



HØGSKOLEN I BERGEN

Mastergradsstudium i kunnskapsbasert praksis i helsefag.

## Mastergradsoppgave

Meldesystemet – en kilde til læring og kvalitetsforbedring i helsetjenesten?

---

Tittel (norsk)

The National Reporting System – is it a source of learning and quality improvement in Norwegian health care?

---

Tittel (engelsk)

Elise Rasmussen Hausken

---

Forfatter (student)

Veileder: Øystein Flesland

Innleveringsdato: 16.05.2011

Antall sider: 66

## **Forord**

Hensikten med denne studien var å undersøke om dagens meldinger om fallhendelser i spesialisthelsetjenesten er en kilde til kvalitetsforbedring innen fallforebygging for eldre innlagt ved norske sykehus.

Studien ble gjennomført i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hovedveileder har vært legespesialist og seksjonsleder i seksjon for meldesystemet ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Øystein Flesland. Biveileder har vært fysioterapeut, førsteamanuensis ved Høgskolen i Bergen og avdelingsdirektør ved avdeling for kunnskapsbasert praksis, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Gro Jamtvedt.

Arbeidet med oppgaven har gitt meg verdifull kunnskap innen fallforebygging og kvalitetsforbedring. Takk til mine to veiledere for konstruktive og lærerike tilbakemeldinger gjennom prosessen med oppgaven.

Videre vil jeg rette en takk til helse og omsorgsadministrasjonen i Karmøy kommune som har lagt til rette for at jeg kunne gjennomføre dette masterstudiet ved å gi meg nødvendig studiepermisjon og stipend. En stor takk også til mine medarbeidere og kolleger i fysio- og ergoterapitjenesten som har vist en positiv støtte og forståelse for mine studiepermisjoner i perioden.

Takk også til Norsk fysioterapeutforbund for utdanningsstipend.

Torvastad, mai 2011

Elise R. Hausken

## **Sammendrag**

Pasientsikkerhet og kontinuerlig kvalitetsforbedring er områder som vies økende oppmerksomhet i vestlige land. Norge har en nasjonal kvalitetsstrategi og det er opprettet en nasjonal meldesentral for å få et bilde av risikoområder og kvalitetsmangler i helsetjenesten. Alle som yter spesialisthelsetjenester plikter ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 å melde fra til Helsetilsynet i fylket om hendelser som har ført til, eller kunne ha ført til betydelig skade på pasienter. Hovedformålet med meldeplikten er å avklare bakgrunn for hendelsen og forebygge at tilsvarende skjer igjen. Tretten prosent av skademeldinger registrert hos Helsetilsynet i 2008-2009 omhandlet fallhendelser. Oppsummert forskning viser at flerfaglige fallforebyggende tiltak gir reduksjon av fallfrekvens og fallrisiko.

Formålet med studiet var å undersøke om dagens meldinger om fallhendelser er en kilde til kvalitetsforbedring innen fallforebygging for eldre innlagt ved norske sykehus.

Vi gjennomførte en kriteriebasert audit ved å bruke informasjon fra meldingene. Audit er en metode for kvalitetsmåling og forbedring som består av seks deler. De fire første delene, planlegging, valg av kriterier, datainnsamling og avdekking av forbedringsområder, ble gjennomført og beskrevet. De to siste delene, forbedring og opprettholdelse av kvalitetsnivå, ble bare antydningvis skissert. Kriteriene tjenesten ble målt opp mot var definerte kunnskapsbaserte fallforebyggende tiltak.

Utvalget besto av 115 anonymiserte fallskademeldinger for personer over 67 år sendt Helsetilsynet fra sykehus i Norge i 2009. Over tredjeparten av pasientene var beskrevet med kjent redusert kognitiv eller fysisk funksjonsnivå. I de ni meldingene hvor det var beskrevet fallforebyggende tiltak før fallet var kun ett kunnskapsbasert. Etter fall ble fallforebyggende tiltak beskrevet i 35 meldinger, men ingen var kunnskapsbasert.

Konklusjonen er at det både før og etter fallene i liten grad er beskrevet kunnskapsbaserte fallforebyggende tiltak som var kriterier i denne auditen. Studien tyder på at bruken av meldinger i liten grad bidrar til endring av praksis og derav kvalitetsforbedring innen fallforebygging blant eldre innlagt ved norske sykehus. Auditen avdekker forbedringsområder i bruken av meldinger til kvalitetsforbedring innen fallforebygging.

Nøkkelord: Meldesystemet, audit, kvalitetsforbedring, fallforebygging, eldre.

## **Summary**

Patient safety and continuous quality improvement are areas receiving growing attention in western countries. Norway has a national quality strategy and a national reporting system is created to assess risk areas and quality deficiencies in the health service. All who provide specialist services are obliged under the Specialist Services Act § 3-3 to report events that have led to, or could have led to, serious injury to patients to the Board of Health Supervision in the county. The main purpose of the obligation to submit reports is to clarify the background of the incident and prevent similar incidents from occurring. Thirteen percent of reports registered with the Board of Health Supervision in 2008-2009 were reports about falls. Summarised research show that multidisciplinary fall prevention measures reduce the frequency of falls and fall risks.

The purpose of the study was to examine whether the current reports of fall events are a source of quality improvement in fall prevention for elderly patients admitted to Norwegian hospitals.

We conducted a criterion-based audit using information from said reports.

Audit is a method of measuring quality and quality improvement, the method consisting of six parts. The first four parts; planning, selecting criteria, collecting data and disclosing areas of improvement, were completed and described. The last two parts, improvement and maintaining quality level, were only outlined by implication. The criteria were measured against defined evidence-based fall prevention measures.

The sample consisted of 115 anonymous reports of fall injury events involving patients over 67 years, sent to the Board of Health by Norwegian hospitals in 2009. Over one third of the patients were described as having known reduced cognitive or physical function. In the nine reports describing fall prevention measures prior to the fall event, only one was evidence-based. Fall prevention measures after the fall event were described in 35 reports, but none were evidence-based.

In conclusion, both prior to and after fall events, evidence-based fall prevention measures are only described to a small extent. The study suggests that the use of reports adds little to changing practice, hence makes little contribution to quality improvement in fall prevention among elderly adults admitted to Norwegian hospitals. The audit identified areas of improvement in the use of reports to improve quality in fall prevention.

Keywords: Report system, audit, quality improvement, fall prevention, elderly.

## **Innhold**

|  |    |
|--|----|
| 1. Introduksjon.....                     | 7  |
| 1.1 Innledning.....                      | 7  |
| 1.2 Bakgrunn .....                       | 7  |
| 1.2.1 Kvalitetsforbedring .....          | 8  |
| 1.2.2 Meldesystemet .....                | 9  |
| 1.2.3 Fallforebygging .....              | 13 |
| 1.3 Formål og problemstilling .....      | 13 |
| 2. Metode.....                           | 14 |
| 2.1 Forberedelse og valg av design ..... | 14 |
| 2.2 Valg av kriterier .....              | 16 |
| 2.3 Utvalg og datainnsamling.....        | 22 |
| 2.3.1 Utvalg.....                        | 22 |
| 2.3.2 Datainnsamling .....               | 23 |
| 2.4 Analyse .....                        | 24 |
| 2.5 Ethiske vurderinger .....            | 24 |
| 3. Resultater.....                       | 24 |
| 4. Diskusjon.....                        | 25 |
| 4.1 Enkelttiltakene .....                | 26 |
| 4.2 Tilleggsinformasjon .....            | 26 |
| 4.3 Forbedringsområder .....             | 28 |
| 4.4 Gjennomføring av forbedring .....    | 29 |
| 4.5 Vedlikehold av kvalitet .....        | 31 |
| 4.6 Metodekritikk.....                   | 32 |
| 5. Konklusjon.....                       | 35 |
| Referanseliste .....                     | 37 |
| Artikkel                                 |    |
| Vedlegg                                  |    |

# **1. Introduksjon**

## **1.1 Innledning**

Denne mastergradsoppgaven omhandler ett kvalitetsforbedringsprosjekt og oppgaven består av utkast til en artikkel og en kappe. Målet er å publisere artikkelen i Tidsskrift for Den norske legeforening. Tema i oppgaven er å vurdere Meldesystemet som kilde til kvalitetsforbedring i helsetjenesten og med fallforebygging som eksempel.

