



Oslo kommune

Tiltakspakke fall

Institusjon og hjemmetjenester

Senter for
fagutvikling og forskning



Utviklingscenter for sykehjem
og hjemmetjenester Oslo

Definisjoner



- **Fall**

Definisjonen bygger på verdens helseorganisasjon sin definisjon:

«En utilsiktet hendelse som medfører at en person havner på bakken, gulvet eller et lavere nivå, uavhengig av årsak og om det foreligger skade som følge av fallet»

- **Fall med skade**

Definisjonen av fall med skade bygger på definisjonen av pasientskade benyttet i arbeidet med strukturert journalgjennomgang/Global Trigger Tool:

«En skade som krever ytterligere overvåking, behandling eller som har dødelig utgang»



Fall og brudd -Starten på slutten...?

- Hver 3. hjemmeboende eldre over 65 år faller minst en gang i året
- Annenhver person over 80 år faller minst to ganger i året
- Kvinner faller oftere enn menn (noe omdiskutert)
- Symptom på endring i helsetilstand, et uspesifikt tegn på somatisk sykdom
- Et hoftebrudd er en alvorlig konsekvens av fall med dødelighet på opp mot 20 % det første året og fare for varig funksjonsnedsettelse, initierer økt hjelpebehov
- Andre konsekvenser: Angst, inaktivitet, sosial isolasjon = nedsatt livskvalitet
- Nyoppstått falltendens er en del av syndromet akutt funksjonssvikt

Ved å optimalisere helsetilstanden kan fall forebygges!





Forebygging av fall i institusjon

- **Tiltak 1: Risikovurdering (Verktøy som f.eks STRATIFY, Downton Fall Risk Index)**
- **Tiltak 2: Standardtiltak for alle pasienter med forhøyet fallrisiko**
 - Legemiddelgjennomgang
 - Huskeliste for pasientrom
 - Tilsyn ved behov
 - Pasient- og pårørendeinformasjon
 - Opprettholde aktivitet og trening
- **Tiltak 3: Tverrfaglig utredning**
- **Tiltak 4: Individuelt tilpassede tiltak**
- **Tiltak 5: Overføring av informasjon om risikovurdering og tiltak**





Tiltak 1 - Institusjon

Risikovurdering

- Alle over 65 år
- Alle med sykdommer og/eller tilstander med forhøyet risiko for fall

- Innen 24 t etter innkomst
- Velg selv egnet verktøy
- Ny vurdering årlig eller ved endret tilstand
- Dokumenter!
- Vurdering skal følge med epikriser/utskrivingsnotater





Tiltak 2 - Institusjon

Standardtiltak

a: Legemiddelgjennomgang

- På alle med forhøyet risiko
- Viktig å vurdere hva endringer i legemidler har å si for fallrisiko

b: Huskeliste pasientrom

- Liste over hva som skal sjekkes før du forlater rommet, se tiltakspakken

c: Tilsyn ved behov

- Plan som sier noe om hvem som gjør hva, hvordan, hvor ofte og hvilke aktiviteter det skal tilbys hjelp til

d: Pasient- og pårørendeinformasjon

- Opplæring
- Skriftlig informasjon

e: Opprettholde aktivitet og trening

- Gi mulighet og motivasjon til at alle kan være aktive gjennom hverdagslige gjøremål
- Vurder behov for styrke- og balansetreningsprogram





Tiltak 3 - Institusjon

Tverrfaglig utredning

- Vurder behov for dette
- MÅL: identifisere ytterligere individuelle tiltak
- Gjøres så raskt som mulig etter at forhøyet risiko er identifisert





Tiltak 4 - Institusjon

Individuelt tilpassede tiltak

- Planlegg
 - Iverksett
 - Dokumenter
-
- Dokumenter og evaluer effekten av tiltakene som er satt i verk



