



**PORSGRUNN KOMMUNE**

Rapport publisert 01.04.2016

# Fallforbygging i sykehjem og hjemmetjeneste

Et samarbeidsprosjekt i Buskerud, Vestfold og Telemark

## Sluttrapport



**Utviklingssenter  
for hjemmetjenester**  
Telemark



**Utviklingssenter for  
sykehjem og hjemmetjenester**  
Vestfold



**Utviklingssenter  
for sjukeheimar**  
Buskerud



**Utviklingssenter  
for hjemmetjenester**  
Buskerud



## Innholdsfortegnelse

|   |    |
|---|----|
| Innholdsfortegnelse .....                                     | 3  |
| Sammendrag .....  | 4  |
| Bakgrunn for prosjektet.....                                  | 4  |
| Målsetting.....   | 5  |
| Prosjektorganisering.....                                     | 5  |
| Gjennomføring.....  | 6  |
| Resultater og resultatvurderinger .....                       | 7  |
| Oppsummering og videre planer .....                           | 8  |
| Referanser .....  | 8  |
| Program nettverksmøter.....                                   | 9  |
| Sluttrapport Drammen kommune .....                            | 13 |
| Sluttrapport Ål kommune .....                                 | 17 |
| Sluttrapport Lier kommune.....                                | 23 |
| Sluttrapport Nore og Uvdal kommune.....                       | 28 |
| Sluttrapport Sandefjord kommune .....                         | 33 |
| Sluttrapport Porsgrunn kommune hjemmetjenesten Eidanger ..... | 41 |
| Sluttrapport Porsgrunn kommune hjemmetjenesten Brevik .....   | 52 |
| Tiltak for forebygging av fall i hjemmetjenesten .....        | 57 |

## **Sammendrag**

Fall er den hyppigste ulykkestypen hos eldre over 65 år og konsekvensene kan være alvorlige. Studier viser at systematiske og målrettede tiltak kan redusere forekomsten av fall og skader etter fall både på sykehjem og hos hjemmeboende eldre.

Pasientsikkerhetsprogrammet tilbyr en tiltakspakke for forebygging av fall i helseinstitusjon etter pilotering i sykehus og sykehjem i 2012 - 2013. En tilsvarende tiltakspakke foreligger ikke for hjemmetjenesten. UHT Telemark ønsket å beskrive en systematikk som ville gjøre det enklere for hjemmetjenesten å jobbe målrettet med fallforebygging. Med utgangspunkt i den eksisterende tiltakspakken for helseinstitusjon ble det i 2014 laget en skisse til en tiltakspakke for forebygging av fall i hjemmetjenesten.

Som et samarbeid mellom utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Buskerud, Vestfold og Telemark, ble det i 2015 arrangert et læringsnettverk med deltagere fra sykehjem og hjemmetjenester i de tre fylkene. Det var deltagersteam fra Nore og Uvdal, Ål, Drammen, Lier, Sandefjord og Porsgrunn kommune.

Deltagerne fra sykehjem tok i bruk pasientsikkerhetsprogrammet tiltakspakke for institusjon. Teamene fra hjemmetjenesten benyttet skissen fra UHT Telemark.

Som en del av prosjektet ble det etablert en tverrfaglig sammensatt faggruppe med representanter fra deltagerkommunene og fra sykehuset Telemark HF. Faggruppen har bidratt i utformingen av den endelige tiltakspakken for hjemmetjenesten, på bakgrunn av egne erfaringer og innspill fra deltagerne i nettverket underveis i prosjektperioden.

## **Bakgrunn for prosjektet**

Fallskader blant eldre er en stor folkehelseutfordring. Skader etter fallulykker har store personlige omkostninger for den enkelte og store økonomiske konsekvenser for det norske samfunnet.

Helsedirektoratet anbefaler at kommunene etablerer en infrastruktur for systematisk og tverrsektorielt samarbeid rundt fallforebygging. Når det gjelder fallforebygging i sykehjem henviser Helsedirektoratet til pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke og tenker videre at tiltakene i denne også kan danne utgangspunkt for fallforebyggende tiltak hos eldre med hjemmetjenester.

Utviklingscenter hjemmetjenester i Telemark så et potensiale for forbedringer i forhold til forebygging av fall hos hjemmeboende, basert på erfaringer fra vertskommunen.

Hjemmetjenesten hadde ingen konsekvent registrering av fall og heller ingen systematisk kartlegging av forhold som påvirker fallrisiko. Forebyggende tiltak ble tilfeldige og avhengige av enkeltpersoners kunnskap. Fallforebygging ble derfor valgt som et innsatsområde i 2014.

Vi tok utgangspunkt i pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke for institusjon. Den ble prøvd ut, bearbeidet og tilpasset forhold i hjemmetjenesten. Resultatet ble et utkast til en

egen tiltakspakke for hjemmeboende pasienter. Vi har holdt oss så nært opp til pasientsikkerhetsprogrammet som mulig, men har valgt å ta med kartlegging av ernæringsstatus som et standardtiltak i det fallforebyggende arbeidet. Underernæring påvirker helsen negativt og er fortsatt en utfordring i hjemmetjenesten. Vi foreslår også å måle antall fall med og uten skade i en egendefinert tidsperiode mens pasientsikkerhetsprogrammet bruker målingen antall dager mellom fall med og uten skade

I det videre arbeidet ønsket vi å prøve ut denne systematikken i litt større skala og invitere flere kommuner med.

Utviklingssentrene i region sør har som mål å samarbeide om mulige felles satsingsområder. UHT Telemark presentert sitt arbeid med fallforebygging på en regional konferanse i Drammen i juni 2014. Her ble de øvrige utviklingssentrene invitert til et samarbeid om å prøve ut og ferdigstille en tiltakspakke for hjemmetjenester.

Omtrent på samme tid fikk UHT Buskerud en henvendelse fra Nore og Uvdal, som ønsket bistand i en satsing på å forebygge fall både på institusjon og i hjemmetjenesten i sin kommune.

Det ble startskuddet for et felles prosjekt – «Fallforebygging i sykehjem og hjemmetjeneste»

Underveis ble det besluttet å gjennomføre prosjektet som et læringsnettverk og flere kommuner sluttet seg til med team både fra sykehjem og hjemmetjenester

### **Målsetting**

1. Å etablere en systematikk i hjemmetjenesten som bidrar til å redusere fall og skader som oppstår på grunn av fall. Målgruppen er hjemmeboende pasienter over 65 år og/eller pasienter med skader/tilstander som medfører økt risiko for fall.
2. Å ta i bruk tiltakspakken forebygging av fall i institusjon i deltagerkommunene

### **Prosjektorganisering**

Prosjektet har hatt en enkel organisering

Det er gjennomført som et læringsnettverk og har vært et samarbeid mellom UHT Telemark, USHT Vestfold og Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i Buskerud.

Lederne ved utviklingssentrene har fungert som en styringsgruppe og hatt det overordnende ansvaret for at prosjektet ble gjennomført i tråd med målsettingen.

Faggruppens mandat har vært å bidra med kunnskap og erfaringer for å ferdigstille en tiltakspakke for forebygging av fall - tilpasset den hjemmeboende pasienten.

Prosjektleder ved UHT Telemark har koordinert læringsnettverket og arbeidet i faggruppen.

Deltagerkommunene organiserer prosjektet ulikt. Noen har gjennomført det som et utviklingsarbeid i egen virksomhet, mens andre har organisert det som et satsingsområde for hele kommunen.

Prosjektet har vært i jevnlig dialog med pasientsikkerhetsprogrammet og ansvarlig for innsatsområdet Maren Schreiner.

Prosjektkoordinator har også avslutningsvis deltatt i en work - shop sammen med utviklingscenter for hjemmetjenester i Akershus og pasientsikkerhetsprogrammet. UHT Akershus har også gjennomført læringsnettverk for forebygging av fall i sykehjem og hjemmetjenester, men har brukt tiltakspakken for institusjon i sitt arbeid. Formålet med møtet var å dele erfaringer og gi innspill til pasientsikkerhetsprogrammet på bakgrunn av de erfaringene vi har gjort oss i nettverkene. Den endelige tiltakspakken for hjemmetjenesten som ble resultatet fra vårt prosjekt, ble også presentert og drøftet.

Pasientsikkerhetsprogrammet har ikke tatt stilling til om de nasjonale innsatsområdene skal utvides med en tiltakspakke for forebygging av fall i hjemmetjenesten.

#### **Styringsgruppe**

Ellinor Bakke Aasen, USHT Vestfold  
Borghild Ulshagen, USH Buskerud  
Björg T. Landmark, UHT Buskerud  
Heidi Johnsen, UHT Telemark

#### **Prosjektkoordinator**

Heidi Johnsen, UHT Telemark

#### **Faggruppe**

Christian Sommer Larsen, fysioterapeut, Ål  
Torill Mikalsen, Seksjonsleder, spl, Nore og Uvdal  
Elin Juterud, Fagrådgiver, spl, Drammen  
Marjon Oppen, Fysioterapeut, Lier  
Gunnbjørg Furuset, Ergoterapeut, Sandefjord  
Ingunn Aschjem, Sykepleier, Porsgrunn  
Marit Skraastad USH Telemark  
Cathrine de Groot, Fysioterapeut STHF og medlem av ekspertgruppen for innsatsområdet fall i pasientsikkerhetsprogrammet  
Heidi Johnsen, UHT Telemark

#### **Gjennomføring**

Læringsnettverket er gjennomført etter modell fra pasientsikkerhetsprogrammet, med noen tilpasninger. Vi valgte å arrangere 4 dagssamlinger uten overnatting. Deltagerne kom fra både sykehjem og hjemmetjeneste. Teamlederne fikk to individuelle oppfølgingssamtaler på telefon mellom samlingene. Det ble ikke stilt krav om postpresentasjoner, men alle teamene har skrevet statusrapport og sluttrapport.

Nettverksmøtene inneholdt både forelesninger om relevante tema innenfor området fall og fallforebygging, samt erfaringsutveksling og faglige diskusjoner.

Teamene har i stor grad benyttet de verktøyene og tipsene som finnes under innsatsområde Fall - på pasientsikkerhetsprogrammets nettside. I tillegg har de ulike faggruppene benyttet test og kartleggingsverktøy som er kjent fra deres eget arbeid fra tidligere. Noen har også utviklet egne verktøy, tilpasset lokale rutiner. Se for øvrig mer informasjon om dette i teamenes sluttrapper.

Nettverkets tiltakspakke for forebygging av fall i hjemmetjenesten ligger som vedlegg til denne rapporten.

## Resultater og resultatvurderinger

Deltagerkommunene har organisert arbeidet sitt forskjellig. Utvalget av pasienter har vært ulikt og resultatene varierer også veldig.

Noen erfaringer går likevel igjen hos flere:

- 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 syensing.
- 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.
- Det rapporteres om både økning og reduksjon i antall fall i prosjektperioden. Denne variasjonen kan ha mange forklaringer

Økt fokus og bedre rutiner for registrering gjør at flere fall rapporteres

Måleperioden har vært for kort til å kunne avgjøre om det er en varig endring man ser eller en tilfeldig variasjon

Årsaker til fall ofte er komplekse og sammensatte Tiltakene vil dermed også nødvendigvis kunne bli sammensatte og effekten kanskje ikke målbar før det har gått noe tid.

En hjemmetjeneste oppsummerer slik:

*«Vi har fått økt fokus på fall og fallforebygging. Før registrering av fall var den allmenne mening at det var lite fall hos brukere tilknyttet vår virksomhet. Fallregistrering viste derimot at det var mellom 5 og 13 fall per måned. Ofte så vi fall i tilknytning til en større del av det totale sykdomsbildet. Kartlegging rundt fall har derfor fått stor betydning for oss. Vi har lært at ofte må fall sees i sammen med et større symptom-bilde og vi ser at kunnskaper om geriatri og helhetlig tenkning i utførelsen av det daglige arbeidet er viktig»*

## Oppsummering og videre planer

Deltagerteamene sier i sine sluttrapporter at de har hatt god nytte av å delta i læringsnettverk. Det oppleves som positivt å kunne dele erfaringer og hente ideer og inspirasjon fra andre. Alle vil fortsette å jobbe med fallforebygging i egen kommune. Registrering av fall og statistikk fremheves som et viktig tiltak for å kunne måle forbedringer.

Læringsnettverket møtes til en siste oppsummering 19. april 2016.

Faggruppen har startet et arbeid med å lage et E – læringsprogram om fallforebygging i hjemmetjenesten. Dette skal etter planen publiseres i KS sin læringsportal i løpet av 2016.

## Referanser

[www.pasientsikkerhetsprogrammet.no](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no)

Fallforebygging i kommunen, Kunnskap og anbefalinger»

Rapport Helsedirektoratet (IS-2114)

Geriatri, En medisinsk lærebok, Torgeir Bruun Wyller



## Program nettverksmøter

### Forebygging av fall i sykehjem og hjemmetjenester



#### Rødberg 3. november 2014

11.00 – 11.30

**Velkommen**

#### **LUNSI!**

11.30 – 12.15

**Innledning**

- Bakgrunn for prosjektet
- Rammene for prosjektet

**Heidi Johnsen**

Fakta om fall  
Erfaringer fra fallforebyggende arbeid

**Ingunn Aschjem**

12.15 – 12.30

**Pause**

12.30 – 13.15

Om å jobbe med forbedringer

**Heidi Johnsen**

Tiltakspakke institusjon  
Tiltakspakke hjemmetjenester

**Ingunn Aschjem**

13.15 – 13.30

**Pause**

13.30 – 14.30

**Workshop**

- Hvor mange/hvilke pasienter skal inkluderes i prosjektet
- Lage mål for arbeidet i egen avdeling, eventuelt flere avdelinger sammen
- Lage skisse til fremdrift
- Utpeke teamleder
- Utpeke en måleansvarlig i hver kommune

14.30 – 15.00

**Oppsummering i plenum**

Veien videre

# Forebygging av fall i sykehjem og hjemmetjenester

## Læringsnettverk 10. februar Lampeland hotell



### Kaffe og rundstykker fra kl 09.00

|                      |  |                           |
|----------------------|--|---------------------------|
| 09.30 – 10.00        | Kaffe og registrering  |                           |
| 10.00 – 10.45        | Innledning og dialog rundt tiltakspakkenefor forebygging av fall   | v/ Heidi Johnsen          |
| 10.45 – 11.00        | Pause  |                           |
| 11.00 – 11.45        | Fysisk aktivitet hos eldre   | v/Christian Sommer Larsen |
| <b>11.45 – 12.30</b> | <b>Lunsj</b>   |                           |
| 12.30 – 13.30        | Erfaringer fra det nasjonale læringsnettverket Teigen og fallforebygging ved Skjoldtunet sykehjem i Bergen               | v/ Sønneve                |
| 13.30 - 14.30        | Teamarbeid (inkludert pause):  |                           |
|                      | Hvordan sikre implementering av tiltakspakken hos oss?<br>Teamene definerer sitt forbedringsprosjekt og setter egne mål. |                           |
| 14.30 – 14.50        | Registrering og målinger i extranett   | v/ Marit Skraastad        |
| 14.50 – 15.00        | Avslutning/oppsummering  |                           |



Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester

**Telemark**

**Buskerud**

**Vestfold**



Utviklingscenter  
for hjemmetjenester  
Buskerud



Utviklingscenter  
for sykehjem  
Buskerud



## Fallforebygging 26. mai 2015

USHT Buskerud inviterer til nettverkssamling knyttet til  
fallforebygging

i Skap gode dagers lokaler i Wergelandsgate 13, 3019 Drammen.

### Program for dagen

09:50-10:00 Kaffeservering

10:00-10:45 Osteoporose og fall

v/ May-Britt Stenbro, Vestre Viken

11:00-11:30 Presentasjon av hjelpemidler

Ved Lisbeth Kruge, NordiCare

11:30-12:15 Lunsj

12:15-14:30 Erfaringsdeling

14:30-15:00 Oppsummering av dagen



Påmelding gjøres via <http://kompetanse.d-ikt.no> innen 20.mai 2015

Kontaktperson UHT Buskerud: [Bjorg.landmark@drmk.no](mailto:Bjorg.landmark@drmk.no) Tlf. 476 14 390



## Forebygging av fall i sykehjem og hjemmetjenester



Velkommen til det siste læringsnettverksmøtet  
13. oktober 2015

i Skap gode dagers lokaler i Wergelandsgate 13, 3019 Drammen.

### Temaer på nettverksmøtet

- 09.30 – 10.00**      **Registrering og kaffe**
- 10.00 – 10.50**      **Oppsummert forskning om systematiske fallforebyggende tiltak i institusjon**  
Hvordan stemmer resultatene med våre erfaringer?  
*Hilde H Holte, Seniorforsker ved Kunnskapssenteret*
- 11.00 – 12.00**      **Fallforebygging for hjemmeboende eldre**  
med fokus på balanse- og styrketrening.  
Informasjon om Helsedirektoratets oppdrag om å spre kunnskap om de nasjonale anbefalingene for eldre relatert til balanse- og styrketrening og fallforebyggende arbeid.  
*Randi Granbo, Kunnskapssenteret St Olavs hospital, NTNU Trondheim*
- 12.00 – 12.45**      **Lunsj**
- 12.45 – 14.45**      **Erfaringsdeling**
- 14.45 – 15.00**      **Oppsummering og avslutning av læringsnettverket**

NB! Husk at parkering kan være en utfordring, vær ute i god tid!

Teamledere melder på alle fra sitt team innen **1. oktober 2015**  
Send epost til [heidi.johnsen@porsgrunn.kommune.no](mailto:heidi.johnsen@porsgrunn.kommune.no)

**Velkommen!**

Med vennlig hilsen  
Heidi Johnsen

Prosjektleder Utviklingssenter for hjemmetjenester  
Telefon 35 54 73 37 / 941 33 566

## Sluttrapport Drammen kommune

### Sluttrapport forebygging av fall i sykehjem og hjemmetjenester Fjell HOD

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>Deltakende enhet:</b> | Fjell helse- og omsorgsdistrikt,<br>Avdeling Eika, Hj. spl rute Fjell – Skoger, Forebyggende team.  |
| <b>Gruppeleder:</b>      |   |
| <b>Måleansvarlig:</b>    | Elin Juterud  |
| <b>Gruppemedlemmer:</b>  | Eika, fagkoordinerende spl: Grethe Unni Marthinsen<br>Hj spl. spes. Spl: Ruben Johannesen<br>Forebyggende team, spes. spl Marit Grepperud Moen,<br>Fagrådgiver Elin Juterud |
| <b>Veileder:</b>         | Bjørg Landmark  |

#### Beskrivelse av enheten:

Fjell Helse og omsorgsdistrikt omfatter to sykehjems avdelinger: Furua og Eika med 25 langtidsplasser hver. en hjemmetjenesteavdeling som betjener ca 160 brukere i distriktet Fjell , Danvik – Skoger. Forebyggende sykepleier dekker hele dette distriktet og har ca 310 brukere som jevnlig følges opp. Dette er et lavtersketilbud.