Alle som yter spesialisthelsetjenester har etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 (Helse og omsorgsdepartementet, 2001) plikt til å melde fra til Helsetilsynet i fylket om hendelser som har ført til eller som kunne ha ført til betydelig personskade på pasienter. Meldeplikten skal bidra til å avklare årsaker til uønskede hendelser og til at erfaring blir brukt til kvalitetsforbedring. Meldingene blir først sendt til helsetilsynet i det aktuelle fylket og deretter til den nasjonale databasen Meldesentralen som driftes av Helsetilsynet (vedlegg I). I ny Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015) understrekes viktigheten av meldesystemer og oppfølging av disse lokalt (Helse og omsorgsdepartementet, 2011).

Fallskader hos eldre er et stort helseproblem som forringer livskvaliteten til den som rammes, og er kostbart for helsevesen og samfunn. Mellom tre prosent og tjue prosent av pasientene på sykehus faller minst én gang ved oppholdet og eldre er en stor andel av disse (Cumming, 2008). Oppsummert forskning viser at flerfaglige fallforebyggende tiltak gir reduksjon av fallfrekvens og fallrisiko (Cameron et al., 2010). Å fremme bruk av kunnskapsbaserte fallforebyggende tiltak blant eldre innlagt ved sykehus er derfor et område som etter min mening bør fokuseres på og gis høy prioritet.

## **1.2 Bakgrunn**

Dagens helsetjenester i vestlige land er blitt så komplekse at systemet i seg selv kan utgjøre en helserisiko for pasienter. Pasientsikkerhet og kontinuerlig kvalitetsforbedring er derfor blitt et område som vies økende oppmerksomhet. Helsevesenet har dratt nytte av erfaringer fra annen høyrisikovirksomhet som eksempelvis oljevirksomhet og luftfart og deres erfaring med å kvalitetsforbedre gjennom læring av feil og uheldige hendelser. I Norge er det i tillegg til Meldesystemet utarbeidet en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring ... og bedre skal det bli 2005-2015 (Sosial og helsedirektoratet,

2005). Kvalitet på helsetjenester skal, jevnfør dette strategidokumentet, blant annet være kjennetegnet av at de skal være sikre og trygge. Pasientsikkerhet og kvalitet på tjenester er derfor sider av samme sak. I ny Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015) understrekes viktigheten av gode lokale meldesystemer og oppfølging av disse fordi det er lokalt kvaliteten og pasientsikkerheten skapes (Helse og omsorgsdepartementet, 2011).

### **1.2.1 Kvalitetsforbedring**

Definisjon av kvalitet og synet på hvordan kvalitet utvikles har stadig endret seg påvirket av ulike faktorer. Definisjonen på god kvalitet i helsetjenesten i 1995 ble i Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling (Sosial og helsedepartementet, 1995) beskrevet som ”helhet av egenskaper og kjennetegn et produkt eller tjeneste har, som vedrører dets evne til å tilfredsstille fastsatte krav eller behov som er antydnet”. I Nasjonal helseplan for perioden 2007-2010 (Helse og omsorgsdepartementet, 2006) står det ”med kvalitet forstås i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer”. Med helsegevinst menes både å forbli frisk, å bli frisk, å mestre livet med sykdom og å mestre slutten av livet. I Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i Sosial-og helsetjenesten ... og bedre skal det bli 2005-2015 (Sosial og helsedirektoratet, 2005) er kvalitet definert som ”i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav”. Denne definisjonen er hentet fra en ISO- standard (International Organization and Standardization). ISO- standard blir brukt til ISO-sertifisering. ISO-sertifisering innebærer å få et produkt, et system, et prosjekt eller en medarbeiders virksomhet evaluert av en uavhengig tredjepart opp mot en nasjonal eller internasjonal standard. I dokumentet ... og bedre skal det bli er definisjonen gitt et mer konkret innhold med utgangspunkt i samfunnets føringer, krav i lovverk og hva som ut fra faglig perspektiv gir de beste tjenestene. Konkret heter det at tjenestene skal være virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukere og gi dem innflytelse, være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte og være tilgjengelig og rettferdig fordelt (Sosial og helsedirektoratet, 2005).

Kvalitetsforbedring er i artikkelen til Batalden og Davidoff ” what is 'quality improvement' and how can it transform healthcare? ” foreslått definert som en



kombinasjon av helsepersonellets, pasientens, pårørendes, forskeres, bevilgende myndigheters, planleggeres og underviseres felles anstrengelse for å gjøre endringer som fører til bedre helse, bedre helsetjeneste og bedre læring (Batalden og Davidoff, 2006). Videre i samme artikkel nevnes fem ulike elementer som må kombineres for å få forbedring. De fem elementene er generaliserbar forskningskunnskap, kunnskap om lokal kontekst, kunnskap om kvalitetsforbedringsverktøy og metoder, kunnskap om hvem og hva en lokalt har å spille på for iverksettelse og kunnskap om målinger av resultater (Batalden og Davidhoff, 2006).

Erfaring med kvalitetsarbeid og forskning peker på elementer som må være på plass for å få en bærekraftig kvalitetsforbedring. Elementene er ledelsesforankring, pasient og brukerinnflytelse, deltakelse fra alle involverte parter, tverrfaglighet, en kultur som fremmer kvalitetsforbedring, prosess og systemperspektiv, måling av resultater og forbedringskunnskap. Forbedringskunnskap vil si kunnskap om prosess og system, variasjon og måling, arbeids- og endringspsykologi og erfaringskunnskap (<http://www.gruk.no>).

### **1.2.2 Meldesystemet**

Meldesentralen ble opprettet i Statens helsetilsyn i 1993 for å få et bilde av risikoområder og kvalitetsmangler i helsetjenesten. I 2001 ble meldeordningen endret når sykehusloven ble avløst av spesialisthelsetjenesteloven (Helse og omsorgsdepartementet, 2001).

Meldesentralen er en nasjonal database hvor lovpålagte meldinger om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten blir registrert. Meldesystemet kan ikke gi noe komplett bilde av risiko eller årsaker til pasientskade, men det er alminnelig antatt at rapportering av feil, skader og uønskede hendelser er fundamentalt for å avdekke pasientsikkerhetsproblemer. Pasientsikkerhetsarbeid er utenkelig uten meldesystemer. Pasientsikkerhetsarbeid og kvalitetsforbedring på bakgrunn av meldesystemet er dog avhengig av at tilbakemelding blir gitt og at brukerne av systemet er mottakelige for tilbakemeldingene og gjør de nødvendige forandringer for å bedre sikkerheten (Johnson, 2003). Om så ikke skjer er meldesystemet bare et verktøy for innhenting av statistikk (Canadian Patient Safety Institute [CPSI], 2007).

Alle som yter spesialisthelsetjenester plikter ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 (Helse og omsorgsdepartementet, 2001) å melde fra til Helsetilsynet i fylket om hendelser som har ført til, eller kunne ført til betydelig skade på pasienter. Betydelig skade er definert som ” dersom den er av en slik art eller grad at den vil få vesentlige konsekvenser for pasientens sykdom, lidelse eller innebærer vesentlige smerter eller redusert livsutfoldelse på kortere eller lengre sikt”. Hovedformålet med meldeplikten er å avklare bakgrunnen for hendelsen og forebygge at tilsvarende hendelser skjer igjen (Helse og omsorgsdepartementet, 2010).

Meldeplikten er ment å understøtte helseinstitusjonenes internkontrollsystem og kvalitetsarbeid. Det helsepersonell som avdekker en hendelse som kommer inn under meldeplikten skal etter utførte strakstiltak fylle ut skjemaet IK-2448 (vedlegg I). Meldingen sendes videre til avdelingsledelse. Deretter skal meldingen sendes til virksomhetens ledelse eller kvalitetsutvalget.

Kvalitetsutvalget skal i følge veiledningen til Meldeskjema IK-2448 ” påse at ansvarlig leder har gjennomgått og analysert hendelsen for å avdekke årsakssammenhenger, og om denne har vurdert eller iverksatt korrigerende tiltak for å redusere risikoen for nye hendelser”. Videre sier veilederen at om utvalget ikke er fornøyd med avdelingens håndtering av hendelsen skal det rapporteres tilbake til avdelingen for at hendelsen skal bli tatt hånd om på hensiktsmessig måte.