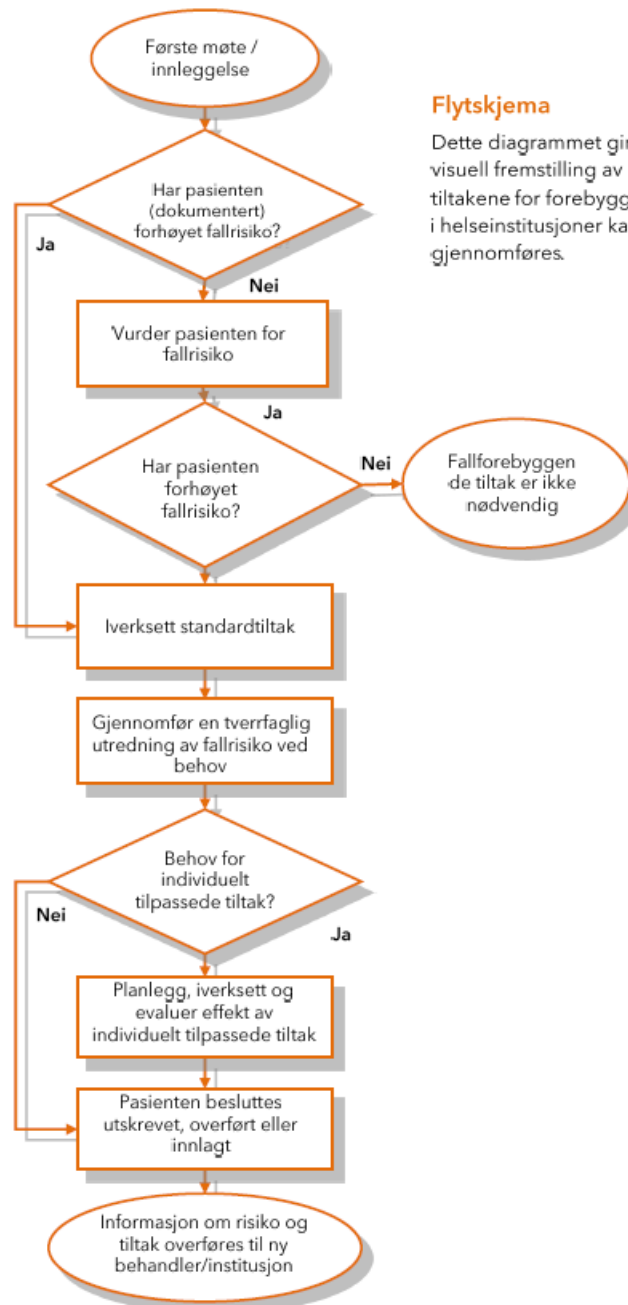


Tiltak 5 - Institusjon

Overføring av informasjon

- Vurdering av fallrisiko og tilpassede tiltak skal dokumenteres i epikrise og overføringsnotat når pasienter med forhøyet risiko for fall flyttes til annen institusjon/sendes hjem





Flytskjema

Dette diagrammet gir en visuell fremstilling av hvordan tiltakene for forebygging av fall i helseinstitusjoner kan gjennomføres.



