

Fallhendelser hos eldre i hjemmetjenesten i en norsk kommune- omfang og omstendigheter

Rita Solbakken¹ og Terese Bondas²

Rita Solbakken, Universitetslektor ved Universitetet i Nordland, Profesjonshøgskolen, Campus Vesterålen- Leknes, -E-post: rita.solbakken@uin.no

Terese Bondas, Professor ved Universitetet i Nordland, Profesjonshøgskolen, Campus Bodø

Abstract

Fall events in elder recipients of home care services in a Norwegian municipality- incidence and circumstances

Falls in institutional care are adverse events that have been well documented. Falls among elderly in home care services have not previously been studied in Norway. The aim of this study was to register the incidence and circumstances surrounding falls occurring in home-care services for elderly persons in a medium-sized Norwegian municipality. Descriptive statistics was applied in a three-month follow up study. Totally 440 homebound elderly aged 65 years or more and receiving home care services or safety alarm were included in this study. In total 101 falls, represented by 72 persons were documented. Sixty six percent reported no injury related to the fall, but 34% had injuries, ranging from bruises to fractures and hospitalization. In 24 % the circumstances were unknown, for the rest there was no particular cause documented. The findings will be used to study the development of care and prevention of falls with elder persons in home care services.

Key words/ nøkkelord

Quantitative; home care services; fall; adverse events; nursing, kvantitativ; hjemmetjeneste; fall; uønskede hendelser; sykepleie

FOU

Innledning

Denne studien fokuserer fall hos eldre i kommunal hjemmetjeneste, og er en del av ett større forskningsprosjekt på pasientsikkerhet og ledelse i eldre-pleie. Fall rammer ikke bara den eldre ved fallhendelsen, men kan ha alvorlige konsekvenser med utrygghet og lidelse, t.o.m. konsekvenser for liv og helse i tillegg til samfunnsøkonomiske konsekvenser. Ved hjelp av pleiepersonalets dokumentasjonssystem studeres hvor mange som opplever ett eller flere fall, tidspunkt på døgnet, om det kan finnes klare årsaker, om og tilfelle hvilke skader som oppstår. Registreringen kan avdekke behov for sykepleie og mulighet til forebygging til denne pasientgruppen. Perspektivet er pleierens registrering og oppfattelse av fallhendelsen. Studien

er gjennomført i en middels stor norsk kommune over en periode på tre måneder. Feltarbeidet er utført av førsteforfatter.

Bakgrunn

Den kommunale hjemmetjenesten for eldre og fall som helseproblem, årsaker og konsekvenser beskrives som bakgrunn for studien.

Den kommunale hjemmetjenesten for eldre

Fall er rangert øverst av problemene som omsorgstjenestene møter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Innføring av samhandlingsreformen gir føringer for at flest mulig skal bo lengst mulig i egen bolig, og helsehjelp skal i større grad ytes i eget hjem. Hjemmetjenestene er en sektor i vekst, og som antas å fortsette å øke i omfang. En følge av dette vil være at hjemmetjenesten i større grad gir tjenester til mottakere som er sykere og som tidligere ville vært innlagt i institusjon. I Norge er tilbud om hjemmetjenester et kommunalt ansvar, og defineres dermed under primærhelsetjenestene. Hjemmetjenester organiseres annerledes enn sykehus og sykehjem. I mange andre land har en i større grad satset på en tradisjonell institusjonsomsorg og spesialisthelsetjeneste, med en stor innsats fra humanitære organisasjoner, frivillige og familie til de hjemmeboende (Kirkevold, Brodtkorb, og Ranhoff 2008). Når en skal søke kunnskap fra forskning som er gjennomført i hjemmetjenesten, vil utenlandske-, og norske studier derfor ikke bli sammenlignbare som en konsekvens av dette. Det har derfor vært nødvendig å se til studier som omfatter både hjemmeboende eldre og eldre i institusjon for å få mer bakgrunnskunnskap om fenomenet fallhendelser.

Fall som helseproblem for eldre

Ved gjennomgang av internasjonale studier gjennomført på uønskede hendelser i hjemmetjenesten viser det seg også at fall er hyppigst rapportert og er et veldokumentert fenomen (Harrison, Keeping-Burke, Godfrey, Ross-White, McVeety, Donaldson og Doran, 2013) Omfanget viser at det utgjør et helseproblem for eldre mennesker ved at én av tre personer over 65 år, og som bor i eget hjem, har ett eller flere fall i løpet av ett år (O'Loughlin, Robitaille, Boivin og Suissa 1993). I Norge er det gjennomført studier med fokus på fall hos hjemmeboende eldre generelt, men ingen publiserte studier på tjenestemottakere av hjemmetjenester spesielt. I en svensk studie derimot fant man at 20% har minst ett fall i løpet av ett år, samt at antall fall øker med omfanget av tildelte tjenester (Vikman, Nordlund, Naslund og Nyberg 2009).

Norske undersøkelser viser at 30% av hjemmeboende personer over 65 år faller hvert år og at fallhyppigheten øker etter 75 års alder (Folkehelseinstituttet 2012). Namdalsundersøkelsen registrerte fallhendelser i Midt-Norge og hadde i løpet 19 måneder registrert til sammen 1221 fall. I deres studie er hjemmeboende eldre (med og uten hjemmetjenester) og personer innlagt i institusjon inkludert (Kjølstad, Pettersen og Tvete 2009). Antakelsen fra tidligere studier og egen erfaring, er at eldre personer med tildelte hjemmetjenester har større grad av funksjonsnedsettelse enn den øvrige eldre, hjemmeboende befolkningen og derfor antas å være i større fare for fallhendelser. Det behøves nærmere undersøkelse av denne spesifikke

delen av populasjonen (Berland, Gundersen og Bentsen 2012; Meyer, Dow, Briony, Bilney, Moore, Bingham og Hill 2010; O'Loughlin et al. 1993; Vikman et al. 2009).

