



Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hordaland

I trygge hender

pasientsikkerhetsprogrammet.no



BERGEN KOMMUNE

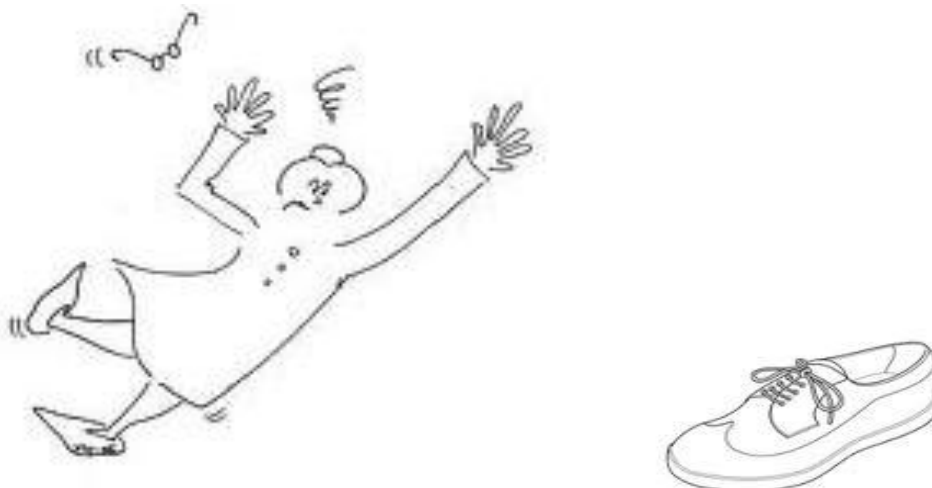
Fyllingsdalen sykehjem

FALL-FOREBYGGING

Et prosjekt knyttet til Nordisk forbedringsagent utdanning (september 2013 juni 2014).
Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland i samarbeid med Bergen kommune.

Sluttrapport 2014

Sønneve Teigen



Et fall er en utilsiktet hendelse som medfører at en person havner på bakken, gulvet eller et annet lavere nivå, uavhengig av årsak og om det foreligger skade som følge av fallet.(WHO- pasientsikkerhetskampanjen « I trygge hender»)

Fall m/skade: alle hodeskader, mistanke om brudd og brudd, forstuelser, kutt som krever suturer, skrubbsår og hudavskrapning som krever plaster eller annen behandling (pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender»)

Innhold:

Forord	s 3
Innledning	s 3
Sammendrag	s 4
Prosjektadministrasjon	s 4
Bakgrunn	s 5
Metode	s 5
Gjennomføring og aktiviteter	s 7
Resultater	s 8
- Figurer med forklaring	s 9
Diskusjon og refleksjon	s 13
Referanser	s 16
Vedlegg.....	s 17

Forord

Dette er en rapport fra et prosjekt om fallforebygging i sykehjem. Prosjektet er knyttet satsingsområdet «Fall» i den nasjonale Pasientsikkerhetskampanjen / programmet, og er gjennomført som en del av Nordisk forbedringsagentutdanning. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland (USHT) har deltatt i denne utdannelsen og vært ansvarlig for prosjektet i samarbeid med Etat for alders- og sykehjem i Bergen kommune. Fyllingsdalen sykehjem har vært pilot og gjennomført prosjektet.

Sønneve Teigen

Prosjektansvarlig- USHT Hordaland



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hordaland

I trygge hender
pasientsikkerhetsprogrammet.no



Innledning

Fyllingsdalen Sykehjem avdeling K2, ble pilotavdeling i prosjektet. Avdeling K2 har 32 sengeplasser fordelt på 2 fløyer: Fløy A-16 akutte omsorgsplasser og fløy B 16 korttids-plasser. Totalt har avdelingen 28,3 årsverk fordelt på 62 ansatte.

Sluttrapporten vil være noe preget av at prosjektet var en del av egen utdanning. Den vil omhandle hvilke konkrete mål som ble satt, hvordan vi gikk frem og presentasjon av målinger som ble gjort. Diskusjonsdelen i rapporten omhandler hovedsakelig momenter som er ment at sykehjemmet kan forholde seg til i det videre forbedringsarbeidet innen fallforebyggende tiltak.

Metoden var styrt av kriterier i utdannelsesprosessen. Dette var noe komplisert og lite praksisnært. Målingsverktøy og presentasjon av resultater ble i samarbeid med prosjektgruppen tilpasset praksis. Det vil si at det både for «studenten» og personalet ble en del ekstra arbeid knyttet til dobbeltføring av blant annet registrering av fallforekomst og synliggjøring av målinger.

Funnene som ble gjort i prosjektperioden, har resultert i at det er mange momenter det kan være viktig å reflektere over i veien videre i forbedringsarbeidet.

Sammendrag

Bakgrunn: Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland, deltok i 2012-13, i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender», sammen med Bergen kommune. Satsningsområdet var «Forebygging av fall i helseinstitusjoner». Et pilotsykehjem deltok i det nasjonale læringsnettverk forankret i pasientsikkerhetskampanjen til dette satsingsområdet. Fallforebyggingsprosjektet på Fyllingsdalen sykehjem avdeling K2- (en korttidsavdeling for akutte omsorgsplasser), er en videreføring av pasientsikkerhetskampanjen. Prosjektet er også tilpasset gjennomføring av Nordisk utdanning for forbedringsagenter, hvor prosjektansvarlig fra USHT Hordaland deltok.

Metode: Verktøy var de samme som ble brukt i pasientsikkerhetskampanjen, med små lokalt tilpasset justeringer: Undervisning- Individuell Risikovurdering- utarbeidelse av individuelle og generelle tiltaksplaner, samt sikre gjennomføring av tiltakene.