Når meldingen er ferdigbehandlet internt skal den så snart som mulig sendes fylkets helsetilsyn, senest innen to måneder. Meldeplikten er oppfylt når det fremgår av meldingen hva som skjedde, hvorfor det skjedde, hvilken følge det har hatt, hva som ble gjort for å begrense skaden og hvilke tiltak som er iverksatt for å hindre at liknende skjer igjen der det er relevant.

Helsetilsynet i fylket behandler alle meldingene de mottar og gir tilbakemelding til virksomhetene på flere måter. Meldingen blir først registrert i databasen Meldesentralen. Helsetilsynet bruker dataene til å utarbeide systematiske oversikter over uønskede hendelser og kvalitetsmangler i helsetjenesten. Disse offentliggjøres i årlige rapporter. Det blir også gitt råd og ført tilsyn med helsetjenestens behandling av alvorlige hendelser og internkontrollarbeid. I 2008-2009 fikk virksomhetene i 77 % av tilfellene skriftlig tilbakemelding fra Helsetilsynet om at meldingen ble tatt til orientering og ville inngå i den regelmessige rutinen for samlede tilbakemeldinger.

Tilbakemeldingen gis i dialog med virksomheten ved gjennomgang av innholdet i meldingene og virksomhetens håndtering og oppfølging av hendelsene. I kun ti prosent av meldingene ble det gitt skriftlig veiledning knyttet til oppfølgingen av den aktuelle enkelthendelsen. I åtte prosent av tilfellene ble det funnet nødvendig med tilsynsoppfølging overfor virksomheten.

Mellom ett og to tusen meldinger blir registrert hvert år i Meldesentralen. Helsetilsynet på nasjonalt nivå publiserer årsrapporter for Meldesentralen med blant annet presentasjon av utviklingen i antall meldinger og en mer detaljert beskrivelse av meldingene i det siste året. Rapportene gir også en beskrivelse av hensikten med meldeplikten og redegjør for relevante lovverk. Årsmeldingen for 2008-2009 angir stor variasjon i meldefrekvens mellom helseinstitusjonene i spesialisthelsetjenesten og en antatt betydelig grad av underrapportering (Helsetilsynet, 2010). En tredjedel av meldingene gjelder pasienter som er 67 år eller eldre. Totalt tretten prosent av registrerte meldinger i 2008-2009 omhandlet fallhendelser (Helsetilsynet, 2010).

Internkontrollforskriften pålegger helsetjenesten å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt (Helse og omsorgsdepartementet, 2002). I 2007 ble det etablert en nasjonal enhet for pasientsikkerhet som har som formål å støtte opp om helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge feil og utilsiktede hendelser. Enheten er knyttet opp mot Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og er uavhengig av alle myndighetsorganer i helsetjenesten. Enheten skal utforme læringsinformasjon og fremme forslag til tiltak som understøtter helsetjenestens bestrebelser på å lære av feil, slik at praksis forbedres. Den nasjonale enheten for pasientsikkerhet skal primært hente informasjon fra eksisterende meldeordninger, herunder fra den lovpålagte meldeordningen i spesialisthelsetjenesten.

En god meldekultur blant helsepersonell er en forutsetning for at uønskede hendelser og nesten-uhell meldes slik at man kan lære av dem. I anbefalingene fra World Health Organisation (WHO, 2005), Europarådet (2006) og rådet i Den europeiske union (2009) er det tatt til orde for at meldesystemer som skal fremme læring kjennetegnes av ”no shame, no blame, no name”.

En kunnskapsoppsummering fra Canadian Patient Safety Institute fra 2007 konkluderer med at om meldesystem skal være vellykket må helsepersonell bli motivert til å melde hendelser på en saklig og fullstendig måte og systemet må være frivillig og

konfidensielt. Motivasjonen og drivkraften til å melde må veie tyngre enn forhold som oppleves som hinder for å melde (CPSI, 2007). Videre beskrives at et nyttig system beskriver ansvarsforhold, har åpenhet, men gir samtidig beskyttelse for melder. Brukerne skal være aktive i utforming og vedlikehold. Systemet må også kunne demonstrere at det kan brukes til å forebygge, oppdage og redusere effekter av uønskede hendelser som følge av dårlig planlegging, dårlig praksis eller andre uheldige omstendigheter.

Et eksempel på et vellykket uavhengig, men profesjonelt ledet meldesystem, er Englands meldesystem Serious Hazards of Transfusion (Serious Hazards of Transfusion [SHOT], 1996). SHOT samler inn og analyserer anonymisert informasjon om uønskede hendelser innen blodtransfusjon fra alle relevante helseinstitusjoner i England. Når problemer og risiko avdekkes, lager de en anbefaling til forbedring som blir sendt tilbake til melder og alle aktuelle helseinstitusjoner og overordnede styringsorganer. SHOT's årsrapport fra 2009, med data tilbake fra oppstart i 1996, viser en stor økning av rapportering av uønskede hendelser innen blodtransfusjon og stor reduksjon av dødsfall i samme periode (SHOT, 2009)

I Proposisjonen til Stortinget, Prop. 91L (2010-2011) Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m er det på bakgrunn av kunnskapsoppsummeringen og anbefalingene fra CPSI (2007) foreslått å endre meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven slik at ordningen blir et rent læresystem uten frykt for sanksjoner (CPSI, 2007). Det er foreslått at meldingene skal sendes direkte til Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. (Helse og omsorgsdepartementet, 2010-2011). I motsetning til Helsetilsynet har ikke Nasjonal enhet for pasientsikkerhet sanksjonerende myndighet. Det antas at en flytting av meldesystemet vil gi økt antall meldinger og derved øke læringen. Siden Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ikke har en tilsynsfunksjon står de også friere til å gi melder direkte råd og veiledning. I Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015) angis at ved å legge den nasjonale ordningen til en uavhengig instans, legges det til rette for et gjennomgående rapporterings og læringssystem fra lokalt til nasjonalt nivå i spesialisthelsetjenesten. Det sies videre at det er ønskelig å skaffe seg erfaring med ordningen før den eventuelt også innføres for den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Helse og omsorgsdepartementet, 2011).

### **1.2.3 Fallforebygging**

Fallskader er et stort helseproblem som forringer livskvaliteten til den som rammes, og er kostbart for helsevesen og samfunn. 30 prosent av hjemmeboende personer over 65 år faller hvert år (Hoidrup et al., 2003). Tidligere fall gir to til tre ganger øket risiko for fall i løpet av det neste året (Hoidrup et al., 2003). I en artikkel fra Masud og Morris (2001) angis at 40-60 prosent av fall fører til skader og at 30-50 prosent av disse er småskader. Det angis videre at fem prosent av skadene ved fall er bruddskader og at opptil en prosent av alle fall gir hoftebrudd (Masud, 2001). Annen forskning angir at over 90 prosent av alle hoftebrudd skyldes fall (Grisso et al., 1991). 50 prosent går aldri som før etter hoftebrudd. 20 prosent dør i løpet av seks måneder etter hoftebrudd (Freeman et al., 2002). Gillespie et al. (2009) angir at ett av ti fall fører til brudd og at hvert femte fall fører til kontakt med helsevesenet (Gillespie et al., 2009). Mellom tre prosent og tjue prosent av pasientene på sykehus faller minst én gang ved oppholdet (Cumming, 2008). Antall eldre over 80 år vil dobles i løpet av de neste 50 år og fallskader vil derfor bli et enda større helseproblem enn i dag.

Forskningsens beskrivelse av risikofaktorer og årsaker til fall er mange og sammensatt. Risikofaktorene er blant annet høy alder, fallhistorie, kognitiv svikt, nedsatt gangfunksjon, dårlig balanse (American Geriatrics Society, 2001), kjønn (Campbell & Borrie & Spears, 1989), nedsatt syn (Abdelhafiz & Austin, 2003), vitamin D mangel (Cumming, 1990), dårlig muskelstyrke (Moreland, 2004), svimmelhet, fysisk miljø (Larsen, 2004), legemiddelinntak, tidligere fraktur (Vestergaard, 2003), beinskjørhet og redsel for å falle (Friedman, 2002). En oppdatert systematisk oversikt viser at ulike flerfaglige fallforebyggende tiltak gir reduksjon av fallfrekvens og fallrisiko (Cameron et al., 2010). Det finnes også en nyere retningslinje med anbefalinger om fallforebyggende tiltak for eldre innlagt ved sykehus (Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, 2009). I retningslinjen anbefales multifaktorielle målrettede tiltak, det vil si flerfaglige tiltak gitt på bakgrunn av en systematisk individuell risikovurdering.