I prosjektet har Eika, Forebyggende team samt en rute i hjemmesykepleien deltatt. 19 brukere og pasienter har deltatt i prosjektet.

#### 1. Bakgrunn og hensikt:

Målet vårt har vært å redusere antall fall og fall med skade. Vi har ønsket å sette fokus på fallproblematikk, øke kunnskapen om risikofaktorer, samt registrere alle fall i vårt avvik system EQS.

#### 2. Metode og tiltak:

Vi startet prosjektet med å sette mål.

Vi har screenet alle pasienter og brukere og satt i gang både individuelle tiltak og felles tiltak.

I prosjektperioden har fagrådgiver hatt jevnlig møter med gruppemedlemmene i prosjektet. Ingen ekstra ressurser er blitt satt inn i perioden.

#### Risikovurdering

Alle pasientene har blitt screenet for fallrisiko. Til dette arbeidet brukte vi kartleggingsskjema fra pasientsikkerhetskampanjen.

#### Legemiddelgjennomgang

På avdeling Eika har alle pasienter hatt legemiddelgjennomgang med tanke på fallrisiko. Noen pasienter har fått redusert doser og endret på medisiner i perioden. I hjemmesykepleien har alle fastleger fått har fått oppdatert oversikt over bivirkninger og kontraindiserte medisiner fra apoteket , men det er ikke gjennomgått full legemiddelgjennomgang.

#### Ernæringskartlegging

Alle pasientene på Eika har fått kartlagt BMI. Ut i fra resultater har det blitt satt i gang ulike tiltak som ernæringsdrikk, hyppigere og flere mindre måltider osv. I hjemmesykepleien og forebyggende team har vekten blitt fulgt opp der hvor det har vært fare for underernæring. Samt at det er gitt informasjon om ulike ernæringstiltak der hvor dette har vært nødvendig. I prosjektet var det to pasienter som lå under anbefalt BMI.

#### **Legge til rette for styrke og balansetrening**

På Eika er det trim hver uke og da sykehjemmet skal sertifiseres som livsglede sykehjem innebærer dette at pasientene får flere tilbud om aktiviteter og turer. Det er også åpnet café i virksomheten noe som medfører at flere pasienter går dit for å spise lunsj.

#### **Tryggingstiltak i boligen**

Det er satt opp huskeliste i forbindelse med fallforebyggende tiltak på alle pasientrom. Hos hjemmeboende som har tatt i mot tilbudet, er det satt i gang fallforebyggende tiltak som håndtak , dørterskler ,doforhøyer og andre tiltak.

Sykepleier i forebyggende team har tatt kontakt med folkehelsekoordinatoren i kommunen, firsentralen samt byfornyelse prosjektet Fjell 2020, for å se på muligheten til å få satt opp rekkeverk og benker i kuperte områder i bydelen. Firsentralen har gitt beskjed om at det er kjøpt inn ekstra med strøsand.

#### **Vurdere behov for hyppighet av tilsyn**

På avdeling Eika lider 80 % av ulikt kognitiv svikt. Mange av fallene skyldes at pasientene glemmer funksjonsfall og det er også flere som er impulsive og ønsker å gjøre ting selv. Vi har derfor satt i gang hyppige tilsyn og fått flere pasienter til å tilbringe mer tid i felles oppholdsrom.

#### **Pasient og pårørende informasjon**

Vi har informert pasientene og pårørende om fallforebyggende tiltak der hvor det har vært aktuelt.

#### **Vurdere behov for hjelpemidler**

Flere pasienter har fått hjelpemidler i hjemmet etter vurderingsbesøk av ergoterapeut og fysioterapeut samt spl fra Forebyggende team.

#### **Tverrfaglig samarbeid**

En bruker i prosjektet har fått hjemmerehabilitering i hjemmet.

Hjemmesykepleien har ukentlige journalmøter med forebyggende sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut og fallforebygging har vært tema på journalmøter.

Institusjonslegen har vært en viktig samarbeidspartner for avdeling Eika i prosjektet.

Vi har også hatt internundervisning ved fysioterapeut i forhold til fallforebyggende tiltak.

#### **Individuelt tilpassede tiltak**

Etter å ha screenet pasientene gikk vi dypere inn i hva som var årsakene til hver enkelt pasients fallrisiko. Her brukte vi også kartleggingsskjema hentet fra pasientsikkerhetskampanjen. Deretter utarbeidet vi individuelle tiltak etter behov, disse ble så skrevet inn i tiltaksplanen på Gericia.

På Eika ble navnene til pasienter i fallprosjektet skrevet opp på whiteboard tavle og synliggjort for personalet.

I hjemmesykepleien opplevde vi at det var vanskeligere å følge opp tiltak. Det er flere pleiere inne i bildet og det var ikke alltid at brukeren så behov for å gjøre endringer. Mange var fornøyde med ting slik det var i for eksempel boligen. Dokumentasjonen på Gericia kunne også vært mer utfyllende.

I forebyggende team opplevde vi at det var enklere å få gjennomført fallforebyggende tiltak. Dette kan også ha sammenheng med forebyggende sykepleiers kompetanse innenfor kommunikasjon.

Når det gjelder dokumentasjon av BT målinger ser at vi kan bli mer presise i dette. Det bør legges inn klokkeslett og målingene bør gjøres både liggende og stående.  
Forebygging av UVI ble gjort ved å presisere hygiene i stell av kateter og å gå over til engangskluter.

### 3. Resultat

Når det gjelder målsetting om å redusere antall fall kan vi fastslå at dette har blitt oppnådd hos hjemmesykepleien og i Forebyggende team. Alle brukerne i prosjektet ble vurdert til å ha risiko for fall, men det er ingen registrerte fall i prosjektperioden. Vi må likevel ta høyde for at det kan ha vært fall som vi ikke har fått kjennskap til, da ikke alle fall blir rapportert til forebyggende team eller hjemmesykepleien.

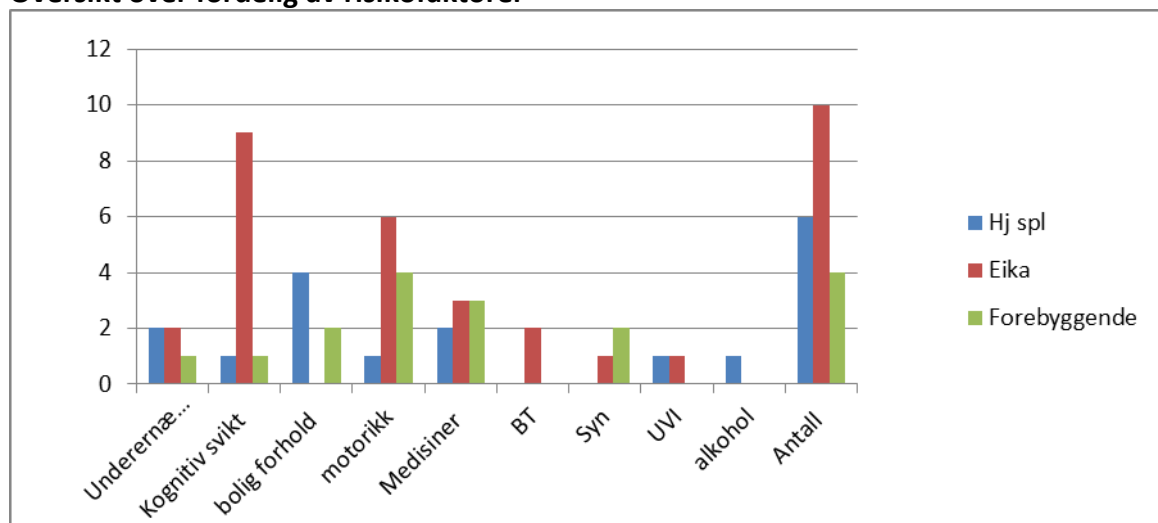
Når det gjelder avdeling Eika har vi hatt stort fokus på å få alle fall registrert inn i EQS. Det er derfor vanskelig å si noe om prosjektet har nådd målet om å redusere antall fall, da vi er usikre på hvor riktige tallene har vært før oppstart av prosjektet. Det vi ser er at det har det blitt mer fokus på fallproblematikk, og ansatte har fått økt kunnskap om fallforebyggende tiltak.

I hjemmesykepleien så vi at det var behov for å endre på skjemaet for fall registrering i EQS da dette ikke var tilpasset hjemmetjenesten. Dette ble endret ved kvalitetskoordinator i kommunen.

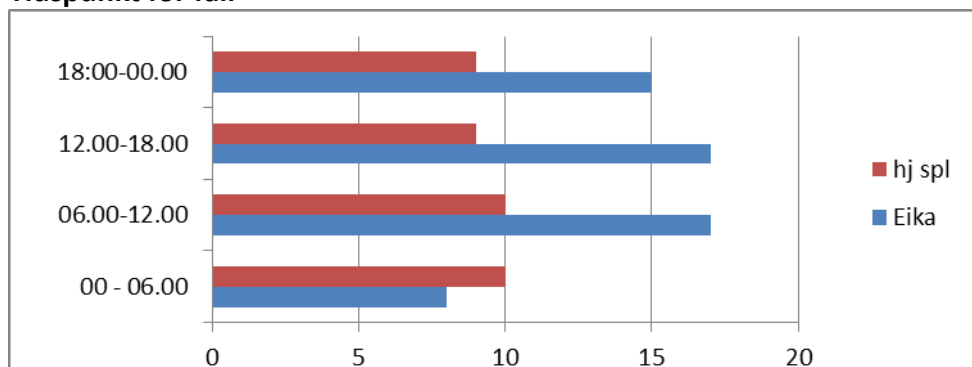
### 4. Veien videre

Vi vil fortsette arbeidet med å forebygge fall hos hjemmeboende og beboere på sykehjemmet. Fall er fremdeles et problem, og det blir viktig å følge med på statistikken når hverdagsrehabiliteringen starter for fullt i hjemmesykepleien etter 21.10.2015.

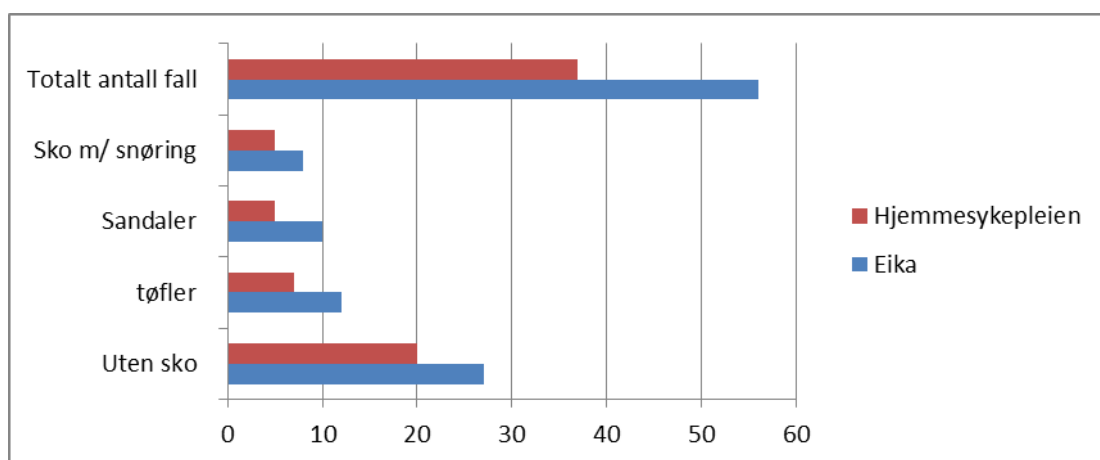
#### Oversikt over fordeling av risikofaktorer



### Tidspunkt for fall



### Skotøy





## Sluttrapport Ål kommune

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Deltakende enhet:</b> | Ål kommune, hjemmetjeneste, korttid og langtidsavdeling sykehjem   |
| <b>Teamleder:</b>        | Christian Sommer-Larsen  |
| <b>Måleansvarlig:</b>    | Marit Øen Li, Tone Fossgård Berg, Herbjørg Dalene Bjerke, Borghild Ulshagen  |
| <b>Teammedlemmer:</b>    | Marit Øen Li, Herbjørg Dalene Bjerke, Tone Fossgård Berg, Borghild Ulshagen, Vigdis Luksengard, Lise Haugo, Gudrun Dahl, Liv Eliassen, Inger Marie Vestenfor, Oddveig Tveitehaug, Merete Hansen, Guri Sundbrei |
| <b>Veileder:</b>         |  |

### Beskrivelse av enheten:

Gjestetunet: 17 sengeplasser. Korttidsavdeling med avlastnings og rehabplasser. Noen langtidplasser.

Tunet: Langtid 14

Stugu: Langtidplasser demens 8.

Hjemmetjenesten ca. 300 brukere.

### 1. Plan:

Vårt overordnede ønske var å redusere antall fall, da vi så vi hadde mange gjennom våren og sommeren 2014. Vi hadde en del alvorlige utfall, og vi hadde ikke gode nok rutiner for registrering, eller nok kunnskap om hvordan å kunne forebygge. Mye data gikk tapt, eller ble aldri ført. Hensikten var derfor å skjerpe rutinene for registrering av fall. Samt øke kunnskapen i personalet rundt fallforebygging for å øke bevisstheten om vurdering og tiltak.

### Felles målsetting for «prosjektet»:

1. Alle fall skal registreres. Gjelder på Sykehjemmet og i hjemmetjenesten.
2. Alle skal ha felles rutiner for registrering av fall i kommunen. Ved alvorlige hendelser skal også dette føres i avvik.
3. Alle vikarer skal ta e-læringskurs på pasientsikkerhetskampanjens hjemmesider.
4. Vi skal ha som mål og alltid ha et fall mindre enn foregående måneds registrering.

## 2. Do:

Hva vi har gjort for nå våre:

1. Vi har lagd et felles system for registrering av pasienter som faller, som er likt i alle instanser (korttid, langtidsavdeling og hjemmetjeneste). Dette gjør det lettere å holde oversikt over hvor mange som faller, hva som skjedde da de falt (hvilke faktorer kunne ha innvirkning som tid, sted, sko eller ikke, ringesnor i nærheten eller ikke osv..) Systemet er et avkrysnings skjema som alltid ligger fremme på vaktrommene i papirform. Etter en fallhendelse krysses skjemaet ut umiddelbart. En gang i mnd. Tar avdelingsleder ansvar for å registrere alle fall elektronisk i avvikssystemet. Vi valgte å gjøre det slik for å gjøre det så enkelt som mulig. Det var en barriere å måtte logge seg inn i avvikssystem for så å skrive om fallet. Det ble ofte bare skrevet inn i journalsystemet og ikke i avvikssystemet. Man hadde derfor liten kontroll på hvor mange fall man egentlig hadde i de forskjellige instansene.
2. Vi utarbeidet skjemaet som er beskrevet på punktet over. Det er laget slik at det er mulig å bruke i alle instanser. Hensikten er at alle jobber på lik måte. Jo enklere systemet er, jo lavere terskel er det for at fallene blir registrert (tror vi). På den måten når vi målet vårt om at alle pasienter som faller skal registres.
3. Informere om hvor man finner kurs. Lage krysseliste for hvem som har gått igjennom kurset. Sette av tid så personalet kan ta kurset.
4. Vi har vurdert de aktuelle pasientene som har hatt behov for fallvurdering med barthel index, stratify og SPPB. Ved mer komplekse pasienter har fysio brukt andre tester som best-test eller bergs balanseskala for videre balansevurdering. Vi har vært bevisst det vi har lært om fallfarer og faktorer som påvirker fallrisiko. Vi har prøvd å lage gjennomtenkte tiltakspakker basert på individuell vurderinger av pasientene. Overholde de generelle rådene om hvordan redusere fallfare i avd. eller heim, og ikke latt tilfeldigheter være årsak til at pasienter faller i våre instanser. Med det menes uryddige rom, dårlig belysning ol.

Dette er en oversikt over hva vi har satt til verks. Det vi ikke har fått gjort enda er å få pleiepersonalet til å ta e-læringskurs. Dette har vi en plan på. Vi har ikke ønsket å prøve ut dette i liten skala. Vi har bestemt at alle instanser skal jobbe på denne måten med målene vi har satt opp, på den metoden vi har beskrevet. Vi mener det ikke er nødvendig å prøve ut dette på noen få pasienter først. Vi opplever at det å samkjøre fra dag en har vært positivt. Vi er samstemte når vi snakker om fall på de månedlige møtene. Vi opplever at det er engasjement rundt fallstatistikken på møtene. Alle ønsker å få denne ned. Vi får gode diskusjoner om hvordan det står til på de forskjellige avdelingene. Møtene er en god arena for å kunne snakke om de pasientene som faller ofte, og vi kan diskutere eventuelle tiltak. Her møtes vi på tvers av avdelingene og sammen har man gode ideer til hvordan man kan sette ut gode tiltak for den aktuelle pasienten.

I tillegg har vi etter nettverksprosjektet slutt videreutviklet tilbudet vårt ihht. Fallutredning av pasienter i kommunen. Vi har hospitert (sykehjemslege,

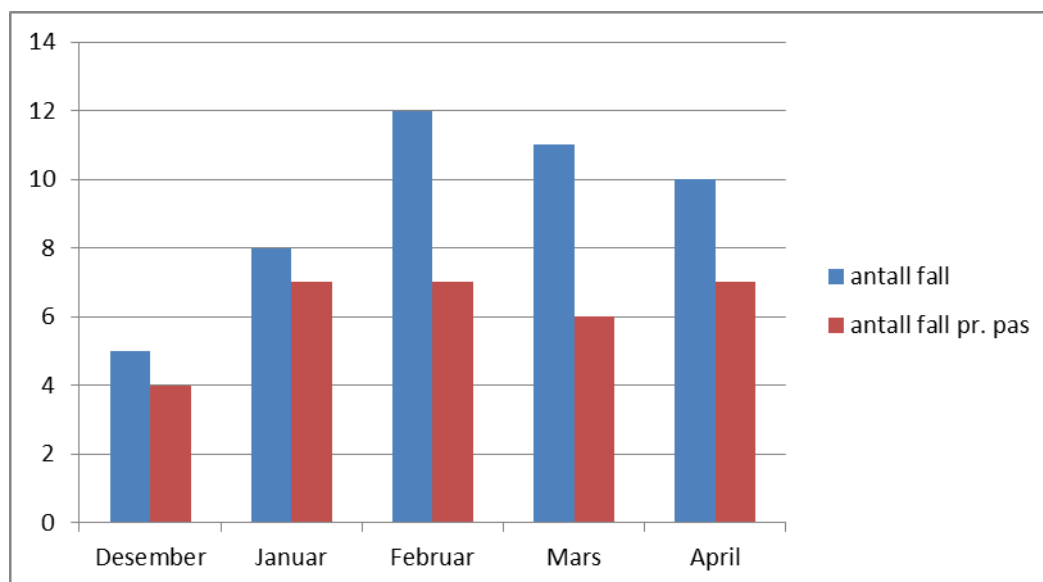
rehabsykepleier og fysioterapeut) på fallpoliklinikken på Aker sykehus. Her får pasientene en tverrfaglig utredning av lege, fysio og sykepleier hvor alle parameterne medisinsk og funksjonsmessig blir gjennomgått. Vi ønsker i Ål kommune at de pasientene som hjemmesykepleien eller fastlegene vurderer som fallkandidater skal kunne søkes inn på et to dagers opphold på korttidsavdelingen vår og få en grundig gjennomgang etter en lignende modell som Aker sykehus. Vi driver fortsatt å prøver å finne ut hvilke kriterier vi skal sette for et slikt opphold, og har til nå hatt to pasienter på et slikt opphold. Dette har vært svært lærerikt og vi avdekket en del problematikk vi antakelig ikke hadde gjort hvis fysio kun hadde gått på hjemmebesøk for en omgivelsesvurdering og enkel funksjonsvurdering.