Det ble gjort målinger, med synliggjøring av resultater hver 14 dag.

Resultater: Målet var å redusere antall fall med 30 % samt unngå fall med skade. Prosjektperioden varte i 9 måneder, og ble avsluttet 30.06.14. Avdeling K2 har i prosjektperioden hatt 586 innleggelser. Det har vært 114 fall fordelt på 80 personer. 15 fall medførte skade- 4 av disse hadde alvorlig skade som medførte sykehusinnleggelse.

Konklusjon: Fallforekomsten ble redusert med 14 %, (2 fall pr måned) i prosjektperioden. Dette er en forbedring, men bidro ikke til full måloppnåelse i prosjektet som var 30 % reduksjon.

13 % av fallene medførte skade av ulik grad. Under 1 % av alle innleggelsene På K2 omhandlet fall med skade som krevde sykehusinnleggelse.

Resultater fra forbedringsarbeidet i prosjektet, har bidratt til at sykehjemmet fra oktober-14 starter med implementering av verktøyene også til de andre avdelingene ved institusjonen.

Prosjektadministrasjon

Prosjektperiode: 1. oktober 2013 – 30.juni 2014 (9 måneder)

Et prosjekt knyttet til Nordisk forbedringsagent utdanning (september 2013 juni 2014).

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland i samarbeid med Bergen kommune

Prosjektleder: Angunn Hope- Fagsykepleier Fyllingsdalen sykehjem

Prosjektmedarbeidere: Anette Daar: Avdelingssykepleier K2

Marian Skjellanger: Gruppeleder K2A

Anette Hauståker: Gruppeleder K2B

Gruppen har fungert som en kombinert prosjekt- og arbeidsgruppe.

Prosjektansvarlig og «Forbedringsagent- student»: Sønneve Teigen: Rådgiver/ Prosjektleder
Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland.(USHT)

Bakgrunn:

[Pasientsikkerhetsprogrammet](#) viser til at fall er den vanligste årsak til at eldre skader seg i helseinstitusjoner og mellom 10 og 20 % av fall i sykehjem gir alvorlig skade. I sykehjem er det stort potensiale til forbedringsarbeid. Bergen kommune i samarbeid med USHT, deltok i 2012-13 med et pilotsykehjem i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Kampanjen er nå gått fast over i et program forankret i Stortingsmelding nr. 10 2014-2018.

Pasientsikkerhetsprogrammet «I Trygge Hender» har opprettet en egen nordisk utdanning for forbedringsagenter. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland (USHT) har to representanter som har gjennomført utdannelsen. I den forbindelse var det behov for et eget prosjekt. Dette prosjektet er knyttet til Sønneve Teigen sin utdanning.

På bakgrunn av de positive erfaringer fra tidligere nevnte pilotsykehjem, gikk USHT sammen med Etat for alders- og sykehjem i Bergen kommune inn for å satse på et prosjekt innen fallforebygging som en videreføring av pasientsikkerhetskampanjen.

Fyllingsdalen sykehjem hadde også et ønske om å få hjelp til å redusere fall i institusjonen og avdeling K2, ble pilotavdeling i prosjektet. Avdeling K2 registrerte mange fall, men det var ikke iverksatt kartlegging eller strukturerte tiltak for å redusere fall.

Metode:

Målgruppen i prosjektet var alle pasienter på avdelingen over 65 år med forventet opphold i en uke eller mer.

Mål:

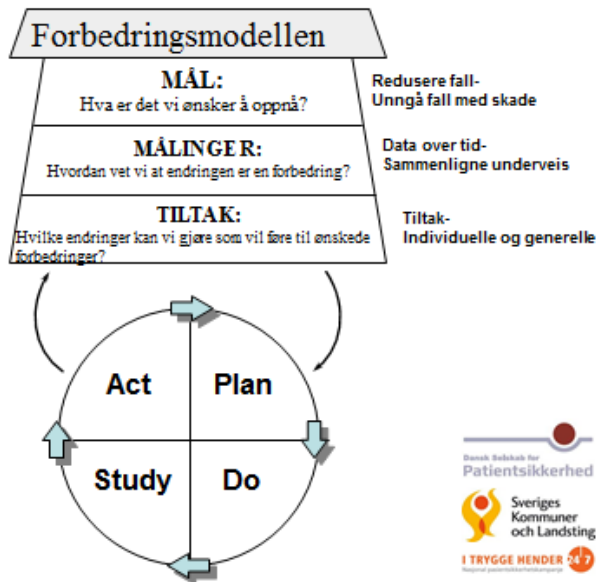
- 1) Registrere alle fall
- 2) Redusere fall med 30 %
- 3) Redusere fall med skade til 0
- 4) Alle i målgruppen skal vurderes for fallrisiko innen 48t.
- 5) Alle med en avtalt gitt risikofaktor skal ha individuell tiltaksplan.