### **1.3 Formål og problemstilling**

Formålet med studien er å undersøke om dagens meldinger om fallhendelser i sykehus sendt til Helsetilsynet er en kilde til kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Dette prosjektet

har fokus på meldingenes funksjon som kilde til læring av feil, slik at praksis blir endret til det bedre. Studien skal belyse om det finnes informasjon i meldingene som kan besvare følgende spørsmål:

- I hvilken grad blir det gitt kunnskapsbaserte fallforebyggende tiltak?
- Kan man via meldingene få informasjon om kvalitetsutvalgene foreslår kunnskapsbaserte fallforebyggende tiltak?
- Er dagens meldinger om fall en kilde til kvalitetsforbedring innen fallforebygging lokalt?
- Er dagens meldinger om fall en kilde til kvalitetsforbedring nasjonalt?

## **2. Metode**

Gjennom forskningsspørsmålene var jeg interessert i å finne ut om meldingene bidrar til kvalitetsforbedring innen fallforebygging i sykehus. Jeg ville besvare de beskrevne spørsmålene gjennom å se på allerede eksisterende anonymiserte meldinger om fall. Jeg gjennomførte en kvalitetsmåling på tjenesten gjennom å undersøke fallmeldinger sendt til Helsetilsynet. Meldingene ble vurdert opp imot kunnskapsbaserte kriterier. Disse var definerte på forhånd og var anbefalte fallforebyggende tiltak som var dokumentert effektive.

### **2.1 Forberedelse og valg av design**

For å få svar på problemstillingen min kunne jeg ha valgt ulike metoder. Aktuelle kvalitative metoder var intervju eller observasjon eller eventuelt en kombinasjon av disse. Jeg valgte å bruke en kvantitativ metode ( Polit& Beck, 2008).

Designet jeg valgte å bruke var en kriteriebasert ekstern audit (Kjærgaard et al., 2001). Valget av design bygget jeg på intensjonen med studien og teori fra to forskjellige kilder, boken Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet (Kjærgaard et al., 2001) og Principles for Best Practise in Clinical Audit (Institute for Clinical Excellence [NICE], 2002). Intensjonen med studien var å foreta en kvalitetsmåling av helsetjenesten innen området fallforebygging med tanke på å oppnå en kvalitetsforbedring i etterkant. Audit syntes derfor å passe godt som metode. I Kjærgaards bok (Kjærgaard et al., 2001) er en audit i helsetjenesten beskrevet som ”fagpersoners systematiske vurdering av

pasientforløp med henblikk på å avdekke tilfredsstillende eller ikke tilfredsstillende forhold på grunnlag av definerte kvalitetsmål”.

En audit er ifølge Principles for Best Practise i Clinical Audit (NICE, 2002) ikke bare en kvalitetsvurdering, men inneholder også en implementering av forbedringstiltak. En klinisk audit er i NICE sin definisjon beskrevet som en prosess jevnfør tegning nedenfor.



(NICE, 2002).

Det norske ordet revisjon blir noen ganger brukt som en del av auditsirkelen. En audit er, i tillegg til det en legger i det norske ordet revisjon, en implementering av forbedringstiltak i etterkant av den gjennomførte revisjonen og vedlikehold av det oppnådde kvalitetsnivået.

Første trinn i prosessen er å planlegge revisjonen. En må definere hva og hvorfor en skal kvalitetsvurdere, hvor en skal gjøre det og hvordan det kan gjennomføres med tanke på tidsbruk for de som skal delta i datainnsamling. Det må også gis opplæring av nødvendige ferdigheter for aktuelt personell. Andre trinn er ved bruk av systematisk metode å finne de best dokumenterte kunnskapsbaserte kriteriene å vurdere kvaliteten opp imot. Her kan en også velge å omforme kriterier til tjenestestandard å vurdere tjenesten opp imot. Tredje trinn er datainnsamlingen. Fjerde trinn er selve vurderingen via innhentet materiale og avdekking av forbedringsområder. Femte trinn er planlegging av en implementeringsprosess for forbedring og gjennomføring av endring som fører til

forbedring av tjenesten. Sjette trinn er å sørge for vedlikehold av forbedret kvalitet på tjenesten.

En audit kan ifølge Principles for Best Practise i Clinical Audit (NICE, 2002) inkludere vurdering av behandlingsprosessen og eller et utfall. Et eksempel på prosessmål kan være tiltak som gis for å redusere fall eller skader av fall, eksempelvis trening eller hoftebeskyttere. Eksempel på utfallsmål kunne være brudd eller liggetid. Det advares dog mot kun å bruke utfallsmål som kriterium da det ofte ikke gir god nok informasjon til å lage en implementeringsplan for endring av praksis i etterkant av målingen (NICE, 2002). I dette prosjektet var jeg interessert i å finne ut om det ble gitt og hva som ble gitt av fallforebyggende tiltak og derfor ble vurderingen bare på prosessen. Prosesskriterier refererer til hva som gjøres og hvilke avgjørelser som blir tatt av helsepersonell sammen med pasienten (NICE, 2002).

Dersom en audit skal føre til en dokumentert forbedring av kvalitet må alle trinnene i prosessen gjennomføres (NICE, 2002). Dette stemmer overens med intensjonen med denne studien, men på grunn av at dette var et tids og ressursbegrenset masterprosjekt ble bare deler av prosessen gjennomført i prosjektperioden.

I denne perioden ble de første fire trinnene av prosessen i tegningen ovenfor utført og beskrevet. Utførelse av trinnene som omhandlet implementeringen og opprettholdelse av oppnådd kvalitet ville krevd for mye tid og stor grad av lokal deltagelse og blir derfor bare antydningvis skissert.

## **2.2 Valg av kriterier**

Kriterier skal ifølge NICE være basert på forskning, være målbart og beskrive en viktig del av helsetjenester som blir gitt (NICE, 2000). Det sies videre at om man finner en kvalitetsmessig god retningslinje eller eventuelt en kvalitetsmessig god systematisk oversikt kan man bruke det til å velge kriterier fra. Så sant retningslinjen eller den systematiske oversikten er av nyere dato trengs ikke flere og detaljerte supplerende litteratursøk (NICE, 2000).

Kriteriene ble funnet ved at jeg gjorde systematiske søk etter retningslinjer og systematiske oversiktsartikler av nyere dato vedrørende effekt av fallforebyggende tiltak i sykehus. Jeg formulerte først et kjernes spørsmål ved bruk av et PICO skjema ( Nortvedt



et al., 2007). P står for pasient eller problem, I står for intervensjon eller indikator. C står for kontroll eller sammenligning og O for utfall. Picoskjemaet ble seende slik ut:

P = eldre innlagt ved sykehus

I= fallforebyggende tiltak som trening, bruk av ganghjelpemidler, medisinregulering

C = ingen fallforebyggende tiltak

O= fallfrekvens eller fallrisiko

Dette var et spørsmål om effekt og om hva som ble anbefalt å gjøre. Jeg laget derfor egnede søkeord for søk i datakilder for systematiske oversikter og retningslinjer (Nortvedt et al., 2007). Jeg brukte Mesh termene (Medical Subject Headings) Accidental Falls, Aged og Hospitals når jeg søkte etter oversikter og jeg avgrenset til årene 2007-2010. Jeg brukte både Accidental falls og ordet Fall prevention når jeg søkte etter retningslinjer. Jeg gjennomførte søkene i databasene til National Guideline Clearinghouse (NGC), National Institute for Clinical Excellence (NICE), The Cochrane Library og Trip Database.

Ved søkene fant jeg en relevant og god retningslinje og to oversiktsartikler av nyere dato som omhandlet fallforebygging for eldre i sykehus. Retningslinjen var utgitt av Australian Commission on Safety and Quality i 2009 og den fant jeg i Trip Database. Oversiktsartikkelen med en metaanalyse (Oliver et al., 2007) og den systematiske oversiktsartikkelen (Cameron et al. 2010) fant jeg i The Cochrane Library. Kriteriene ble valgt utifra den systematiske oversiktsartikkelen fra 2010 og ble supplert fra retningslinjen fra 2009. Kriteriene i en ekstern audit skal helst bygge på retningslinjer eller systematiske oversikter (NICE, 2002).