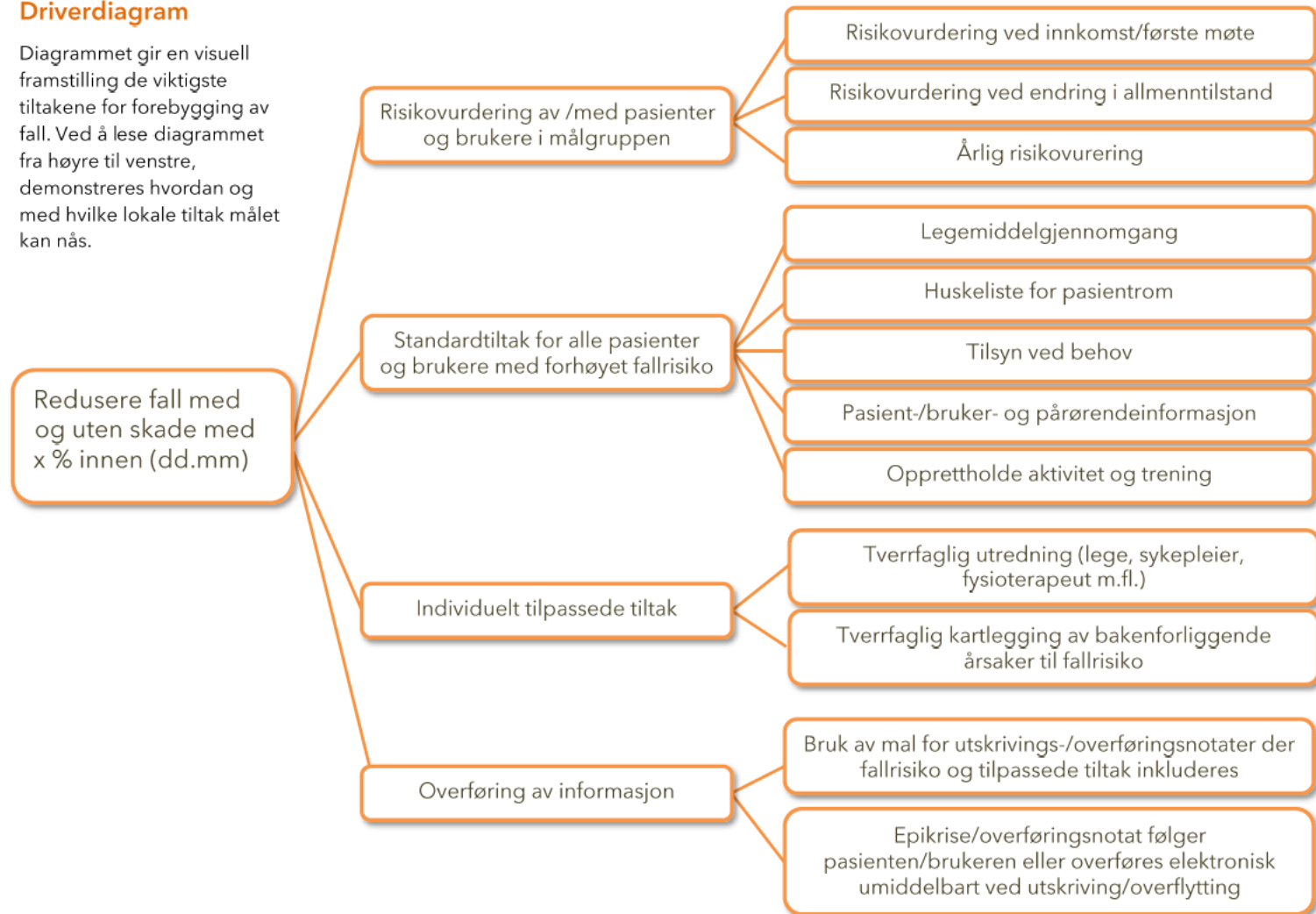
Målinger

- Resultatindikatorer:
 - Antall fall i perioden
 - Antall fall med skader i perioden
- Prosessindikatorer:
 - Andel pasienter som er vurdert for fallrisiko
 - Andel pasienter med forhøyet fallrisiko hvor legemiddelgjennomgang er gjennomført
 - Andel pasienter med en forhøyet fallrisiko som har fått en dokumentert tidfestet oppfølgingsplan i pasientjournalen



Driverdiagram

Diagrammet gir en visuell framstilling de viktigste tiltakene for forebygging av fall. Ved å lese diagrammet fra høyre til venstre, demonstreres hvordan og med hvilke lokale tiltak målet kan nås.