Sekundære mål:

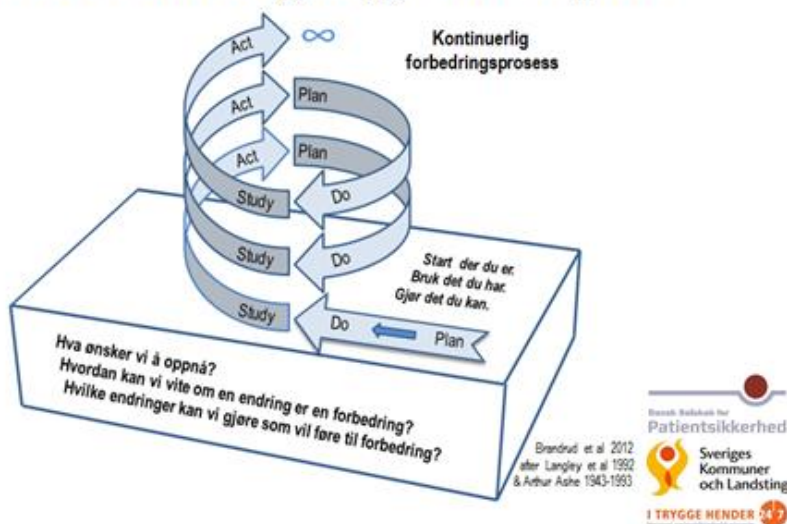
Ansatte skal ha kunnskap om fallrisiko, hvordan registrere og dokumentere samt iverksette og følge opp generelle og individuelle fallforebyggende tiltak. Det må være en felles forståelse for «hva er et fall» og kriterier for å rapportere skade. Bruk av tverrfaglig kompetanse må ha fokus.

Ansatte må få synliggjort gjennom presentasjon av målinger om endringene bidrar til forbedring eller ikke, og planlegging av videre prosess for å sikre måloppnåelse.

Pasientsikkerhetsprogrammet hadde forslag til bruk av et kunnskapsbasert verktøy «Stratify» (Vedlegg 1) for screening av fallrisiko, kartlegging av fall og iverksetting av forbyggende tiltak. Disse ble benyttet med noen endringer bedre tilpasset avdelingens hverdag. Alle registreringer/målinger skulle synliggjøres for de ansatte for en kontinuerlig vurdering om arbeidet som ble gjort bidro til forbedring. Studenten arbeidet ut ifra PDSA sirkelen (med småskala testing) inn mot personalet og prosjektet, for å sikre at en forandring (innføring av tiltak) fører til forbedring (mål). Metoden var forbedringsmodellen, illustrert under:



PDSA strategi og eksempler



Gjennomføring

Aktiviteter i prosjektperioden:

- Forberedende møter planlegging av prosjektet: 3
- Møte i prosjekt/arbeidsgruppen: 8
- Undervisning til personalet: 5
- Ansvarsfordeling:- gruppeledere m/ fagsykepleier redigerte skjemaer fra pasientsikkerhetskampanjen, slik at det ble tilpasset interne rutiner og det elektroniske pasientjournalssystemet GBD. De sørget også for at det ble rapporter inn til prosjektansvarlig hver 2 uke.
- Målinger ble registret og rapportert hver 2 uke og prosjektansvarlig registrerte dette inn i systemer og synliggjorde funnene i form av diagrammer. Disse ble fortløpende sendt tilbake til sykehjemmet.

I prosjektet målte vi følgende:

1. Antall risikovurderinger utført
 2. Antall dokumentert Individuelle tiltaksplaner for de med risikofaktor skår 2 eller mer
 3. Antall fall
 4. Antall fall med skade
 5. Antall dager mellom fall
- Synliggjøring av resultater: Det ble tidlig i prosjektet opprettet en egen informasjonstavle som personalet kunne oppsøke for å følge resultater/funn av målinger og andre aktiviteter i prosjektet. Aktiviteter kunne være generelle tiltaksplan, og forslag til balansetrening. Det ble også oppmuntret til at personalet kunne orientere om at balansetrening (vedlegg 4) også kunne utføres av pårørende sammen med beboer der det var tilrådelig.



- Resultatene ble fortløpende diskutert og tiltakene evaluert på prosjektmøtene og på undervisningssamlinger gjennom hele prosjektperioden.
- Veiledning i balanse trening skal implementeres i velkomstbrosjyre på alle pasientrom
- Sluttevaluering- og spredning av prosjektresultatet til avdelingsledere og gruppeledere på andre avdelinger på Fyllingsdalen sykehjem, ble presentert i slutten av august-14

Resultater

Baseline: Vi gjorde en gjennomsnittsberegning i forkant av prosjektet over antall fall pr/måned i en periode på 8 mnd.(Jan-aug-13):

Det var totalt 608 pasientinnleggelser på avdeling K2. 116 fall ble registrert i det elektroniske pasientsystemet. Dette ga et gjennomsnitt på 14.5 fall pr måned. Det var ikke mulig å klargjøre hvor mange fall som hadde medført skade, og heller ikke hvor mange pasienter de 116 fallene var fordelt på.

Sykehjemmet hadde ikke en egen definisjon på fall, hva som defineres som skade eller et bestemt system for når et fall skulle registreres. Det var heller ingen rutine for vurdering av fallrisiko eller tydeliggjøring av tiltak individuelt eller generelt.

Prosjektstart: 1. oktober 2013. Målgruppen var alle pasienter over 65 år med vedtak om opphold på 1 uke eller mer.*

**Utover i prosjektet ser man at med 586 innleggelser, er det vanskelig å sortere ut de pasientene som har vedtak på mindre enn en uke. Dette fordi flere i etterkant får lengre opphold, og blir flyttet til andre avdelinger, mens andre kanskje kommer tilbake til akuttavdelingen etter få dager hjemme. Vi har derfor i resultatdelen valgt å se på antall personer og fall forekomst opp mot alle innleggelser i perioden. Noe som også vil gi en mer korrekt sammenligning med baseline tallene.*

Det ble innført bruk av Stratify (vedl.1), et vurderingsverktøy for fall risiko som ble presentert av [Pasientsikkerhetskampanjen «I Trygge Hender»](#)