Kunnskapsbaserte retningslinjer står høyere enn systematiske oversikter i kunnskapspyramiden (Nortvedt et al., 2007) og har direkte anbefalinger til praksis og det ville derfor vært naturlig og bare velge kriterier derfra. Jeg valgte likevel å bruke den systematiske oversikten til valg av hovedkriterier og supplerte med valg fra retningslinjen. Dette gjorde jeg fordi den systematiske oversiktsartikkelen bygget på et stort materiale, var av god kvalitet og av nyere dato enn retningslinjen og den hadde en kategorisering av tiltak som var godt egnet å velge kriterier ifra.

Den systematiske oversiktsartikkelen fra 2010, som omhandlet effekt av fallforebyggende tiltak hos eldre personer ved sykehjem og innlagte på sykehus, inkluderte 41 randomiserte kontrollerte studier fra 13 forskjellige land med til sammen 25442 deltagere. Femten studier av disse var cluster randomiserte. Elleve av studiene med til sammen 7054 deltagere omhandlet sykehusinnlagte. Gjennomsnittaldersalder i de elleve sykehusstudiene var 80 år og 61 prosent var kvinner. Analyseresultat ble presentert separat for sykehjem og sykehus for utfallet frekvens av fall og risiko for fall.

De fallforebyggende tiltakene i oversikten ble klassifisert i tre kategorier basert på Prevention of Falls Network Europes (ProFaNe) benevnelse og klassifisering av fallforebyggende tiltak (Lamb, 2007).

- Enkeltiltak - som alle deltagerne fikk, eksempelvis veiledet trening \* eller medisinregulering eller vitamin D- supplement eller oppfølging av inkontinens eller miljø tilrettelegging og hjelpemidler eller undervisning om fallrisiko og fallforebygging.
- Sammensatte tiltak - kombinasjon av flere enkeltiltak som alle deltagerne fikk.
- Multifaktorielle tiltak - flerfaglige tiltak ble gitt på bakgrunn av en individuell risikovurdering og tiltakene ble gitt tilpasset individuelt og målrettet ut fra resultatet av risikovurderingen. Deltagerne fikk ikke de samme kombinasjoner av tiltak.

\*Veiledet trening i studiene var kategorisert i følgende underkategorier:

- gangtrening, balanse og funksjonell trening.
- styrke og motstandstrening.
- fleksibilitetstrening.
- Tai Chi

Av de elleve sykehusstudiene som var inkludert i oversikten var det syv som oppgav frekvens av fall og eller risiko for fall som utfallsmål. Av disse syv sykehusstudiene var fire med multifaktorielle tiltak og tre studier med enkeltiltaket ”veiledet trening”. Studiene med multifaktorielle tiltak inneholdt en fjerdedel av alle deltakerne i oversikten. De tre enkeltiltakstudiene hadde 131 deltakere.

Meta-analyse fra de fire studiene med multifaktorielle tiltak viste en signifikant reduksjon av antall fall. Effektstørrelsen (Rate ratio) var på 0,69 (Random 95% CI:

0,49- 0,96). Sammenfattet data fra tre av de multifaktorielle studiene viste signifikant reduksjon av fallrisiko. Det tas forbehold ved korte sykehusopphold. Sammenfatning av de tre enkeltstudiene viste at det var signifikant reduksjon av risiko for fall ved bruk av veiledet trening, men det tas forbehold om at studiene var fra subakutte og ikke akutte sykehusomgivelser. Forfatterne konkluderer med at for eldre pasienter som er sykehusinnlagt mer enn noen få uker er fallforebyggende tiltaksprogram med målrettede sammensatte tiltak effektive. Denne konkluderer også med at veiledet trening i subakutte sykehusomgivelser synes effektive. Forfatterne gav ingen preferanse på hvilket av enkelttiltakene som burde kombineres og heller ikke på hvilken av underkategoriene for veiledet trening som burde benyttes. Funnene i denne oversikten sammenfaller med funnene i den andre systematiske oversiktsartikkelen og metaanalysen fra 2007 (Oliver et al., 2007) som konkluderer med at multifaktorielle tiltak ved sykehus gir signifikant reduksjon av antall fall. Effekstørrelsen (Rate ratio) ble her oppgitt til 0,82 (95 % CI: 0,68-0,997). Dokumentasjonen i retningslinjen (Australian Commission on Safety and Quality, 2009) refererer til mange av de samme studiene som var med og som var vurdert i oversiktsartikkelen fra 2010. Anbefalingene i retningslinjen (Australian Commission on Safety and Quality, 2009) sammenfalt i stor grad med funnene i oversiktsartikkelen (Cameron et al. 2010). Retningslinjen anbefaler en rutinemessig multifaktoriell tilnærming for å forbygge fall hos alle eldre innlagt på sykehus. Det anbefales å lage og implementere en individuell og målrettet fallforebyggende pleieplan på bakgrunn av en fallrisikovurdering.

De anbefalte områdene for vurdering og aktuelle tiltak i en sammensatt individuell multifaktoriell pakke ved vurdert fallrisiko var blant annet følgende:

Ved redusert balanse og mobilitet foreslås trening og ganghjelpemidler. Pasienter med nedsatt mobilitet bør også få en rutineundersøkelse av fysioterapeut og eventuell treningsoppfølging. Pasienten selv og annet personell må få informasjon om pasientens fysiske begrensninger. En skal også sjekke at pasienten kan bruke et eventuelt ganghjelpemiddel. En må også legge til rette for at pasienten lett kan få tak i ganghjelpemiddelet når han trenger det og at sengen er i riktig høyde og bremses satt på. Sengen bør plasseres slik at pasienten får stå opp på foretrukket side. Pasienten skal oppfordres til minst mulig sengeleie og mest mulig aktivitet. Det skal i minst mulig grad brukes fysiske begrensninger, som sengehest, for å begrense uønsket aktivitet (Australian Commission on Safety and Quality, 2009).

Ved redusert kognitiv tilstand foreslås ekstra oppmerksomhet og tilsyn samt skadereduserende tiltak som hoftebeskyttere, kalsium og vitamin D. Tiltak i forhold til inkontinensproblematikk er rutinemessig urinundersøkelse for å avdekke infeksjon og helst en medisinsk undersøkelse samtidig. Eventuell infeksjon skal behandles og i pleieplanene skal det sikres at pasientene opprettholder både blære og tarmfunksjon under oppholdet (Australian Commission on Safety and Quality, 2009).

Det skal rutinemessig måles blodtrykk ved medisinsk undersøkelse for å avdekke personer med for lavt blodtrykk. Ved for lavt blodtrykk anbefales pasienten å bevege seg langsomt og det blir gitt assistanse ved gange. Årsaken til lavt blodtrykk skal undersøkes nærmere og eventuelt behandles. Svimmelhet og vertigo skal undersøkes og diagnostisert paroxysmal positional vertigo skal behandles.

Pasientens medisin skal gjennomgås og vurderes av lege eller farmasøyt med tanke på hva som er nødvendig å bruke, spesielt sedative medikamenter, antidepressiva, smertestillende og antipsykotika.

Personalet skal motivere til bruk av egnet fottøy, det vil si sko med hælkappe og lav hæl godt fiksert på foten, og helst tynne såler som er sklisikre. De må også tilse at pasienten har brillene sine og eventuelle andre synshjelpemidler lett tilgjengelig. I tillegg må en sikre adekvat lys, spesielt på nattetid. Om synsproblematikken er udiagnostisert skal pasienten henvises til øyelege, optiker eller orthoptist. Personalet må videre sørge for at det er ryddig på gulvet og det ikke er søl der som en kan skli i (Australian Commission on Safety and Quality, 2009 ).

Screening og tiltak skal dokumenteres.

Med utgangspunkt i funnene i den systematiske oversikten til Cameron et al.( 2010) med Lambs (2007) klassifisering av tiltak og anbefalingene fra retningslinjen (Australian Commission on Safety and Quality, 2009), valgte jeg å formulere to kriterier til denne auditen.

