse

Denne undersøkelsen viste at flere pasienter i hjemmet hadde behov for legetilsyn etter fall enn pasienter som falt i sykehjem. I hjemmet hadde 17 personer av 100 som falt behov for lege, i sykehjem 12 av 100. Dette kan tyde på at fall i hjemmet, som registreres av helsepersonell har alvorligere konsekvenser enn de fall som registreres i sykehjem, hvor hjelpen er tilstede døgnet rundt. I sykehjem rapporteres alle fall uavhengig av skadeomfang fordi personalet er tilstedet hele døgnet. Ingen av de studier som er kommet frem i søkning til denne undersøkelsen omhandler denne forskjell i rapportering av fall i hjemmet og i sykehjem.

6.2 Redsel for å falle

Resultat fra fokusgruppeintervjuene viste at ansatte oppfattet at redsel for å falle var et stort problem, og at pasienter som bor hjemme var mer redde for å falle enn pasienter som bor i sykehjem.

Redsel for å falle blant pasienter som bor hjemme var ifølge ansatte i hjemmesykepleien relatert til tidligere fall. Lekter (20) viser i sin litteraturstudie at forekomst av redsel for å falle er fra 12 % til 65 % blant hjemmeboende som ikke har opplevd fall, og fra 29 % til 92 % blant hjemmeboende som har opplevd fall. En stor del av pasienter som bor hjemme har trygghetsalarm på grunn av tidligere fall og falltendens. Det er denne pasientgruppen hjemmesykepleien kommer i kontakt med, og studier viser at mange av disse pasientene vil ha utviklet redsel for å falle (20).

Flere studier (20, 21) viser sammenheng mellom redsel for å falle og redusert livskvalitet. Resultat fra fokusgruppeintervjuene viste flere eksempler hvor det er naturlig å tenke at redsel for å falle har sammenheng med redusert livskvalitet; pasienter i hjemmet var redde for å fall i forbindelse med ivaretagelse av grunnleggende behov som å gå på toalettet. Pasientene var også redde for å ta til seg drikke, fordi dette ville føre til hyppigere toalettbesøk.

Andre eksempel på at redsel for å falle sannsynligvis påvirket livskvalitet var en pasient i sykehjem som foretrakk å ligge i sengen om dagen, fremfor å stå opp og delta i sosiale aktiviteter. Ansatte i sykehjem rapporterte om pasienter i kortidsopphold som hadde angst for å komme tilbake til hjemmet, fordi de var redde for å bli liggende på gulvet å vente på hjelp etter et fall.

Ansatte gav også utrykk for at pasienter som ble innlagt i sykehjem ofte følte seg tryggere i sykehjemmet enn i egen bolig. Trygghetsfølelsen førte til at beroligende medikamenter kunne unnværes, og at pasientenes ble mer opplagte og mer deltagende i daglige aktiviteter. Dette støttes av studier som viser at psykologiske faktorer, spesielt angst og depresjon viser å ha sammenheng med redsel for å falle (20).

6.3 Kvalitetsarbeid

Det fremkom i fokusgruppeintervjuene både med ansatte i hjemmesykepleien og i sykehjem at alle ansatte registrerte fall som avvik, og at registreringen bidro til å holde fokus på et viktig fagområde. Ansatte viste stort innsikt i problemområdet og gav utrykk for at de hadde kunnskap om hva som kunne hindre fall. Informasjonene var derimot noe motstridende fordi det fremgikk også fra fokusgruppeintervjuene at ansatte var usikre på om fall følges opp hensiktsmessig. Ansatte gav utrykk for at de hadde stort fokus på registrering av fall, men lite fokus på tiltak og på evaluering av tiltak. Dette bekreftes av den kvantitative undersøkelsen som viste at individuell kartlegging kun ble registrert som oppfølging i 5,5 % av fallene. Cirka 50 % av fallene var heller ikke registrert med noen andre former for tiltak, og dette gjaldt både i hjemmesykepleien og i sykehjem. I følge Chang (46) og Cochrane (47) er individuell tverrfaglig kartlegging og individuelle tiltak mest effektive for å redusere risiko for fall.

Når pasientene ikke får tilbud om individuell oppfølging etter fall kan dette ha forskjellige årsaker; manglende kunnskap og kompetanse, manglende prosedyrer, arbeidet blir ikke prioritert eller leder legger ikke til rette for tverrfaglig arbeid. En kan også tenke seg at pasientene får oppfølging etter fall men at dette ikke blir dokumentert i pasientjournalen.

Hensikten med avvikshåndtering var å redusere sannsynligheten for feil og uheldige hendelser i tjenesten, analysere årsaker, sette inn tiltak for å hindre gjentakelse, evaluere og gjøre forbedringer. Ved gjennomgang av skjema for avvik fremkom årsaker til fall i fritekst. En god del av beskrivelsene bekreftet at fall også skjer på grunn av rutinesvikt. Denne undersøkelsen viste at rapporteringsmetoden som brukes kan være velegnet for registrering av fall, men lite egnet som ledd i systematisk forbedringsarbeid jfr Demings læringsssirkel (42).

6.4 Tverrfaglig samarbeid

Lauvås og Lauvås (54) fremholder at formålet med tverrfaglig samarbeid er å sikre kvaliteten i arbeidet ved at den samlede fagkunnskapen utnyttes maksimalt og ved å utvikle felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag. Tverrfagligheten er i følge Lauvås og Lauvås sammensatt av flere funksjoner. Den ene handler om en sosial integrasjon mellom deltagerne slik at kommunikasjon gjør at de forskjellige faggruppene fremstår som en enhet med felles holdninger, normer og atferd.

Det fremkom i intervjuene at ansatte i hjemmesykepleien hadde forskjellig oppfatning av hvem som var målgruppen for fallforebygging og i hvilken grad fallforebygging var nyttig. Blant ansatte i hjemmesykepleien fremkom en oppfatning av at pasienter som faller en gang ikke nødvendigvis har falltendens. En rekke epidemiologiske studier omhandler faktorer

som er prediktorer for fall (3, 4, 45). Disse faktorene handler om pasientens fysiske og mentale helse og atferd, miljøfaktorer samt tidligere fall. Det er summen av antall risikofaktorer som påvirker graden av falltendens. Fall kan være et hendelig uhell, men flere studier (3, 4, 25) viser til nødvendighet av individuell kartlegging for å undersøke i hvilken grad pasienter har falltendens.

Blant ansatte i sykehjem fremkom holdninger om at pasienter med osteoporose, har en diagnose som tilsier at fall og brudd ikke er til å unngå. De sterkeste risikofaktorene for osteoporose og bruddskader er alder og kjønn og disse kan ikke påvirkes (4). Derimot kan andre risikofaktorer for fall påvirkes for eksempel bentetthet, fysisk aktivitet, vekt og snublefeller.

Grunnen til at ansatte i sykehjem og i hjemmesykepleien gav uttrykk for forskjellig forståelse for hvem som er målgruppen, var muligens at ansatte ikke hadde gjennomgått en sosial integrasjon av felles holdninger og normer, som i følge Lauvås og Lauvås (54) er en forutsetning for å lykkes i tverrfaglig arbeid.

Ifølge Lauvås og Lauvås (54) er kommunikasjonsprosessen i det tverrfaglige samarbeidet viktig. Resultat fra den kvantitative undersøkelsen viser at fall i liten grad følges opp med tverrfaglige tiltak. Dette bekreftes fra ansatte i hjemmesykepleien som gav uttrykk for at tverrfaglig samarbeid når det gjelder oppfølging av fall ikke fungerte hensiktsmessig.

Enhver fagperson har ansvar for å kjenne grensene for egen fagutøvelse og vite når andre bør ta over. Ansatte i hjemmesykepleien henviser ofte pasienter som har falt til lege for medikamentutredning, men de gir samtidig uttrykk for at denne type utredning ikke prioriteres av legen. Ansatte i hjemmesykepleien redegjorde også for at de henviste pasienter til fysioterapeut eller ergoterapeut, uten at dette fører til tverrfaglig samarbeid omkring bruker.