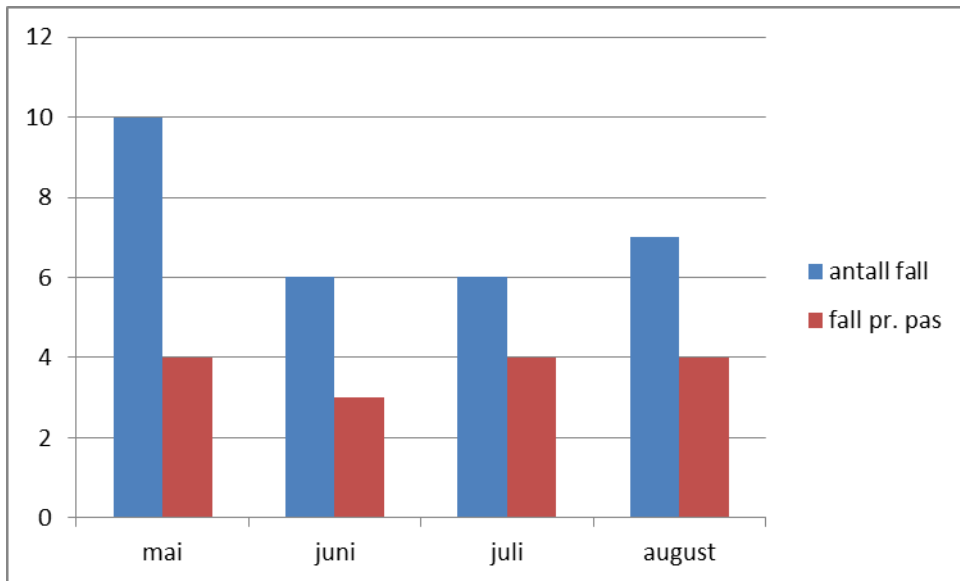
### 3. Study:

**Målgruppe:** Alle pasienter som hører til henholdsvis langtid, korttidsplasser samt pasienter under hjemmetjenesten.

Det vi har sett er at mange pasienter faller flere ganger pr. mnd (gjengangere). Videre plan er å ta for seg de pasientene som har falt mer enn en gang pr. mnd. Disse vil vi måle videre for å se om tiltakene vi gjør har effekt. Vi har til nå kun dannet oss et grunnlag for å se at situasjonen faktisk er slik at det er flere gjengangere som trekker opp fallstatistikken. Inklusjonskriteriet vil da være å spesifikk måle de som faller mer enn en gang pr mnd.

#### Gjestetunet (kortid og langtid blandet)

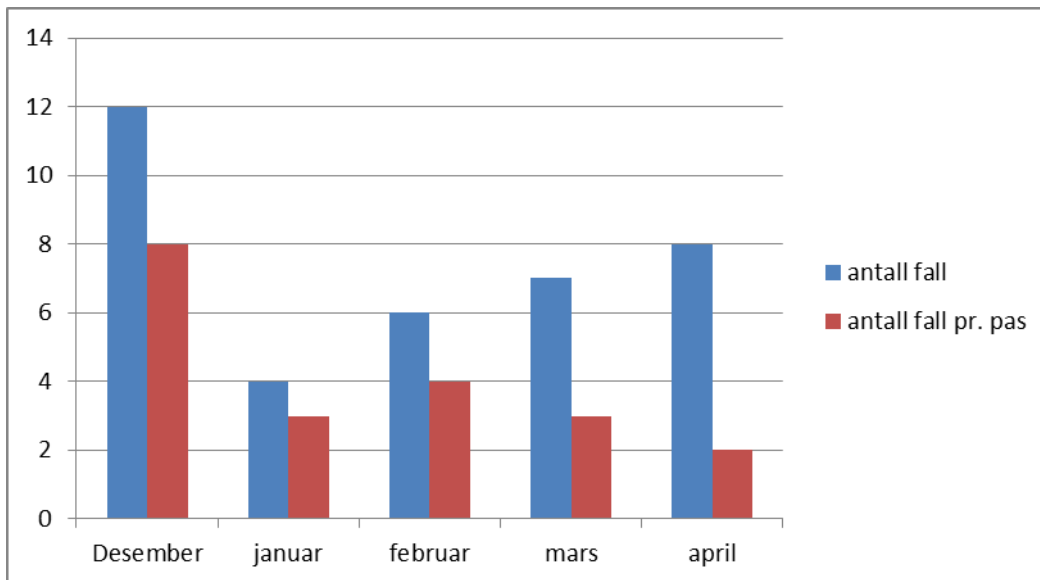




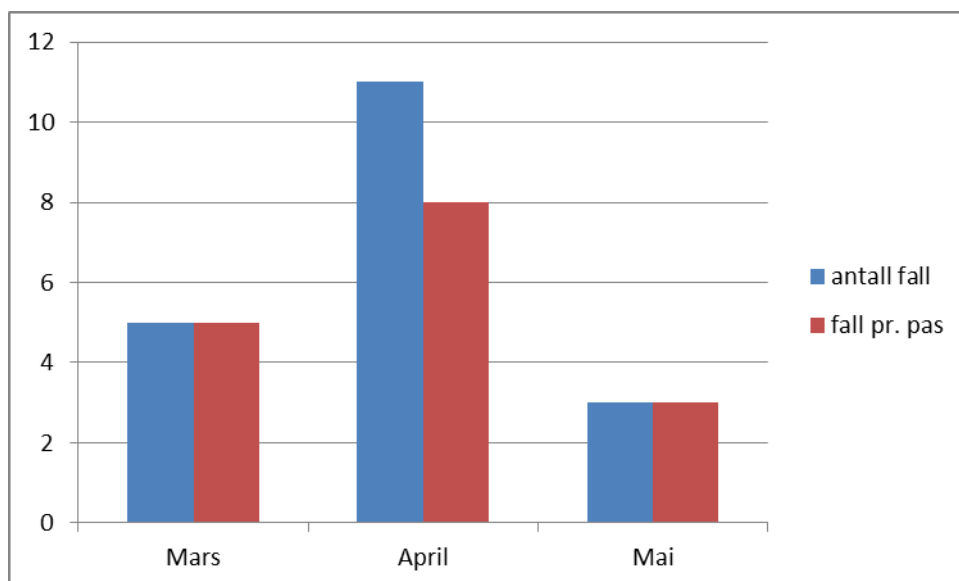
\*rød og blå verdi skal byttes om, blå søyle er antall !

Vi ser siden siste måling i april at antall fall har gått betraktelig ned. Det kan være pga. typen pasienter som har ligget inne, men også at det har blitt mye mer fokus rundt fallforebygging i avdeling.

### Stugu (langtid)



## Hjemmetjenesten



### 5. Act:

Konsekvensene av det arbeidet vi så langt har gjort er en øket bevissthet og kunnskap om fallforebygging blant hele personalet med alle sine yrkesgrupper. Vi har systematisert hva vi skal gjøre når det gjelder vurdering av pasienter og alle instanser jobber likt. Og ikke minst har vi systematisert registreringen av fallhendelser. Dette er viktig arbeid for og bli klokere på hva kan vi utbedre for våre pasienter og ikke bare gjøre det vi tror er riktig. Eksempel kan være dette med løse fysiske barrierer som teppekanter og lignende. Ofte er det ikke dette som slår sterkest ut på statistikken for årsaker til fallhendelser. Vi mangler fremdeles å skaffe oss mer erfaring slik at vi kan lage effektive og hensiktsmessige spesielle tiltakspakker for de pasientene som faller mest. Vi vil i hovedsak holde på de skjemaene vi i dag bruker, og vi er fornøyde med at dette blir dokumentert i Gerica. Vi ser det som verdifullt å ha registrert fallfare sort på hvitt f.eks. overfor pårørende og pasienten selv.

Vi har fortsatt en noen hull som må tette når det eksempelvis gjelder ryddighet på rom. Vi har heller ikke lagd noen systematisk plan for økt aktivitet blant de innlagte, spesielt når det gjelder de pasientene som har langtidsplasser. All forskning peker på at økt aktivitet og trening bedrer fallstatistikken, og gir mindre og alvorlige skader.

### 5. Hva har dere lært så langt:

Vi opplever at det å føre statistikk er svært nyttig. De ansatte i avdelingen blir oppmerksomme på fallstatistikken. Det er ikke lenger bare synsing om hvor mange som faller, eller hvordan de faller. Pga. vi har mistet den gamle statistikken vår, har vi ikke noen formening om det er flere eller færre fall nå enn før. Men opplever at vi er noe overrasket over at det ofte er samme person som faller mange ganger.

Det har også vært nyttig å gå grundigere til verks når det gjelder vurdering av pasienter med fallfare. Vi har lært at det er mye å hente på å gjøre individuelle vurderinger av balanse, funksjon, omgivelser, og medisiner. Det har vært flere situasjoner hvor vi har tenkt annerledes enn vi tidligere har gjort. Eksempelvis har det vært tradisjon at måten man rer opp sengene på sykehjemmet antakelig er uhensiktsmessig. Det skal se "fint" ut, men vi opplever det som lite funksjonelt. Pasientene får lite plass i sengen, og vi så at en pasient tydelig falt ut av sengen pga dette. Vi har erfart at det er positivt å innføre generelle tiltak, og ikke minst at man må være kreativ og virkelig se på alle muligheter for hva som kan være årsaken til at pasientene faller! Spesielle tiltak er vanskelige å definere for de må være skreddersydd pasienten. Man kan ikke si noe om hva som skal til før man har observert pasienten noen dager, og hans atferd i avdelingen. Tverrfaglig tenker vi bedre enn hvis vi vurderer alene. Vi har også lært at å lage en plan for et slikt arbeid med tydelige rammer gjør det mye lettere å ta fatt på et godt arbeid som fører til at man får med seg de ansatte som er utøverne av oppgavene vi legger opp til som "ledere".

## Sluttrapport Lier kommune

# SLUTTRAPPORT FOREBYGGING AV FALL I SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTEN 2015

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Deltakende enhet:</b> | Liertun sykehjem og boligenhet og Hjemmetjenesten Øvre Lier  |
| <b>Talfestet mål:</b>    | Redusere fall og unngå skader som kan føre til sykehus innleggelse   |
| <b>Gruppeleder:</b>      | Torill E. Groth  |
| <b>Måleansvarlig:</b>    | Virksomhetene  |
| <b>Gruppemedlemmer:</b>  | <b>Sykehjem</b><br>Øystein Aaland<br>Vina Leonoras<br><b>Boligenhet</b><br>Krystyna Rognlien<br><b>Hjemmetjenesten:</b><br>Line Ek Andresen<br>Arnhild Oma |

## SYKEHJEM M/BOLIGENHET

### Beskrivelse av Liertun

Sykehjemmet består av 40 plasser. De fleste rommene ved sykehjemmet er enerom utstyrt med eget bad og egen terrasse. Boligenheten er i 1. og 2. etg. Her er det til sammen 26 leiligheter som har stue, bad, kjøkken og soverom.

Omsorgstilbudet ved sykehjemmet og i boligene retter seg mot mennesker med ulike typer behov. Ved sykehjemmet er det i hovedsak langtidsplasser men det er også noen korttidsplasser.

Sykehjem har egen lege på huset to ganger i uka. Brukere i boligenhet har i hovedsak egne fastleger tilknyttet til legesenteret som ligger i samme bygning. En kommunal fysioterapeut som har kontor på Liertun er ansvarlig for hjelpemiddelformidling til brukere her og kan tilby noe behandling til korttidspasienter.

Det er en arbeidsstue hvor beboerne kan være med på håndarbeid, høytlesning fra bøker eller aviser og bingo. I tillegg blir det også arrangert diverse turer i sommerhalvåret.

Det finnes også frisør og fotpleie i bygget.

### **1. Bakgrunn og hensikt:**

Hensikten er å forebygge og redusere fall slik at sykehus innleggelse er unngått. Oppfølging av dette prosjektet er bevisstgjort i avdelingen slik at personaler har mere fokus på pasienter med falltendenser.

### **2. Metode og tiltak:**

a. Fall: Opplæring til alle personaler ved bruk/skriving av fallskjema.

Generell observasjon ift medisiner, ernæring, fysisk aktiviteter og bruk av hjelpemidler

Individuelle tilpassende tiltak i boligavdelingen (bytt av leilighet, fjerning av gjenstander som kan medføre til fall).

b. Legemidler: Bruk av skjema for virkning/bivirkning ved oppstart og seponering av medisiner.

Regelmessig gjennomgang av medisiner.

c. Sikring: Regelmessig tilsyn og bruk av alarm for å forhindre at pasienter forlater avdelingen.

I bolig avdeling er det stor fokus på bevisstgjøring til pårørende om møblering i leilighetene til beboerne.

### **3. Resultat**

Opptelling av fall;

Juni – 20

Juli – 8

August – 6

September – 8

Det er mer fokus, bevisstgjøring av pasienter med falltendenser i personalgruppa. Vi har også lært at observasjoner, bruk av riktige hjelpemidler og gjennomgang av medisiner kan forebygge fall. Kursing av personalet førte til forbedring av rutiner.

### **4. Veien videre**

Beholde og videreføre tiltakene.



# HJEMMESYKEPLEIEN Øvre Lier.

## Beskrivelse av enheten:

Hjemmetjenesten i Lier Kommune består av to soner Øvre og Ytre. Det er ca 200 brukere som får daglig besøk av hjemmesykepleien. Det er også brukere som har trygghetsalarm, men som ikke mottar daglig besøk. Forebyggende team følger også opp brukere og er en del av hjemmetjenestene.

## 1. Bakgrunn og hensikt:

Hensikten og målet med fallforebygging i hjemmetjenesten er å redusere risiko for fall i brukerens hjem, redusere antall fall for hver enkelt bruker med falltendens og gjøre alle som jobber i tjenesten mer oppmerksomme på forebyggende tiltak som kan gjøres i hjemmet for å forhindre fall. Dette målet jobber hjemmetjenesten etter hver dag og det var derfor kjent fra før.

## 2. Metode og tiltak:

- Det ble ikke satt av ekstra ressurser til dette prosjektet, med unntak av at alle arbeidstakerne ble sendt på kurs i fallforebygging som var en del av prosjektet.
- Prosjektet ble snakket om på et personalmøte, der primærgruppene valgte ut 2 brukere pr. gruppe som skulle følges opp.
- Prosjektet ble snakket om i noen kardexmøter.
- Primærgruppene skulle følge prosjektet videre og gjøre tiltak mot de 2 brukerne som var valgt ut.

Hvordan har dere jobbet med de ulike tiltakene i tiltakspakken for hjemmetjenesten?

- Primærgruppene gjorde risikokartlegging av sine 2 brukere.
- Legemiddelgjennomgang av brukere med fallrisiko er noe som hjemmesykepleien gjør i sitt daglig arbeid. Det er alltid fokus på legemidler, det ble ikke gjort egen strukturert legemiddelgjennomgang for dette prosjektet.
- Ernæringskartlegging er en del av hjemmetjenestens tilbud til sine brukere. Alle brukere får ernæringskartlegging og kartlegging av vekt x1 pr mnd.

- Styrke og balansetrening blir gjennomført av fysio/ergoteamet. Forebyggende sykepleiere gjennomfører trimgrupper som et tilbud til de som ønsker det. Det har vært noe økt fokus på balansetrening gjennom dette prosjektet.
- Tiltak i boligen er et område hjemmetjenesten gjør i sitt daglige virke. Det er tett samarbeid med fysioterapitjenesten til vanlig. Det har ikke vært ekstraordinært fokus på dette i løpet av prosjektperioden. Dette gjelder også hjelpemidler.
- Brukere av hjemmetjenesten får vedtak på de tjenester de har behov for. Vurderingsbesøket i brukerens hjem avgjør hva som kan være brukerens behov. I dette møtet blir også behovet for hyppige tilsyn, hjelpemidler, tiltak i hjemmet og behov for fysioterapitjenester tatt opp.
- Forbyggende team gjør også vurderingsbesøk på et tidligere tidspunkt enn hjemmesykepleien. Der de kartlegger brukerens funksjon og gjennomfører tilrettelegginger i hjemmet som gjør at brukeren kan være selvstendig og uavhengig av hjemmetjenesten. Ofte mye lengre enn om de ikke hadde fått forebyggende tiltak.
- Utfordringen er å innlemme dette prosjektet i det daglige arbeidet.
- Forebyggende tiltak ble prøvd ut på de 8 brukerne som ble plukket ut til fire primærgrupper.
- Grafisk fremstilling foreligger ikke.

### 3. Resultat:

- Det er gjort opptelling av fall i en kortere periode.

| Måned:  | Antall fall: |
|---------|--------------|
| Januar  | 3            |
| Februar | 4            |
| Mars    | 6            |
| April   | 8            |
| Mai     | 1            |
| Juni    | 1            |

Denne listen er oversikt over det som er blitt registrert. Alle fall er ikke blitt registrert. Økningen av antall fall er pga at det har vært fokus på å registrere.

- Det er ikke gjort andre målinger og det er derfor vanskelig å vite noe om resultatet av dette prosjektet.
- Det har vært en bevisstgjøring i personalgruppen om forebyggende tiltak til brukere med fallrisiko.

#### **4. Veien videre:**

Fallforebyggende arbeid er alltid et viktig fokusområde for hjemmesykepleien. Det er en del av vårt daglige arbeid, og samarbeid med fysioterapitjenesten og forebyggende sykepleier er viktig for å fortsette dette arbeidet.

#### **Fra Fysioterapeut Marjon Oppen:**

Jeg er ikke direkte med på fallprosjekt på Liertun eller i hjemmetjeneste, så jeg har ikke noe tall osv å komme med. Men har likevel noe som jeg tror er viktig å få med i rapporten.

- Viktig å opprettholde fokus på fall i alle virksomheter når prosjektet er slutt.
- Det er en utfordring å opprettholde fokus på fall i en tid hvor det er mye omorganisering.
- Det må nok jobbes med overføring mellom korttid og hjemmetjeneste: hvis en bruker på korttid får fallforebyggende tiltak, blir de da borte når bruker kommer hjem eller blir det tatt opp på utskrivningsmøte/samarbeidsmøte mellom sykehjem og hjemmetjeneste?
- Fallforebyggende gruppe: vi har per i dag en fallforebyggende gruppe (2x p.u. i 12 uker, 2x p.år) men ser at det er behov for mer. Vanskelig å finne ledige treningslokaler i Lier kommune, men kanskje det bedrer seg når nytt sykehjem åpner.