Det var ikke aktuelt å gjøre kriteriene om til en tjenestestandard da pasientene som er beskrevet i meldingene er veldig forskjellige og felles standard derfor ikke er oppnåelig. Standard eller ” level of performance ” kan ifølge Principles for Best Practise i Clinical Audit ( NICE, 2002) defineres som nivået på tjenester en ønsker å oppnå ved bruk av kriterier. Retningslinjen sier videre at ”levels of performance are helpful, but should not

be regarded as uniformly achievable in unselected patient populations ” Det sies videre at det heller ikke er påvist at omgjøring av kriterier til standard vil gi større sannsynlighet for forbedring etter en audit.

I oversiktsartikkelen var multifaktorielle tiltak definert som tiltak gitt innenfor to eller flere av hovedkategoriene i Lambs tiltaksinndeling (Lamb, 2007) på bakgrunn av en systematisk risikovurdering. Tiltakskategoriene var følgende: trening, medisiner, operasjon, inkontinensbehandling, væske og ernæring, psykologisk tilnærming, miljøtilrettelegging og hjelpemidler. I retningslinjen ble det anbefalt en tverrfaglig tilnærming og individuelt tilpasset tiltakspakke som inneholdt mange av de samme tiltakene.

Jeg valgte derfor at kravet i kriterium 1, multifaktorielle tiltak, skulle være imøtekommet når risikovurdering var beskrevet og minimum to tiltak i to ulike tiltakskategorier var beskrevet gjennomført.

#### Kriterium 1.

Multifaktorielle tiltak - alle pasienter over 67 år skal motta en individuell fallrisikovurdering og de med øket risiko for fall skal få individuelt tilpasset to eller flere fallforebyggende tiltak innen ulike tiltakskategorier skissert under:

- Medisinsk vurdering og oppfølging av inkontinens, kardiovaskulær sykdom, ernæring og væsketilstand.
- Medisingjennomgang
- Fysisk tilrettelegging av miljø og forflytningshjelpemiddel.
- Veiledet styrketrening, balansetrening, gangtrening eller funksjonell trening.
- Undervisning av pasient eller pårørende i fallrisiko og fallforebygging.

#### Kriterium 2.

Enkelttiltak- alle pasienter over 67 år skal få tilbud om veiledet trening.

- Balansetrening, gangtrening, styrketrening eller funksjonell trening.

For å kunne gjøre kvalitetsvurderingen av data fra meldingene hadde jeg videre behov for en definisjon på hva en kunnskapsbasert individuell fallrisikovurdering skulle inneholde. Jeg valgte definisjonen med utgangspunkt i anbefalingen fra den australske

retningslinjen (Australian Commission on Safety and Quality, 2009). Anbefalingen sier at det bør gjøres en innledende fallrisikovurdering så snart som mulig etter innleggelse for å identifisere pasienter med høy risiko for fall. Identifiserte risikopasienter anbefales videre grundigere vurdert innenfor følgende områder:

- Fallhistorie
- Medikamentbruk
- Almenntilstand, ernæringstilstand
- Inkontinens
- Osteoporose
- Synkope, svimmelhet.
- Fysisk funksjon, balanse, muskelsvakhet
- Inaktivitet
- Forvirring, kognitiv funksjon
- Syn
- Bruk av hjelpemidler og miljømessige forhold

I gjennomgangen av materialet valgte jeg å definere at det var gjort en individuell risikovurdering i forkant av tiltak når minimum to av de ovenfor nevnte punkter var beskrevet vurdert.

## **2.3 Utvalg og datainnsamling**

### **2.3.1 Utvalg**

Helsetilsynet gav meg etter forespørsel tilgang til 118 fallskademeldinger i anonymisert form som excel-dokument. Materialet besto i utgangspunktet av alle anonymiserte fallskademeldinger for personer over 67 år som var sendt Helsetilsynet fra sykehus i Norge i 2009. Om det viste seg at dette utvalget ikke inneholdt nok informasjon til å kunne trekke en konklusjon var det mulighet for å supplere med fallskademeldinger fra 2008. Dette kalles en totrinns utvelgelse som ifølge NICE' Principles for Best Practise i Clinical Audit kan være en effektiv måte å gjøre det på ( NICE, 2002).

### 2.3.2 Datainnsamling

Med utgangspunkt i de to definerte kriteriene og definisjonen av fallrisikovurdering, gjennomførte jeg en kvalitetsvurdering av meldingene. Hver enkelt melding ble gjennomlest og informasjon ble hentet ut og kategorisert i på forhånd definerte kategorier. Følgende informasjon ble hentet ut fra meldingene:

- Hadde pasienten fått fallforebyggende tiltak etter kriterium 1 eller kriterium 2 forut for fallet
- Hadde pasienten fått fallforebyggende tiltak etter kriterium 1 eller kriterium 2 etter fallet?
- Hadde pasienten fått ett enkeltstående tiltak, som ikke kommer under kriterium 2, forut for fallet?
- Hadde pasienten fått ett enkeltstående tiltak, som ikke kommer under kriterium 2, etter fallet?
- Hadde ikke pasienten fått beskrevet noe fallforebyggende tiltak verken før eller etter fallet?
- Vurderte kvalitetsutvalget foreslåtte fallforebyggende tiltak som tilfredsstillende?
- Kom kvalitetsutvalget med ytterligere forslag til fallforebyggende tiltak og var disse kunnskapsbaserte?
- Tilleggsinformasjon om tidspunkt for fallene, tilsyn ved fallet, sted for fallet, aktivitet ved fallet, beskrevet kognitiv tilstand og beskrevet fysisk funksjonsnivå hos pasienten.

Bare side en og tre i meldingsskjemaene ble brukt da bare disse sidene inneholdt aktuell informasjon. Se meldingsskjema (vedlegg I). Meldingene var i anonymisert form gjort tilgjengelig på excel-ark og var allerede i noen grad kategorisert. Jeg laget nye kategorier med utgangspunkt i forskningsspørsmålene og ønske om tilleggsinformasjon. Videre laget jeg meg noen enkle skjema i papir inndelt i de valgte informasjonskategoriene. Hver enkelt melding ble så gjennomlest flere ganger og informasjon ble hentet ut og notert på skjemaene med løpenummer. Jeg fylte ut skjemaene for hånd med informasjon fra 10 -15 meldinger på hvert skjema fordelt på to aldergrupper. Meldingene var allerede inndelt i disse to alderskategoriene på excel-dokumentet fra Helsetilsynet. Jeg syntes det kunne være nyttig å se på om det eventuelt var noen fremtredende ulikheter i forhold til fallforebyggingstiltak mellom disse

alderskategoriene. 35 meldinger var på personer fra 67 år til 79 år og 80 meldinger på personer 80 år eller eldre. Informasjonen ble samlet og til slutt overført til ett excel-ark. Informasjonsskjema med valgte informasjonskategorier er vedlagt (vedlegg II).

Vi gjorde en ”interrater reliability” (IRR) for å sikre en mest mulig lik vurdering og klassifisering av informasjonen. Vi prøvde derigjennom å sikre en god registrering og etterprøvbarhet. IRR vil si å se i hvilken grad ulike observatører eller klassifisører individuelt tolker eller vurderer en observasjon eller en opplysning likt (Polit & Beck, 2008). Masterstudent og veileder gjennomleste og kategoriserte ti tilfeldige meldinger separat. Ved sammenligning var kategoriseringen helt sammenfallende. Sammenfall på vurderingene bør være over 60 % og helst over 75 % (Polit & Beck, 2008 s.455).

## **2.4 Analyse**

Det er gjort en deskriptiv fremstilling av innsamlede data fra utvalget. Det er bare tatt ut data på nominalt nivå. Resultatet er oppgitt i andeler og prosent (Bjørndal og Hofoss, 2006 s.32 ).

## **2.5 Etiske vurderinger**

Studien ble i utgangspunktet definert som et forbedringsprosjekt og vi antok derfor at det ikke var nødvendig med godkjenning av regional etisk komité (REK). Vi syntes det likevel var viktig å få avklart om godkjenning var nødvendig. Prosjektet ble derfor fremlagt REK. REK bekreftet at godkjenning ikke var nødvendig (vedlegg III). Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) ble ikke kontaktet for godkjenning da datamaterialet var fra allerede eksisterende anonymiserte meldinger. Personvernombud i Helse Bergen ble også kontaktet på bakgrunn av krav om dette for å få utgitt artikkelen i Tidsskrift for den norske legeförening (vedlegg IIII).