Lauvås og Lauvås (54) beskriver at forutsetningen for tverrfaglig samarbeidet er at arbeidet er systematisert og organisert på en slik måte at oppgaver løses i fellesskap og at de som deltar i kunnskapsinnhenting også deltar i oppgaveløsningen. Disse uttalelsene indikerer at relevant informasjon til de rette personer ikke når frem slik at faglig kunnskap kan integreres og beslutninger fattes for å nå mål. Uttalelsene gir på denne måten inntrykk av at det ikke er organisert tverrfaglige møteplasser for kunnskapsdeling og oppgaveløsning

Ansatte ved et av sykehjemmene utrykte derimot at de hadde organisert samarbeid om fallforebygging på en måte som var mer preget av tverrfaglighet enn samarbeidet i hjemmesykepleien. Ansatte i sykehjemmet var blitt enige om en felles holdning til fallforebygging. Lederne ved sykehjemmet hadde lagt til rette for systematisk samarbeid i kvartalsvis 'fall visitt'. Dette innbar at alle pasienter som hadde falt i løpet av en periode ble vurdert samtidig av de forskjellige faggruppene. Ansatte som deltok i kunnskapsinnhenting deltok på denne måten også i å finne løsninger. De forskjellige fagområdene ble sett på som en styrke i tverrfaglig kompetansebygging. Den sosiale integrasjonen i gruppen fungerte på en slik måte at felles normer, holdninger og atferd ble integrert.

Denne fører til samarbeid støttes av Lauvås og Lauvås (54); som argumenterer for at samarbeidet har to funksjoner. Den ene funksjonen er faglig og handler om at informasjon til rette personer er nødvendig for at hensiktsmessige beslutninger fattes. Den andre funksjonen handler om sosial integrasjon ved at deltagerne utvikler felles holdninger,

normer og atferd. Begge disse funksjonene er i følge Lauvås og Lauvås nødvendig for å skape et tverrfaglig samarbeid.

I fokusgruppen fremkom at det ikke hadde forekommet fall i fellesarealer i sykehjem etter at avdelingen ble organisert i postkjøkken. Dette var noe som de ansatte tidligere ikke hadde ”oppdaget”. Det var først da ansatte deltok i fokusgruppe intervju, og reflekterte over praksis, at dette ble synliggjort. Erfaringen i denne sammenheng viste at ansatte lærte av å snakke sammen om sammenhengen mellom tiltak og resultat. I følge Demings teori om systematisk forbedringsarbeid (42) er refleksjon over praksis et viktig ledd i evalueringen, for på den måten å korrigere det videre arbeidet om nødvendig. Øvretveit beskriver i en av kategoriene for tverrfaglige team viktigheten av at teamet har ansvar for hele arbeidsprosessen omkring pasientene, herunder også evaluering av tiltak.

6.5 Salutogenese

I denne studien har det fremkommet eksempler som fremmer og hemmer pasienters muligheter til å tilegne seg ressurser på en slik måte at det legges til rette for mestring for å unngå fall.

Berg (57) viser i undersøkelsen fra Larvik at eldre mennesker ser på helsefremmende arbeid som; å bli muliggjort gjennom å bli sett som den personen jeg er, å bli informert og å få kunnskap, håp og motivasjon. Å bli motivert handler om å nyttiggjøre seg enekstern ressurs som stimulere til å delta i egen mestring. Selv om ansatte i hjemmesykepleien gir råd og veiledning viser resultatene fra fokusgruppeintervjuene at ansatte ikke har tilstrekkelig fokus på å formidle håp og motivasjon. Informantene gir uttrykk for at ansatte i hjemmesykepleien i liten grad er lyttende overfor pasientenes tanker og behov, noe som bør være grunnleggende i en motiveringsprosess.

Ansatte i hjemmesykepleien og i sykehjem gir dessuten uttrykk for at pårørende er en viktig ressurs når det gjelder å motivere pasientene til å gjøre forandringer som har betydning for risiko for å falle. Ansatte i sykehjem gjennomfører ofte samtaler med pårørende etter et fall. Det ligger muligens et potensial i å bedre kommunikasjon og samhandling med pårørende og pasient tidlig i sykdomsforløpet, for på den måten å ivareta motivasjon og støtte til pasientene.

For pasienter som bor hjemme kan det også se ut som om unødvendig bruk av sovemedisin og blodtryksmedisin gjør at pasientene ikke kan nyttiggjøre seg egne mestringsressurser, noe som også bidrar til å øke risiko for fall.

Ansatte i sykehjem redegjorde også for at ergonomi og gode sittestillinger var viktig for å forebygge fall. Komfortstoler brukes mye i sykehjem, noe som tyder på at pasientene blir fastlåst i en sittestilling og dermed får innskrenket bevegelsesfriheten. Bruk av Brett foran stolen for å hindre bevegelse, fremkom også i fokusintervju. Disse eksemplene kan indikere at tvang brukes i sykehjemmet, noe som ikke er forenlig med et salutogent syn på helse, hvor fokus er på pasientens ressurser. Dersom Brett brukes foran rullestolen for å hindre bevegelse, støttes dette av Kirkevold (36) som har dokumentert utstrakt bruk av tvang i sykehjem i Norge. Mekanisk tvang var en av de vanligste former.

6.6 Coping

I teorikapitlet omtales mestring av påkjenninger som en viktig del av helsebegrepet (13, 14, 52). Lazarus (53) beskriver hvilke påkjenninger som kan gi grunnlag for stress for eldre mennesker, eksempelvis tapsfølelse og sykdom.

Resultat fra fokusgruppene med ansatte i hjemmesykepleien viste at det var viktig for pasientene å kunne bo hjemme i vante omgivelser. I følge ansatte i hjemmesykepleien var det likevel vanskelig å komme frem til gode løsninger som kunne bidra til at pasientene unngikk fall, selv om disse tiltakene også kunne øke muligheten for fortsatt å bo hjemme. I følge ansatte i hjemmesykepleien var pasientene opptatt av estetikk, og forandringer i hjemmet opplevdes som skjemmende. Utstyr og spesialtilpassinger førte til at sykkeligheten opplevdes sterkere og ble mer synlig for omgivelsene. Ansatte gav uttrykk for irritasjon over at pasienter og pårørende ikke ville følge de rådene som ble gitt, og de fortalte at ansatte, pasient og pårørende ofte hadde motstridende interesser.

Resultatene viste at pasientene opplevde stress og påkjenninger i forbindelse med forandringer i eget hjem. Ansatte i hjemmesykepleien hadde utfordringer når det gjaldt å motivere pasientene til å ta i bruk egne ressurser og mestringsstrategier. Tiltakene som ble foreslått handlet derfor i liten grad om brukermedvirkning og samhandling. Disse resultatene støttes av to undersøkelser som omhandler pasienters erfaringer med fallforebyggig (58, 59).

Yardley (58) har gjort en undersøkelse hvor hensikten var å oppnå forståelse for eldre menneskers persepsjon av råd om fallforebygging. Fokusgruppeintervjuer ble gjennomført med 66 mennesker i alderen 61 – 94 år. Undersøkelsen konkluderer med at deltagerne ikke har motforestillinger mot fallforebygging på grunn av uvitenhet om risiko for fall, men fordi de ser på rådene som en potensiell trussel mot identitet og autonomi. Budskapet fra informantene i undersøkelsen er også at fokus på fordeler ved å bedre balanse er mer effektivt enn råd om fallforebygging.

McInnes (59) har utført en review over kvalitative og kvantitative studier som fokuserer på eldre menneskers synspunkter og erfaringer fra fallforebygging. Ett av funnene viser at strategiene i liten grad tar hensyn til deltagerens atferd. De viktigste konklusjonene i reviewstudiet er at i klinisk praksis er det viktig å samarbeide med pasientene for å finne ut hvilke tilpassinger og forandringer som pasientene er villige til å gjøre for å redusere risiko for fall. Resultat fra disse undersøkelsene kan bidra til belyse hvorfor pasienter ikke tar imot de råd som blir gitt når det gjelder tiltak for hindre nye fall

I følge rapportering på skjema for avvik utrykte ansatte i sykehjem og hjemmesykepleie at tilsyn var det mest aktuelle tiltaket for å hindre nye fall i sykehjem. Tilsyn kan ha to forskjellige hensikter. Den ene er å være tilstede for å skape trygghet og gi hjelp i forbindelse med aktiviteter. På den måten bidrar tilsyn til at pasientene kan nyttiggjøre seg handlingsorienterte copingstrategier, som for eksempel å bevege seg og skifte stilling, ved behov.

Den andre hensikten med tilsyn kan også være å unngå at pasienter beveger seg, for eksempel hindre at pasienten reiser seg fra stolen ved ubehag. På den måten kan ansatte motarbeide pasientene ved at tilsyn hindrer at pasientene får nyttiggjøre seg egne

copingstrategier. Ansatte i sykehjem gav utrykk for at tilsyn ble brukt på begge måter, både for å hjelpe pasientene å være i aktivitet, og for å hindre bevegelse.