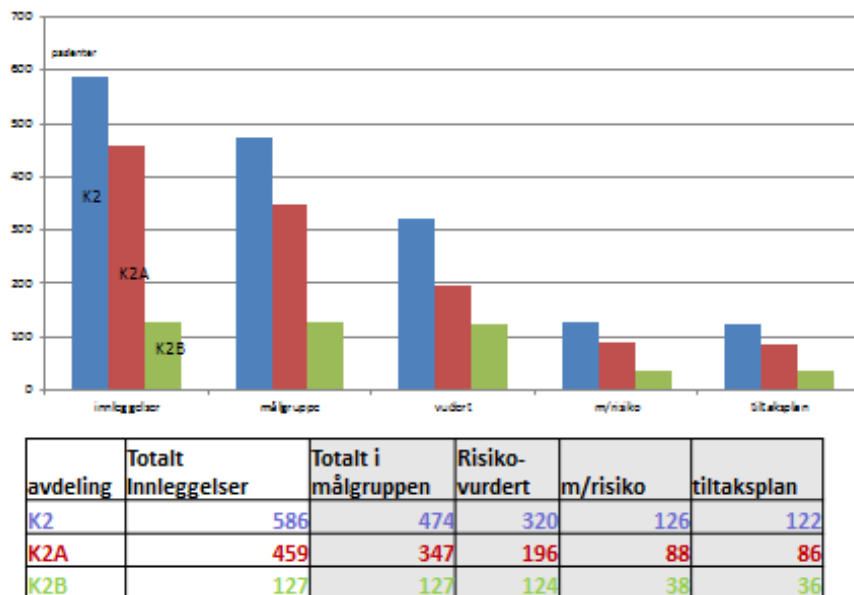
Prosjektet varte i 9 måneder. Det var totalt 586 innleggelser på K2 i denne perioden.(K2A 459- K2B 127). 474 pasienter var i målgruppen. 320 personer ble vurdert for fallrisiko. Dvs. at 154 (32.5%) pasienter i målgruppen ikke ble risikovurdert.*

** Når det gjelder risikovurderinger og dokumenterte individuelle tiltaksplaner, omfatter målingene de pasienter som opprinnelig var i målgruppen. Men det er ikke gjort nye vurderinger ved evt. reinnleggelser.*

Figur 1:

Antall risikovurderinger utført

Antall dokumentert Individuelle tiltaksplaner for de med risikofaktor skår 2 eller mer

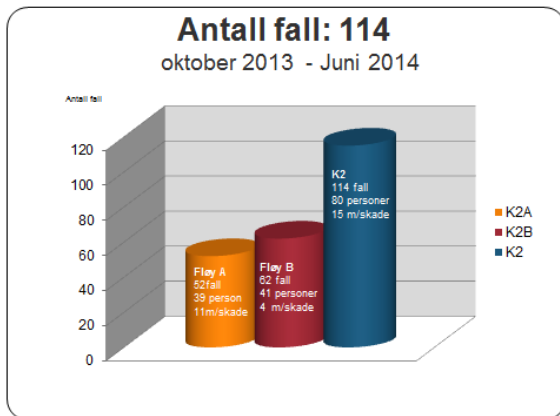


Antall pasienter i målgruppen, antall pasienter som ble vurdert for fallrisiko, antall pasienter med risikofaktor 2*(skala med score fra 1-6) eller mer og antall pasienter som fikk utarbeidet og dokumentert Individuelle tiltaksplaner.

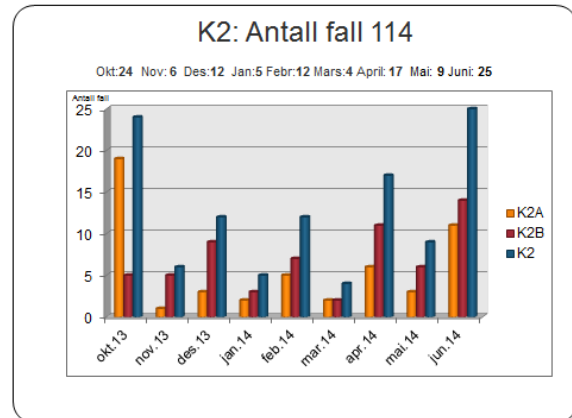
*Alle pasienter som ble vurdert for risiko med skår 2 eller mer, ble vurdert til forhøyet fallrisiko med utarbeidelse av Individuelle tiltaksplaner. Av 320 pasienter som ble vurdert, var det 126 (40 %) med økt fall risiko. 122 (97 %) fikk Individuelle tiltaksplaner.

Figur 2: Antall fall - Antall fall med skade

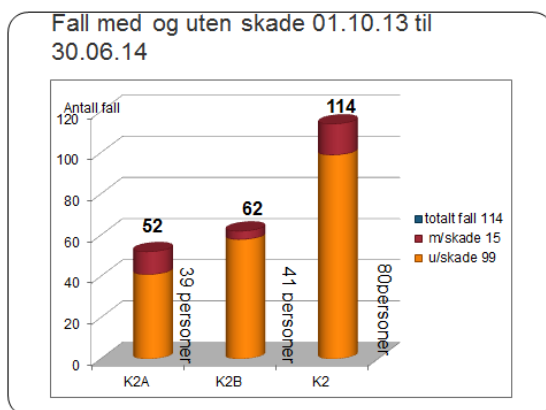
I prosjektperioden ble det registrert totalt 114 fall. 15 av disse innebar skade og 3-4 av dem krevde sykehusinnleggelse med brudd eller mistanke om brudd.