I studien ble WHO`s definisjon av fall valgt:

“A fall is defined as an event which results in a person coming to rest inadvertently on the ground or floor or other lower level. Fall -related injuries may be fatal or non- fatal though most are non-fatal” (WHO 2012)

Fallhendelser med og uten fysisk skade ble dokumentert, og inkludert i studien.

Årsaker til fall

Fallrisikoen øker dersom personen har hatt tidligere fall, med økt alder, kroniske lidelser og medikamentbruk (Pettersen 2002). Tilpasset og målrettet fallforebygging har effekt (Cameron, Murray, Gillespie, Robertson, Hill, Cumming og Kerse 2010; Gillespie, Robertson, Sherrington, Gates, Clemson, og Lamb 2012). Men hvilke tiltak som har effekt, synes å være forskjellig avhengig av om pasienten er innlagt på sykehus eller i sykehjem. I sykehus er det sannsynlig at sammensatte tiltak og øvelser med veiledning virker fallforebyggende. I sykehjem viser det seg derimot at disse tiltakene ikke har dokumentert effekt, men at tiltak iverksatt av tverrfaglige team kan redusere antall fall (Cameron et al. 2010).

Robinovitch et al. har studert overvåkningsvideoer fra offentlige områder i canadiske sykehjem for å finne svar på hvorfor pasienter i sykehjem falt. Det å skli på noe, som forskerne gjerne har konsentrert seg om, forårsaket bare omtrent 3% av fallene. Den vanligste årsaken til fall viste seg å være at personen flyttet kroppens tyngdepunkt før beina fulgte med, altså at de snudde seg rundt eller lente seg til siden for raskt. Sytti prosent av fallene skjedde i forbindelse med at pasientene forsøkte å gjøre helt dagligdagse aktiviteter slik som å gå, sette seg og å stå. Slik kunnskap kan gi gode tips om hvordan man kan forhindre ulykker (Robinovitch, Feldman, Fau, Yijian Yang, Schonnop, Lueng, Sarraf og Loughin 2012) Når det skal settes fokus på fallforebygging, beskriver forskningslitteraturen hvilke intervensjoner som har effekt på fallforebygging, spesielt i institusjoner der dette er et område som har vært grundig undersøkt. Aktiviteter som styrketrening, aerobic, fysioterapi hagearbeid og Tai- Chi har effekt, og kan trolig bedre funksjonsnivået målt som økning i ADL (activity of daily living), hos eldre mennesker innlagt i institusjon (Forster, Lambley, Young, Smith, Green og Burns 2009).

Et fall kan være en Konsekvenser av fall

dramatisk hendelse i den eldres liv, og kan medføre fysisk skade. Lårhalsbrudd er den vanligste alvorlige, fysiske skaden hos de som faller (Pickett, Hartling og Brison 1997). Lårhalsbrudd vil ha økonomiske konsekvenser for samfunnet. Det har ikke vært mulig å finne nyere norske studier som viser kostnadene knyttet til lårhalsbrudd, men beregning gjort ved Høgskolen i Harstad viser at et lårhalsbrudd koster samfunnet 167.000 kroner i gjennomsnitt, inkludert sykehuskostnader og produksjonstap. Hvert år der det mellom 7000 og 9000 lårhalsbrudd i Norge og samlet utgjør dette en kostnad på 1,1-1,5 milliarder kroner (Bergland og Gressne 2013). Mellom 10 og 20% av alle som pådrar seg lårhalsbrudd dør innen ett år og 25% må ha sykehjems plass. Eldre, hjemmeboende har en høyere risiko for død dersom de har

ett eller flere fall. Dødeligheten øker med 57 % for eldre som faller to eller flere ganger i løpet av ett år, viser en studie som har undersøkt 300 hjemmeboende kvinner i alderen 75-93 år. For de som to eller flere fall, var dødsrisikoen 1,6 ganger høyere enn hos de som ikke hadde falt. Hadde en fanget opp disse kvinnene etter første fallet og iverksatt tiltak, kunne dødsrisikoen vært kraftig redusert (Kjølstad et al. 2009; Sylliaas, Idland, Sandvik, Forsen og Bergland 2009). Falltendensen viser seg å være likt fordelt mellom kjønnene, men det er flest kvinner som får bruddskader etter fall (Clyburn og Heydemann, 2011). Utrygghet, angst og depresjon kan være en følge av en fallhendelse. Angst for å bevege seg i hjemmet kan videre føre til at personen begrenser aktivitetsnivået og ved mindre fysisk aktivitet sees muskelsvakhet, redusert balanse og økt risiko for fall (Clyburn og Heydemann 2011; Sylliaas et al. 2009). Disse omstendighetene kan bidra til at den eldre får en redusert livskvalitet. En studie som har undersøkt langtidseffekten av fall, viser signifikant lavere score på opplevd helse relatert livskvalitet (HRQoL) og livstilfredshet (LS) enn de som ikke har hatt fall, etter seks år (Stenhagen, Ekström, Nordell og Elmståhl 2014).