# Sluttrapport Nore og Uvdal kommune

## Sluttrapport forebygging av fall i sykehjem og hjemmetjenester

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>Deltakende enhet:</b> | Nore og Uvdal kommune, Bergtun omsorgssenter, institusjonen og hjemmetjenesten  |
| <b>Gruppeleder:</b>      | Toril Mikalsen  |
| <b>Måleansvarlig:</b>    | Nina Hjelle og Toril Mikalsen   |
| <b>Gruppemedlemmer:</b>  | <b>Kathrine Hopstad</b> (fysioterapeut som sluttet i prosjektet i mai 2015 på grunn av ny jobb) <b>Nina Hjelle</b> (ergoterapeut som sluttet i prosjektet i august på grunn av ny jobb), Folkehelsekoordinator/fysioterapeut <b>Viola Bergerud</b> (startet etter sommerferien 2015), <b>Jorun Ro</b> (sykepleier med rehabilitering) <b>Karin Nørstebø</b> (hjelpepleier inst. 1.etg.), <b>Anne Kaspersen</b> (hjelpepleier hj.tj.), <b>Line Vikan</b> (hjelpepleier hj.tj.), <b>Liv Åse Sønsterud</b> (hjelpepleier hj.tj.) og <b>Toril Mikalsen</b> (Seksjonsleder/sykepleier 1.etg. inst. og prosjektleder i fallforebyggingsgruppen for Nore og Uvdal kommune) |

### Beskrivelse av enheten:

Bergtun omsorgssenter er det kommunale senteret for pleie, rehabilitering og omsorg (PRO) med institusjonen i 2. etasje, 20 pasientrom for korttids- og langtidsopphold, institusjonen i 1. etasje har 17 pasientrom for korttids- og langtidsopphold. (Av disse er 9 rom for mennesker med sykdommen demens) og hjemmetjenesten som har ansvaret for 16 omsorgsboliger og 5 omsorgsenheter og har vaktrom på Bergtun omsorgssenter og betjener ellers 5 hjemmetjenesteruter ute i bygda. Hjemmetjenestens grunnlag pr. 31.12.2014 er 205 brukere. Kommunen har 2541 innbyggere i januar 2015.

### 1. Bakgrunn og hensikt med prosjektet:

Er å forebygge fall hos personer som har tjenester i PRO avdelingen.  
Følge opp personer med diagnosen demens spesielt i forhold til fallforebygging.

Hovedmålet er å redusere fall i prosjektetida med 25 %.

Delmål:

- Definere fall
  - Kunnskapsoverføring om fallforebygging til helsepersonell
  - Kunnskapsoverføring om fallforebygging til kommunens innbyggere
  - Lage og oppdatere prosedyrer om fallforebygging inn i Kvalitetslosen (Elektronisk kvalitetssystem for kommunen)
- Målinger:
    1. Antall dager mellom fall
    2. Antall fall mellom fall med skade
    3. Antall brukere som er vurdert med fallrisiko

Vi velger å ta med hele tjenesten både institusjonen og hjemmetjenesten.

## 2. Metode og tiltak:

Prosjektgruppa bestemte seg for: Registrere alle fall i perioden. Brukte forbedringsmodellen, en systematisk arbeidsmodell. Lederne og medlemmene i gruppen informerte alle ansatte om fallregistreringen og om prosjektet som startet i desember 2014 og ville vare til oktober 2015. Dette skjedde på avdelingsmøter og i oppslag i vaktrom. Sammen med informasjonen om registreringen, satte vi opp vår valgte definisjon av fall.

**«Fall er en utilsiktet hendelse som medfører at en person havner på bakken, golvet eller et lavere nivå., uavhengig av årsaken»**

Fall resultatene ble fortløpende registrert. Registreringene ble delt opp i tre grupper: Fall i hjemmetjenesten, institusjonen i 2.etg og institusjonen i 1.etg.

Tidsplan for møtevirksomheten ble satt opp for hele prosjektida sammen med oversikten for nettverksmøter og fagmøter. Gruppemedlemmene ble fristilt for å være med på møtene. Av 13 prosjektmøter i prosjektida var oppmøteprosenten 88 %. Prosjektgruppa i Nore og Uvdal startet med 7 deltakere.

I hjemmetjenesten ble fallforebyggende team sammenfallende med hverdagsrehabiliteringsteamet (HVR teamet). To av tre i denne gruppen sluttet i løpet av prosjektida. HVR teamet har bestått av en ergoterapeut, en sykepleier med rehabiliterings etterutdanning og en fysioterapeut. Erstatting har blitt satt inn i ettertid.

Andre forstyrrende elementer: omorganisering i hjemmetjenesten i desember /januar 2015 og flytting av pasienter i 1. etg. 04.05.15. Samtidig med denne flyttingen benyttet vi et eget kartleggingsskjema for «hvordan forebygge fall» i pasientrommene i institusjonen.

Det ble skrevet referat fra alle prosjektmøtene.

Alle med fallrisiko skulle bli kartlagt videre.

### **Hvordan prosjektgruppa jobbet med de ulike tiltakene i tiltakspakken for hjemmetjenesten.**

Alle pasienter som ble definert i fallrisikozonen ble kartlagt av HVR teamet. Klinisk kartleggingsskjema, som ble utarbeidet i prosjektida hos utviklingscenteret for hjemmetjenester i Telemark, ble benyttet fra mai 2015. Gikk igjennom: Risikovurdering, legemiddelgjennomgang, ernæringskartlegging og grunnleggende behov som smerter, psykisk funksjon søvn og hvile, vurderte mulighet for styrke og balansetrening, så nærmere på tryggingstiltak i boligen, vurderte behov for hyppighet av tilsyn, innkalte til møter med pasient og pårørende for informasjon. Brosjyre til innbyggerne vil bli utarbeidet i løpet av høsten (2015).

Vurderte behov for hjelpemidler, tenkte tverrfaglig samarbeid og individuelt tilpassede tiltak. Noen av brukerne valgte å følge rådene. Andre ville gjøre det på sin måte. Det var en utfordring i starten med kontakten med legene, å få bestille time tidsnok, få med følge og samarbeide om dette med pårørende. Slike arrangementer tok tid. Vurderte en tid å benytte elektroniske meldinger via Profil dokumentasjonssystemet, men da dette var et ansvar bruker selv må ta, ble dette benyttet bare for noen mens andre bestilte seg legetime selv. Legeinvolvering etter kartleggingene ble en utfordring. En i teamet lagde et eget skriv til legene og med telefonnummer til HVR teamet. God informasjon og et godt samarbeid med dem ble viktig.

### **Hvordan prosjektgruppa jobbet med de ulike tiltakene i tiltakspakken for sykehjem.**

Alle pasienter som ble definert i fallrisikozonen ble kartlagt av primærkontakt og teamansvarlig i avdelingene. Klinisk kartleggings skjema, utarbeidet hos utviklingssenteret for hjemmetjenester i Telemark, ble brukt. Gikk igjennom: Risikovurdering, legemiddelgjennomgang, ernæringskartlegging og grunnleggende behov som smerter, psykisk funksjon, søvn og hvile, fant mulighet for styrke og balansetrening, vurderte tryggingstiltak i avdelingen og i rommet til brukerne, vurderte behov for hyppighet av tilsyn, formidlet kontakt nærmere med pasient og pårørende, vurderte behov for hjelpemidler, tenkte tverrfaglig samarbeid og individuelt tilpassede tiltak. Noen av brukerne valgte å følge rådene. Andre kunne ha vanskeligheter med å forstå fordelene med rådene og ville gjøre det på sin måte. Vurderte behov for hjelpemidler som å prøve ut hoftebeskyttere, antisklisokker, prøvde ut forskjellige aktiviteter for balanse og styrketrening. Målet for innetjenesten var at alle brukere skulle ha en aktivitet hver dag. Samarbeidet med aktivitetstjenesten i PRO og «aktivitetsvenn» prosjektet fra frivilligsentralen. Velkomst brosjyre med fallforebygging som alle skulle bli møtt med både brukere og pårørende ble ikke helt ferdig men vil bli det i løpet av høsten (2015).

Det ble gjort innkjøp av lav seng som kan senkes helt ned til golvet og fiberdyner.

**Ble forbedringene prøvd ut i liten skala før dere innførte dem overalt?** Prosjektgruppa prøvde seg litt frem før ferien og tok ansvaret selv for oppfølgingen i de første månedene. Prøvde ut kartleggings skjemaene i institusjonen i 1. etg samt for rehabiliteringsbrukerne. Prøvde kartleggingen på alle med trygghetsalarm uten andre tjenester. Kartleggingen tok tid men var nyttig. Kartleggingene fulgte brukerne i tjenesten. Skjemaene ble elektronisk sluset inn i dokumentasjonssystemet og kunne lagres der.

Den største endringen og som skapte størst påvirkning var da de to magnettablene ble satt opp i institusjonen og i hjemmetjenesten. Dette skjedde rett før sommerferien. Tema i juli var **å drikke nok**. Samtidig ønsket prosjektgruppa å gi mer informasjon om prosjektet fallforebygging og å påminne helsepersonell om å fortsette registreringen av fall. Neste tema i august var **aktivitet**. I oktober; **skotøy**. Annen hver måned fremover skiftes tema på tablene, også etter prosjektperioden.

### 3. Resultat:

Antall registrerte fall i pleie rehabilitering og omsorgsavdelingen i Nore og Uvdal kommune fra januar 2015 til og med august 2015

| Måned   | Hjemmetjenesten | Institusjonen 1.etg. | Institusjonen 2.etg. | Antall hver måned |
|---------|-----------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Januar  | 2               | 17                   | 2                    | 21                |
| Februar | 3               | 7                    | 2                    | 12                |
| Mars    | 4               | 4                    | 1                    | 9                 |
| April   | 5               | 6                    | 1                    | 12                |
| Mai     | 6               | 3                    | 0                    | 9                 |
| Juni    | 4               | 5                    | 1                    | 10                |
| Juli    | 4               | 5                    | 7                    | 16                |
| August  | 8               | 7                    | 4                    | 19                |
| Sum:    | 36              | 54                   | 20                   | 108               |

Etter tallene å dømme har vi ikke nådd målet med 25 % nedgang i antall fall, men tvert om opplevd at flere fall ble registrert. Økningen sammenlagt er på 50 %. I løpet av 35 uker er det 245 dager (fra 01.01.2015 til 01.09.2015)

#### Gjennomsnittet av fall før og etter tiltak (med tavlene):

| Tjenestested         | Gjennomsnittet for fall for januar, februar, mars, april, mai og juni | Gjennomsnittet for fall for juli og august | pluss eller minus i prosent |
|----------------------|---|--|-----------------------------|
| Hjemmetjenesten      | 4   | 6  | + 50 %                      |
| Institusjonen 2.etg. | 1   | 6  | + 6 ganger                  |
| Institusjonen 1.etg. | 7   | 6  | ÷14 %                       |
| Sum til sammen       | 12  | 18   | + 50 %                      |

- 108 fall til sammen i perioden: det vil si gjennomsnittlig 2,2 dager mellom hvert fall.
- 36 fall med skade av liten grad: blåmerker, skrubbsår ol. : det vil si gjennomsnittlig 7 dager mellom hvert fall av den karakter.
- 7 fall med skade som trengte legebehandling, tilsyn av lege eller sykehusinnleggelse for kontroll eller operasjon/behandling: det vil si gjennomsnittlig 35 dager mellom hvert fall av mer alvorlig grad.
-

HVR teamet har risikovurdert 13 hjemmeboende og brukere på korttidsopphold.

Alle 17 brukere i institusjonen 1.etg ble kartlagt da de alle var i fallrisikosonen.

- Prosjektgruppen har innarbeidet rutinen om å benytte kartleggingsskjemaet for alle pasienter med fallrisiko. Dette innebærer også rutine for oppfølging og evaluering.
- Forbedringsarbeidet har lært oss viktigheten av å få kunnskap inn i organisasjonen. Det vanskeligste har vært å gi tilstrekkelig informasjon ut. Få tid til dette i en tidspresst arbeidssituasjon, finne arenaer og rom for slik utveksling. Oppslag på tavlene har vært det mest effektive. Brosjyrene, som er i ferd med å utarbeides, ser vi fram til kan gi nyttig veiledning.
- Hva er deres samlede erfaringer med Læringsnettverksmetoden? Lærerikt og engasjerende for tverrfaglig samarbeid i egen kommune og med andre kommuner. Bra for kommuner i utkantstrøk å få bli med i noe større. Er absolutt en arbeidsform som er nyttig for vår organisasjon og anbefales til gjentakelse.

#### **4. Veien videre:**

- Må sette opp en videre plan for mer informasjon om fallforebygging og prosedyrer i tavleoppslag, undervisning og brosjyrer. At helsepersonell, brukere og pårørende samt innbyggerne i kommunen skal få informasjon om fallforebygging for å ta vare på egen helse og få gode råd.
- Å arbeide målrettet og systematisk og fortsette kvalitetsarbeidet med samme gruppe. At gruppa bør få fungere videre som pådrivere med jevnlig samarbeidsmøter. Fortsette med forskjellige temaer på brosjyrer, tavler og undervisning på avdelingsmøter og ellers der gruppa kan bidra med kunnskap/råd og veiledning. Fortsette fall registreringene. Evaluering må skje jevnlig der gruppa sammenfatter registreringene.
- Vi anbefaler at transportløsning for hjemmeboende som ønsker å komme seg ut på trening og aktuelle sosiale sammenkomster må bli realisert.
- Vi trenger utvikling av kompetansen hos alle ansatte. Det å ha vært med på dette prosjektet, arbeidet etter forbedringsmodellen og jobbet systematisk, har vært nyttig. Organisasjonen trenger utvikling og forbedring. Organisasjonen trenger at anbefalinger og råd fra statlig hold kan bli utprøvd og erfart for å gi oss «beste praksis» med de medarbeiderne som er, til det beste for tjenestemottakerne.



# Sluttrapport Sandefjord kommune

## Sluttrapport forebygging av fall i hjemmetjenesten Sandefjord Kommune

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Deltakende enhet:</b> | Sandefjord kommune: Avd. Parken, Bugården, Ranvik  |
| <b>Gruppeleder:</b>      | Christine Lie  |
| <b>Måleansvarlig:</b>    | Kristin Gjestland  |
| <b>Gruppemedlemmer:</b>  | Kristin Gjestland(fysioterapeut), Gunnbjørg Furuset(ergoterapeut), Marianne Milvartsen(hj.pleier)Maja Sara Isaksen(hj.pleier) Marianne Ravn(hj.pleier), Hege Syversen(sykepleier), Annika Lundin(sykepleier), Mona Pettersen(sykepleier) |
| <b>Veileder:</b>         |  |

Du finner malen i word-format på minnepinnen. Skriv rett inn i den mens du sletter ledetekstene (alt som ikke har fet skrift), og beholder overskriftene. Statusrapporten skal være på maks 3 sider inkludert grafer. Rapporten skal være en sammenfatning av gruppens arbeid og gi anledning til refleksjon over det som er gjort til nå.

### Beskrivelse av enheten:

Vi har valgt tre avdelinger i hjemmetjenesten. Prosjektleder er avd.leder for ergo og fysioterapitjenesten, organisert i en annen seksjon enn hjemmetjenesten. Avdelingene har ca 600-700 brukere til sammen til en hver tid.

### 1. Bakgrunn og hensikt:

Vi har kun så vidt prøvd ut et lite pilotprosjekt på 5 brukere i hver avdeling. Så implementering i større skala blir neste skritt.

Inklusjonskriteriene er forholdsvis vide; over 65 år og siste fall ikke eldre enn en måned og at de har tjenester fra hjemmetjenesten samt trygghetsalarm. De med kun praktisk bistand har vi valgt å holde utenfor. Nye eller gamle brukere spiller ingen rolle.

Målene våre har vært:

- Redusere antall fall i de 3 avdelingene med 20% i løpet av prosjektperioden(ut oktober)
- Redusere antall dager mellom hvert fall til 2 dager(nå har vi flere fall pr. dag)
- Informasjonsmøte i de 3 avd. for å øke kompetanse på fall og fallforebygging
- Øke tverrfaglig samarbeid om fallforebyggende tiltak ved å melde behov om felles kartleggingsbesøk på 5 brukere pr. avd. fra 01.05.
- Begynne prosess for felles måte å registrere fall og kartlegging/tiltak i Cosdoc.

Vi tenkte at ved å begynne å registrere fallene og gjøre noe med dem, ville antall fall bli færre. Det er nok ikke tilfellet. Folk faller som aldri før. Det kan allikevel se ut som en viss bedring når det gjelder antall dager mellom fallene, samtidig som vi vet det hersker store mørketall. Av de 15 som ble innlemmet i prosjektet har kun 5 av de falt i prosjektperioden.

Hjemmetjenesten hadde i forkant av prosjektet overhode ingen oversikt over antall fall pr år blant sine brukere. Samarbeidsparter som ergo og fysioterapeuter så i EPJ at brukerne falt, men at svært lite ble gjort for å forebygge neste fall. Og at man heller ikke hadde noen strategi for å forebygge første fall. Som tjeneste har de alltid hatt et stort fokus på fall og fallforebygging. Dette ble bakgrunnen for at de ble med i prosjektet.

Informasjonsmøte har bare blitt utført i en av avdelingene. Kun informasjon, ikke kompetanseutvikling. Dette ser vi på som svært viktig og vil bli en del av implementeringen.

Vi bestemte tidlig at alle kartleggingsbesøkene i prosjektet skulle være tverrfaglige. Dette for å bli bedre kjent på tvers av fag, måter å jobbe og tenke på og danne et grunnlag for videre samarbeid. Tidligere hadde vi erfaring med at ergo og fysioterapeuter for det meste jobbet på bestilling fra hjemmetjenesten og ikke i samarbeid rundt brukeren. Planen var å få erfaring med hvilken effekt har det når vi ser brukeren sammen.

Vi har begynt med elektronisk fallregistrering som må utvikles så fort prosjektet er over og implementeres i vanlig drift.

## **2. Metode og tiltak:**

Vi har i perioden hatt 7 arbeidsmøter i tillegg til to samlinger. Prosjektperioden har vært kort(10.02.-13.10) så vi har ikke fått implementert vår nye kunnskap enda. Eller satt den i system. Men vi har lært mye!

Deltakeravdelingene har prøvd å registrere fall også i sommer både elektronisk og på liste på vegg. I to avdelinger har det blitt gjort grundig gjennomgang av journalnotat for å fange opp alle fall.

Den tredje avdelingen har ikke lyktes i å følge dette opp. Allikevel må vi regne med mørketall i alle avdelingene.