Tiltakspakke fall tilpasset hjemmetjenesten

- Tiltak 1: Risikovurdering
- Tiltak 2: Standard tiltak for alle pasienter med forhøyet fallrisiko
 - 2a: Legemiddelgjennomgang
 - 2b: Ernæringskartlegging
 - 2c: Opprettholde aktivitet og trening
 - 2d: Tryggingstiltak i og rundt boligen
 - 2e: Vurdere behov for bistand
 - 2f: Tverrfaglig utdredning
- Tiltak 3: Individuelt tilpassede tiltak
- Tiltak 4: Oppfølgingsplanen

Sluttrapport:

<http://www.utviklingscenter.no/regionalt-samarbeid-om-forebygging-av-fall.5664303-185542.html>





Tiltak 1 - Hjemmetjeneste

Risikovurdering

Alle over 65 år

Alle med sykdommer og/eller tilstander med forhøyet risiko for fall

Ny vurdering årlig eller ved endret tilstand

Velg selv egnet verktøy

Så raskt som mulig etter første kontakt med hjemmetjenesten





Tiltak 2 - Hjemmetjeneste

Standardtiltak

a: legemiddelgjennomgang

- På alle med forhøyet risiko
- Viktig å vurdere hva endringer i legemidler har å si for fallrisiko

b: Ernæringskartlegging

- Sykdomsrelatert underernæring og ufrivillig vekttap, øker risiko for infeksjoner, nedsatt allmenntilstand, forverring av fysisk og mental funksjon, og fall og skader

c: Opprettholde aktivitet og trening

- Hverdagslig aktivitet
- Spesifikk styrke- og balanse

d: Tryggingstiltak i og rundt boligen

- Ytre fallforebyggende tiltak, snublefeller, sko m.m.

e: Opprettholde vurdere behov for bistand

- Kartlegge utfordringer og ressurser i ADL.
- Vurdere behov for bistand i forflytning, hjelpemidler, matombringning

f: Tverrfaglig utredning

- Vurder behov
- Så snart som mulig etter risiko er identifisert





Tiltak 3 - Hjemmetjeneste

Individuelt tilpassede tiltak

- Planlegg
- Iverksett

- Dersom pasienten fortsatt faller bør ytterlige fallforebyggende og fallskadeforebyggende tiltak vurderes og iverksettes





Tiltak 4 - Hjemmetjeneste

Oppfølgingsplanen

- Vurdering av fallrisiko og tilpassede tiltak skal dokumenteres i pasientjournalen.
- Det bør fremgå av en oppfølgingsplan hvem som skal gjøre hva, når og hvordan tiltakene skal evalueres.
- Informasjon om fallrisiko og iverksatte tiltak skal følge pasienten ved overføring til andre tjenester.





Målinger

- Resultatindikatorer:
 - Antall fall i perioden
 - Antall fall med skader i perioden
- Prosessindikatorer:
 - Andel pasienter som er vurdert for fallrisiko
 - Andel pasienter med forhøyet fallrisiko hvor legemiddelgjennomgang er gjennomført
 - Andel pasienter med en forhøyet fallrisiko som har fått en dokumentert tidfestet oppfølgingsplan i pasientjournalen





Erfaringer fra tidligere prosjekt

Fra hjemmetjeneste

- Viktig med felles rutiner for registrering av fall og felles forståelse for hva et fall er
- Det er positivt med målinger. Det gjør at man forholder seg til fakta og ikke synsing.
- Det tverrfaglige samarbeidet fremheves som positivt og helt nødvendig både i vurderingen av fallrisiko og i oppfølging av pasienten.
- Oppslagstavler er nyttige for å informere og engasjere kolleger
- En del pasienter som har hatt tjenester en stund eller som generelt er skrøpeliges ønsker ikke å gjøre endringer i hvordan de lever eller bor. De synes de har det greit nok. Å komme inn tidlig i pasientforløpet fremheves som viktig.





VERKTØY

Noen eksempler



Navn: _____ Fødselsnummer: _____

Risikofaktorer	Poeng
Tidligere kjente fall	
Nei	0
Ja	1
Bruk av legemidler	
Ingen	0
Beroligende/sovetabletter/neuroleptika	1
Diuretika	1
Antihypertensiva (ikke diuretika)	1
Antiparkinson-midler	1
Antidepressiva	1
Andre legemidler	0
Sensorisk funksjon	
Ingen nedsatt funksjon	0
Nedsatt syn	1
Nedsatt hørsel	1
Nedsatt motorikk (tegn på lammelse)	1
Kognitiv funksjon	
Orientert	0
Ikke orientert (Nedsatt kognitiv funksjon)	1
Gangfunksjon	
Sikker gange (med eller uten hjelpemiddel)	0
Usikker gange	1
Mangler gangfunksjon	0
Sum risikofaktorer	