Fall hos mottakere av hjemmetjenester har også vist seg å øke pårørendes omsorgsbyrd, enten som ett resultat av at den eldre trenger mer fysisk hjelp etter et fall, eller gjennom at bekymring for den Eldres velferd øker. Pårørendes tillitt til den Eldres evne til å ivareta seg selv reduseres også. Dersom effektiv fallforebygging blir iverksatt for personer med risiko for fall, er det et potensiale for å bedre helse og livskvalitet for både den eldre og pårørende (Meyer et al. 2010).

Resultatene fra en norske studie der 20 sykepleiere deltok, viste at deres opplevelse var at helsearbeidere i hjemmetjenesten var mer opptatt av å behandle fallskader enn å forhindre dem. De mente at det heller ikke ble fokusert på fall *før* pasienten faktisk hadde hatt en fallhendelse. Pasientens autonomi gikk foran pasientens sikkerhet, og at det kunne gå ut over sikkerheten til pasienter som faktisk var for dårlige til å bo hjemme (Berland et al. 2012). Det viser seg at fallhendelser i sykehus, kan medføre skyldfølelse hos sykepleierne. (Østensvik 2007).

Av litteraturgjennomgangen kommer det ikke fram at det er publisert nasjonale studier som tallfester omfanget av, eller beskriver omstendigheter rundt fallhendelser hos eldre over 65 år som er tjenestemottakere av hjemmetjenester og trygghetsalarm.

Hensikt

Hensikten med studien, som er del av en større prosjekt om uheldige hendelser og ledelse, er å skape ny kunnskap om omfanget av fall hos brukere av hjemmetjenester og trygghetsalarm, samt omstendighetene rundt fallhendelsene.

Metode

I studien er kvantitativ, retrospektiv metode valgt. Deskriptiv statistikk benyttes for å beskrive omfanget av fall i undersøkelsesperioden, mens kausal tilnærming er benyttet for å søke kunnskap om omstendighetene rundt fallene.

Det eksisterende dokumentasjonssystemet gjorde det ikke mulig å uthente data for å belyse problemstillingen i studien, slik som først tenkt. Jeg tok utgangspunkt i et skjema utarbeidet

og benyttet i forbindelse med «Namdalsundersøkelsen», med målgruppe alle eldre >65 år i alle kommunene i Nord-Trøndelag (Kjølstad et al. 2009). I omarbeidelsen ble kjennskap til tidligere forskning på fallhendelser tatt med. Skjemaet ble også gjennomgått sammen med avdelingslederne. Det ble satt av felt for blodtrykk, puls, temperatur, blodsukker og vekt. Det er kjent at lidelser som påvirker sirkulasjon, balanse og ernæring øker med økende alder (Clyburn og Heydemann 2011). En annen av endringene vi så som hensiktsmessig var å ta med plass til å dokumentere hvordan pasienten var ivaretatt og fulgt opp etter fallet. Omarbeidelsen er gjort med tillatelse fra forfatterne. Vi endte opp med ett tosidig skjema. Skjemaet er oversiktlig, lett forståelig og enkelt å fylle ut for de ansatte. Fra oppstart av studien skulle det inngå som en del av den ordinære sykepleiedokumentasjonen.

Første side samler faktaopplysninger ved at helsepersonellet krysser for ulike svaralternativer som er aktuelle for fallet. Forsiden består av 11 hovedområder som har fra 2-9 kryssbokser med ulike alternativer. Under hvert område er det i tillegg ett felt der opplysninger kan spesifiseres, dersom alternativene ikke er presise nok til det som ønskes dokumentert. På side 2 kan helsepersonellet beskrive omstendighetene rundt fallet- i fritekst i to tilrettelagt felt:

- ” Dersom det er mulig, kan du beskrive situasjonen rundt fallet nærmere?”
- ” Mulige tiltak for å unngå/følge opp hendelsen”.

I forkant av studien ble det gjennomført ett tre timers kurs for alle ansatte i hjemmetjenesten, uavhengig av kompetanse. Alt helsepersonell er underlagt lov om helsepersonell, og har derfor dokumentasjonsplikt (Lov om helsepersonell 1999). Kursdeltakerne hadde derfor ulik faglig kompetanse som: ufaglærte assistenter, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, ergoterapeuter og sykepleiere. For at flest mulig skulle få anledning til å delta ble kurset gjennomført over to dager. Avdelingslederne oppfordret og la til rette for deltakelse. Utviklingssenter for hjemmetjenester sto som teknisk arrangør, mens jeg hadde ansvar for faglig innhold. Til sammen deltok i overkant av 100 personer. Det nye dokumentasjonsskjemaet ble presentert og nøye gjennomgått for at deltakerne kunne gjøre seg kjent med det og få mulighet til å stille spørsmål med hensikten å trygge personalet på hvordan det skulle brukes i praksis. Tidligere undersøkelser viser at utrygghet kan være til hinder for dokumentasjon (Oddvang 2013). Deltakerne fikk også presentasjon av kunnskapen som vi pr. i dag har om fallhendelser i hjemmene, årsaker til fall, helsepersonells dokumentasjonsplikt opp mot lovverket og viktigheten av fallforebygging for den enkelte tjenestemottaker. Oppsummert var formålet med kurset todelt- å gjøre de ansatte kjent med det nye dokumentasjonsskjemaet for å få valide data til studien og kompetanseheving på temaet fall.