## **3. Resultater**

Tre av 118 meldinger ble etter første gjennomgang ekskludert da to omhandlet fall på grunn av hopp i selvmordsforsøk og en melding omhandlet fall før innleggelse på sykehus.



I fallskademeldingene omhandlet 70 prosent personer på 80 år eller eldre. Over tredjeparten av pasientene var beskrevet med kjent redusert kognitiv eller fysisk funksjonsnivå. I de ni meldingene hvor det var beskrevet fallforebyggende tiltak før fallet var kun ett kunnskapsbasert. Etter fall ble fallforebyggende tiltak beskrevet i 35 meldinger, men ingen var kunnskapsbaserte. Kvalitetsutvalget etterspurte ytterligere kunnskapsbaserte tiltak i bare en av meldingene.

Resultatene er nærmere beskrevet i artikkelen.

#### **4. Diskusjon**

Det var ikke beskrevet noen type fallforbyggende tiltak verken før eller etter fall i 80 (70 %) av meldingene. Det var rapportert at det var gitt enkelttiltak i forkant av fall i 8 (7 %) av meldingene. Etter fall var det beskrevet gitt enkelttiltak i 35 (30 %) av meldingene. Enkelttiltakene var eksempelvis bruk av sengehest, ringesnor festet til skjorte, gjennomgang av medisin, ganghjelpemiddel tilgjengelig, holde det ryddig, seng nærmere wc, pasientseng ut i korridor for bedre tilsyn, informasjon til pasient om fallrisiko og forebygging, påse rett fottøy, hyppig følge til toalettet, blærescan, blodsukkerregistrering og fastvakt.

Bare i en melding er det rapportert at det var forsøkt gjennomført kunnskapsbasert veiledet trening dvs. gangtrening. Kvalitetsutvalget eller ledelsen er fornøyd med gjennomførte eller foreslåtte tiltak i 71 (62 %) av meldingene. I 16 (14 %) av meldingene er de ikke fornøyd, og i 28 (24 %) av meldingene er det ingen vurdering fra Kvalitetsutvalget. I tilbakemelding til avdelingen kommer Kvalitetsutvalget med forslag om fallforbyggende tiltak i 9 (8 %) av meldingene. Kun i én tilbakemelding fra Kvalitetsutvalget etterlyses en mer kunnskapsbasert systematisk vurdering av fallrisiko og mulige forebyggende tiltak.

Hovedfunnene er diskutert i artikkelen. Jeg vil her i kappen utdype noen av diskusjonene som ble gjort der. I tillegg vil jeg trekke frem avdekkede forbedringsområder og antydningssvis skissere nødvendige forbedringer og vedlikehold av kvalitet jevnfør auditsirkelens siste to deler.

## 4.1 Enkelttiltakene

Enkelttiltakene knyttet til fallforebygging som oftest ble beskrevet i meldingene var de som er lett tilgjengelige, det vil si bruk av ringeklokke og sengehest. I bare noen få meldinger ble det beskrevet at det var vurdert om sengehesten var det beste tiltaket en kunne igangsette for den pasienten den var tenkt brukt til. Forskning sier at bruk av sengehest ikke nødvendigvis er et godt fallforebyggende tiltak da det ikke er påvist at fysiske restriksjoner gir reduksjon av fall eller skade (Evens et al. 2003). Det er derimot forskning som sier at bruk av sengehester kan føre til skade (Healey, 2008).

Retningslinjen fra 2009 anbefaler at sengehest og andre mobilitetsinnskrenkende tiltak bør være sistevalget (Australian Commission on Safety and Quality, 2009). Det anbefales videre i størst mulig grad å ha fokus på årsak til uønsket adferd og gjøre noe med årsaken istedenfor å ha fokus på å kontrollere adferden. At sengehest er beskrevet brukt i meldingen, uten at en samtidig har dokumentert en vurdering av årsak til uønsket adferd, kan likevel bety at en har gjort en bevisst vurdering uten at det er notert. Det kan dog også tyde på for liten viten om hva som anbefales i forhold til fysisk restriksjon og hvilken negativ effekt sengehest kan ha.

## 4.2 Tilleggsinformasjon

Mange av fallene ble rapportert på natt og 70 prosent av populasjonen som er beskrevet var eldre personer over 80 år. Disse eldre bruker briller. Det er likevel ingen beskrivelse av synsproblematikk eller lysforhold i noen av fallmeldingene og forslag som kunne bedre situasjonen. At dette ikke var nevnt kan jo skyldes at pasienten alltid hadde briller og lysbryter lett tilgjengelig ved sengen nattetid. Det kan også skyldes at det ble godt ivare tatt, men ikke beskrevet. Men det kan jo også tyde på manglende fokus og kunnskap om viktigheten av synshjelpemidler og lysforhold for å unngå fall blant eldre (Australian Commission on Safety and Quality, 2009).

I meldingene er de fleste fall beskrevet skjedd uten tilsyn. Fallhendelsene ble i 46 (40 %) av meldingene rapportert på natt eller tidlig morgen, det vil si mellom kl. 23.30 og kl. 07.20. Pasientene var videre i 51 (44 %) av meldingene rapportert i aktivitet på veg til eller fra toalettet eller i forflytning til og fra seng under fallhendelsen. Denne andelen er antagelig større da 27 (24 %) av meldingene mangler beskrivelse av aktivitet.

Denne store andelen beskrevet på veg til eller fra toalettet eller i forflytning til og fra seng harmonerer ikke helt med internasjonal forskning. Forskningen beskriver at fallulykker blant eldre skjer mest når de er oppe og i aktivitet og altså ikke i det de reiser seg opp fra sengen eller er oppe i forbindelse med nattlige toalettbesøk. (Lord, 2005). Forskningen beskriver dog at fall på natt blant eldre hjemmeboende er rundt 7 prosent, men at prosenten er tre til fire ganger høyere innen enkelte spesielle boenheter (Tinneti, 1997). Den store andelen av fallhendelser som blir beskrevet på nattestid i meldingene er vel derfor ikke overraskende med tanke på at pasienten ofte i utgangspunktet er noe forvirret eller mentalt redusert og sykehuset i tillegg er ukjente omgivelser. Med bakgrunn i informasjonen om hvor og under hvilken aktivitet og tidsperiode en stor andel av fallene er rapportert i meldingene, bør dette være noe å ha med i vurderingen ved den videre planlegging og valg av aktuelle fallforebyggende tiltak.

Meldingene beskriver i liten grad at de blir brukt til systematisk årsaksanalyse og derav læring og kvalitetsforbedringsforslag innen fallforebygging. Dette kan, som allerede diskutert i artikkelen, ha årsaker som dårlig tid til utfylling av skjema eller liten forståelse for hva hovedformålet med meldingen er. Noe av grunnen kan dog også ligge på hva type skader som skal meldes. Det er i dag bare de fallene som har ført til eller kunne ha ført til betydelig skade som er meldepliktige. Når meldefokus bare er på hendelser med store konsekvenser er det forståelig at tidsbruk og beskrivelse først og fremst blir på strakstiltak og det å få redusert skaden. Om ”nestenulykker” og uønskede hendelser med små eller ingen konsekvenser også var meldepliktig, ville en antagelig lettere kunne få større fokus på hovedformålet med meldingen. Forskningen beskriver at det kan være mer læring i nestenulykker og småulykker enn de med de største konsekvensene (Johnson, 2003).

Helsetilsynet oppgir i sin årsrapport fra 2009 en stor grad av underrapportering på avviksmeldinger. Dette bekreftes av tall fra tidligere Ullevål universitetssykehus. I det interne avvikssystemet hadde de 944 registrerte fall i perioden 2007-2009 og bare 26 av disse ble definert som betydelig skade og derav meldepliktig til Helsetilsynet. Dette bildet er vel med stor sannsynlighet også tilfellet ved de andre sykehusene i Norge og antall fallskademeldinger totalt i Norge i 2009 kan tyde på det. Dette betyr at mye viktig informasjon som kunne vært brukt til analyser og forbedring innen fallhendelser på nasjonalt plan ikke er tilgjengelig.