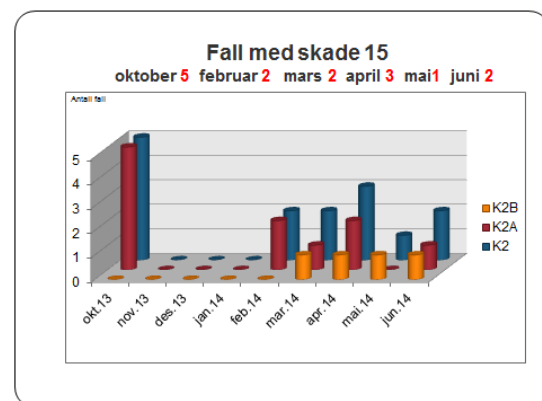
oversikt: Antall fall K2 114: fløy A52 og B 62
Antall personer som falt K2: 80 personer (A 39- B 41)



månedlig oversikt: totalt antall fall i avdelingen fløy A og B og-K2



Oversikt: antall fall med og uten skade pr fløy



månedlig oversikt: fall med skade K2 15: fløy A 11 fløy B 4
(ingen fall med skade i nov-des-jan).

Figur 3: Antall dager mellom fall og fordeling på ukedager

HVILKE DAGER ER DET FLEST FALL?

Avd	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag	totalt
K2A	2	9	7	10	11	5	8	52
K2B	11	9	9	12	5	10	6	62
K2	13	18	16	22	16	15	14	114

ANTALL DAGER MELLOM HVERT FALL?

LENGSTE INTERVALL MELLOM FALL MED SKADE ER 165 DAGER ☹

A: Totalt 11 m/skade: 108 dager lengste periode uten fall m/skade

B: Totalt 4 m/ skade: 165 dager før første fall m/skade

LENGSTE INTERVALL MELLOM FALL:

FLØY A - 43 DAGER

FLØY B - 21 DAGER

K2 - 11 DAGER

Torsdag er den dagen flest pasienter faller. Færrest fall på **mandager**. Det ble ikke registrert når på døgnet pasienten falt.

Prevalensundersøkelse:

Generelle fallforebyggende tiltak:

Er alle senger nedsenket?

Kontrolldatoer:

Dato	K2A	K2B
15.11.13 kl 11.30	10 senger nede 6 senger oppe, hvorav 2 pasienter i sengen	14 senger nede 2 senger oppe hvorav 1 pasient ble stelt
16.12.13 kl 11.30	16 senger ned 😊	12 senger nede 4 senger oppe, 3 tomme 1 med pasient

Det ble gjennomført to prevalensundersøkelser i perioden: Faste generelle tiltak, vi ser tydelig forbedring.

Sluttresultat:- oppsummering

Totalt resultater K2 fall

Oktober 2013 til og med Juni 2014 (9 måneder)

- 114 fall = 100%
 - Gj.snitt 12.5 fall pr måned
MÅL: 10 fall /mnd
- 15 fall m/skade = 13%
- Hvorav 4? fall m/brudd = 3.5%

Mål: 0 fall med skader
Et bevisst urealistisk, men ønsket mål



Nådde vi målet i prosjektet? oktober2013 – juni2014

- Baseline viste gjennomsnittlig 14.5 fall pr måned på avdeling K2 før prosjektstart.
- Målet var å redusere til 10 fall pr måned- en reduksjon på 30%

Målinger i prosjektperioden viste en reduksjon på antall fall fra **14.5 fall til 12.5 fall** pr måned.

Det er en **forbedring på 14%**

Prosjektresultater viste at målet ikke ble nådd, men at det ble en gjennomsnittlig reduksjon i fall.

Vi er på rett vei -noe å arbeide videre med. ☺

Diskusjon:

Sykehjemmet var nytt fra desember 2012 og bestod av 2 tidligere sykehjem som nå var slått sammen til ett. En utfordring var at det var ulike systemer og kulturer som nå skulle samles til en med fokus på forebygging av fall. I rapport IS 2114 om Fallforebygging i kommunen kunnskap og anbefalinger, omhandles denne problemstillingen i kap 3:

Forebyggende intervensjon: Tiltaksgrupper:

- | | |
|---|-----------------------|
| <ol style="list-style-type: none">1. <i>Holdningsendrede tiltak</i> (- endre holdninger til sikkerhet hos ulike målgrupper av eldre og/eller pårørende- eks brosjyre, foredrag, undervisning ol)2. <i>Atferdsendrende tiltak</i> (- endre atferd hos målgruppene-eks trening, tur, svømming++)3. <i>Strukturelle tiltak</i> (endre miljøet, strukturer og organisasjoner mht. fall sikkerhet- eks system for strøing, belysning, hull i vei ol- et telefontjeneste for melding?)4. <i>kombinerte tiltak</i> (tiltak fra to eller tre av tiltaksgruppene) | Rapport IS-2114 H.DIR |
|---|-----------------------|