Vurderingen er utført av: _____ Dato: _____

Vurderingsverktøy for fallrisiko

Risikovurdering av alle pasienter over 65 år og andre voksne med neurologiske eller kognitive sykdomstilstander eller betydelige synshemninger innen ett døgn

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)	
--	--	--

Sum av poeng fra spørsmål 1 – 5 (0 = lav risiko, 1 = moderat risiko og 2 eller mer = høy risiko)	
--	--

Individuelt tilpassede tiltak planlegges, iverksettes og dokumenteres i pasientens veiledende behandlingsplan for pasienter med høy fallrisiko.

Informasjon/undervisning	
1. Informasjon/rådgivning og undervisning til pasienten/beboeren og/eller pårørende om hjelpemiddel for å forebygge fall	
2. Informasjon/rådgivning og undervisning til pasienten/beboeren og/eller pårørende om tiltak for å forebygge fall	
Påvirke holdninger i omgivelsene	
1. Informasjon og veiledning om fallforebygging til pårørende	
Tilpasse omgivelsene	
1. Tilpasse oppholdsrom og pasientrom	
2. Hoftebeskytter	
3. Ringeklokke/ekstra tilsyn	
4. Antiskli sokker	
5. Tilpasse personlige antrekk/klær	
6. Utpøving, tilpasning og oppfølging av bruk av hjelpemidler	
Vurdering av legemidler (Legemiddelgjennomgang)	
1. Ordinering av nye legemidler	
2. Seponering/gjennomgang av neuroleptika	
3. Seponering/gjennomgang av antihypertensiva	
Fysisk trening	
1. Balansetrening	
2. Styrketrening	
3. Kondisjonstrening/utholdenhetstrening	
Gangtrening	
1. ≤ 10 minutter pr. døgn	
2. >10 min - 30 min/døgn, innomhus utenfor absolutt nærmiljø	
3. > 30 min, lengre strekninger, kan være utenfor hus.	
Personen/pasienten nekter/motsetter seg forebyggende tiltak mot fall	
Avslutter fallforebyggende tiltak for personer/pasienter ved livets slutt	



Andre suksessfaktorer

Noen forbedringsteam lykkes bedre enn andre i læringsnettverk. Det finnes forskning som viser hva som øker sannsynligheten for at man lykkes med forbedringsarbeid. Brandrud og kolleger har fremhevet suksessfaktorene nedenfor som de viktigste for team som arbeider med forbedringer.

TEAMENE SOM DELTAR BØR LYKKES PÅ TRE OMRÅDER:

1

INFORMASJON OM KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS OG DAGENS PRAKSIS

- Innhente informasjon om beste praksis (kunnskapsbasert praksis)*
- Innhente informasjon om nåværende praksis og etterlevelse (målinger)
- Sammenlikne informasjon om egne prestasjoner med prestasjoner for tilsvarende enheter (for å lære av de beste)

2

INVOLVERING AV ALLE INTERESSENER

- Forankre prosjektet og involvere ledene på alle nivå i organisasjonen
- Engasjere pasienter og pårørende i alle stadier av forbedringsarbeidet
- Forankre forbedringsarbeidet i aktuelle fagmiljø i egen organisasjon
- Involvere alle ansatte som berøres av endringene

3

ORGANISERING OG OPPFØLGING

- Inkludere kunnskap om systemet/prosessene, psykologi, variasjon og erfaringsbasert læring når endringene planlegges
- La ansatte som arbeider sammen til daglig med problemstillingen være kjernen i forbedringsteamet
- La forbedringsteamet få veiledning av en ekspert på klinisk forbedringsarbeid
- Etabler målinger som gir leder og klinikere kontinuerlig tilbakemelding på om endringene er implementert

* = Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker er *kunnskapsbasert praksis*