Jeg deltok på ett personalmøte i hver sektor med informasjon om studien og ga mulighet for å stille spørsmål angående studien og dokumentasjonsskjemaene. På hvert sektorkontor ble det satt opp oppslag for å påminne om nytt skjema i dokumentasjonssystemet. En kontaktperson for hver sektor hadde spesielt ansvar for opplæring av vikarer, nytt personell og var pådriver for dokumentasjonsarbeidet generelt. I forkant av studien ble kontaktpersonene samlet til ett eget møte med meg for å bli tryggere i sin rolle, kunne utveksle spørsmål og informasjon. De hadde også ansvar for å skrive ut skjemaene til meg med hensikt å sikre tjenestemottakernes anonymitet og dermed at dokumentasjonsskjemaene kunne benyttes som datamateriale i studien.

Avdelingslederne så muligheten til å bruke denne første kartleggingen som en «baseline» i systematisk arbeid med kvalitetsforbedring for deretter kunne vurdere effekt av iverksatte tiltak basert på studiens funn, noe som ikke hadde vært mulig tidligere.

Utvalg

Utvalget i datamaterialet er personer med tildelte tjenester i form av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand (n=373). Brukere med trygghetsalarm (n=67) ble også inkludert da det er ansatte i hjemmetjenesten som betjener utløste alarmer, for eksempel ved en fallhendelse. Alle fall hos tjenestemottakere skal dokumenteres, men alder <65 år ble satt som inklusjonskriterie for studien. Totalt ble 440 personer inkludert i studien. Alderen varierte mellom 65 år og 100 år. Kommunen som dataene er samlet inn i, er en middels stor norsk kommune som består av sentrumsnære og mer landlige områder. Datasamlingsperioden varte 3 måneder fra februar til utgangen av april, 2013.

Etiske overveielser:

Dokumentasjonsskjemaene ble utfylt av ansatte i hjemmetjenesten som en del av deres ordinære elektroniske dokumentasjonssystem. Dokumentasjonsskjemaene ble av kontaktpersonene anonymisert og lagt i en konvolutt og personlig hentet hver fredag. Data var ikke sporbare tilbake til tjenestemottaker og ble behandlet konfidensielt. Før oppstart ble det gjort henvendelser til den gjeldende kommunens pasientvernombud og Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).

Resultat

Til sammen 440 eldre var registrert mottakere av hjemmetjeneste og trygghetsalarm i disse 3 månedene studien pågikk. 72 (n=72) tjenestemottakere hadde til sammen 101 registrerte fall (N=101). Tallene presenteres i antall og i prosent for lettere kunne sammenlikne med tidligere studier.

Resultatet viser at 16,4% av alle tjenestemottakere av hjemmetjenester og trygghetsalarm, i denne kommunen, hadde minst én fallhendelse i løpet av 3 måneder. Femtifem tjenestemottakere (76%) var registrert med ett fall, mens 17 (24%) hadde flere fall. Høyeste registrerte antall fall pr. tjenestemottaker var 10. Antallet fall fordelt på alder var tilnærmet likt, med en svak overvekt i aldersgruppen 81-90 år. Kjønnfordelingen var 49 kvinner og 51 menn. Funnene indikerer at omfanget av fallhendelser er stort, se tabell 1.

Tabell 1, Fordeling av fall pr. tjenestemottaker kan vises slik (n=72):

Antall fall:	Tjenestemottakere:
1 fall:	55
2 fall:	10
3 fall:	4
4 fall:	1
5 fall:	0
6 fall:	1

7 fall:	0
8 fall:	0
9 fall:	0
10 fall:	1

Studien viser at fall skjer hele døgnet. Det viser seg at det er en overvekt av fallhendelser mellom kl. 06.00 og kl. 18.00, som er den tiden tjenestemottakerne forventes å være i størst aktivitet. Kun hos en tjenestemottaker er falltidspunktet ikke registrert, se tabell 2.

Tabell 2, Tidspunkt for fallet (N=101):

Tidspunkt:	Antall fall:
00.00-03.00	8
03.00-06.00	9
06.00-09.00	17
09.00-12.00	17
12.00-15.00	18
15.00-18.00	12
18.00-21.00	6
21.00-24.00	7
Vet ikke:	6
Ikke registrert:	1

Av 101 fall skjedde 86 (85%) av fallene inne hos tjenestemottakeren. 29 fall skjedde i stua, 19 på soverom, 15 på badet, 13 på kjøkkenet, 3 på wc og 5 på bad. For 7% ble det krysset av for «annet». I feltet for fritekst er dette beskrevet til å være fall når tjenestemottakeren skulle forflytte seg mellom to rom, oftest i en gang.

Femten fall (15%) skjedde utomhus: 5 på gårds plass, 4 på gangvei, 3 på trapp og 2 «annet». Annet var ikke beskrevet nærmere. For ett fall var det ikke registrert.

Tabell 3, Hva forårsaket fallet?

Vet ikke:	24
Annet:	22
Svimmel:	18
Glatt:	15
Snublet:	12
Sykdom (ikke medikamenter):	8
Alkohol:	6
Medikamenter:	2

Hos 24 av tjenestemottakere var utløsende årsak ukjent. Hos noen tjenestemottakere var det satt kryss for mer enn én årsak noe som viser at fallårsaken kan være sammensatt. Ett eksempel er at tjenestemottakeren var svimmel og hadde drukket alkohol.

I 82 % av fallhendelsene hadde personalet benyttet feltene for nærmere beskrivelse av omstendighetene rundt fallet. Beskrivelsene inngår ikke i analysen, men kan likevel bidra til å belyse omstendighetene rundt fallhendelsene. Ti ulike beskrivelser nedenfor representerer varierende og sammensatte årsaker til fall.