7 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Denne undersøkelsen har vist at fall og redsel for å falle, er et stort problem for både pasienter som bor hjemme og for pasienter i sykehjem, for deres pårørende samt for ansatte. Konsekvensene av fallene er forskjellige for pasienter som bor hjemme og pasienter i sykehjem. For pasienter som bor hjemme har fall og redsel for å falle stor betydning for mulighet for fortsatt å kunne bo hjemme. Det er derfor spesielt viktig å iverksette tiltak før pasienter begynner å falle.

Kvinner har i større grad enn menn vært målgruppe for fallforebygging. Årsakene kan være kvinners høye insidens av lårhalsbrudd og fordi det er flere kvinner enn menn i høy aldersgruppe. Fordi denne undersøkelsen viser at menn i alderen 80 – 89 år skader seg mer etter fall enn kvinner, er det viktig å sikre at kvinner og menn får like forebyggende tiltak og lik oppfølging etter fall.

De fleste pasienter som falt i sykehjem hadde kognitiv svikt, og dette har stor betydning for valg av tiltak. Forskjellig problemstilling blant pasienter som faller i hjemmet og i sykehjem synliggjør viktigheten av at tiltakene må være målrettede og individuelle.

Denne undersøkelsen har dessuten synliggjort at en del forutsetninger må være på plass for å kunne gjennomføre hensiktsmessig fallforebygging blant pasienter i hjemmet og i sykehjem. Det må etableres en struktur for tverrfaglig samarbeid både i hjemmesykepleien og i sykehjem. Ansatte må ha felles kunnskap ikke bare om fallforebygging men også om brukervedvirkning og eldre menneskers individuelle mestringsstrategier. Systematikk i planlegging og evaluering er også en forutsetning for å sikre måloppnåelse. Med bakgrunn i resultat fra undersøkelsen skisseres i dette kapitlet fem forbedringsområder og anbefalinger for videre arbeid.

1. Målgruppen for forebygging av fall

Kartleggingsmetoden som er brukt i denne undersøkelsen treffer kun en del av målgruppen for fallforebygging; de pasientene i hjem og sykehjem som har stor grad av kognitiv og fysisk funksjonssvikt og som faller. I hjemmet utgjorde dette kun 6 % av pasientene. For å redusere forekomst av fall er det derfor nødvendig å gi tilbud til en større del av risikogruppen. Det anbefales derfor å utarbeide målrettede tiltak mot mennesker i forskjellige aldersgrupper og med forskjellig funksjonsnivå, både for pasienter som bor hjemme og i sykehjem.

2. Brukermedvirkning

Kommunikasjon og samhandling med bruker er vesentlig for å kunne iverksette gode løsninger. I denne undersøkelsen har ansatte fortalt hva de oppfatter om pasienters og pårørendes opplevelser i forbindelse med fall. De har redegjort for at samarbeid med pasient og pårørende i hjemmet er vanskelig. Det er nødvendig å vite hvordan pasientene selv opplever situasjonen, hva som gir motivasjon og på hvilken måte informasjon best formidles. Det anbefales derfor å fokusere på god samhandling med bruker, både i enkeltsaker og i planlegging av nye tilbud. Det bør derfor systematisk legges til rette for samtaler sammen med pasienter, eventuelt også med pårørende, slik at pasientene får en reell mulighet til å påvike sin egen situasjon.

For å få generell kunnskap om hva denne pasientgruppen tenker, og for å få råd om hvordan Stavanger kommune bør planlegge det forebyggende arbeid på dette området, kan fokusgruppeintervju være hensiktsmessig.

3. Fokus på pasientens egne ressurser

Tiltakene som ble iverksatt bygget i liten grad på individuell kartlegging. Pasientenes egne ressurser ble dessuten i liten grad synliggjort. Det anbefales derfor at det arbeides med en felles forståelse for helsefremmende og forebyggende arbeid med fokus på det friske i mennesket. Tilrettelegging for å nytte pasientenes egne copingstrategier bør prioriteres. Verktøy bør tas i bruk for å kartlegge pasientenes egne ressurser.

4. Tverrfaglig samarbeid

Undersøkelsen viste at det var mulig å etablere arena for systematisk tverrfaglig samarbeid omkring fallforebygging i sykehjem. Denne erfaringen bør løftes frem og det bør stimuleres til etablering av tilsvarende strukturer også i andre sykehjem. Det var ikke tilrettelagt for tverrfaglig arbeid på samme måte i hjemmesykepleien. Det anbefales derfor at ledere legger til rette for organisering av tverrfaglig samarbeid omkring fallforebygging for pasienter som bor hjemme, for eksempel etablering av tverrfaglige ambulante team. For å sikre langsiktighet i arbeidet, både i sykehjem og i hjemmesykepleien, bør det tverrfaglig samarbeidet regelmessig evalueres.

5. Systematisk forbedringsarbeid

Denne undersøkelsen har også vist at fall ble registrert som avvik, men fall ble ikke fulgt opp hensiktsmessig. Selv om fallforebygging var integrert i virksomhetenes kvalitetssystem var det tilfeldig i hvilken grad pasientene fikk oppfølging etter fall. Tiltakene var lite målrettede og ble heller ikke systematisk evaluert. Bruken av avviksskjema for oppfølging av fall bør derfor evalueres. Felles retningslinjer for oppfølging av fall bør også vurderes i denne sammenheng.

Undersøkelsen viste også at refleksjon omkring praksis førte til læring og at ansatte opplevde refleksjon i gruppe som positivt. Det anbefales derfor at ledere etterspør systematikk i arbeidet og legger til rette for refleksjon i gruppe for på den måten å følge metodikken i læringssløyfen.

Denne undersøkelsen har synliggjort at det er lett å registrere fall, men vanskeligere å gjøre noe for å hindre gjentakelse. De sentrale områdene for systemforbedring er at fallforebygging bør gis en salutogen tilnærming, ved å rette fokus mot pasientenes egne ressurser og mestring. Tiltak for å hindre fall bør dessuten differensieres og tilpasses de forskjellige målgruppene. Ledere bør legge til rette for at relevant fagkunnskap kommer alle pasientene til gode, ved å organisere arenaer for tverrfaglige arbeid. Evaluering av tiltak og systematisk bruk av refleksjon bør inngå som en del av kvalitetsarbeidet.

8 LITTERATURLISTE

1. Handlingsplan 1997 – 2002, Forebygging av skader og ulykker i hjem, skole og fritid. Sosial og helsedirektoratet.
2. Kopjar B, Bulajic-Kopjar M, Wiik J, Nordhagen R. Fall-related injuries among elderly at home. Tidsskr Nor Lægeforening 1995; 115:1060-2.
3. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. N Engl J Med 1988; 319:1701-7.
4. Fuller GF. Falls in the elderly. Am Fam Physician 2000; 61: 2159-68.
5. Girman CJ. et al. Prediction of fracture in nursing home residents. J Am Geriatr Soc 2002; 50:1341-7.
6. Yardley L, Smith H. A prospective study and the relationship between feared consequences of activity in community - living older people. The Gerontologist 2002 42 (1):17-23.
7. Weir E, Culmer L. Fall prevention in the elderly population. CMAJ, 2004; 171(7):724.
8. Kannus P, Parkkari J, Koskinen S, Niemi S, Palvanen M, Jarvinen M, Vuori I. Fall-Induced Injuries and Deaths Among Older Adults. JAMA 1999; 281(21): 1895-9.
9. Nurmi I, Luthje P. Incidence and costs of falls and fall injuries among elderly in institutional care. Scand J Prim Health Care. 2002; 20:118-22.
10. Health Statistics in the Nordic Countries 2002 <http://www.nom-nos.dk/nomesco.htm> (November, 2004).
11. Kannus P, Parkkari J, Niemi S, Palvanen M, Fall-Induced Deaths Among Elderly People. American Journal of Public Health; 95:422-4.
12. Andersen-Ranberg K, Christense K, Jeune B, Skytthe A, Vasegaard L, Vaupel J. Declining physical abilities with age: a cross-sectional study of older twins and centenarians in Denmark. Age and Ageing 1999; 28:373-377.
13. Romøren TI. Larvik- undersøkelsen. Forskning nr 3. Forskningsrådet, 1994
14. Sosial og helsedirektoratet. Utviklingstrekk i helse og sosialsektoren 2006. Oslo
15. HUNT Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag – en jakt på ulikheter. Kjønnsulikheter i helse, sykdom og plager 1995-97. IK-2712 Statens Helsetilsyn. Oslo.
16. Johansson B. Fall injuries among elderly living at home. Scan J Caring Sci 1998; 12 (2): 67–72.