Ansatte i hjemmetjenesten har fått fri til å delta på nettverkssamlingene og vikar er leid inn. Ellers har de fått rom innenfor vanlig arbeidstid. Ergo og fysioterapeut og prosjektleder har ikke hatt mulighet til innleie av vikar.

- ***Erfaringer med de ulike tiltakene i tiltakspakken for hjemmetjenesten:***

- ✓ Vi har gjort oss gode erfaringer med det enkle kartleggingsskjemaet og vil bruke det videre og legge det inn i EPJ. Og også introdusere det for øvrige helsepersonalet i kommunen som jobber mot eldre i risikogrupper. Særlig tenker vi kommunens bestillerkontor vil ha nytte av det i sitt første møte med bruker.
- ✓ Legemiddelgjennomgang er allerede på dagsorden gjennom et annet prosjekt som har pågått noen år allerede. Så dette er godt innarbeidet.
- ✓ Hjemmetjenesten har også hatt et prosjekt som nå er implementert i forhold til ernæring: MUST. Dette gjøres i stor grad, men kan absolutt kvalitetssikres bedre. Noen ganger tilfeldig om det blir gjort og særlig revurderingen.
- ✓ Balansetrening og egenaktivitet har fått et større fokus hos prosjektdeltakerne, både brukere og helsepersonellet. Kommunen har flere balansegrupper som det har blitt henvist til. Der det har vært aktuelt har det blitt lagt til rette for. Samtidig handler det

ofte om tid der hjemmetjenesten skal være den som bistår i aktiviteten., både i Padl og gangtrening. Og det blir et hinder for å få det gjennomført systematisk.

- ✓ Tryggingstiltak er blitt satt inn flere steder (fjernet ryer, limt fast teppekanter)
- ✓ Det er blitt satt inn hyppigere tiltak i noen tilfeller som tilbud om drikke, næringsdrikk, følge til toalettet. Tilsyn er ingen tjeneste dessverre.
- ✓ Pasient og pårørendeinformasjon er i liten grad blitt vektlagt bortsett fra muntlig informasjon der og da og i balansegruppene. Vi har laget en enkel brosjyre der vedkommende kan teste egen fallrisiko, men ikke detaljer informasjon om fall og tiltak man kan sette i verk selv for å unngå fall.
- ✓ Vurdere behov for hjelpemiddel eller vurdering av allerede ervervet hjelpemiddel har blitt gjort i alle vurderingsbesøkene i og med de har vært tverrfaglige.
- ✓ Alle vurderingene har vært tverrfaglige.
- ✓ Opplever at alle tiltakene er individuelt tilpasset. Men at bruker selv ofte vegret seg for å gjøre endringer. Både ift omgivelser og egen adferd.

- **Utfordringer i ft tiltakspakka.**

Vi brukte litt tid på å finne en form på de tverrfaglige vurderingene. Rollefordeling og oppgavefordeling. Avtale møte med bruker, hvem leder møte, hvem skriver i EPJ, ansvar for oppfølging av tiltak.

Å finne felles tidspunkt til tverrfaglig vurdering var også en utfordring. Men som regel ved å planlegge litt fram i tid, fant man en løsning.

En systematisering for oppfølging av tiltakene som ble satt inn mangler vi. Der stopper det og evaluering blir ikke gjort.

- **Målinger i ekstrasnett**

Når man starer et prosjekt har man alltid intensjoner om at ting skal gå som forventet. Det gjør det sjelden, heller ikke for oss. Vi har i ettertid måttet endre baseline til å gjelde to avdelinger for å kunne finne det riktige sammenlikningsgrunnlaget ift sluttmålingene.

Vi begynte å registrere fall 11.02.2015. Perioden 11.02-31.03.2015 er benyttet som en baseline måleperiode. Perioden 01.04.-30.09.2015 er måleperioden hvor risikovurderingsskjema og tiltakspakke ble prøvd ut (på 15 personer).

**Baseline** periode 11.02. – 31.03.

Totalt antall fall: 60

8 personer har falt 19 ganger.

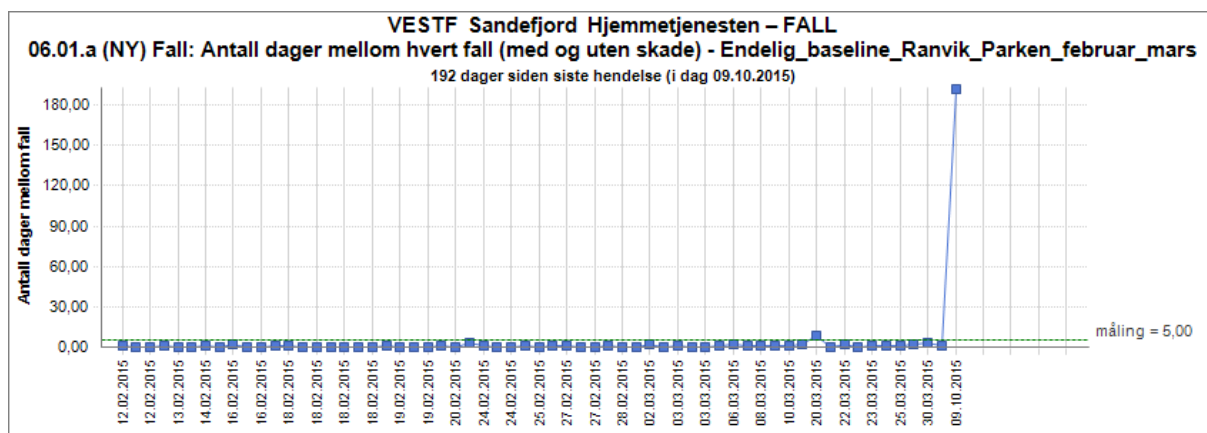
Totalt antall personer som har falt: 49 (60-19+8)

Antall som har fått hjemmetjenester, trygghetsalarm i perioden: 400 (Ranvik: 209, Parken: 191)

12.25 % har falt i baselineperioden (49/400x100)

**Antall fall pr dag ut fra baseline  $60/49= 1,22$  fall pr dag.**

## Fall med og uten skade i to avdelinger.



## Måleperioden 01.04.-30.09.:

Totalt antall fall: 136

31 personer har falt 96 ganger.

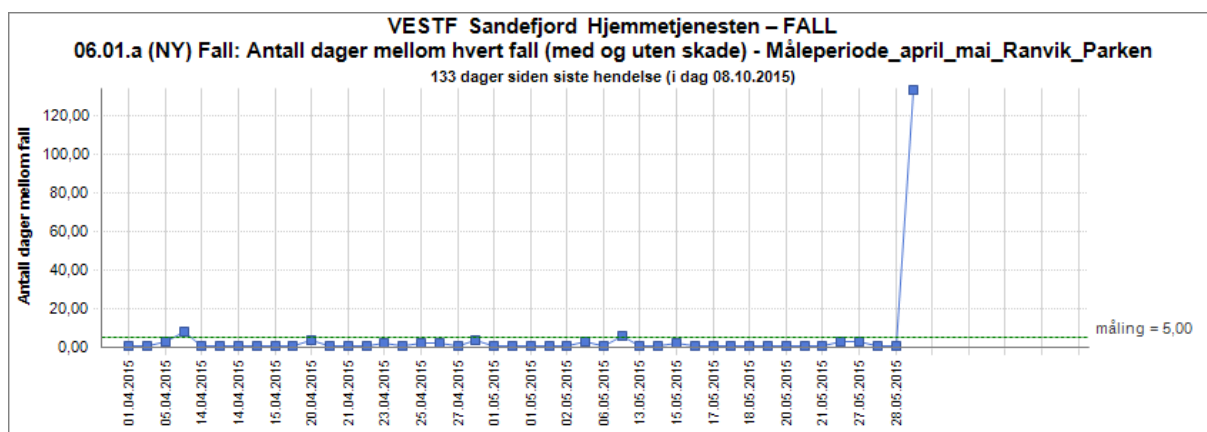
Totalt antall personer som har falt: 71 (136-96+31)

Antall som har fått hjemmetjenester, trygghetsalarm i perioden: 486 (Ranvik:255, Parken:231)

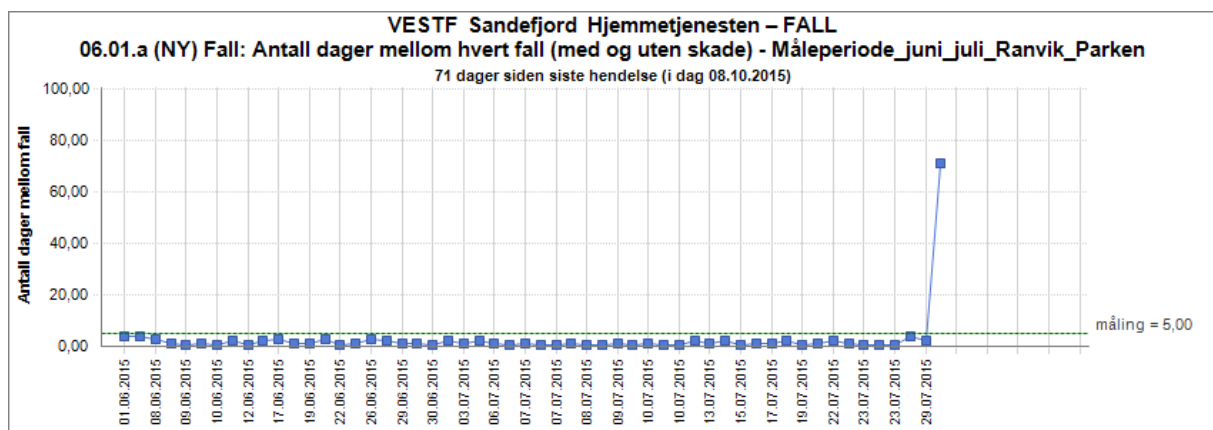
14.60 % har falt i baselineperioden (71/486x100)

Antall fall per dag:  $136/186=0,73$  fall per dag

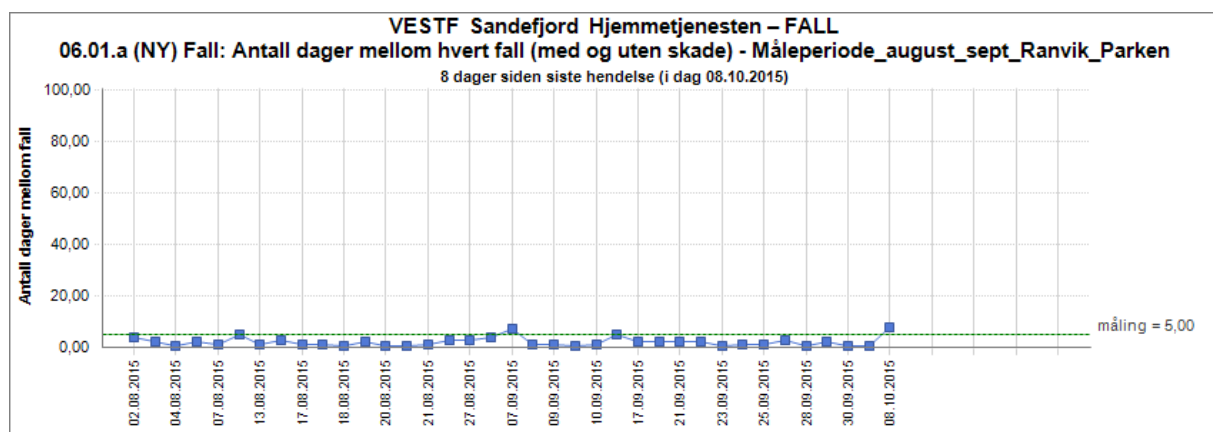
## Fall med og uten skade april -mai



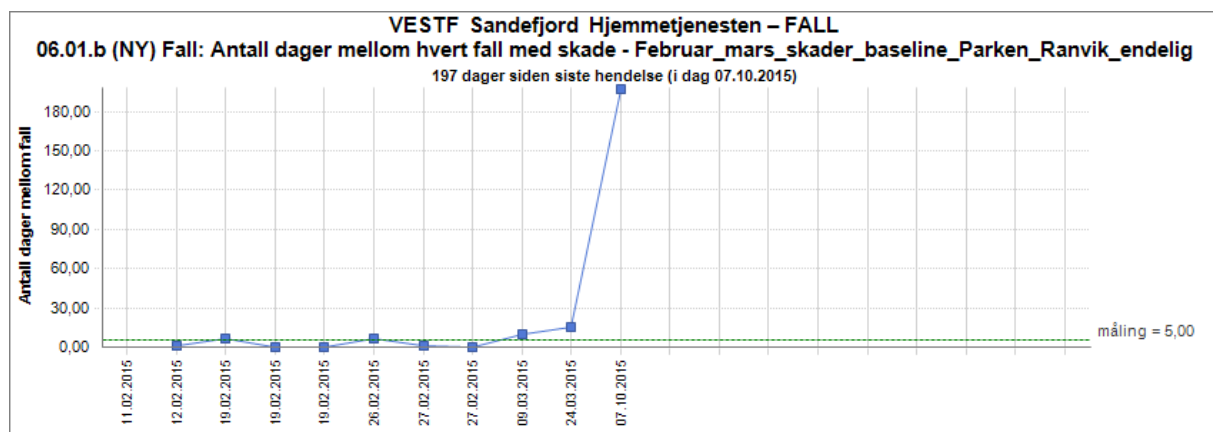
## Fall med og uten skade juni –juli

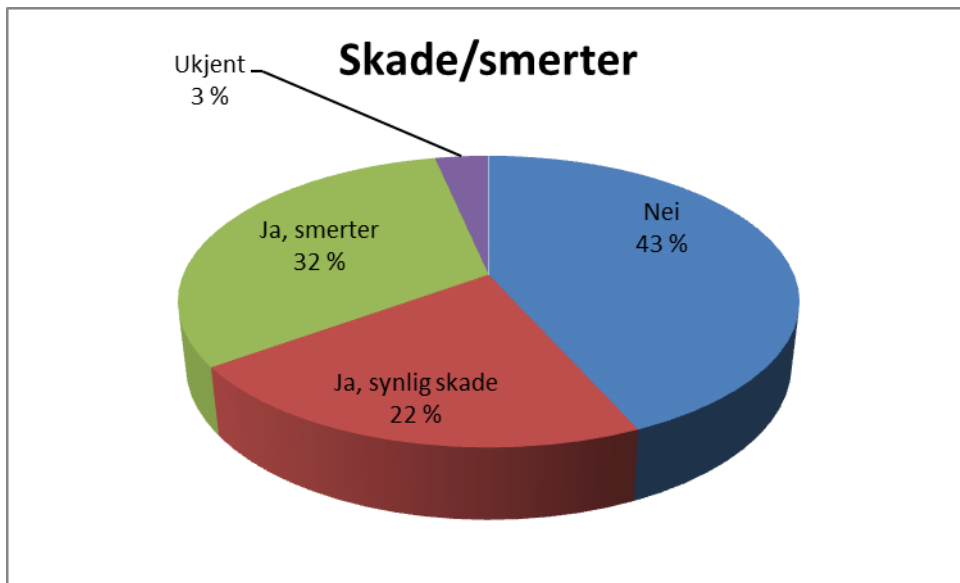


## Fall med og uten skade august-september

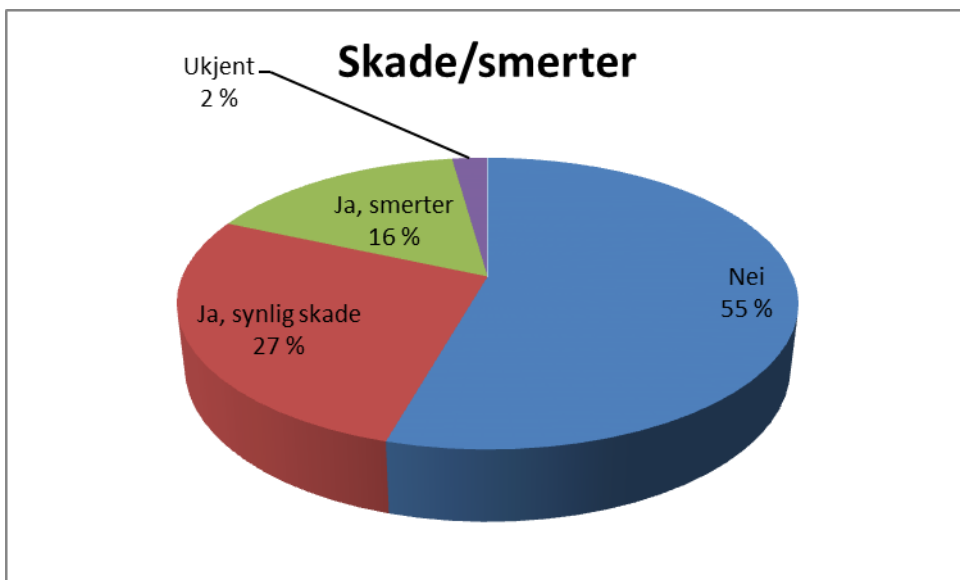
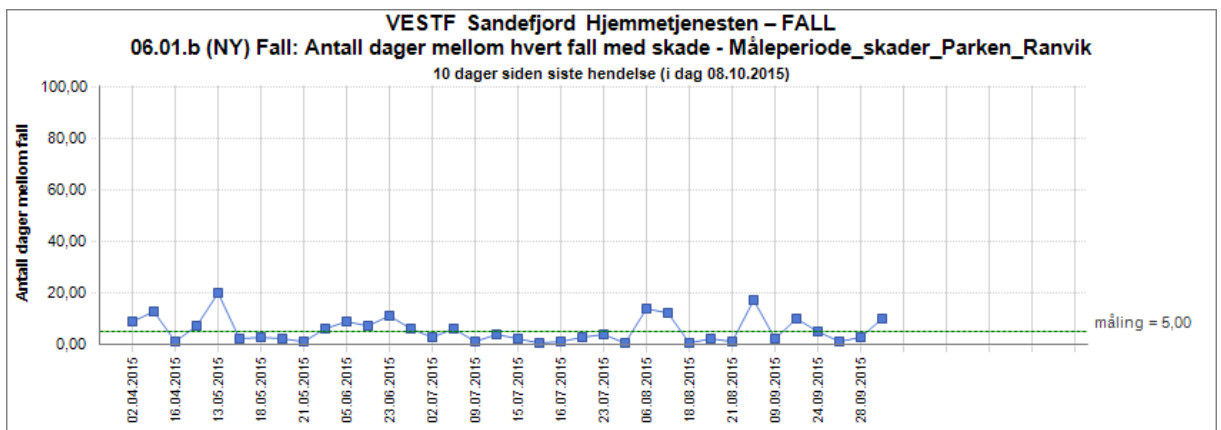


## Baseline fall med skade:





#### Antall dager mellom hvert fall med skade april - september



### **Oppsummering grafer:**

Den store utfordringen er få riktige tall. Vi er av den oppfatning at det hersker mørketall i registreringene våre, men de gir et inntrykk.