Sitatene er hentet ordrett fra dokumentasjonsskjemaene:

1. Var alene på badet da hun falt på gulvet sier venstre for skled unna henne
2. Skjedde ved strømbrudd da hun skulle gå fra bad til soverom, da hun ikke såg noe
3. Fallet har vært i slutten av uke 11. Han har handlet og sto med handleposer i begge hender da vinden blåste ytterdøra rett på han, ramlet på siden. Forteller dette selv en uke senere.
4. Ektemannen skulle hjelpe henne ut av senga og på do-stolen. Men hun sklei av madrassen og havnet på gulvet. Blei veldig sliten, for måtte ligge i 1 time før vi kom oss dit.
5. Rakk ikke bak til stolen før han satte seg ned.
6. Pasienten husker ikke
7. Måtte snø, gikk ett skritt bakover og støtte mot snøklump og falt
8. Bare helt tilfeldig at jeg kom inn til henne da. Da satt hun på gulvet nedfor senga. Sier hun falt i stua nedfor sofaen
9. Bruker falt på kjøkkengulv. Traff skarp kant/trolig rullator. Hun lå på rygg da jeg kom til henne. Mye smertepåvirket i hofte og ribbeinsområde.
10. Er alkoholiker og har drukket mye over tid.

Tabell 4, Hvilke type fysiske skader får tjenestemottakerne som faller (N=101)?

Skadetype:	Antall:
Ingen skade:	66
Annet:	14
Skrubbsår:	10
Hodeskade:	3
Skade pga. fall mot møbel e.l.	3
Brudd:	3
Forstuing:	2
Kuttskade:	2
Ikke registrert:	5

I 65% av falltilfellene hadde ikke personalet dokumentert fysisk skade etter fallhendelsen. Det ble registrert skader hos 13 tjenestemottakere og hos noen ble det registrert flere skader pr. fall. 13 fallhendelser førte til 37 ulike skader hos tjenestemottakeren. I gjennomsnitt medfører det 2,85 skader pr. fall hos de av tjenestemottakerne som hadde fått skader i forbindelse med fallet. Hos 5% var feltet ikke fylt ut. Her kan en derfor ikke utelukke flere skader. Under «annet» hadde flere dokumentert i feltet for fritekst. Skadene varierer fra mindre alvorlige skader slik som lette, diffuse smerter til alvorlige skader som lårhalsbrudd. Noen av skadene oppdages av personalet i ettertid. 8 tjenestemottakere (2%) ble umiddelbart, eller i ettertid, innlagt på sykehus som følge av fallet. Denne studien har ikke tilgang på informasjon om skadeomfanget etter innleggelse i sykehus.

For 15% var dette deres første fall. 85% hadde falt en eller flere ganger før eller under kartleggingsperioden. I 65 % tilfeller hadde ikke personalet beskrevet tiltak for å følge opp tjenestemottakeren i etterkant av fallet. Hos dem var det heller ikke dokumentert at fallforebyggende tiltak var iverksatt.

Diskusjon:

Antall dokumenterte fall i perioden på tre måneder var 101 fall- fordelt på 72 tjenestemottakere. 16,4% av alle tjenestemottakerne av hjemmetjenester og trygghetsalarm har hatt minst ett fall i datasamlingsperioden og én bruker hadde så mange som 10 dokumenterte fall. Det var flest fall mellom kl. 06.00 og kl. 18.00. 86 fall skjedde innomhus, og det viste seg at flest falt i stua. Av de 15 fallene som skjedde ute, falt flest på gårdsplassen. Årsaken til fall er ukjent i 24% av tilfellene, for de andre er det ikke noe spesielt som utpeker som fallårsak. 35 % av fallene medførte fysisk skade hos tjenestemottakeren. Flere faktorer kan påvirke resultatet av studien og funnene må sees i lys av dette. Studien har et retroperspektiv tilnærming med den styrken at jeg ikke har hatt innvirkning på innholdet i dokumentasjonen. Personalet fikk undervisning i bruk av dokumentasjonsskjemaene, det ble gjennomført kurs, personalmøter og egne personer i avdelingen som var ansvarlig for opplæring og implementering. Dette antas å bidra til å økt kunnskap om, og fokus på, fallhendelser i sektorene. Personalet ble påminnet fallregistreringen ved at jeg ukentlig hentet skjemaene og snakket om fall med de som jeg møtte. Datamaterialet er avhengig av personalets registreringer. Det vil alltid være en usikkerhet om alle fallene er dokumentert, og om kontaktpersonen har skrevet ut alle dokumentasjonsskjemaene. Det kan ikke utelukkes underrapportering ved at dokumentasjonsskjemaene opplevdes som ukjente eller at noen av personalet synes det, av ulike grunner, er utfordrende å dokumentere elektronisk og heller lar det være (Oddvang 2013). En annen begrensning i studien er at vi ikke vet noe om fall bare registrert av de eldre selv eller pårørende.

Fallregistreringsskjemaet som ble brukt er brukt i «Namdalsundersøkelsen» og har vist seg som brukbart i den forstand at det gir svar på det som etterspørres, men for videre forskning innenfor dette området bør skjemaet valideres.

Det er også begrensninger ved studien ved at den er gjennomført i kun én kommune. Undersøkelsesperioden er begrenset til 3 måneder.