17. Sattin RW, Lambert Huber DA, DeVito CA, Rodriguez JG, Ros A, Baccelli S, Stevens JA, Waxweiler RJ. The incidence of fall injury events among the elderly in a defined population. *Am J Epidemiol* 1990 Jun; 131(6):1028-37.
18. Sadigh S, Reimers A, Andersson R, Laflamme L. Falls and fall related injuries among the elderly, a survey of residential-care facilities in a Swedish municipality. *Journal Community health* 2004; Apr;29(2): 129-40.
19. Statistisk sentralbyrå. Norge. <http://www.ssb.no/>
20. Legters K. Fear of falling. *Phys. Ther.* 2002;82:264-272
21. Salkeld G, Cameron ID, Cumming RG, Easter S, Seymour J, Kurrle SE, Quine S. Quality of life related to fear of falling and hip fracture in older women: a trade of study. *BMJ* 2000; 320 (7231); 341-6.
22. Howland J, Lachman ME, Peterson EW, Cote J, Kasten L, Jette A. Covariates of fear of falling and associated activity curtailment.
23. Tinetti Me, Mendes de Leon CF, Doucette JT, Baker DI. Fear of falling and fall-related efficacy in relation to functioning among community-living elders. *Journal of Gerontology* 1994; 49(3); M140-7.
24. Friedmann SM, Munoz B, West SK, Rubin GS, Fried LP. Falls and Fear of Falling: Which Comes First? A Longitudinal Prediction Model Suggests Strategies for Primary and Secondary Prevention. *JAGS* 2002; 50:1329 – 1335.
25. Pettersen R. Falltendens hos eldre. *Tidsskr Norsk Lægeforening* 2002; 122:631-4. nr4.
26. Bergland A. Assessment: Postural Control – balance. Oslo university press; Faculty of Health Science and Ullevael University Hospital. Geriatric Department Oslo 2002.
27. Bergland A, Jarnlo GB, Wyller TB. Egenrapportert gangfunksjon, balansetester og risiko for fall hos eldre. *Tidsskrift Norsk Lægeforening* nr. 2, 2006; 126: 176-8.
28. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta- analysis: II. Cardiac and analgesic drugs. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 30-9.
29. Puisieux F, Pardessus V, Bombois S, Dementia and falls; two related syndromes in old age, *Psychol Neuropsychitric* 2005 Dec; 3(4): 271-9.
30. Olesk DM, Wilson RS, Bernard BA, Evans DA, Terman EW. Epidemiology of injury in people with Alzheimers disease. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43:741-6.
31. Tinetti ME, Doucette J, Claus E, Marottoli R, Risk factors for serious injury during falls for older persons in the community. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43:1214-21.

32. Myers AH, Baker SP, Van Natta ML, Abbey H, Robinson EG. Risk factors associated with falls and injuries among elderly institutionalized persons. *Am J Epidemiol* 1991; 133:1179-90.
33. Sterling DA, O` Connor JA, Bonadies J. Geriatric falls; injury is high and disproportionate to mechanism. *J Trauma* 2001; 50:116-9.
34. Ismail AA, Pye SR, Cockerill WC, Lunt M, et al. Incidence of limb fracture across Europe: results from the European Prospective Osteoporosis Study (EPOS) *Osteoporos Int* 2002;13:565-71.
35. Bulajic-Kopjar M, Wiik J, Nordhagen R. Regional differences in the incidence of femoral neck fractures in Norway. *Tidsskr Nor Lægeforening* 1998; 118:30-3.
36. Øyvind Kirkevold. Bruk av tvang i sykehjem, *Tidsskr Nor Lægeforening* 2005; 125:1346-8.
37. Nurmi I, Narinen A, Lüthje P, Tanninen S. Cost analysis of hip fracture treatment among the elderly for the public health services: a 1-year prospective study in 106 consecutive patients. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2003 123(10):551-4.
38. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten. Forslag til nasjonalt program for forebygging og håndtering. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2000.
39. Health for All Targets: The Health Policy for Europe, European Health for all Series, No 4. WHO, 1991.
40. Quality Health Services. Dr John Øvretveit, Brunel The University of West London.
41. 'Og bedre skal det bli! (2005-2015)' Sosial og helsedirektoratet, Oslo 2005.
42. Petter Øgar og Tove Hovland, Mellom kaos og kontroll, ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten, Gyldendal akademisk 2004.
43. Forskrift om internkontroll i sosial – og helse Lovgivingen. 20.des.2002 nr. 1731.
44. Hvordan holde orden i eget hus, internkontroll i sosial- og helsetjenesten: Sosial – og helsedirektoratet. 2002. ISBN 82-8081-043-9.
45. Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, Claus EB, et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *N Engl J Med.* 1994; 331:821-7.
46. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, SuttropMJ, Roth EA, Shekelle PG. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta- analysis of randomised clinical trials. *BMJ* 2004; 328(7441):680.
47. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. *The Cochrane Database of Systematic*

48. Akershus fylkeskommune. Forebygging av lårhalsbrudd ved bruk av hoftebeskytter: et helsetjenestetiltak. Akershus fylkeskommune. Oslo, 2000.
49. <http://www.tryggelokalsamfunn.no/>
50. Trygg i hjemmet. Prosjektrapport Stavanger kommune, 2002.
51. Prosedyre avvikshåndtering innen sosial – og helsetjenesten, Stavanger kommune 2006.
52. Aaron Antonovsky, Halsans mysterium, bokforlaget nature och kultur, 1987.
53. Richard S. Lazarus, Bernice N. Lazarus, Coping with aging, Oxford University Press 2006.
54. Kirsti Lauvås, Per Lauvås. Tverrfaglig samarbeid, perspektiv og strategi. Tano, 1994.
55. Øvretveit J, Mathias P, Thomson T, Interprofessional working for Health and social care, Community Health Care Series, Palgrave 1997.
56. Peter F. Hjort. Helse for alle. Foredrag og artikler 1974-93. Utredningsrapport nr. U-1994, Statens institutt for Folkehelse.
57. Berg GV, Sarvimaki A, Hedelin B. Hospitalized older peoples` views of health and health promotion. 2006; International Journal of Older People Nursing 1,25-33.
58. Yardley L, Donovan-Hall M, Francis K Todd C. Older people`s views of advice about falls prevention: a qualitative study. Health Edu Res. 2006; 21: 508-17.
59. McInnes E, Askie L. Evidence Review on Older People`s Views and Experiences of Falls Prevention Strategies. Worldviews Evid Based Nurs. 2004; 1:20-37.
60. Øvretveit J. Evaluating health interventions. Buckingham: Open University Press, 1998.
61. Robson Colin. Real World Research. Blackwell Publishing, 2002.
62. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Universitetsforlaget, 2003.
63. Kanten DN, Mulrow CD, Gerety MB, Lichtenstein MJ, Aguililar C, Cornell JE. Falls: an examination of three reporting methods in nursing homes 1993, J Am geriatric soc; 41 (6):662.
64. Wagner LM, Capezuti E, Taylor JA, Sattin RW, Ouslander JG. Impact of a falls menu-driven incident-reporting system on documentation and quality improvement in nursing homes. Gerontologist 2005; 45 (6):835-42

MANGE TAKK TIL:

Veileder Ina Borup for god og tålmodig veiledning gjennom hele prosessen,
Lennart Rosenlund for uvurderlig hjelp med statistikken,
virksomhetsledere og ansatte i sykehjem og hjemmebaserte for godt samarbeid,
arbeidsgiver Stavanger kommune som gjorde det mulig å gjennomføre oppgaven,
...og sist men ikke minst familie og gode venner som alltid har vært støttende.



Melding om avvik

Helse og sosial

Bruker:

Navn:	Fødselsnr:	
Adresse:	Postnr:	Poststed:

Tidspunkt:	Dato:	Kl:	
Alvorlighetsgrad:	lite alvorlig <input type="checkbox"/>	middels alvorlig <input type="checkbox"/>	svært alvorlig <input type="checkbox"/>

Beskrivelse:

Type avvik:

<input type="checkbox"/> Avvik fra vedtak	<input type="checkbox"/> Vold/trussel	<input type="checkbox"/> Fall	<input type="checkbox"/> Rutines vikt
<input type="checkbox"/> Brudd på lover & forskrifter	<input type="checkbox"/> Medikamentfeil/nesten feil	<input type="checkbox"/> Utstyr:	<input type="checkbox"/> Annet →
<input type="text"/> → Beskriv nærmere:			

Strakstiltak:

Forslag til forbedringstiltak:

Personskade ?