I løpet av måleperioden har vi hatt 43 færre fall dvs 14,6% hadde falt i baselineperioden mot 12,25% i måleperioden.

Antall fall pr dag var i baselineperioden 1,22 og i måleperioden 0,73.

Så vi kan si at vi er på vei mot målet vårt.

Når vi se på kakediagrammet viser det at fall med kun smerte er halvert i forhold til baseline. i Og at fall med synlig skade har økt noe. Hva årsaken til dette er vet vi ikke. Samtidig er det flere som sier de ikke har verken smerte eller skade etter fallet.

### **3. Resultat:**

Vi har ikke gjort endringer enda som er offisielt implementert. Dette vil komme i implementeringsfasen.

Vi ser av erfaringer fra dette lille prosjektet at fokus på tverrfaglig samarbeid har økt veldig og det å gå sammen tverrfaglig i denne typen komplekst forebyggingsarbeid er helt nødvendig for å lykkes.

Vi er blitt klar over utfordringer vi har på å finne tid til felles møtepunkt, samtidig at det faktisk er tidsbesparende når vi får det til. Vi koordinerte mye på en gang. Vi har stor tro på tilstedeværelsen av hjemmetjenesten som kjenner bruker og pårørende godt og som bruker denne kunnskapen i kartleggingsmøtet. I kombinasjonen med ergoterapeut og fysioterapeut tilstede for å utarbeide tiltak og finne muligheter, gir det oss et godt utgangspunkt og et godt handlingsrom.

Vi har viktige punkter vi må være oppmerksomme på ift tiltakspakken; utførelse av de ulike tiltakene og oppfølgingen og evalueringen over tid.

Vi mener at alt vi kan få lagt inn i daglige rutiner og oppfølgingsstrukturer i det elektroniske arbeidsverktøyet vil hjelpe oss å følge opp de målene vi setter oss videre i arbeidet. Vi har allerede begynt med registrering av fall med og uten skade og hvor og når de faller. En ytterligere utvikling av disse registreringsmåtene vil gjøre det vanskeligere å glippe på registreringene. De blir mer synlige og vil dermed få mer oppmerksomhet.

Vi ser tydelig at der vi kommer seint inn, når folk er ved skrøpelig helse og har mye hjelp, er det vanskelig å sette inn tiltak som trening og endringer i boligen og vaner. Kanskje bør vi i det videre arbeidet når implementeringen er mer på plass, konsentrere oss i større grad om de som har mer ressurser å spille på.

Kun en av de femten i prosjektet har virkelig gjort framgang etter kartlegging og implementering av tiltak som gåtrening med hjemmetjenesten, oppdatert ernæringsstatus med tilhørende tiltak og fysioterapi 2x i uka. Fra å sitte i rullestol av angst for å falle, har han nå bedre balanse og er i aktivitet. Han har ikke falt i måleperioden. Han var også den yngste – 71 år.

Å se på sammenhengen mellom ernæring, medikamenter og sykdom som sammen fører til fall og fall i funksjon, gir en økt forståelse av hvordan vi kan forebygge. At fall faktisk kan være et resultat av at det er noen av parametrene som må sees grundigere på. Og når det oppstår fall, må varselampen lyse.

Vi ser at ting tar tid, enda vi slett ikke har holdt på lenge og at det store tålmodighetsarbeidet nok ligger foran oss. Det at vi nå i hvert fall prøver å fange opp og registrere fall som egen fane i Cosdoc(EPJ) er en forbedring. Selv om vi vet det hersker store mørketall.

Det har vært lærerikt og spennende å ha et tverrfaglige prosjekt. Vi har lært mye av og om hverandre. Vi har lært å se saken fra ulike ståsted og se hva den andre legger vekt på i vurderingen. Det har vært nyttig også for å kunne ta med i senere samarbeidsarbeid. Vi har lært å regne med hverandre.

Vi aner at utfordringer i videre implementering og kunnskapsdeling blir å finne felles tid, nå mennesker, skape forståelse for den enkeltes viktige rolle i å hindre fall. Fall er nesten blitt en selvfølge når man blir gammel.

Å jobbe i læringsnettverk er spennende. Vi er med i en større sammenheng som gir større tyngde utenfor oss selv. Vi får innspill fra andre kommuner ift måter å løse ting på, ta hensyn til, adoptere. Vi lærer mer ved å sitte sammen i nettverksmøtene. Både av det faglige innslaget, men også av delingen av erfaringer.

#### **4. Veien videre:**

Meningen er å implementere erfaringer, kunnskap og tiltakspakke i den øvrige hjemmetjeneste. Til dette må avdelingslederne være med å legge til rette og koordinere og finne tid til undervisning og kunnskapsdeling. Vi har mye kunnskap allerede i organisasjonen gjennom implementering av Must, kartlegging av medisiner og oppfølging på ernæring. Alle dette er deler av fallkartleggingen. Utfordringen blir å melde fall og gjøre en grundig vurdering og kartlegging og samarbeide tverrfaglig.

Det blir viktig å opparbeide en kunnskap hos de som jobber i hjemmetjenesten om viktigheten av egenaktivitet og hverdagsaktivitet. At trening er nyttig selv i meget voksen alder. Motivasjonsarbeid og å fa tak i hva som er viktig for den enkelte kan ofte være utgangspunkt for å finne motivasjonen.



# Sluttrapport Porsgrunn kommune hjemmetjenesten Eidanger

## Sluttrapport forebygging av fall i sykehjem og hjemmetjenester i Porsgrunn kommune

|                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| <b>Deltakende enhet:</b> | Hjemme tjenesten Eidanger     |
| <b>Gruppeleder:</b>      |                               |
| <b>Måleansvarlig:</b>    | Ingunn Aschjem                |
| <b>Gruppemedlemmer:</b>  | Guri Andersen/ Ingunn Aschjem |
| <b>Veileder:</b>         | Heidi Johnsen                 |

### Beskrivelse av enheten:

Virksomheten omfatter området Eidanger, Nystrand, Hovet, Oklungen, Langangen og Bergsbygda. Vi er rundt 55 ansatte og gir tjenester til ca. 200 brukere. Vi har to avdelinger i virksomheten.

Vi har valgt å kartlegge hjemmeboende pasienter over 65 år, og/eller pasienter med sykdom som gir øket fare for fall.

Vi har i prosjekt perioden kartlagt 25 pasienter. 10 pasienter med kun trygghetsalarm, og 15 pasienter som både har trygghetsalarm og hjemmesykepleie. Av de 15 pasienten hadde 7 falt tidligere.

### 1. Bakgrunn og hensikt:

Målene vi satt var å ha økt fokus på fall, felles forståelse for hva et fall er, registrere alle fall. Det er et mål om at alle sykepleierne i hjemmetjenesten, skal utføre kartlegging etter skjema for klinisk kartlegging inne november 2015.

### 2. Metode og tiltak:

Vi startet prosjektet med å sette oss mål for perioden, innenfor de rammer som allerede var satt. Vi hadde en tidsbegrenset periode prosjektet har strekt seg over. Vi har blitt fristilt fra turnus, for prosjekt jobbing. Vi har jobbet 7 hele dager. Vi har brukt mye tid hjemme hos pasienten. Vi har fått en grundig klinisk kartlegging. Jo grundigere vi har gjort kartleggingen, jo lettere er det med endring.

#### ○ Risikovurdering

Vi har risikovurdert alle de 25 pasienten som er kartlagt. Har brukt kartleggingsskjema

#### ○ Legemiddelgjennomgang

Vi har innhentet all opplysning om pasientens legemidler. Opplysningene er innhentet fra pasienten selv, og fra medisinalister som ligger i vårt dokumentasjonssystem. Der hvor vi under kartleggingen registrerte at pasienten har 4 eller flere legemidler, eller har legemidler som vi vet øker risiko for fall sendte vi et notat til fastlegen, hvor vi ba om en legemiddelgjennomgang. I forbindelse med et

annet prosjekt som er gjennomført i vår virksomhet er det gjort legemiddelgjennomgang av de fleste pasienter der hvor hjemmetjenesten adm. med. Av de brevene vi har sendt til leger, har vi fått positive tilbakemeldinger på kartleggingen vi har utført.

- **Ernæringskartlegging**

Vi har veid, målt høyde og regnet ut BMI på alle vi har kartlagt. Ut i fra resultatene har vi satt i gang tiltak/ informert den enkelte hvor behovet/ønsket har vært til stede. Alle som har hjemmesykepleie veies minst hver 3 mnd. Det er opptil hver enkelt pasient om han vil veies eller ikke. Vi følger de Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

- **Legge til rette for styrke og balansetrening**

Vi har informert alle pasientene vi har kartlagt om ulike treningstilbud i kommunen. Flertallet har vært klar over at det finnes et tilbud. Noen har gjennomført treningen, mens andre går kontinuerlig til trening hos fysioterapeut. Under hjemmebesøkene har vi levert ut et enkelt treningsprogram. Vi har veiledet og vist hvordan de ulike øvelsene skal utføres. Vi erfarer at pasienter ønsker å delta på organiserte balanse gruppe trening. Tilgjengeligheten hindrer noen pasienter med å delta. Vi jobber med å opprette balansegrupper i nærheten av der hvor pasienten bor.

- **Tryggingstiltak i boligen**

Vi har gjort en boligvurdering under kartleggingen. Skjema vi har brukt er utarbeidet av ergoterapeut Anne Vinorum i Porsgrunn kommune

- **Vurdere behov for hyppighet av tilsyn**

Av de pasientene vi har kartlagt har vi ikke sett behovet for å øke hyppigheten av tilsyn. Hjemmetjeneste revurderer kontinuerlig vedtakene om bistand

- **Pasient og pårørendeinformasjon**

Vi har informert pasienten, og i noen tilfelle pårørende om fall, og viktigheten av å forebygge.

- **Vurdere behov for hjelpemidler**

Ved kartleggingsbesøkene oppdaget vi at med de rette hjelpemidlene ville det redusere fall. Vi har med oss skjema for søknad om hjelpemidler på førstegangsbesøket. Dette for å redusere saksgangen. Der hvor det viste seg at det var behov for tverrfaglig kompetanse oppsøkt vi fysioterapeut og ergoterapeut i kommunen.

- **Tverrfaglig samarbeid**

Vi har jobbet tverrfaglig med lege, fysioterapeut og ergoterapeut. Vi har hatt med fysioterapeut, Marianne Hauge, på noen av kartleggingsbesøkene. Dette har vi hatt god erfaring med. Vi som er sykepleier har innhentet mye ny kunnskap ved å jobbe tverrfaglig. Vi har ulike måter å tilnærme oss pasientene på. Vi har under hele prosjekt perioden hatt fysioterapeut og ergoterapeut tilgjengelig på mail, telefon og hjemmebesøk

- **Individuelt tilpassede tiltak**

Vi har iverksatt individuelle behov, fortløpende, der dette har vært et behov.

Vi opplevde at pasientene som har hatt hjemmesykepleie over en lengre periode er vanskeligere å endre, enn pasienter som er «nye». De som allerede har hjelp syntes hjemmesituasjonen fungerer bra. Ønsker sjelden endring, spesielt i forhold til boligen.

Vi har kartlagt alle på lik skala ved hjelp av kartleggings skjema. Hvert punkt i tiltakspakken for hjemmetjeneste er gjennomgått hos alle som er kartlagt. Tiltak er igangsatt der det har vært behov og ønskelig

### **3. Resultat:**

Vi har fått mye erfaring fra prosjektet startet og frem til i dag. I starten fulgte vi kartleggings skjema fra a til å. Noe som var tidkrevende. Vi erfarte da at viktige opplysninger ikke så lett kom frem. Vi utfører nå kartleggingen som en samtale. Dette skaper tillitt og viktige opplysninger kommer frem under denne samtalen. Ideelt sett bør det gå 2 stk. på hjemmebesøket. Der den ene noterer mens den andre fører samtalen. Kartleggings skjema har blitt revurdert og endret. Dette på bakgrunn av erfaringene vi har gjort oss underveis i prosjektet. Vi erfarer at det har blitt enklere å bruke.

Vi registrer at det fortsatt er mye fall i vår virksomhet. Vi er alle mer bevist i forhold til fall, og derfor tror vi at fall med skader har gått nede. Noe vi ser av fallregisteringen.

Det har vært givende å kunne få bruke tid hos pasienten. Blitt bedre kjent med både nye og «gamle» pasienter. Vi opplever at pasientene har tatt godt i mot oss. Ved å sette av god tid, se og høre hva pasienten forteller, tror vi at vi kan utsette oppstart av hjemmesykepleie. Dette gjelder hos pasienter som ikke tidligere har mottatt bistand. Vi har vært bevist vår sykepleiefaglige kompetanse.

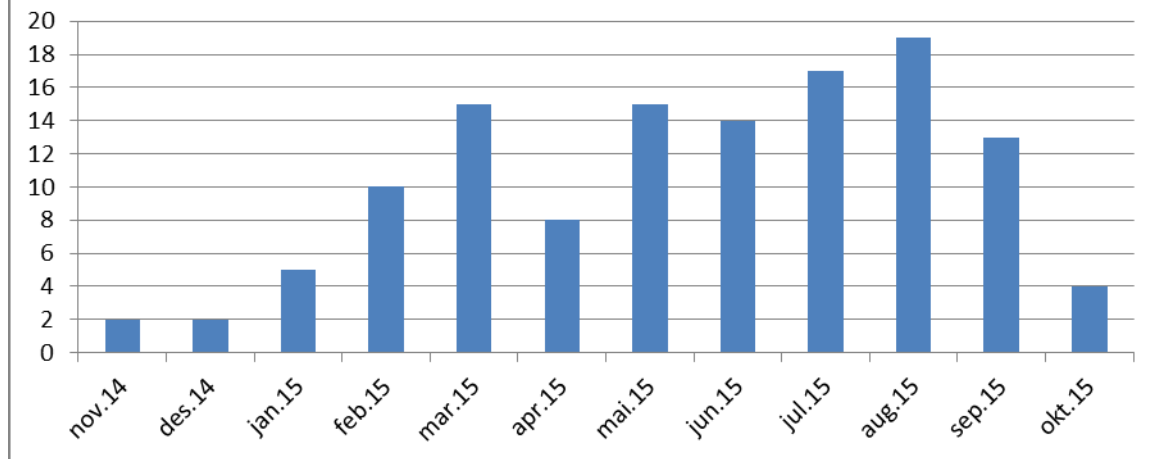
Syntes det har vært nyttig og interessant å utveksle erfaringer og kunnskap via et læringsnettverk.

### **4. Veien videre:**

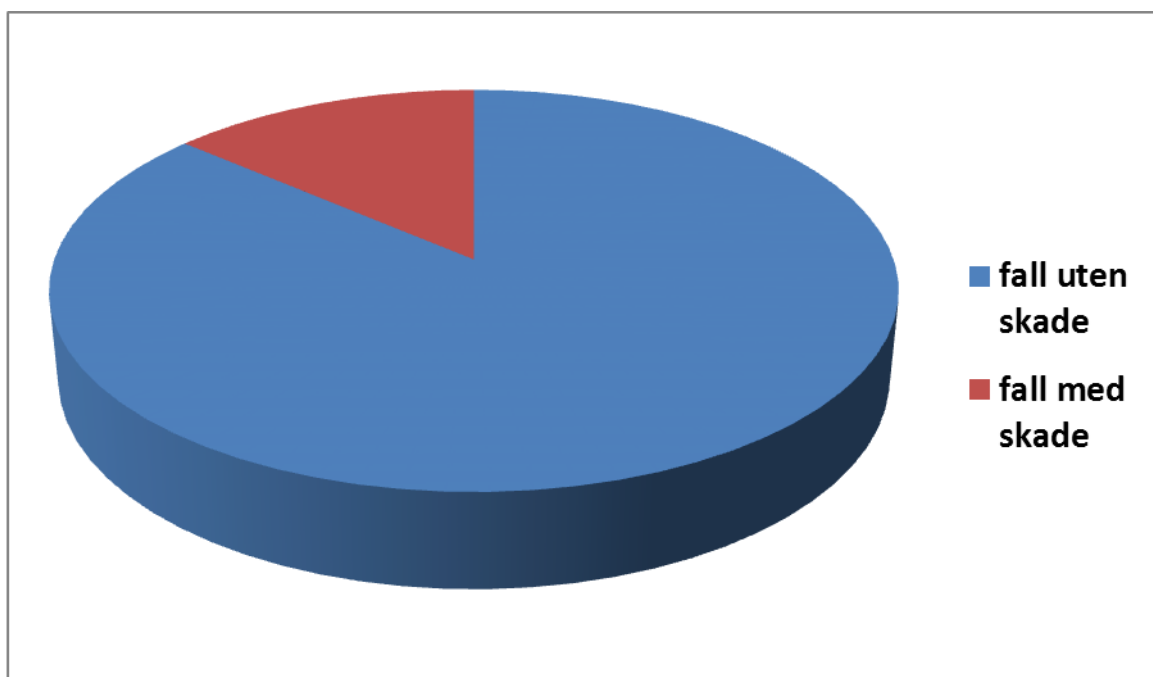
Vi kommer til å ha et stort fokus på fall og fallforebygging. Vi skal fortsette å registrere fall. Dette er noe alle ansatte i virksomheten gjør. Alle sykepleierne i virksomheten skal bli trygge i bruken av kartleggings skjema. Dette er viktig for at pasientene skal få en grundig sykepleiefaglig kartlegging. Kartlegging må bli en del av våre sykepleieoppgaver. Vi har et mål om å bli enda bedre på fallforebygging.