Resultatene fra undersøkelsen viser at 16,4 % av alle tjenestemottakere av hjemmetjenester og trygghetsalarm over 65 år, hadde en fallhendelse i løpet av tre måneder (tabell 1). De er noe mindre enn funnene fra studien fra Sverige som hadde 20 % fall over en periode på ett år. Noe av forklaringen kan ligge i at personer med trygghetsalarm ikke var inkludert i studien fra Sverige og denne antakelsen styrkes når studien viste at omfanget av fall øker med antall tildelte tjenester. Personer som kun har trygghetsalarm må antas å være mindre skrøpelig enn de som har hjemmetjenester. En studie fra Nederland viser at antallet fall i sykehus var 2,5% og i institusjon 26% i en periode på 3 måneder (Van Gaal, Schoonhoven, Mintjes-de Groot, Defloor, Habets, Voss og Koopmans 2013). Pettersen (2002) sier at i norske sykehjem har minst 50 % av pasientene ett fall pr. år. Både sykehus og sykehjem er høyere omsorgsnivå enn hjemmetjenester, og her må pasientene antas å være skrøpeligere.

Flest tjenestemottakere (76%) hadde ett fall, mens 24% hadde mer enn ett fall (tabell 1). Dersom en sammenlikner med hjemmeboende som mottar frivillig hjelp i Australia hadde

58% ett fall og 45% hadde flere fall (Meyer et al. 2010). I studien fra Sverige hadde 61 % ett fall og 39 % hadde flere fall. Min studie avviker fra de andre med at antallet eldre som har ett fall er høyere. Også her kan lengden på datasamlingsperioden og mengden av tildelte tjenester antas å innvirke på resultatet. Hos tjenestemottakere som har mer enn ett fall derimot, er andelen lavere i denne studien. Det kan være at personalet gjør en god og målrettet fallforebygging og oppfølging, selv om det i 65% av tilfellene ikke er dokumentert.

Begge de nordiske undersøkelsene viser tilnærmet samme resultat for høyest registrerte antall fall pr. bruker som er 10 og 11. Funnet fra min studie er urovekkende fordi datasamlingsperioden kun er 3 måneder.

Det var liten forskjell på antall fall mellom kvinner (49) og menn (52). Resultatene både støttes og avviker fra tidligere forskning, som varierer fra en fordeling med flest fall hos kvinner til dobbelt så stor falltendens hos menn som hos kvinner (Clyburn og Heydemann 2011; Kjølstad et al. 2009; Meyer et al. 2010; Van Gaal et al. 2013; Vikman et al. 2009),

Av de 101 registrerte fallene resulterte 35% i fysisk skade (tabell 4). Omfanget av fallrelaterte skader var 33 % i Sverige, og er dermed noe lavere enn det jeg fant. Det er ingen i øyenfallende årsak til denne forskjellen ut fra inklusjonskriteriene. Studier gjort i sykehus viser at 68,8% har skader etter fall som rangeres fra liten skade til alvorlig skade (Østensvik 2007).

Tabell 2 viser at 64 fall skjer mellom kl. 06.00 og kl. 18.00. De fleste fallhendelser i hjemmetjenesten skjer på dagtid. Slik kunnskap kan ha betydning for avdelingslederne som forvalter personalressursene og hjelpe dem i arbeidet med bemanningsfordeling ut over døgnet. Som en kuriositet kan nevnes at undersøkelsen ble gjennomført i et tidsrom der det er mørketid i denne kommunen. Det kan se ut som om påvirkning av lysforhold ikke innvirker i stor grad på falltendensen. Dette støttes av undersøkelsen gjennomført i Sverige som også har sett på sammenheng mellom årstid/lysforhold og falltendens, uten å ha funnet en signifikant forskjell. En undersøkelse fra sykehus hadde delt døgnet inn i tre. Mellom klokka 23.00 og 06.59 skjer 47,1% av fallene. På dagtid faller 26,3 % og på ettermiddag 26,6 % (Østensvik 2007). Det skiller seg tydelig fra hjemmetjenesten og viser at de ulike deler av helsetjenestene har ulike særegenheter og at forskning på ett område i helsetjeneste ikke automatisk har overføringsverdi til ett annet. Kunnskapen kan tenkes å ha betydning vil for avdelingsledere, for eksempel ved at bemanningsfordelingen på døgnet bør bli ulik fra sykehus til hjemmetjenestene, ut fra et fallforebyggende perspektiv.

I 82 tilfeller har personalet beskrevet omstendighetene rundt fallhendelsene. I 19 tilfeller er det ikke beskrevet. Bare i 35 av tilfellene hadde personalet beskrevet mulige tiltak for å unngå/følge opp hendelsen, men i så mange som 65 tilfeller var dette ikke gjort. Funnene i denne studien kan synes å samsvare med funnene i Berlands studie som viste at helsepersonell i hjemmetjenestene aksepterer fall som en del av utfordringene som er i tjenesten (Berland et al., 2012).

Studien viser at omfanget av fallhendelser er stort og at konsekvensen for en del av tjenestemottakerne er alvorlige. Dødeligheten øker med 57 % for eldre som faller to eller flere ganger i løpet av ett år (Sylliaas et al. 2009). Det viser viktigheten av at ledere har økt fokus på fall og fallforebygging for å forebygge dødsfall som følge av fallhendelser, i egen avdeling

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten «- og bedre skal det bli...» (2007) har til formål å skape tjenester av god kvalitet og som er trygge og sikre. Hovedansvaret for tjenestene ligger hos lederne som har ansvaret for å omsette forskningsbasert kunnskap til bedre tjenester. Helsedirektoratet (2007) sier at det forventes at lederne ser arbeidet med forbedring av tjenestene som en nødvendig del av sitt arbeid -og ikke noe som gjøres i tillegg. Mange ledere synes kvalitetsarbeid er utfordrende innenfor stramme økonomiske rammer.