Ja Nei

Er lege kontaktet?

Ja Nei

Er avviket en mulig klagesak?

Ja Nei

Meldt av:

(navn/tittel/arb.sted)

Dato:

Beskrivelse og gjennomføring av forbedringstiltak:

Ansvarlig for gjennomføring:

Avd./seksjonsleder:

dato:

Virksomhetsleder:

dato:

Alvorlig avvik er meldt videre til direktør

Ja Nei

Mål: Hindre gjentakelse / lære av feil

Sikre at avvik blir registrert og behandlet på forsvarlig måte

- Avvik dokumenteres i brukerens journal/mappe og meldes nærmeste overordnede fortløpende
- Hendelsen vurderes mht alvorlighetsgrad og ev iverksetting av relevante forbedringstiltak før den videresendes virksomhetsleder for godkjenning/signering



Styrer
sykehjem

Stavanger 7. juni 2005

Invitasjon til deltagelse i undersøkelse.

Fallinnsidens blant eldre mennesker, en mulig kvalitetsindikator?

Bakgrunn

Jeg gjennomfører for tiden en Master of Public Health (MPH) ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg. Studiet består av et obligatorisk grunnkurs, en valgfri sammensatt kursrekke og en skriftlig oppgave. Min oppgave fokuserer på fallproblematikk blant eldre mennesker som bor hjemme og på institusjon.

Hensikten med undersøkelsen er å mer få kunnskap om:

- forekomst av fall blant kvinner og menn over 75 år som mottar helsehjelp
- konsekvensene
- tiltakene som blir igangsatt i forbindelse med oppfølging av fallet.

Protokoll følger som vedlegg.

Innhenting av data

For å få kunnskap om forekomst og konsekvenser av fall, planlegger jeg å hente data fra avviksskjema i pasientjournal.

Avviksskjema inneholder en rubrikk for føring av tiltak som igangsettes for at fall ikke skal skje på nytt. Erfaringer viser at denne rubrikken ofte mangler innhold. Dette kan ha årsak i at

- pasienten har hyppig forekomst av fall, og at ansatte ikke vil bruke tid på gjentagelse av tiltak som er beskrevet tidligere.
- tiltak står beskrevet i andre deler av pasientjournalen.
- tiltak blir gjennomført uten at det foreligger dokumentasjon.

For å få kunnskap både om fallsituasjonen generelt og hvilke oppfølgingstiltak som gjennomføres ved sykehjem og i hjemmebaserte tjenester, er det derfor nødvendig å innhente både kvantitative og kvalitative data.

I forbindelse med oppgaven vil det derfor bli gjennomført 4 fokusintervju, innen 2 sykehjem og 2 hjemmebaserte tjenester. Deltagerne innen sykehjem vil være sykepleiere, hjelpepleiere,

lege og styrer. Samtalene vil ta ca 1 time, og vil bli tatt opp på lydbånd. Innholdet vil bli bearbeidet og analysert.

Studiet er vurdert og anbefalt gjennomført fra Regional komitee` for medisinsk forskningsetikk Vest Norge. Helsesjef Egil Bjørløw leder prosjektet, og universitetslektor Ina Borup ved NHV er veileder.

Med denne bakgrunn ber jeg om å få gjennomføre et fokusgruppe intervju med ansatte vedsykehjem. Jeg foreslår torsdag 1. september kl. 13.30 – 14.30 for gjennomføring, men endrer gjerne tidspunkt.

Jeg håper å høre fra deg via mail bente.gunnarshaug@stavanger.kommune.no eller telf 51 50 72 73.

Hilsen

Bente Gunnarshaug
MPH student

Kopi: Bjørn Tunglund
Egil Bjørløw
Marit Bore

Til: Deltagere fokusgruppeintervjusykehjem
Dato : 6. september kl.13.30 – 14.30

Fokusgruppeintervju i forbindelse med undersøkelse; *Fallinsidens blant eldre mennesker, en mulig kvalitetsindikator?*

Jeg gjennomfører for tiden en masteroppgave ved Nordiske høgskolen for folkehelsevitenskap i Gøteborg, og styrer vedsykehjem har gitt meg tillatelse til å gjennomføre et fokusgruppeintervju blant ansatte ved sykehjemmet. I den forbindelse vil jeg knytte noen kommentarer til metoden.

Fokusgruppeintervju vil også bli gjennomført ved sykehjem og ved hjemmebaserte tjenester på og

Metoden Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju er en form for strukturert samtale omkring et fokusområde, og et alternativ til å innhente opplysninger ved bruk av spørreskjema. Fordelen er blant annet at gruppeintervju gir mulighet for mye informasjon på kort tid, fordi kommentarer fra en person sannsynligvis bli stimulert av andres meninger.

Gruppens sammensetning

Fallforebygging handler om tverrfaglig samarbeid. Jeg har valgt å be Per Andreassen sette sammen en heterogen gruppe i den grad det er mulig, dvs en gruppe med forskjellige fagpersoner og ledere som forholder seg til brukerne og / eller kvalitetssystemet på sykehjemmet.

Deltagerantall bør være 6 eller 7, f. eks sykepleier, hjelpepleier, avdelingssykepleier, styrer, kvalitets – koordinator, lege, fysioterapeut og ergoterapeut.

Min rolle blir å løfte fram tema til diskusjon, holde flyt i samtalen, samt å samle inn informasjonen som kommer fram i gruppen. Til informasjonsinnhenting vil jeg bruke lydbandopptaker. Jeg er klar over at dette kan ha negativ innvirkning på samtalen, men ettersom fokusområdet er lite sensitivt håper jeg det skal gå bra.

Bearbeiding av data

Intervjuene vil bli skrevet ut, helt eller delvis, avhengig av innhold. Innholdet vil bli analysert og bearbeidet under veiledning fra universitetslektor Ina Borup ved Nordiska høgskolan i Gøteborg. Resultatene vil inngå i min master oppgave, *Fallinsidens blant eldre mennesker, en mulig kvalitetsindikator?* Alle informanter vil få oppgaven tilsendt.

Færre fall blant eldre mennesker

Fall blant eldre er et stort problem først og fremst for dem som faller, men også for pårørende og ansatte. Jeg er svært takknemlig for støtte til gjennomføring av oppgaven og håper at også ansatte vedsykehjem kan se nytten av å delta i møte.

Hilsen Bente Gunnarshaug
MPH student
29.08.2005

VEDLEGG 4 TABELL MENINGSBÆRENDE ENHETER

HOVEDGRUPPE: ANSATTES SYNSPUNKTER PÅ PASIENTENES OG PÅRØRENDES OPPLEVELSER I FORBINDELSE MED FALL		
<i>Meningsbærende enheter</i>	<i>Kondensert enhet</i>	<i>Tema</i>
<i>(M 1)</i> Pasienter som bor hjemme opplever redsel etter at de har skadet seg.	Skade etter fall fører til redsel for å falle.	1 Redsel for å falle
<i>(M 2)</i> Redsel for å falle etter lårhalsbrudd gjør at pasienter i hjemmet velger å bruke bleier i stedet for å bruke toalettet.	Redsel for å falle fører til funksjonssvikt og redusert ADL	
<i>(M 3)</i> Ressurssterke pasient som bor hjemme mestrer ikke toalett situasjonen på grunn av redsel for å falle.	Redsel for å falle reduserer funksjonsnivået også for pasienter som oppleves som ressurssterke	
<i>(M 4)</i> Pasienter i korttidsopphold i sykehjem er noen ganger er redde for å reise hjem, fordi de kan falle hjemme og bli liggende lenge til hjelpen kommer	Samvær med ansatte og medpasienter gir trygghet og bedret funksjonsevne	
<i>(M 5)</i> Pasienter i sykehjem opplever trygghet fordi noen er ved siden		
<i>(M 6)</i> Pasienter i sykehjem opplever trygghet og øket funksjonsevne i godt lag		
<i>(M 7)</i> Konflikt oppstår mellom pasient som bor hjemme og ansatte i hjemmesykepleien fordi pasienten ikke vil skjemme ut huset med teknisk utstyr som anbefales for å hindre fall.	Konfliktsituasjon oppstår i forbindelse med tilrettelegging i hjemmet.	2 Bruker- og pårørende medvirkning
<i>(M 8)</i> Pasient i hjemmet liker ikke å bruke rullator.	Estetikk i hjemmet er viktigere enn tilrettelegging og hjelpemidler for å hindre falle	
<i>(M 9)</i> Pasient i hjemmet liker ikke forandringer.		
<i>(M 10)</i> Sengehest brukes i sykehjem etter avtale med pasienten, noen pasienter etterspør selv sengehesten ved behov.	Pasienter i sykehjem medvirker i noen tilfeller selv for å hindre fall ved å be om sengehest.	
<i>(M 11)</i> Ansatte i sykehjem har lite kontakt med pårørende	Det er tilfeldig i hvilken grad ansatte i sykehjem informerer pårørende om fall falltendens, alvorlige fall og bruk av tvang.	
<i>(M 12)</i> Ansatte i sykehjem tar noen ganger kontakt med pårørende når pasient har hatt mange fall		
<i>(M 13)</i> Ansatte i sykehjemmet tar som oftest kontakt med pårørende når falltendens oppstår		
<i>(M 14)</i> Noen ansatte i sykehjem sier at pårørende til pasienter i sykehjem får tilbud om samtaler etter at pasienter har hatt et alvorlig fall		
<i>(M 15)</i> Noen ansatte i sykehjem sier at det kun er i sammenheng med tvangsbruk at ansatte i sykehjem opplever at det er behov for å diskutere med pårørende		
<i>(M 16)</i> Pårørende til pasienter i sykehjem er frustrert over pasientenes funksjonsvikt.	Pårørende opplever pasientens funksjonssvikt som frustrerende.	
<i>(M 17)</i> Noen pårørende opplever stress i forbindelse med falltendens.		
<i>(M 18)</i> Pårørende blir frustrert over at pasienter i sykehjem får begrensende tiltak, som for eksempel bruk av sengehest.		