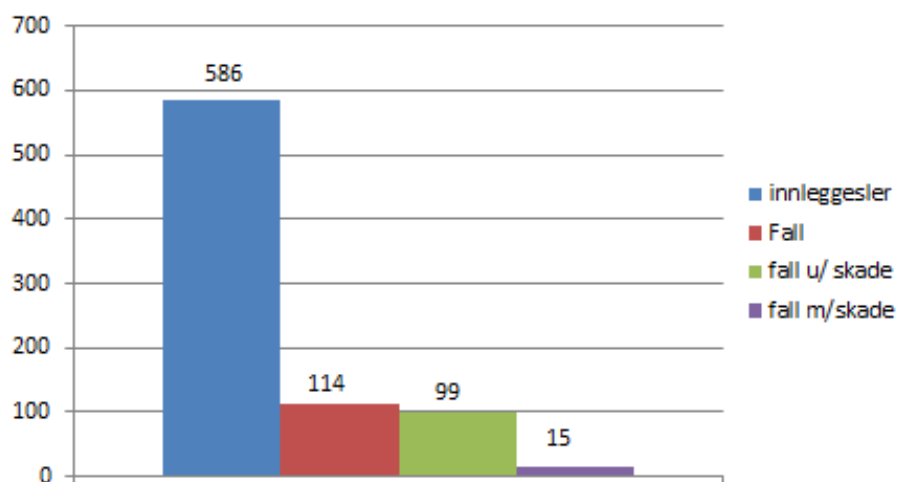
Prosjektgruppen redigerte skjemaer fra pasientsikkerhetskampanjen, slik at det ble tilpasset interne rutiner og dokumentasjon idet elektroniske pasientjournalssystemet GBD. Det var viktig å finne et felles registreringssystem, også for avdelingene som ikke var deltakere i prosjektet. Tilbakemeldinger viser at dette har fungert godt og gitt en mer felles forståelse av registrering og rapportering på hele sykehjemmet. Noe som også blir positivt i det videre implementeringsarbeidet.

Det ble avholdt 5 undervisningssamlinger med informasjon om prosjektet og fallforebygging generelt. Deltakerne var i de fleste samlingene representert fra hele sykehjemmet. Undervisningen hadde mye fokus på risikofaktorer og forslag til generelle tiltak, balansetrening ol. Det er imidlertid usikkert om konkrete tiltak og aktuelle aktiviteter har blitt iverksatt som følge av prosjektet. Individuelle tiltaksplaner ble utarbeidet og hengt opp på badet i aktuelle beboerrom. Også her er en mer dokumentert oppfølging av om tiltakene er utført eller fulgt opp noe usikkert.

Momenter i funnene:

- Selv om målet på 30 % reduksjon av fall ikke ble nådd, var det i prosjektperioden en forbedring med 14 %.
- Ser en på totalbildet så kan en si at 114 fall er for mange og resultatene etter dette prosjektet bør gi et grunnlag for å fortsette forbedringsarbeidet. På den annen side så har under 1 % av innleggelsene omhandlet fall som har krevd sykehusinnleggelse. Dette bør en anse som en lav prosent- selv om en bør ha en null-visjon her.

Oversikt over innleggelser og antall fall på avdeling K2



- Av totalt 586 innleggelser var det 114 fall (19%), hvorav 15 (13%) medførte skade av ulik grad. Skadene varierte fra skrubbsår til brudd. 4 fall hadde alvorlig skade som medførte sykehusinnleggelse. Dette er 0,7% av alle innleggelsene.
- 68 % av 474 pasienter som var i målgruppen ble risikovurdert. 40 % (126 av 320) av disse hadde forhøyet risiko for fall. Det var et stort antall innleggelser og utskrivelser av pasienter i løpet av prosjektperioden -totalt 586 innleggelser. Det kan være en ekstra utfordring i forhold til å gjennomføre risikovurdering innen 48 timer, samt å sikre oppfølging av tiltak, sammenlignet med en stabil langtidspost.
- Av dem som ble risikovurdert med forhøyet risiko, (score 2 eller mer på Stratify- screening), fikk 97 % individuell tiltaksplan. Dette er en høy måloppnåelse. Men screening og utforming av tiltaksplan i seg selv reduserer ikke fall- en må sikre gjennomføring av tiltak. Det ble ikke gjort målinger/registreringer spesifikt om de med screening og tiltaksplan *faktisk* falt mindre. Det vil si at det i prosjektet ikke ble kartlagt hvem som falt. Dette er en svakhet som det kan være interessant å ta med seg i det videre forbedringsarbeidet.

- Det var flest fall torsdager gjennom hele perioden- færrest mandag. Denne opplysningen ble formidlet jevnlig til personalet, men det er usikkert om refleksjon og tiltak ble gjort i forhold til dette i avdelingene.
- Annen hver måned viste målingene at det var færre fall i avdelingen. Årsak til dette var vanskelig å kartlegge utover at gruppelederne mente det var tilfeldig og at noen pasienter med høy falltendens var i avdelingen knyttet til rulleringsplass?
- 2 prevalensundersøkelser ble gjennomført. Siste test viste stor forbedring. Her er inntrykket at personalet i presentasjon av resultater og undervisning fikk større fokus på de momenter som ble undersøkt. Det kunne vært nyttig å ha flere prevalenser i prosjektperioden- da vi ikke vet om forbedringen var tilfeldig eller tiltakene mer integrert.

Refleksjonsspørsmål

- Hvorfor nådde vi ikke målet?
- Hvorfor ble ikke alle i målgruppen risikovurdert?
- Hvordan vet vi hvem som falt?- de som ikke ble risikovurdert?
- Har det hjulpet med individuell tiltaksplan?
- Hva med tverrfaglighet?- legemidler, fysioterapi, annet?
- Hva med undervisning og informasjon til pasient og pårørende?
- Hvorfor flest fall om torsdagen og færrest om mandagen?
- Bør vi ha flere prevalensundersøkelser med flere momenter?
- Forbedring ved at vi nå vet at alle fall mest sannsynlig blir registrert?
- Hvorfor øker fall igjen i slutten av prosjektperioden?

Forskning viser at et bevisst fokus innenfor legemiddelgjennomgang, ernæring, aktiviteter og trening, er områder som har gode fallforebyggende tiltak. (Rapport IS-2114 kap. 3)

I prosjektet har det blitt brukt mye tid på å utarbeide og gjennomføre registreringer og målinger, samt å dokumentere dette. Det skyldes først og fremst at det er viktig å ha de rette verktøyene for å kunne kartlegge behov for tiltak. Men på den annen side har prosjektet også vært styrt av dette fokuset, fordi det har vært en del av en utdanning som forbedringsagent. I det videre arbeidet i fallforebygging, (hvor studentfunksjonen nå er borte), kan en se at det kanskje i praksis også er enda viktigere å ha mer fokus på selve tiltaksdelen. At det er nok kunnskap, gode verktøyer og ansvarspersoner som bidrar til at tiltakene faktisk gjennomføres.