Studiens hensikt er å gi avdelingsledere ny kunnskap om omfanget av og omstendighetene rundt fallhendelsene i egen sektor. Barmhjertighet og kjærligheten til mennesket er sentral i det caritative lederskapet der hovedtanken er å tjene pasienten. Begrepet verdighet er viktig, samt at avdelingslederne har en visjon om hva pasientomsorgen skal innebære (Bondas 2009; Bondas 2003). I det caritative lederskapet utvikles pleien gjennom administrative prosesser som består av: planlegging, budsjettering, koordinering, organisering beslutninger, kommunikasjon, informasjon og vurderinger. At sykepleiere og ledere skal ta i bruk evidens står også sterkt. (Bondas 2003). På denne måten utvikles pleiekulturen og lederen, i samarbeid med personalet, forebygger krenkelser av pasienten.

Til hjelp i dette arbeidet har lederne flere hjelpemidler for retning og mål. «Handlingsplan for forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid» og «Pasientsikkerhetskampanjen» er to nasjonale planer som har hatt til hensikt å sette fokus på, inspirere til forebyggende arbeid og redusere antall skader (Helse- og omsorgsdepartementet 1991; Pasientsikkerhetskampanjen, 2011). Kunnskapssenteret har utviklet en modell som kan brukes som et verktøy til systematisk kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Modellen har fem ulike faser, der det i fase to anbefales å måle hvordan tjenesten fungerer i dag for å avdekke hva som bør forbedres. Det sies også at målingene vil være et godt utgangspunkt for å lage konkrete mål for forbedringsarbeidet samt gjøre det mulig å vurdere om iverksatte tiltak fungerer og faktisk fører til bedre tjenester- i dette tilfellet færre fall (Kunnskapssenteret 2014). Gode registrerings og dokumentasjonsverktøy synes å være viktig i arbeidet med å måle, dokumentere og forebygge uheldige hendelser fordi det gir kunnskap om omfanget, og omstendighetene, rundt hendelsen. Skjemaet brukt i denne studien viste seg å være anvendbart.

En anbefaling er at lederne skal rapportere på kvalitet i forhold til nasjonalt vedtatte indikatorer. Det bør finnes oversikter over feil og avvik som skal analyseres på en systematisk måte, og som skal danne grunnlag for læring og utvikling (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Fall er foreslått innført som én av flere kvalitetsindikator i sykehjem (SØF 2012). Hvorfor det ikke er gjort på samme måte i hjemmetjenesten er uvisst. Kanskje vil det innføres også her, på ett senere tidspunkt.

Studien viser at årsaken til fall er kompleks. Studien er en del av en større studie med fokus på uheldige hendelser og ledelse. Sykepleie er én del av helsetilbudet til mottakere av hjemmetjenester. Når lederne skal arbeide videre med fallforebygging vil det derfor være naturlig og nødvendig å trekke inn andre faggrupper slik som fastleger, ergoterapeuter og fysioterapeuter som også har et ansvar i det fallforebyggende arbeidet.

Konklusjon:

Funnene fra denne undersøkelsen viser at omfanget av fallhendelser hos tjenestemottakere av hjemmetjenester og trygghetsalarm er stort. Årsak til fall og kunnskap om virksomme fallforebyggende tiltak vet en fortsatt ikke nok om og krever videre forskning. Likevel bør fokus på fall bør styrkes hos både sykepleiere og ledere. Vi vet at risiko for fall øker med tidligere fall, økt alder, kroniske lidelser og medikamentbruk. Nasjonale føringer er at hjelp i størst mulig grad skal ytes i hjemmet, og en av konsekvensene er at hjemmetjenesten vil øke i omfang.

Fall kan føre til store lidelser for den enkelte tjenestemottaker, med fysisk skade og med psykisk påkjenning (selv om det ikke har vært undersøkt i denne studien). Fallhendelser medfører økt bekymring hos de pårørende, pasienten kan få et større pleiebehov etter ett fall, og det er en stor økonomisk belastning for samfunnet.

Anbefalinger:

- Fall kan ha kort- og langsiktige konsekvenser for den eldres helse. Det er viktig å følge opp hver fallhendelse, samt å se muligheter til forebygging både individuelt og generelt.
- Det anbefales å styrke utøverens kompetanse ved å lette på tilgangen til evidensbasert og oppsummert kunnskap. I tillegg skal tjenestene følges med ved å lære av avvik, uheldige hendelser og bekymringsmeldinger (Sosial- og Helsedirektoratet 2007).
- Innføre systematisk forbedringsarbeid (Kunnskapssenteret 2014).
- Sykepleierne har ansvar for å gjøre en risikovurdering ut fra kunnskap om årsaker til fall, og iverksette fallforebyggende tiltak.
- Fall bør vurderes innført som en kvalitetsindikator i hjemmetjenesten på samme måte som i sykehjem (SØF 2012).
- Det bør videre undersøkes hvordan avdelingslederne i hjemmetjenesten fokuserer på uheldige hendelser slik som fallhendelser, i egen sektor.

Litteratur

Bergland, H., & Gressne, T. (2013). Hentet fra: <http://www.hih.no/nor/hih-2/?&displayitem=475&module=news>. Nedlastet 14/1-13

Berland, A, Gundersen, D., & Bentsen, S. B.. (2012). Patient safety and falls: A qualitative study of home care nurses in Norway. *Nursing & Health Sciences, Volume 14*(Issue 4), 452–457.

Bondas, T. (2009). Preparing the air for nursing care: A grounded theory study of first line nurse managers. *Journal of Research in Nursing, 14*(4), 351-362.