VEDLEGG 4 TABELL MENINGSBÆRENDE ENHETER

(M 19) Ansatte tror at pårørende til pasienter i sykehjem ønsker å vite om falltendens	Pårørende opplever samtale med ansatte om falltendens som verdifullt.	
(M 20) Pårørende til pasienter i sykehjem forstår situasjonen når de får en forklaring		
(M 21) Pårørende til beboere er alltid villig til å kjøpe hoftebukser og sklisokker.		
(M 22) Samarbeid med pårørende er viktig i forbindelse med å motivere beboere i sykehjem til å ta imot råd om hva som kan gjøres for å hindre fall.	Samarbeid med pårørende kan være viktig for å hindre fall	
(M 23) Brukere i sykehjem er forskjellige med hensyn til hvem de tar imot råd fra.		
(M 24) Ektefellen tillater ikke endringer i huset, pleiepersonalet vil derfor ikke gi hjelp.	Konflikt kan oppstå mellom pleiepersonell og pasient i forbindelse med tilrettelegging i hjemmet.	3 Cooping
(M 25) Pasienter i hjemmet opplever usikkerhet og redsel knyttet til fallsituasjonen, men roer seg etter å ha snakket med ansatte på telefonen	Pasientene i hjemmet mestrer situasjonen etter fall , etter å ha snakket med ansatte på telefonen	
(M 26) Noen pasienter i sykehjem har ingen redsel for å falle	Noen pasienter i sykehjem aksepterer at de har falltendens og opplever ingen redsel.	
(M 27) Pasienter i sykehjem sier ofte ikke ifra om at de har falt.		
(M 28) Pasienter i sykehjem godtar fallrisiko, fordi de har tilsyn		
(M 29) Pasienter i sykehjem gir ikke utrykk for smerte, de forsøker gjerne å gå med en bruddskade.		
(M 30) Pasienter i sykehjem vil klare seg selv	Mangel på personell øker risiko for fall. Tilstedeværelse fra personell i sykehjem har betydning for pasientenes mestring.	
(M 31) Det er mangel på folk som gjør at vi ikke kan følge pasientene hele tiden.		
(M 32) Noen pasienter trenger tilsyn hele tiden.		
HOVEDGRUPPE: ÅRSAKER TIL FALL		
<i>Meningsbærende enhet</i>	<i>Kondensert enhet</i>	<i>Tema</i>
(M 33) Det har ingen hensikt å gi pasienter som er 98 år kolesterolsenkende medisin, det er ubehagelig for pasienten og har ingen effekt.	Unødvendig bruk av tablett fører til ubehag for pasientene og øker risiko for fall	4 Medikamentbruk
(M 34) Blodtrykksmedisin blir ikke revurdert for eventuell seponering.	Bruk av blodtrykksmedisin blir ikke systematisk evaluert	
(M 35) Eldre mennesker trenger mindre søvn. Pasientene ødelegger nattesøvnen ved å sove om dagen.	Eldre mennesker sover om dagen, og tar sovetabletter om kvelden	
(M 36) Pasienter tar sovetablettene for tidlige og sovner i stolen før de legger seg i sengen. Reiser seg for å gå til sengs men glemmer rullatoren og faller.	Pasientene tar sovetablett på feil tidspunkt, sovner i stolen, faller på vei til sengen	
(M 37) Alkoholbruk sammen med dårlig syn fører til fall.	Bruk av alkohol og dårlig syn er årsak til fall	

VEDLEGG 4 TABELL MENINGSBÆRENDE ENHETER

(M 38) Mange pasienter vil ikke gjøre forandringer i huset. De faller på grunn av glatte sko og strømper, tepper, trapper, glatte golv, ledninger.	Pasientene faller på grunn av mange forskjellige snublefeller, og pasientene kunne gjort mer selv for å redusere risiko for fall.	5 Redusert ADL, snublefeller, smerte og sittestilling
(M 39) Veldig ofte faller pasientene i løse tepper	Toalettbesøk om natten, glatt gulv og glatte sokker fører til fall.	
(M 40) En pasient brakk lårhalsen da han falt ut av sengen fordi foten satt fast i dynetrekket.		
(M 41) Toalettbesøk om natten, glatte sokker og litt uklare i hodet uten å være demens, fører til fall.		
(M 42).Kommoden ved sengen hjemme var en støtte for å komme opp.	I ukjente omgivelser og med andre møbler øker risiko for fall.	
(M 43) Pasienter sklir utav stolen fordi puten ikke hadde trekk.	Glatt pute i stolen fører til fall utav stol	
(M 44) Pasienten sitter vondt, det er ofte ingen tilsyn i stuen, pasienten flytter seg og faller.	Kombinasjonen vond sittestilling og mangel på personal fører til at pasientene faller når de forsøker å skifte sittestilling	
(M 45) Pasienter faller ut av rullestolen fordi de har smerte, sitter fastlåst i stolen og klarer ikke å finne en god sittestilling	Dårlig sittestilling fører til smerte / ubehag som igjen fører til fall.	
(M 46) Komfortstolen fører til at pasientene sitter fastlåst, de greier ikke skifte sittestilling, prøver derfor å komme ut av stolen og faller.		
(M.47) Pasientene som faller har parkinson, slag eller dårlig balanse ofte sammen med dårlig syn.	Noen diagnoser øker risiko for fall, ofte sammen med dårlig syn	
(M 48) Redsel for å falle reduserer funksjonsnivået, og øker risiko for fall.	Redsel for å falle fører til fall	
(M 49) Noen pasienter har så lavt funksjonsnivå at de ikke bør bo hjemme.	Lav ADL score fører til fall.	
(M 50) Pasientene som lider av demens glemmer hvor de er, og vandrer.	Pasienter som lider av demens faller oftere enn andre pasienter	
(M 51) Hyppigst fall er hos pasienter som lider av demens, de har ikke innsikt i egen sykdom, de svimler og faller		
(M 52) Blant pasientene som lider av demens svinger ofte tilstand mellom sengeliggende og oppgående, kombinert med glemsomhet		
(M 53). De som faller ofte er mindre redde for å falle, kombinert med et sterkt behov for å komme seg ut, dette øker risiko for fall		
(M 54) Pasientene i sykehjem glemmer å bruke rullatoren		
(M 55) Pasient i sykehjem greier ikke følge rådene hun får, derfor ligger hun heller i sengen.		
(M 56) Pasient har falltendens, i stellesituasjonen må ansatt gå vekk fra pasientene for å hente noe, med det resultat at pasienten faller.	Pasienter faller på grunn av rutinesvikt	7 Rutinesvikt
(M 57) Noen ganger glemmer ansatte å sette veltebøyle på rullestolen, slik at stolen tipper og pasienten faller ut.		