Pågående fallforebyggende arbeid i Bergen kommune som resultat av prosjektet på Fyllingsdalen sykehjem og pilotsykehjemmet som deltok i det nasjonale læringsnettverket i pasientsikkerhetskampanjen:

- Det er to sykehjem som har hatt pilotavdelinger i fallforebyggende prosjekter i samarbeid med USHT Hordaland og regi av pasientsikkerhetsprogrammet. Sykehjemmene har i etterkant av prosjektene valgt å implementere verktøy og erfaringer til all avdelinger ved sine sykehjem.
- Pilotsykehjemmene i pasientsikkerhetsprogrammet bidrar videre til utarbeidelse av en sentral prosedyre i fallforebyggende arbeid i samarbeid med kvalitetsrådgiver i etat for alder- og sykehjem.
- USHT har deltatt i samarbeid med Haukeland Universitets sykehus og Haraldsplass diakonale sykehus med å utarbeide et eget nasjonalt E-læringsprogram tilpasset kommunehelsetjenesten. Dette er planlagt tilgjengelig på lokale nettsider og i Pasientsikkerhetsprogrammet i løpet av 2014.

REFERANSER:

- Forbedringsagent Uddannelseshåndbog 2013: Dansk selskab for pasientsikkerhet
- Fraser: Fremskynde spredning af god praksis
- Helsedirektoratet 2014: Rapport IS-2114: Fallforebygging i kommunen- kunnskap og anbefalinger
- Langley et al: The improvement guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance
- Melding til Stortinget nr. 10 2014-2018.
- Nasjonal pasientsikkerhetskampanje: « Forebygging av fall i helseinstitusjoner» <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no> satsingsområdet: Fall
- NHS Institute for innovation and improvement: Thinking differently. The improvement handbook. Model and Methods
- Provost & Murray : The health Care Data Guide

Vurderingsverktøy for fallrisiko for Fyllingsdalen sykehjem

Risikovurdering innen 48 timer av alle pasienter med vedtak 1 uke eller mer.

Pasients navn		Fødselsdato	
Dato for vurdering		Signatur	

	Svar	Score
1. Har pasient hatt noen fall i de siste 3 månedene?	<input type="checkbox"/> Nei (0 poeng) <input type="checkbox"/> Ja (1 poeng)	
2. Er pasient synsskadet/synshemmet i et slikt omfang at hverdagslig funksjoner er påvirket?	<input type="checkbox"/> Nei (0 poeng) <input type="checkbox"/> Ja (1 poeng)	
3. Er pasient urolig?	<input type="checkbox"/> Nei (0 poeng) <input type="checkbox"/> Ja (1 poeng)	
4. Oppfatter du at pasient har spesielt behov av å besøke toalett ofte?	<input type="checkbox"/> Nei (0 poeng) <input type="checkbox"/> Ja (1 poeng)	
5. Forflytning + rørlighet/gangfunksjon Beskriv pasientens prestasjonsnivå: forflytning fra seng til stol <input type="checkbox"/> Kan ikke flytte seg (0 poeng) <input type="checkbox"/> Trenger stor/vesentlig hjelp (1 poeng) <input type="checkbox"/> Trenger lite hjelp (2 poeng) <input type="checkbox"/> Selvstendig med eller uten hjelpemidler (3 poeng) + Beskriver pasientens nivå av rørlighet/gangfunksjon <input type="checkbox"/> Ikke mobil (0 poeng) <input type="checkbox"/> Selvstendig med hjelp av rullestol (1 poeng) <input type="checkbox"/> Bruker gå-hjelpemiddel (2 poeng) <input type="checkbox"/> Går med hjelp av en person (2 poeng) <input type="checkbox"/> Selvstendig (3 poeng)	<input type="checkbox"/> 0-2 (0 poeng) <input type="checkbox"/> 3-4 (1 poeng) <input type="checkbox"/> 5-6 (0 poeng)	

For pasienter med høy fallrisiko ved score 2 eller mer planlegges og iverksettes individuelt tilpassede tiltak. Dokumenteres i GBD.