Bondas, T. (2003). Caritative leadership. Ministering to the patients. *Nursing Administration Quarterly, 27*(3), 249-253.

Cameron, I. D., Murray, G. R., Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Hill, K. D., Cumming, R. G., & Kerse, N. (2010). Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. *The Cochrane Library*.

Clyburn, T. A., & Heydemann, J. A. (2011). Fall prevention in the elderly: analysis and comprehensive review of methods used in the hospital and in the home. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 10, 402-409.

Folkehelseinstituttet. (2012). Beinskjørhet og brudd - fakta om osteoporose og brudd. Hentet fra:http://mfr.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:70816::1:5647:12:::0:0 Nedlastet 4/12-12

Forster, R., Lambley, H. J., Young, J., Smith, J., Green, J., & Burns, E. (2009). Rehabilitation for older people in long-term care. *Australias Journal of Ageing*, 2010 Jun.

Gillespie, W., Robertson, C., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Summaries*.

Harrison, M. B., Keeping-Burke, L., Godfrey, C. M., Ross-White, A., McVeety, J., Donaldson, V., . . . Doran, D. M. (2013). Safety in home care: a mapping review of the international literature. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 11(3).

Helse- og omsorgsdepartementet. (1991). *Handlingsplan 1997-2001. Forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid*. Hentet fra:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/veiledninger_og_brosjyrer/1991/i-0874-b.html?id=87384#kap3.2.1. Nedlastet 1/2-14

Henderson, V. (2006). The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 53(1), 21-31.

Henderson, V., Mellbye, S., & Munkeby, A.. (1998). *Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning : refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, Hylen A. (2008). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kjølstad, M, Pettersen, S, & Tvette, P. (2009). Kan fall og fallskader hos eldre forebygges? : Eldrerådet i Nord- Trøndelag fylkeskommune og Midtre Namdal region.

Knollmueller, R. N. (1996). Henderson V.: her definition of nursing applies more than ever to home care practice. *Home Healthcare Nurse*, 14(8), 625-629.

Kunnskapssenteret. (2014). *Modell for kvalitetsforbedring*. Hentet fra:
<http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Slik-kommer-du-i-gang/modell-for-kvalitetsforbedring#>. Nedlastet 20/1-2015.

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) (1999 LOV-1999-07-02-64).Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> Nedlastet 20/1-2015

Meyer, C., Dow, Briony, Bilney, B., Moore, K., Bingham A., & Hill, K. (2010). Falls in older people receiving in-home informal care across Victoria: influence on care recipients and caregivers. *Australian Journal of Ageing*, 31 No1, 6-12. Nedlastet 1/2-14

Oddvang, T. K.. (2013). Fra kardex til projektor (nr. 101, s. 78-79). Sykepleien.no: Sykepleien.

O'Loughlin, J. L., Robitaille, Y., Boivin, J. F., & Suissa, S. (1993). Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly. *American Journal of Epidemiology*, 137(3), 342-354.

Helse- og omsorgsdepartementet, (2011). *Innovasjon i omsorg*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>.

Pasientsikkerhetskampanjen. (2011). *I trygge hender*. Hentet fra: <http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Forebygging+av+fall+i+helseinstitusjoner.453.cms>. Nedlastet 1/2-14

Pettersen, R. (2002). Recurrent falls in the elderly. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 122(6), 631-634.

Pickett, W., Hartling, L., & Brison, R. J. (1997). A population-based study of hospitalized injuries in Kingston, Ontario, identified via the Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program. *Chronic Dis Can*, 18(2), 61-69.

Robinovitch, S, Feldman, F., Fau, Yijian Yang Y, Schonnop, R., Lueng, P. M., Sarraf, T., . . . Loughin, M.. (2012). Video capture of the circumstances of falls in elderly people residing in long-term care: an observational study. *The Lancet*.

Sosial- og Helsedirektoratet. (2007). *Hvordan kommer vi fra visjon til handling?....og bedre skal det bli!* . Hentet fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial--og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015/Publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial--og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015.pdf>. Nedlastet 1/2-14

Stenhagen, M., Ekström, H., Nordell, E., & Elmståhl, S.. (2014). Accidental falls, health-related quality of life and life satisfaction: A prospective study of the general elderly population. *Archives of gerontology and geriatrics*, 58(1), 95-100.

Sylliaas, H, Idland, G., Sandvik, L., Forsen, L., & Bergland, A.. (2009). Does mortality of the aged increase with the number of falls? Results from a nine-year follow-up study. *European Journal of Epidemiology*, 14(7), 351-355.

SØF. (2012). Bedre måling av kvalitet i kommunene. Hentet fra:

http://www.sof.ntnu.no/SOF-R_02_12.pdf Nedlastet:15.01.13
Van Gaal, B. G. I., Schoonhoven, L., Mintjes-de Groot, J. A., Defloor, T., Habets, H., Voss, A., . . . Koopmans, R. T. (2013). Concurrent Incidence of Adverse Events in Hospitals and Nursing Homes. *Journal of Nursing Scholarship*.

Vikman, I, Nordlund, A., Naslund, A., & Nyberg, L. (2009). Incidence and seasonality of falls amongst old people receiving home help services in a municipality in northern Sweden. *International journal of Cricumpolar health*, 195-204.

WHO. (2012). Falls. Hentet fra:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/> Nedlastet 4/12-12

Yrkesetiske retningslinjer (2011). Hentet fra:

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf. Nedlastet 17/12.12

Østensvik, E. (2007). Karakteristika ved pasientfall på sykehus. *Vard i Norden*, 27(3), 13-18.