VEDLEGG 4 TABELL MENINGSBÆRENDE ENHETER

HOVEDGRUPPE: TILTAK FOR Å HINDRE FALL		
<i>Meningsbærende enhet</i>	<i>Kondensert enhet</i>	<i>Tema</i>
(M 58) Legen kontaktes dersom pasientene har hatt mange fall for å vurdere om pasienten kan redusere bruk av blodtryksmedisin.	Ansatte i hjemmesykepleien tar kontakt med lege for vurdering av medikamenter dersom er pasient har falltendens.	8 Individuell tverrfaglig kartlegging av risikofaktorer
(M 59) Utredning av medikamentbruk og balansetest er viktig	Lege i sykehjem er spesielt opptatt av medikamentbruk og balanse.	
(M 60) Ansatte på sykehjemmet er observante i forhold til forandringer, pasientene skal ikke behandles rutinemessig.	Ansatte i sykehjemmet er observante i forhold til endringer i pasientens tilstand.	
(M 61) Sjekkliste for fallforebygging er innarbeidet på sykehjemmet; hoftebeskyttere, sko, blodtrykk sjekk, etc.	Ansatte i sykehjem sjekker risikofaktorer for alle pasientene; hoftebeskyttere, sko, blodtrykk.	
(M 62) Feil type hjelpemidler og feil forflytningsteknikk er ofte årsak til fall, derfor gjør ergoterapeuten en vurdering.	Ergoterapeut i sykehjem kartlegger hjelpemiddelbehov og forflytning.	
(M 63) Fysioterapeuten vurderer behov for opptrening.	Fysioterapeut i sykehjem kartlegger muskelstyrke og mulighet for opptrening.	
(M 64) En pasient er blitt mye bedre etter opptrening fra fysioterapeut.		
(M 65) Ansatte i hjemmesykepleien er fornøyd med seg selv fordi de ofte bestiller fysioterapi til hjemmet.	Ansatte i hjemmesykepleien henviser ofte pasientene til fysioterapi.	
(M 66) Pasientene blir diskutert i tverrfaglig visitt.	Tverrfaglig fall visitt gjennomføres regelmessig ved sykehjemmet for å forebygge fall.	
(M 67) Konklusjonen i den tverrfaglige visitten kan være så enkel som å tilpasse en rullestol.	Konklusjonen etter tverrfaglig visitt kan være tilpassing av rullestol.	
(M 68) Sykepleier vurderer behov for ekstra tilsyn	Sykepleier vurderer behov for ekstra tilsyn.	
(M 69) Seponering av medisin er det tiltaket som viser best resultat når det gjelder fallforebygging., antipsykotika, valium, hjertemedisin	Pasienter som blir innlagt fra hjemmet til sykehjemmet føler seg ofte tryggere enn hjemme, beroligende medikamenter kan seponeres og pasientene blir mer opplagte og aktive, seponering av medisin er det tiltaket som gir best resultat når det gjelder å forebygge fall i sykehjem	9 Medikament håndtering
(M 70) Når pasientene blir innlagt i sykehjemmet føler de seg tryggere, da er det mulig å seponere medisin, pasientene blir mer opplagte og våkne og mer aktive.		
(M 71) Sovemedisin tas ofte før pasienten går til sengs Ansatte i hjemmesykepleien anbefaler at medisinen tas når pasienten ligger i sengen.		

VEDLEGG 4 TABELL MENINGSBÆRENDE ENHETER

<i>(M 72)</i> Pasienter som selv tar ansvar og hjelper seg selv ved å montere støttehåndtak og sklisikker underlag i dusjen. Dersom de ikke har utstyr som reduserer risiko for fall ber ansatte i hjemmesykepleien om at de kjøper	Pasienter som tar ansvar for egen helse kjøper utstyr for å redusere risiko for fall.	10 Tilrettelegging
<i>(M 73)</i> Det er behov for at myndige ergoterapeuter kartlegger hjemmesituasjonen og tilrettelegger hjemmet slik at risiko for fall blir redusert	Det er behov for at ergoterapeuter kartlegger hjemmet og stiller krav til pasientene som bor hjemme om tilrettelegging.	
<i>(M 74)</i> Terskeleliminator er nødvendig for å pasientene skal komme inn på badet. Pasienten har allerede ventet i et halvt år.	Ventetiden for å få nødvendige hjelpemidler er lang. En pasient ventet et halvt år på terskeleliminator for å komme inn på badet.	
<i>(M 75)</i> Tilrettelegging i hjemmet er det viktigste tiltaket for å hindre fall	Ansatte i hjemmesykepleien mener at det viktigste tiltaket for å hindre fall er tilrettelegging i hjemmet.	
<i>(M 76)</i> Dusjstoler med armlene er kjøpt inn til sykehjemmet	Sykehjemmet bruker dusjstoler med armlener.	
<i>(M 77)</i> Pasienten opplever trygghet når hun kan støtte seg til et rekkverk langs veggen	Pasienter i sykehjem opplever trygghet ved å ha rekkverk langs veggen	
<i>(M 78)</i> Fall ut av sengen er vanlig. Å bruke sengehest for å hindre fall ut av seng uten pasientens samtykke er å opptatte som tvang. Pasienter som prøver å komme ut av sengen når sengehesten er oppe opplever et mer alvorlig fall. Derfor brukes ikke sengehest lenger dersom ikke pasienten selv spør om det.	Ansatte i sykehjem bruker ikke sengehest unntatt når pasienten ønsker det.	
<i>(M 79)</i> Pleiepersonalet har ikke myndighet til å avgjøre om sengehest skal brukes for å hindre fall, det er det legen som avgjør.	Legen avgjør om sengehest skal brukes.	
<i>(M 80)</i> Ansatte i sykehjem gjør avtaler med pasientene om bruk av sengehest.	Ansatte i sykehjem gjør noen ganger avtaler med pasientene om bruk av sengehest.	
<i>(M 81)</i> Sklisikkert underlag beregnet for gulvtepper fungerer bra mellom stolsetet og puten slik at ikke pasienten skal skli ut av stolen. Et lite stykke på 10cm er tilstrekkelig for å hindre fall.	Sklisikkert underlag beregnet for gulvtepper kan brukes i stolene for å hindre at pasienter sklir ut. av stolen	
<i>(M 82)</i> Gode innesko med hælkappe og såler som ikke er henger fast i gulvet er viktig for å hindre fall	Riktig skotøy er viktig for å hindre fall.	
<i>(M 83)</i> En pasient som har falltendens hviler i sengen med skoene på, fordi han ellers står opp og går med glatte strømper.		
<i>(M 84)</i> Pårørende informeres om at de pasientene som bruker sokker nå ha sokker med sklisikker såle.	Sykehjemmet har pårørende samtaler og pårørende til pasienter i sykehjem blir bedt om å kjøpe sklisikre sokker	
<i>(M 85)</i> Sykehjemmet har pårørende samtaler		