	Eksempler på risikofaktorer og hvordan oppdages	Eksempel på tiltak som minsker pasientens risiko for fall
Sykdommer og medisin	<input type="checkbox"/> Svimmelhet? <input type="checkbox"/> Hypertensjon? <input type="checkbox"/> Infeksjoner? (f.eks. urinveisinfeksjon) <input type="checkbox"/> Bivirkning fra medisin?	<input type="checkbox"/> Utred årsak og vurder behandling. <input type="checkbox"/> Gjennomfør en legemiddelgjennomgang. <input type="checkbox"/> Behandle sykdommer/symptomer som medfører økt fallrisiko. <input type="checkbox"/> Unngå permanent kateter, evt. feste kateterslangen inntil pasientens legg.
Motorikk	<input type="checkbox"/> Vansker med å selvstendig reise seg fra eller sette seg i stol eller seng på en sikker måte? <input type="checkbox"/> Nedsatt balanse stående eller gående? <input type="checkbox"/> Risikofylte bevegelser ved personlig hygiene, toalettbesøk eller ved på- og avkledding? <input type="checkbox"/> Nedsatt utholdenhet ved daglige forflytninger? <input type="checkbox"/> Ustøe sko?	<input type="checkbox"/> Utred årsak. <input type="checkbox"/> Tilby opptrening av styrke, balanse, gang- og forflytningsegenskaper (ev. kommunal balansetrening eller individuell fysioterapi) <input type="checkbox"/> Bistå pasienten ved toalettbesøk, og vurder å stå utenfor døra til pasienten er ferdig <input type="checkbox"/> Tilby pasienten rullestol, rullator eller prekestol <input type="checkbox"/> Anbefale videre utredning ved fallpoliklinikk eller tilsvarende enhet <input type="checkbox"/> Oppfordre og hjelp pasienten til bruk av stødig/tilpasset fottøy og antisklisokker
Kognitiv og atferd	<input type="checkbox"/> Observert forvirring (delirium), desorientering, uro eller utagerende atferd? <input type="checkbox"/> Kan orientere seg i avdelingen eller hjemmet? (f.eks. til/fra toalett og seng) <input type="checkbox"/> Impulsive forflytninger? <input type="checkbox"/> Vansker med å forstå eller følge instruksjoner? <input type="checkbox"/> Glemmer eller har vansker med å anvende hjelpemidler?	<input type="checkbox"/> Utred årsak og vurder behandling. <input type="checkbox"/> Unngå bytte av rom <input type="checkbox"/> Pårørende gis informasjon om å gi beskjed når de forlater pasienten <input type="checkbox"/> Informere øvrig personal om behov for tilsyn (Hyppige? I spesifikke situasjoner? Fastvakt?) <input type="checkbox"/> Flytte pasienten ut på korridoren/sammen med personalet <input type="checkbox"/> Bruk av varselmatt (vurder pasientens samtykkekompetanse og om det er nødvendig med tiltak ift. bevegelseshindrende tiltak)
Syn	<input type="checkbox"/> Dårlig syn? <input type="checkbox"/> Progressive briller? <input type="checkbox"/> Vanskelig å forholde seg til de fysiske omgivelsene? (f.eks. støtter seg til møbler, feil avstandsbedømmelse)	<input type="checkbox"/> Utred årsak og vurder behandling/henvisning <input type="checkbox"/> Sjekk syn/tilby konkrete synshjelpemidler <input type="checkbox"/> Informer om hvor lysbryter befinner seg, og forsøk å gjøre disse tilgjengelige <input type="checkbox"/> Etterspør om briller anvendes og/eller juster disse
Kontinens	<input type="checkbox"/> Inkontinens? <input type="checkbox"/> Obstipasjon? <input type="checkbox"/> Hyppige toalettbesøk?	<input type="checkbox"/> Utred årsak og vurder behandling <input type="checkbox"/> Tilby hjelp til regelmessige toalettbesøk
Ernæring	<input type="checkbox"/> Underviktig, kjent vekttap eller dårlig appetitt? <input type="checkbox"/> Lang natt fasting? <input type="checkbox"/> Dehydrering?	<input type="checkbox"/> Utred og behandling av underliggende årsaker <input type="checkbox"/> Tilpass, berik og utvid kosthold og væskeinntak med for eksempel flere mellommåltider <input type="checkbox"/> Tilpass spise miljøet
Rom og omgivelser	<input type="checkbox"/> Er belysningen optimal for eksempel når pasienten skal på toalettet? <input type="checkbox"/> Er seng/stol/toalett optimal for eksempel i forhold til høyde og støtte? <input type="checkbox"/> Fungere hjelpemidlene som de skal? <input type="checkbox"/> Risiko/nytte med sengehest? <input type="checkbox"/> Anvendelse av ringeklokke/trygghetsalarm?	<input type="checkbox"/> Orienter om fysisk forhold på avdelingen <input type="checkbox"/> Legg madrass på gulvet, plassere sengen inntil vegg og bruke <input type="checkbox"/> Bruk av hoftebeskyttere. <input type="checkbox"/> Velg rom/bad med lett tilgjengelig toalett og vask <input type="checkbox"/> Plasser at støttehåndtak/rekverker plassert på naturlige steder (f.eks. ved vask, dusj, toalett) <input type="checkbox"/> Fest anti-sklimatter på badet eller i rommet <input type="checkbox"/> Bruk sengehest når pasienten er sengeliggende (vurder pasientens samtykkekompetanse og om det er nødvendig med tiltak ift. bevegelseshindrende tiltak) <input type="checkbox"/> Merk pasientrom og bad/WC

Vedlegg:3 Individuell tiltaks plan- eksempel Fyllingsdalen

Fyllingsdalen sykehjem

Fallforebyggende tiltak

NAVN: _____ FØDT: _____ RISIKOGRAD: _____ DATO: _____

PROBLEMSTILLING	TILTAK	DATO/ SIGN	EVAL/D ATO	KOMMENTAR / NYE TILTAK	DATO/ SIGN
GENERELT					
DAG					
AFTEN					
NATT					

Vedlegg 4: Balansetrening

FALLFOREBYGGING



Reise seg - sette seg

- Stå på en stol
- Rull deg opp til stolsiden med hender
- Stå på armene
- Sett deg rolig ned igjen



Kneby

- Stå nær en stol med bena litt fra
- Rull ned
- Stått deg litt på støtten med
- hender
- Rull rolig ned i knæne
- Stått deg rolig opp slik at knæene blir
- faste igjen

BALANSETRENING



Stå på tærne

- Stå nær en stol
- Legg hendene på støtten slik at
- støtte deg på dem
- Gå opp på tå og ned igjen



På en fot - med kneleift

- Stå ved siden av en stol slik at du
- kan støtte deg på den med en
- hånd og på den andre
- fot