Vedlegg: Kartleggings skjema

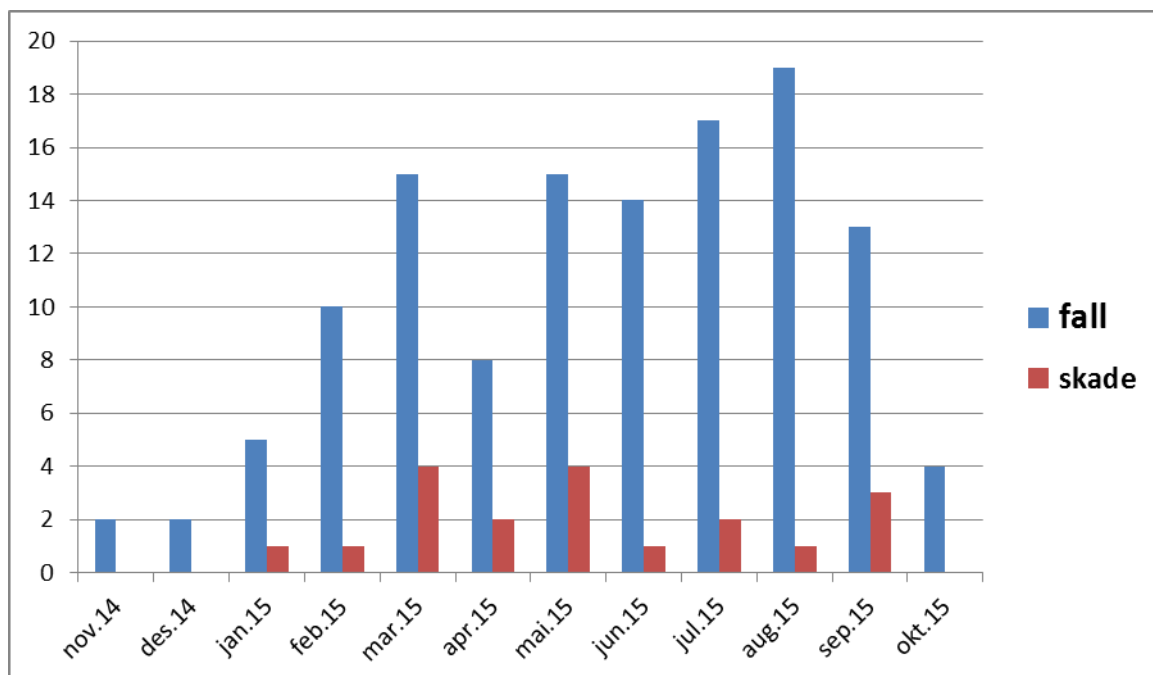
**Antall fall i hjemmetj. Eidanger i perioden  
nov.2014 til okt.2015  
124 fall**



**Antall fall med og uten  
skade**



## Antall fall pr. mnd og fall med skade







## Klinisk kartlegging

En risikovurdering for å avdekke sårbare områder

For å vurdere hvor det er hensiktsmessig å gå inn med forebyggende eller behandlende tiltak.

### Bakgrunn for kartleggingen:

Pasientens navn:

Fødselsdato:

Førstegangssamtale:

Oppfølgingsamtale:

Dato fylt ut:

Fylt ut av:

Hvordan vurderer pasienten sin  
situasjon/hva er viktig for pasienten:

| Diagnoser  | Notat   |
|--|---|
| Tre diagnoser eller mer  |   |
| Legemidler   | Notat   |
| Glemmer å ta medisiner   | Adm. selv: Noter legemidler i bruk inklusive naturpreparater eller annet som brukes uten ordinasjon fra lege.<br>Vedtak om hjelp til LM: Noter opplysninger som ikke samstemmer med hjemmetjenestens opplysninger |
| Vil ikke ha/motsetter seg legemidler                           |   |
| Har svelgevansker  |   |
| Tabletter må knuses  |   |
| Pasienten administrerer legemidler selv                        |   |
| Har samtykkekompetanse i forhold til legemiddelbeh.            |   |
| Bruker 4 faste legemidler eller mer                            |   |
| Legemidler i bruk samstemmer med hjemmetjenestens opplysninger |   |
| Cave/allergier/annet:  |   |

| <b>Sirkulasjon og respirasjon</b>  |                                     |     | <b>Notat</b>   |
|--|-------------------------------------|-----|--|
| Ingen synlige ødemer   | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Moderate ødemer  | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Store ødemer   | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Uregelmessig puls  | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Dehydrert  | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Dyspnè ved aktivitet   | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Dyspnè ved hvile   | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Ingen dyspnè   | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Blodtrykk sittende:  |                                     |     |  |
| Blodtrykk stående:   |                                     |     |  |
| Puls per minutt:   |                                     |     |  |
| Respirasjon per minutt   |                                     |     |  |
| <b>Hud og slimhinner</b>   |                                     |     |  |
| Kløe   | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Utslett  | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Sår  | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Tørrhet  | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| <b>Ernæring, tenner og munn</b>  |                                     |     | <b>Notat</b>   |
| Vekt:  | Høyde:                              | BMI | <p>*En standard alkoholenhet (AE) tilsvarer en av følgende: 1 liten flaske pils, 1 vinglass m svakvin (1,5dl) 1 shotglass 40% sprit (0,4dl). Grenseverdi for voksne pr uke er under 9 AE for kvinner og under 13 AE for menn</p> |
| Nedsatt matlyst  | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Kvalme, oppkast  | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Gripe/bevegelsesproblemer  | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Må ha hjelp til å spise  | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| BMI lavere enn 23 eller et betydelig ufrivillig vekttap de siste 6 måneder | <input checked="" type="checkbox"/> |     |  |
| <b>Ernæringsrelaterte data:</b>  |                                     |     |  |
| Munnsårhet, munntørrhet  | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Tygge/svelgeproblemer  | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Tannproblemer  | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Daglig forbruk av tobakk   | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Hvor mye:  |                                     |     |  |
| Alkohol periodisk  | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Spesifiser:  |                                     |     |  |
| Ukentlig   | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| *Antall enheter:   |                                     |     |  |
| <b>Eliminasjon</b>   |                                     |     | <b>Notat</b>   |
| Normal urin  | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Inkontinent  | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Kateter  | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Mistanke om UVI  | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Normal /uendret avføring   | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Obstipert  | <input type="checkbox"/>            |     |  |
| Diaré  | <input type="checkbox"/>            |     |  |



| <b>Bevegelse</b>   |                                     | <b>Notat</b>  |
|--|-------------------------------------|---|
| Redd for å falle   | <input checked="" type="checkbox"/> | Ved fall: Beskriv hvor ofte, i hvilke situasjoner, hvilke skader har oppstått?<br>Ved svimmelhet: Er det som sjøsyke eller som om rommet roterer? |
| Har falt siste halvår                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| Kan gå men har balanse/gangproblemer                     | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| Svimmel  | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| Probl. med å reise seg fra stol uten å bruke armene      | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| Bruker uegnet skotøy                                     | <input type="checkbox"/>            |   |
| Skjelvinger  | <input type="checkbox"/>            |   |
| Stivhet  | <input type="checkbox"/>            |   |
| Redusert bevegelse i ledd                                | <input type="checkbox"/>            |   |
| <b>Smerter</b>   |                                     | <b>Notat</b>  |
| Uavklart smertetilstand                                  | <input type="checkbox"/>            |   |
| Har ubehandlede smerter                                  | <input type="checkbox"/>            |   |
| Får smertebehandling                                     | <input type="checkbox"/>            |   |
| <b>Syn og hørsel</b>                                     |                                     | <b>Notat</b>  |
| Har nedsatt syn  | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| Har nedsatt hørsel                                       | <input type="checkbox"/>            |   |
| <b>Psykisk og kognitiv funksjon</b>                      |                                     | <b>Notat</b>  |
| Nedstemt   | <input type="checkbox"/>            |   |
| Engstelig  | <input type="checkbox"/>            |   |
| Urolig/forvirret/agitert                                 | <input type="checkbox"/>            |   |
| Hallusinasjoner  | <input type="checkbox"/>            |   |
| Trygg  | <input type="checkbox"/>            |   |
| Nyoppstått kognitiv svikt/forvirring                     | <input type="checkbox"/>            |   |
| Kjent nedsatt kognitiv funksjon                          | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| Pasienten opplever å ha god hukommelse                   | <input type="checkbox"/>            |   |
| Har samtykkekompetanse i forhold til tjenestene som ytes | <input type="checkbox"/>            |   |
| <b>Søvn og hvile</b>                                     |                                     | <b>Notat</b>  |
| Trøtthet på dagtid                                       | <input type="checkbox"/>            |   |
| Søvnforstyrrelser  | <input type="checkbox"/>            |   |
| Innsøvningsvansker                                       | <input type="checkbox"/>            |   |
| Forstyrret døgnrytme                                     | <input type="checkbox"/>            |   |
| Timer søvn per døgn:.....                                | <input type="checkbox"/>            |   |
| <b>Bolig, hjelpemidler</b>                               |                                     | <b>Notat</b>  |
| Behov for tilpasning av bolig/omgivelser                 | <input type="checkbox"/>            |   |
| Behov for annen bolig                                    | <input type="checkbox"/>            |   |
| Behov for kognitive hjelpemidler                         | <input type="checkbox"/>            |   |
| Behov for hjelpemidler i ADL                             | <input type="checkbox"/>            |   |

| <b>Vurdering av risiko</b>  | <b>Vurdering av oppfølgingstiltak</b>  |
|---|--|
| <b>Fall</b>   | <b>Aktuelle tiltak for å forebygge fall</b>  |
| Forhøyet risiko for fall når:<br>*Pasienten har falt før<br>*Pasienten er redd for å falle<br>*To eller flere avkryssninger i røde felt<br><br><b>Konklusjon:</b><br>Pasienten har en forhøyet fallrisiko <input type="checkbox"/>  | Legemiddelgjennomgang<br>Ernæringstiltak<br>Balansegruppe/trening<br>Tryggingstiltak i boligen<br>Tilpasning av hjelpemidler<br>Tverrfaglig utredning<br>Informasjon til pasient og pårørende<br>Annet:  |
| <b>Legemidler</b>   | <b>Aktuelle tiltak for å forebygge legemiddelrelaterte problemer</b>   |
| Risiko for legemiddelrelaterte problemer når:<br>*Pasienten er over 65 år og bruker 4 legemidler eller mer<br>*Kombinasjon av legemidler og alkohol (også ved færre enn 4 legemidler)<br><b>Konklusjon:</b><br>Risiko for legemiddelrelaterte problemer <input type="checkbox"/>  | Legemiddelgjennomgang<br>Informasjon til pasient/pårørende om legemidler og alkohol<br><br>Annet:  |
| <b>Ernæring</b>   | <b>Aktuelle tiltak for å forebygge underernæring</b>   |
| Ernæringsmessig risiko ved:<br>*BMI under 23 hos pasienter over 65 år<br>*Betydelig ufrivillig vekttap de siste 3- 6 måneder<br>*Akutt sykdom, med sannsynlig lite eller ikke næringsinntak i 5 dager eller mer<br>*Problemer med matinntak på grunn av munn/tenner<br><b>Konklusjon:</b><br>Pasienten er i ernæringsmessig risiko <input type="checkbox"/> | Vektkontroll<br>Ytterligere kartlegging<br>Tiltak for å øke matinntaket (beskrives i tiltaksplan)<br>Informasjon og kostholdsråd til pasient/pårørende<br>Utelukke bakenforliggende sykdom<br><br>Annet: |
| <b>Psykisk og kognitiv funksjon, hukommelse</b>   | <b>Aktuelle tiltak ved nedsatt kognitiv eller psykisk funksjon</b>   |
| Forvirring eller nedsatt hukommelse kan ha ulike årsaker<br>Bakenforliggende sykdom eller andre forhold bør alltid vurderes/utelukkes. Hva sier pasient og pårørende om utviklingen?<br>Er pasienten i sorg, krise, kronisk trist?<br><br><b>Konklusjon:</b><br>Pasientens psykiske og kognitive funksjon bør følges opp <input type="checkbox"/>           | Urinprøve, CRP, temp eller andre prøver<br>Overføres demensarbeidslag<br>Demenssykepleie<br>Støttesamtaler psyk sykepleier<br>Annet:   |
| <b>Konklusjon/videre oppfølging</b>   |  |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>  |  |



## KLINISK KARTLEGGING I HJEMMETJENESTEN

Til hjelp i sykepleiefaglige vurderinger

Hva er målet med dette skjema:

Formålet med skjema er å gjøre en klinisk kartlegging av pasientene for å avdekke sårbare områder - hvor det er hensiktsmessig å gå inn med forebyggende eller behandlende tiltak. Det er et forsøk på å samle det meste på ett skjema og få et minste sett av opplysninger.

Målet er at kartleggingen skal gi nok opplysninger til å vurdere om det er risiko for underernæring, risiko for legemiddelrelaterte problemer, eller risiko for fall m.m

Ved behov går man videre med tilleggskartlegging på enkelte områder. Det må vurderes om det er andre faggrupper som skal gjøre ytterligere kartlegginger, ut fra deres spesielle kompetanse.

Vi ønsker et skjema som gir NOK informasjon, men som samtidig ikke blir så altfor stort! Tanken er at det kan benyttes på brukere over 65 år og/eller de som har en lidelse som kan gi økt risiko for fall.

Det kan benyttes hos nye brukere for å komme tidlig i gang med forebyggende tiltak.

Til selve skjema:

Det er delt opp i funksjonsområder, hvor det er mulig både å krysse av for aktuell situasjon på venstre side og skrive tilleggsnotater på høyre side.

I skjema krysses det ikke av for ja eller nei – har man satt kryss betyr det ja, er det ikke noe kryss betyr det nei.

Notatene på høyre side skal være oppklarende informasjon eller tilleggsinformasjon. Er det eksempelvis krysset av for at pasienten har nedsatt syn eller hørsel, bør det sies noe om pasienten bruker syns eller hørselshjelpemidler, om det fungerer, eller om det er behov for flere undersøkelser eller hjelpemidler.

Krysses det for eksempel av for «må ha hjelp til å spise» bør det beskrives i notatfeltet hvorfor og hvordan hjelpen må gis.

Under diagnoser og legemidler er det lurt å notere hvor opplysningene kommer fra. Er det fra pasienten selv eller støtter man seg til epikriser, legenotater eller lignende. Noter på høyre side hvilke legemidler pasienter oppgir å bruke hver dag (legemidler i bruk) slik at dette kan samstemmes med legens og/ eller hjemmesykepleiens oversikt.

Heidi Johnsen  
Prosjektleder Utviklingscenter for hjemmetjenester  
Telemark

# Sluttrapport Porsgrunn kommune hjemmetjenesten Brevik

## Sluttrapport forebygging av fall i sykehjem og hjemmetjenester

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Deltakende enhet:</b> | Hjemmetjenesten Brevik                         |
| <b>Gruppeleder:</b>      | Leni Simensen                                  |
| <b>Måleansvarlig:</b>    | Janita Bakken, Heidi Forsberg og Leni Simensen |
| <b>Gruppemedlemmer:</b>  | Janita Bakken, Heidi Forsberg og Leni Simensen |
| <b>Veileder:</b>         | Heidi Johnsen                                  |

### Beskrivelse av enheten:

Hjemmetjenesten Brevik er en av 6 hjemmetjenester i Porsgrunn kommune. Virksomheten består av 26 ansatte og gir tjenester til ca.130 hjemmeboende brukere og pasienter. Vårt mål er å gi gode tjenester med høy faglig kompetanse slik at brukere og pasienter kan bo i eget hjem så lenge som mulig. Hjemmetjenesten Brevik er med i utviklingssenter for Telemark, administrert under hjemmetjenesten Eidanger.

### 1. Bakgrunn og hensikt:

Målet er å forebygge fall. Fallskader hos eldre kan føre til store konsekvenser for den enkelte i tillegg til at det er en stor økonomisk belastning for samfunnet. Undersøkelser viser at 1 av 3 over 65år faller minst 1 gang i løpet av 1 år. Utviklingssenter for hjemmetjenester i Telemark har valgt fallforebygging som innsatsområde i 2014/2015.

### 2. Metode:

Det har vært 3 felles samlinger i prosjektperioden, utenom dette har vi hatt kvartalsmøter sammen med resten av gruppen. Det har vært satt av et par hele dager pr.ansatt til forberedelser til kartleggingssamtaler og utførelsen av disse. Dette arbeidet har også blitt utført i det daglige arbeidet. Det har/er stort fokus på fall og fallforebygging i gruppen, dette har da naturlig ført til at det har blitt økt fokus på kartelling i forhold til det totale sykdomsbildet hos brukere med falltendens.

### 3. Tiltak:

- Bevisstgjøre alle ansatte om forebygging av fall, opplæring i registrering av fall.
- Registrere fall hos alle brukere/pasienter gjennom hele døgnet.
- **3 kartleggingsgrupper**
  - Kartleggingsgruppe 1
    - 10 tilfeldige brukere tilknyttet tilrettelagte omsorgsleiligheter uten spesiell fallhistorikk.
  - Kartleggingsgruppe 2
    - 10 brukere tilknyttet hjemmetjenesten som har falt minst 1 gang de siste 2 månedene.
  - Kartleggingsgruppe 3
    - 5 brukere som ikke er tilknyttet hjemmetjenesten og kun har trygghetsalarm.
- Kartleggingsgruppe 1

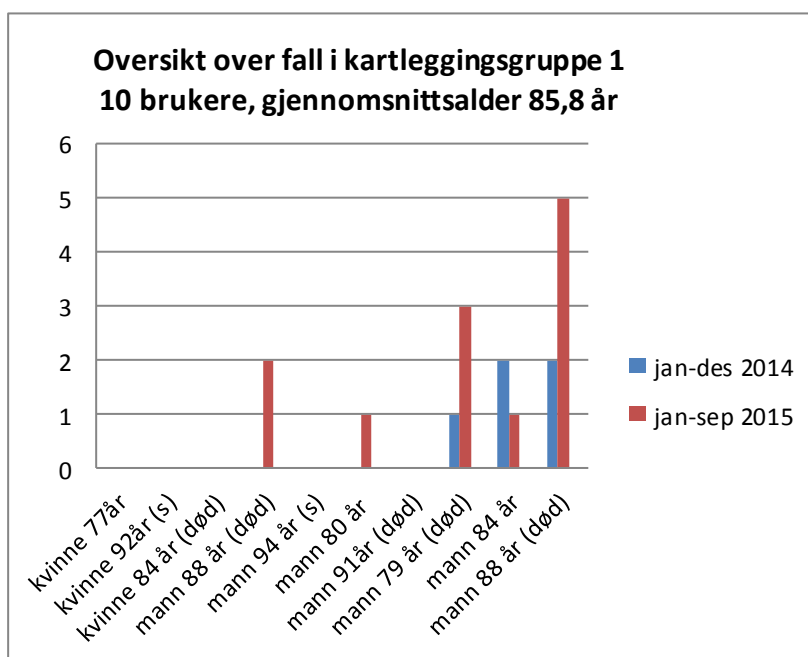
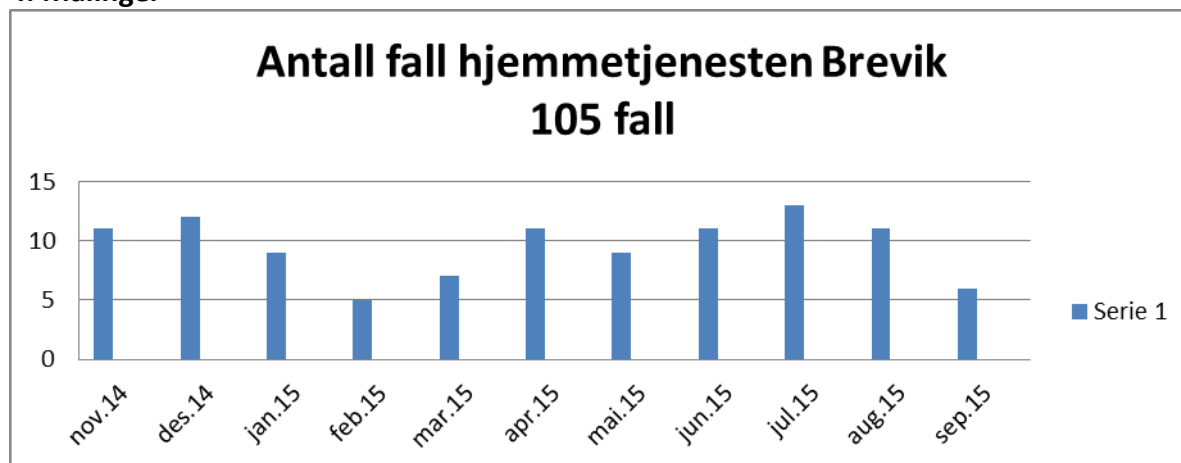
Alle brukerne ble kartlagt i november 2014. kartleggingen besto av tiltakspakken for forebygging av fall i hjemmetjenesten:

- ✓ Skjemaet 'vurdering av fallrisiko', hvor 9 av 10 brukere ble vurdert til å ha forhøyet fallrisiko.
  - ✓ Standardtiltak som er ernæringstiltak, tryggingstiltak, gjennomgang av hjelpemidler, skriv til lege om legemiddelgjennomgang, informasjon til pasient og pårørende om fallforebyggende tiltak samt veiledning i øvelser og informasjon balansegrupper. Ingen var interessert i å delta i balansegruppe da det var reisevei, de var positive til å delta i balansegruppe hvis dette var tilknyttet omsorgsleilighetene der de bor. Det ble derfor tatt kontakt med aktivtør ved sykehjemmet med tilbud om at hjemmetjenesten kunne bidra med lærlinger for et aktivitetsprogram. Dette lot seg dessverre ikke ordne.
- Kartlegging gruppe 2  
Ved registrering av fall ble det også notert dato, tid på døgnet, hvor de falt, hvordan de falt og evt. hvilken skade som oppsto. Ved utvalgelse av neste gruppe februar 2015 tok vi utgangspunkt i de som hadde falt de siste 2 månedene. Kartleggingen av denne gruppen startet februar 2015 og har vart i resten av forbedringsarbeidsperioden.
    - ✓ I stedet for skjemaet 'vurdering av fallrisiko' ble det her benyttet skjema 'klinisk kartlegging' og standardtiltak ved forhøyet fallrisiko (som i kartleggingsgruppe 1).
    - ✓ Flere i denne gruppen har også fått veiledning i hjemmeøvelser og fått utdelt avkrysnings skjema for hjemmeøvelser. Disse har blitt fulgt opp videre.
    - ✓ Alle har fått informasjon om balansetrening og trimgrupper, flere av disse brukerne har/er med i balansegrupper.
    - ✓ Fysioterapeut har vært med på et kartleggingsbesøk i denne gruppen.
  - Kartleggingsgruppe 3  
Det var ønskelig å kartlegge brukere som har fått innvilget trygghetsalarm grunnet fallfare. Hensikten med dette var å se om dette kan forebygge igangsetting av hjemmetjenester. Denne gruppen ble kartlagt i februar og mars 2015.
    - ✓ Samme kartleggingsverktøy som gruppe 2 ble benyttet
    - ✓ Alle i denne gruppen har fått veiledning i hjemmeøvelser og har fått utdelt avkrysnings skjema for hjemmeøvelser. Det ble avtalt at alle ble kontaktet etter 2 måneder for å høre hvordan det hadde gått. Etter 2 måneder brukte 3 av 5 brukere skjemaet.
    - ✓ Fysioterapeut var med på 1 kartleggingsbesøk i denne gruppen.

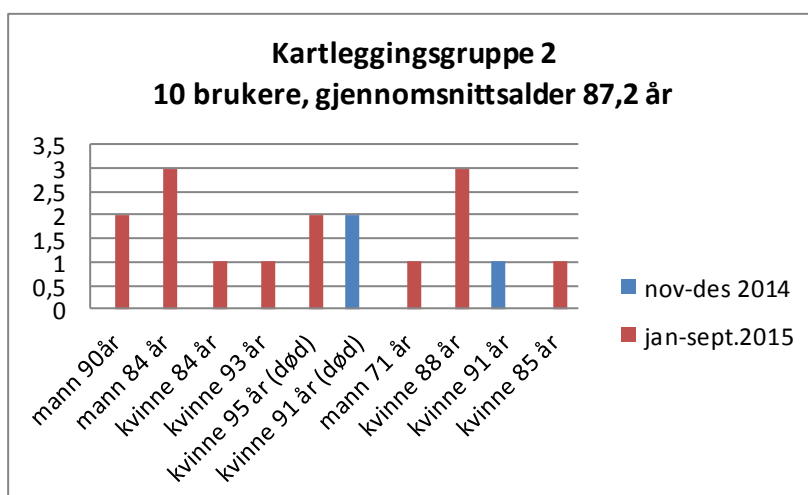
I kartleggingsgruppe 1 og 2 ble det satt i gang individuelle tiltak for de som det ble avdekket behov for det, som blant annet økt tjeneste i form av motivering og aktivisering i p-adl. En bruker fikk også tilpasset sin bolig, en annen fikk flere hjelpemidler, flere har fått tilpasset skotøy. En bruker falt 2 ganger i en rye og utfordringen her var å få henne til å forstå at denne måtte fjernes. Vi har også hatt en utfordring i 1 ektefelle som ikke ønsker tilrettelegging i hjemmet (fjerning av ryer, håndklær på gulv etc.). Fysioterapeut var med på hjemmebesøk hos dette ekteparet for å motivere for tilrettelegging i hjemmet. I kartleggingsgruppe 3 ble det avdekket behov for hjemmetjeneste hos 1 av 5 brukere. I etterkant av kartleggingsbesøk hos en av de andre kontaktet pårørende hjemmetjenesten

med bekymring rundt mor. 2 av 5 trygghetsalarmbrukere ble derfor mottakere av hjemmetjenesten innen kort tid. En bruker falt, brudd ankel, mottaker av hjemmetjenester.

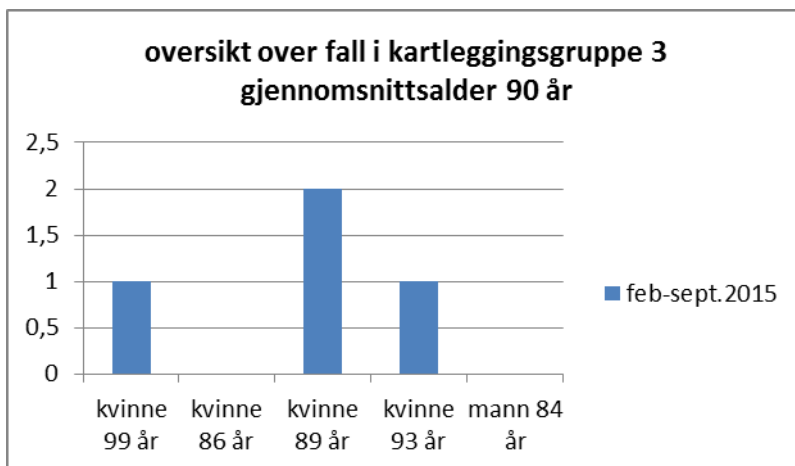
#### 4. Målinger



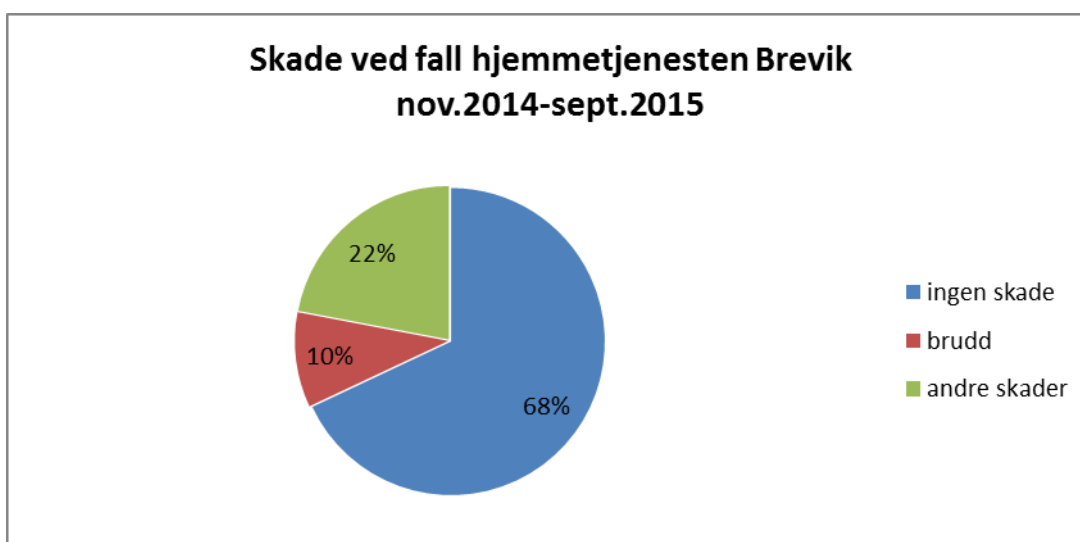
I denne gruppen er det foretatt målinger fra januar 2014. Pr.sept.2015 er nå 5 av 10 brukere døde, 2 er på sykehjem. Fall i denne gruppen kan sees i sammenheng med det totale sykdomsbildet.



I denne gruppen ble kun brukere som hadde falt kartlagt. Etter kartlegging har 3 av 10 falt etter kartlegging med igangsetting av individuelle tiltak. Ingen av fallene medførte skade.



**I denne gruppen var det et fall med brudd.**



### 3. Resultat:

Hjemmetjenesten Brevik har fått økt fokus på fall og fallforebygging. Før registrering av fall var den allmenne mening at det var lite fall hos brukere tilknyttet vår virksomhet. Fallregistrering viste derimot at det var mellom 5 og 13 fall pr.mnd. Ofte så vi fall i tilknytning til en større del av det totale sykdomsbildet. Kartlegging rundt fall har derfor fått stor betydning for oss. Vi har lært at ofte må fall sees i sammen med et større symptom-bilde og vi ser at kunnskaper om geriatri og helhetlig tenkning i utførelsen av det daglige arbeidet er viktig.

#### **4. Veien videre:**

Vi vil fortsette å registrere alle fall, vi ser at disse dataene gir oss verdifull informasjon som vi kan bruke i vårt arbeid for å forebygge fall. Bruk av 'klinisk kartleggingsskjema' videreføres. Vi ser også nytten av økt tverrfaglig samarbeid og vil ha større fokus på dette videre. Vår lærdom om fallforebygging ser at hjemmetjenesten har kontinuerlig behov for økt kunnskap innen geriatrisk sykepleie og hverdagsrehabilitering.



## Tiltak for forebygging av fall i hjemmetjenesten



Utarbeidet i læringsnettverk for Buskerud, Vestfold og Telemark 2015



**Utviklingscenter for  
sykehjem og hjemmetjenester**

## 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»*

Eksempler på skader er kutt som krever stripsing/suturering, et perifert venekateter som blir dratt ut og må legges inn på nytt, skrubbsår og hudavskrapninger som krever behandling, forstuing, brudd/mistanke om brudd og hodeskade.

## Fire tiltak for å forebygge fall i hjemmetjenesten

De fire tiltakene bygger på hverandre trinnvis. Tiltak nr. 2 « Standardtiltak for alle pasienter med forhøyet fallrisiko» presenteres derimot i tilfeldig rekkefølge.

Sett av tid til å informere pasient og eventuelt pårørende om hensikten med en fallutredning og hva som er de vanligste årsakene til fall.

Det er viktig å få til en god dialog om hvordan pasienten selv kan forebygge fall, og involvere pårørende i tiltak der dette er naturlig.

Skriftlig informasjon om generelle og individuelle fallforebyggende tiltak kan være nyttig.

Se eksempel på [pasientsikkerhetsprogrammet.no/fall](https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/fall)

### Tiltak 1: Risikovurdering

Vurder følgende pasienter for fallrisiko

- Alle pasienter over 65 år
- Alle pasienter med sykdommer og/eller tilstander som medfører økt risiko for fall. Det er for eksempel nevrologiske lidelser, kognitive sykdomstilstander, betydelige synshemninger og balanse-, gang – og mobilitetsproblemer.

Risikovurdering gjøres så raskt som mulig etter første kontakt med hjemmetjenesten. Den enkelte kommune må selv vurdere hvilket risikovurderingsverktøy som er best egnet, og kvalitetssikre at det fungerer hensiktsmessig etter at det er tatt i bruk.

Ny vurdering av fallrisiko gjøres hvis pasientens tilstand endres og minst 1 gang per år.

## Tiltak 2: Standard tiltak for alle pasienter med forhøyet fallrisiko

### **Tiltak 2a: Legemiddelgjennomgang**

Gjennomfør legemiddelgjennomgang av alle pasienter med fallrisiko. Legemiddelgjennomgang gjøres så raskt så mulig etter at pasientens er risikovurdert.

I så stor grad som er mulig bør legemidler som øker fallrisiko vurderes seponert, reduseres eller erstattes av andre legemidler. Samtidig bruk av mange legemidler er i seg selv en risikofaktor for fall.

Vær særlig oppmerksom på legemidler som kan føre til blodtrykksfall (antihypertensive legemidler), lavt blodsukker (antidiabetiske legemidler), ustøhet (sovemidler, beroligende midler, antipsykotiske midler), forvirring (legemidler med antikolinerg virkning, legemidler som kan gi delir) og synsforstyrrelser. Vær også oppmerksom på legemidler som kan bidra til at følgene av et fall blir mer alvorlig (Blodfortynnende legemidler, kortikosteroider).

Se flere eksempler på legemidler som kan øke risikoen for fall og gi alvorlige konsekvenser av fall på [pasientsikkerhetsprogrammet.no/fall](https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/fall)

For pasienter med lave nivåer av D-vitamin kan D-vitamintilskudd trolig redusere antall fall

### **Tiltak 2b: Ernæringskartlegging**

Sykdomsrelatert underernæring og ufrivillig vekttap, øker risiko for infeksjoner, nedsatt allmenntilstand, forverring av fysisk og mental funksjon, og dermed også fall og fallrelaterte skader.

Kartlegg ernæringsstatus og iverksett individuelle tiltak hos pasienter som er i en ernæringsmessig risiko

Se [Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring](#)

### **Tiltak 2c: Opprettholde aktivitet og trening**

Studier viser at styrke og balansetrening som gjennomføres 2 – 3 ganger i uken bidrar til å redusere fall og fallskader.

Gi alle pasienter mulighet og motivasjon til å opprettholde aktivitet gjennom utnyttelse av hverdagslige gjøremål for eksempel ved å reise/sette seg, åpne døren selv, hente avisen osv.

Vurder om et treningsprogram med fokus på balanse, styrke og gange vil ha forebyggende effekt. Informer om, og legg til rette for at pasienten kan delta i tilbud om balanse og styrketrening

### **Tiltak 2d: Tryggingstiltak i og rundt boligen**

Tilrettelegg boforhold ved eksempelvis å fjerne snublefeller, god belysning, markering av dører, støttehåndtak, tilpasset skotøy, tilgang til strøsand osv.

### ***Tiltak 2e: Vurdere behov for bistand***

Kartlegg utfordringer og ressurser i gjennomføring av dagliglivets aktiviteter  
Vurder om pasienten har behov for tilrettelegging for å redusere fallrisiko  
Det kan f.eks. være personbistand ved forflytning, ulike typer hjelpemidler, tilkjørt mat osv.

Forebyggende tiltak må hele tiden vurderes opp mot betydningen av aktivitet for å opprettholde styrke og balanse

Hjelpemidler kan i seg selv utgjøre en fallrisiko dersom de ikke brukes riktig eller ikke er tilpasset den enkelte pasient. Ved førstegangsbegrep for bevegelseshjelpemidler bør alltid fysio/ergoterapitjenesten delta i den tverrfaglige vurderingen.

### ***Tiltak 2f: Tverrfaglig utredning***

Vurder behov for en tverrfaglig utredning, av alle pasienter med fallrisiko. Naturlige samarbeidsparter er: lege, sykepleier, helsefagarbeider, fysioterapeut, ergoterapeut og evt. ernæringsfysiolog.

Utredningen bør starte så raskt så mulig etter at fallrisiko er identifisert. Det bør inkludere elementer som å avdekke bakenforliggende sykdom, balanse/forflytningsevne, alkoholvaner, eliminering, smerter, kognisjon, atferd, syn mm.

Hjemmetjenesten må ha lav terskel for varsling til lege om nyoppstått balansesvikt eller fall hos hjemmeboende, for å fange opp helseproblemer i tide og forebygge forverring.

### **Tiltak 3: Individuelt tilpassede tiltak**

Planlegg og iverksett individuelt tilpassede tiltak som er identifisert etter den tverrfaglige utredningen.

Dersom pasienten fortsatt faller bør ytterligere fallforebyggende og fallskadeforebyggende tiltak vurderes og iverksettes

### **Tiltak 4: Oppfølgingsplan**

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 (virksomheten definerer perioden selv)*

*Definisjon*

Antall fall (med og uten skade) som oppstår i virksomheten

*Antall fall med skade*

*Definisjon*

Antall fall med skade som oppstår i virksomheten

### PROSESSINDIKATORER

***Andel pasienter som er vurdert for fallrisiko***

**Nevner:** Antall nye pasienter i målgruppen i perioden

**Teller:** Antall pasienter i målgruppen hvor fallrisikovurdering er foretatt i perioden. (Den enkelte kommune må selv på bakgrunn av en risikovurdering avgjøre hvor raskt etter første kontakt med hjemmetjenesten eller hvor raskt ved endringer i behov fallrisikovurderingen skal være foretatt.)

***Andel pasienter med forhøyet fallrisiko hvor en legemiddelgjennomgang er gjennomført***

**Nevner:** Antall pasienter med forhøyet fallrisiko.

**Teller:** Antall pasienter med forhøyet fallrisiko som har fått en legemiddelgjennomgang.

(Den enkelte virksomhet må selv på bakgrunn av en risikovurdering avgjøre hvor raskt etter forhøyet fallrisiko er identifisert en legemiddelgjennomgang skal være foretatt.)

***Andel pasienter med en forhøyet fallrisiko som har fått en dokumentert tidfestet oppfølgingsplan i pasientjournalen***

**Nevner:** Antall pasienter med forhøyet fallrisiko

**Teller:** Antall pasienter med forhøyet fallrisiko som har fått en dokumentert tidfestet oppfølgingsplan i pasientjournalen





Utviklingscenter i Buskerud, Vestfold og Telemark

Björg T Landmark, Borghild Ulshagen, Ellinor Bakke Aasen og Heidi Johnsen

E-post:

[Bjorg.Th.Landmark@drmk.no](mailto:Bjorg.Th.Landmark@drmk.no)

[ellinor.bakke.aasen@sandefjord.kommune.no](mailto:ellinor.bakke.aasen@sandefjord.kommune.no)

[Borghild.Ulshagen@aal.kommune.no](mailto:Borghild.Ulshagen@aal.kommune.no)

[Heidi.johnsen@porsgrunn.kommune.no](mailto:Heidi.johnsen@porsgrunn.kommune.no)

[www. utviklingscenter.no](http://www.utviklingscenter.no)