VEDLEGG 4 TABELL MENINGSBÆRENDE ENHETER

<i>(M 86)</i> Ansatte i sykehjem er observante i forhold til å hindre at pasienter faller, og de springer fort om nødvendig for å hindre fall.	Ansatte i sykehjem er obs og springer fort for å hindre fall.	11 Organisering
<i>(M 87)</i> Alle pasientene på sykehjemmet blir fortalt at de ikke må gå uten å be om hjelp når de føler seg svimmel, bruk ringeklokken. Mange forstår ikke hva vi sier. Noen forstår hva vi sier og ringer for å få hjelp fordi de er redde for å gå.	Alle pasientene blir fortalt at de må tilkalle hjelp når de skal forflytte seg derom de føler seg ustødige, men få pasienter forstår rådene som blir gitt.	
<i>(M 88)</i> Pasientene i sykehjem er negative til å tilkalle hjelp ved å bruke ringesnoren fordi de vil klare seg selv. Ansatte i sykehjemmet samarbeider med pårørende for å motivere pasientene til å tilkalle hjelp når de skal ut av sengen. Begrunnelse for å fokusere på dette er at pasientene skal oppleve samme trygghet ved å få hjelp når de trenger det, slik som på sykehuset	Pasienter i sykehjem som har falltendens vil være klare seg selv og ikke be om hjelp ved forflytting. Ansatte oppmuntrer og motiverer pasientene til å tilkalle hjelp.	
<i>(M 89)</i> Dersom pasienter har alvorlig falltendens blir det tatt inn ekstravakter i sykehjemmet.	Det blir tatt inn ekstravakt i sykehjem når det er nødvendig med tilsyn for å hindre fall.	
<i>(M 90)</i> Det er vanlig at fall skjer når pleiepersonalet avgir rapport. Derfor er ansatte i sykehjem spesielt observante i forhold til at pasientene skal benytte ringesnoren når ansatte er samlet på vaktrommet.	Rapporttiden øker risiko for fall.	
<i>(M 91)</i> Hver avdeling i sykehjemmet har åpen løsning for kjøkken og spiseplass i felles oppholdsrom. Denne løsningen innebærer at det alltid er ansatte tilstede i rommet. Etter at sykehjemmet fikk postkjøkken er det ikke rapportert om fall i stuen.	Noen sykehjem har postkjøkken i avdelingen. Denne løsningen innebærer at det alltid er personalet tilstede, etter at sykehjemmet fikk postkjøkken ble det ikke lenger rapportert om fall i oppholdsrommet.	
<i>(M 92)</i> Fra tidlig om morgenen er noen tilstede, pasienten slipper dermed å vente for å få en kopp kaffe og de unngår unødvendig masing på personalet når de tilfeldigvis ser en ansatt.	Tilstedeværelse av personalet i sykehjemmet fører til at pasientene blir roligere. Når ansatte ikke er tilstede opplever pasientene i sykehjemmet uforutsigbarhet..	
<i>(M 93)</i> Tilstedeværelse av ansatte gjør at pasientene blir roligere i motsetning til når alle har det travelt	Når pasienter på sykehjemmet sitter sammen, passer de på hverandre.	
<i>(M 94)</i> Alle pasientene ber om hjelp samtidig når de ser en ansatt i døren, når det ikke er fast tilsyn i stuen. Uforutsigbarhet gjør at pasientene ikke vet hva tid de neste gang får anledning til å benytte toalettet, eller få noe å drikke.	Styrer ved sykehjemmet har prøvd ut forskjellige måte å organiserer tilbudet, erfaring viser at det beste er å ha fast ansatte tilstede på kjøkken	
<i>(M 95)</i> Når flere pasienter sitter sammen i stuen holder de øye med hverandre og på den måte blir behov for hjelp fange opp.	Pleiegruppen i sykehjemmet må organiseres ut ifra hvor mange pasienter som har falltendens, slik at de som trenger tilsyn får det.	
<i>(M 96)</i> Sykehjemmet har brukt tid på å komme frem til en god løsning når det gjelder bemanning på kjøkken, og resultatet er at det nå alltid er en ansatt tilstede		
<i>(M 97)</i> Antall pasienter med falltendens har betydning for organisering av pleiegruppen. Fordi vi vet hvem som er i risiko for å falle kan vi organisere personalet slik at pasientene få tilsyn hele tiden.		

VEDLEGG 4 TABELL MENINGSBÆRENDE ENHETER

HOVEDGRUPPE KVALITET		
Meningsbærende enhet	Kondensert	Tema
<i>(M 98)</i> "Pasienter i hjemmesykepleien har ikke falltendens dersom de har falt kun en gang". Ansatte sammenligner pasientenes funksjonsnivå med seg selv, de oppfatter ikke at de selv har falltendens om de snubler i et teppe.	Ansatte i hjemmesykepleien har ikke en felles forståelse av hva som er falltendens. Ansatte bruker personlige erfaringer for å forstå hvilke pasienter som har falltendens.	12 Holdninger
<i>(M 99)</i> Fall diskuteres i sykehjemmets kvalitetsutvalg en gang i måneden	Fall tas opp i sykehjemmets kvalitetsutvalg systematisk	
<i>(M 100)</i> Avvik og oppfølging av avvik blir tatt opp i kvalitetsutvalget, hvor forskjellige avdelinger er representert. Det er viktig å bruke avvikene til læring på tvers av avdelingene.	Håndtering av avvik brukes til læring på tvers av avdelingene,	
<i>(M 101)</i> Kunnskap, erfaringer og opplevelser blir diskutert i sykehjemmets kvalitetsutvalg. Kompetanse blir på denne måten synliggjort.		13 Tverrfaglig samarbeid
<i>(M 102)</i> Sykepleier i hjemmesykepleien ringer til legen for å sjekke om det er mulig å redusere BT medisin, snakker ofte med kontordamen om dette fordi de ikke liker å forstyrre legen.	Sykepleier i hjemmesykepleien kontakter legekantoret for medikamentendring, uten å forstyrre legen	
<i>(M 103)</i> I hjemmesykepleien blir oppfølging av fall blir ikke prioritert slik som tidligere da det var et prosjekt. Det er tilfeldig hvordan fall følges opp. Før hadde virksomheten faste møter med ergoterapeut.	Det er tilfeldig hvordan fall følges opp i hjemmesykepleien, lite tverrfaglig samarbeid med ergoterapeut.	
<i>(M 104)</i> Ansatte i hjemmesykepleien får merarbeid fordi bestillerkontoret ikke foretar miljø kartlegging i hjemmet, iht. rutinebeskrivelse.	Det er bestillerkontoret sin oppgave å kartlegge miljøet i hjemmet	
<i>(M 105)</i> Ansatte i sykehjem mener legens vurdering er viktig for å ivareta helheten.	Legen i sykehjem har en viktig rolle i fallforebygging	
<i>(M 106)</i> Ansatte i sykehjem har behov for systematisk kollega veiledning for å se at ting kan gjøres på en annen måte. Det er viktig fordi en ellers går inn faste rutiner.	Kollegaveiledning er viktig i sykehjem	
<i>(M 107)</i> Sykehjemmet har kvartalsvis tverrfaglig visitt angående fall.	Sykehjemmet har systematisk oppfølging av fall.	
<i>(M 108)</i> Vi ser at det er mulig å redusere antall fall i sykehjem	Systematisk avvikshåndtering synliggjør reduksjon i antall fall.	14 Avvikshåndtering
<i>(M 109)</i> I hjemmesykepleien er det stor forskjell på å skrive noe ned og å gjøre noe med det.	Alle registrerer avvik men det er ikke rutine for å gjøre noe med avvikene.	
<i>(M 110)</i> Det skjedde en forandring da vi begynte å melde fall som avvik, da postkjøkken kom merket vi forskjellen , i sykehjem	Etter at fall ble registrert somavvik startet ansatte å undersøke årsak til fall.	
<i>(M 111)</i> Oversikt over antall fall for samme bruker er en gang blitt brukt for å prøve ut forbedringstiltak. En ansatt kan huske en gang å ha evaluert i forbindelse med å legge en madrass foran sengen for å hindre skade.	Oversikt over antall fall for samme pasient blir sjelden brukt til evaluering av tiltak.	

VEDLEGG 4 TABELL MENINGSBÆRENDE ENHETER

<i>(M 112)</i> Falltendens dokumenteres i pleieplanen i sykehjem og i hjemmesykepleien	Falltendens og behov for tilrettelegging dokumenteres i pleieplan.	15 Dokumentasjon iht. lover og forskrifter
<i>(M 113)</i> Ansatte i sykehjem har øket oppmerksomhet på sammenhengen mellom forskrifter og dokumentasjon i pleieplan	Dokumentasjon i journal i forhold til journalforskrift, kvalitetsforskrift og forskrift om internkontroll i elektronisk pasientjournal er vanskelig.	
<i>(M 114)</i> Det er nytt å skrive pleieplan, tiltak for å forbygge fall dokumenteres i planen under avsnittet som betegnes som fysisk aktivitet.	Tiltak for å forebygge fall blir dokumentert i pleieplanen.	
<i>(M 115)</i> Noen tiltak er viktigere enn andre, i sykehjem Tiltak som f. eks at pasienten trenger følge fra rommet til stuen blir alltid dokumentert i pleieplanen.		
<i>(M 116)</i> Vi blir bedre og bedre på dokumentasjon i forhold til nytt system Tverrfaglige tiltak samles i pasientens pleieplan.		
<i>(M 117)</i> Ansatte i sykehjem er fornøyd med muligheten som ligger i å registrere avvik i elektronisk pasientjournal.	Ansatte liker å registrere avvik i elektronisk pasientjournal.	
<i>(M 118)</i> Bruk av data er fortsatt vanskelig for noen ansatte I forbindelse med avviksregistrering kommer det frem behov for opplæring i bruk av PC.	Det er behov for opplæring i PC bruk.	
<i>(M 119)</i> Bevisstheten omkring avviksregistreringa har økt hele tiden Ansatte i sykehjem blir stadig mer observante i forhold til fall.	Ansatte blir mer bevisste i forhold til fall i forbindelse med avviksregistrering.	