### 4.3 Forbedringsområder

Resultatet i auditen avdekker forbedringsområder som krever endring både på nasjonalt og lokalt nivå og det vil være behov for økt samarbeid mellom nivåene ved gjennomføring av forbedringstiltakene. I artikkelen til Mahajan (2010) anbefales det at lokale og nasjonale meldesystemer samarbeider tett og er godt koordinert for å få til den nødvendige læringen og ønskede forbedring. Da vil mer læring kunne foregå både innen hvert sykehus og mellom sykehusene (Mahajan, 2010).

Underrapportering kan gjøre læringspotensialet i meldingene mindre enn det kunne ha vært. At øket rapportering kan gi nedgang i uønskede hendelser viser SHOTs årsrapport fra 2009 et vellykket eksempel på (SHOT, 1996). Rapporten viser at antall dødsfall på grunn av blodtransfusjon har gått drastisk ned i takt med øket rapportering av uønskede hendelser ved transfusjon. Øke antall rapporteringer vil derfor være et område for forbedring.

At det bare er fall med betydelig skade og ikke de med ingen eller liten skade som blir meldt kan også være en svakhet med tanke på læring. Forskningen beskriver at det kan være mer læring i nestenulykker og småulykker enn de med de største konsekvensene (Johnson, 2003). Det ville derfor sannsynligvis bli mer læring om en også meldte fall som ikke medførte skade eller bare liten skade. Rapportering på fallhendelser med liten eller ingen konsekvens vil derfor være et område for forbedring.

Meldingene beskriver liten bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer eller prosedyrer for fallforebygging. Årsakene kan som beskrevet i artikkelen være flere, men en årsak kan være mangel på innførte kunnskapsbaserte retningslinjer. Å bruke den beste tilgjengelige kunnskapen er fundamentalt for kvaliteten i helsetjenesten og retningslinjer er et viktig verktøy for å informere og gjennomsyre praksis (Straus, Tetroe et al. 2009 s.73). Sikre innføring og bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer innen fallforebygging, der dette ikke allerede finnes, er derfor også et forbedringsområde.

Kunnskapsbaserte retningslinjer eller prosedyrer for fallforebygging kan finnes selv om de ikke er beskrevet brukt i meldingene, men de er kanskje ikke i bruk. Forskning beskriver at selv om en har innført retningslinjer blir de ikke alltid brukt (Stenberg & Wann-Hanson, 2010). Sikre bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer innen fallforebygging der de allerede finnes er derfor også et forbedringsområde.

Meldingene er ofte dårlig utfylt når det gjelder beskrivelse av fallforebyggende tiltak i motsetning til beskrivelsen av selve hendelsen og strakstiltak. Kvalitetsutvalget eller ledelsen fylte ofte heller ikke ut skjemaene på en tilfredsstillende måte. Et forbedringsområde er derfor å få melder og kvalitetsutvalget til å fylle ut skjemaene mer fullstendig og korrekt.

#### **4.4 Gjennomføring av forbedring**

Resultatet av studien må i første omgang publiseres og gjøres tilgjengelig for de involverte lokale og nasjonale instanser. Det kan i seg selv føre til noe forbedring, men er sjelden nok for å få endring til det bedre. I Principles for Best Practice in Clinical Audit sies det: ”Change in complex healthcare systems cannot be brought about simply by the analysis of data that indicate that care might be less than perfect”. Det sies videre i dokumentet at en systematisk tilnærming, som inkluderer identifisering av lokale barrierer for endring, bruk av teamwork og variasjon i metoder, er den mest effektive måten å skape endring i helsetjenesten ( NICE, 2002).

Følgende forbedringstiltak vil være aktuelle på nasjonalt nivå:

En av aktuelle forbedringstiltak vil være å overføre Meldesystemet fra Helsetilsynet til Enhet for pasientsikkerhet ved Kunnskapscenteret. Dette er allerede foreslått, men foreløpig ikke vedtatt i ny kommunal helse- og omsorgslov (Helse og omsorgsdepartementet, okt. 2010). Meldesystemet vil da bli organisert på en måte som anbefales av WHO, Europarådet og EU og som er anbefalt i oppsummert forskning (CPSI, 2007). Meldesystemet blir da et rent læresystem uten tilsynsfunksjon. En kan på denne måten antakelig øke rapporteringsandelen og dermed sikre Enhet for pasientsikkerhet nødvendig informasjon til i større grad å kunne støtte under helsetjenestens arbeid med læring og forebygging av uønskede hendelser, noe som var intensjonen når enheten ble etablert i 2007.

Et annet forbedringsområde vil være å gjøre en vurdering av dagens meldeskjema og blant annet endre det slik at det, tydeligere enn i dag, etterspør beskrivelse av kunnskapsbasert forebygging av uønskede hendelser.

Raskere tilbakemeldinger til melder på enkelthendelser og mer direkte oppfølging og systemrettet veiledning på hvordan en kan gjøre ting bedre vil også være et

forbedringsområde (Mahajan, 2010). Likeledes å gi kortere frist for melding av hendelsen til meldeinstans. Dette vil gjøre at melder har meldingen friskt i minne når tilbakemelding gis.

Et annet forbedringstiltak vil være å etterspørre melding av uønskede hendelser som ikke hadde konsekvenser eller små konsekvenser i tillegg til de som er meldepliktig i dag. Analyse av disse småhendelsene kan gi stor læringseffekt (Johnson, 2003).

Det bør også lages en kunnskapsbasert nasjonal fallforebyggende retningslinje for eldre innlagt ved norske sykehus. Denne bør være tilgjengelig via Helsebiblioteket ([helsebiblioteket.no](http://helsebiblioteket.no)). Dette vil lette arbeidet med å få laget tilpassede kunnskapsbaserte retningslinjer lokalt (Straus, Tetroe et al. 2009).

Aktuelle forbedringstiltak på lokalt nivå:

Et forbedringstiltak er å øke kompetanse gjennom å oppdatere kunnskap om fallrisiko, fallrisikovurderingsverktøy og aktuelle kunnskapsbaserte fallforebyggende tiltak gjennom jevnlig informasjon og undervisning av både avdelingspersonell og ledelse ved aktuelle avdelinger/ sykehus hvor eldre er innlagt (Australian Commission on Safety and Quality, 2009).

Et annet forbedringstiltak er at ledelsen eller kvalitetsutvalget gir rask og konstruktiv tilbakemelding på skademeldingene til melder både som innspill til endring av praksis og på utfylling av selve skjema (Bradley et al., 2004). Videre vil jevnlig informasjon fra ledelsen om hensikt med rapporteringen, viktigheten av korrekt rapportering og påviselig nytte av rapportering være en viktig drivkraft og motivasjonsfaktor til bruk av meldesystemet og korrekt utfylling av meldeskjema. I en kartlegging av holdninger og barrierer til rapportering av uønskede hendelser oppgav to tredjedeler av de spurte at manglende tilbakemelding antagelig var den viktigste grunnen til liten rapportering (Evans et al., 2006).

Et tredje forbedringstiltak er å tilpasse en nasjonal eller internasjonal kunnskapsbasert retningslinje om fallforebygging og ta den i bruk ved alle avdelinger der eldre pasienter er innlagt og det ikke allerede finnes en kunnskapsbasert retningslinje. Vi har ingen nasjonal retningslinje utarbeidet i dag, men en kan eksempelvis bruke en adapteprosess på den internasjonale retningslinjen “ Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best practice Guidelines for Australian Hospitals Australian Commission on

Safety and Quality in Healthcare (2009). Adapteprosessen beskriver trinn for trinn hvordan en går frem for å adaptere en nasjonal eller internasjonal retningslinje til lokale forhold (Straus, Tetroe et al. 2009 s.75).

For å sikre at retningslinjen tas i bruk i praksis kreves en implementeringsplan. Involvering av alle aktuelle interessenter fra starten av vil være viktig for å sikre at retningslinjen blir brukt i etterkant (Leentjens og Burgers, 2008). En annen viktig suksessfaktor ved implementering av retningslinjer er å engasjere klinikerne gjennom hele prosessen (Pior, Guerin og Grimmer-Somers, 2008). Å begynne i liten skala med et fallforebyggingsprosjekt og innføring av den tilpassede retningslinjen på de avdelingene med mest eldre og mange fall kan være en god implementeringsstrategi (Straus, Tetroe et al. 2009). Før og under prosjektet bør en overvåke og registrere både bruk av kunnskapsbaserte fallforebyggende tiltak og fallfrekvens. Prosjektresultat bør evalueres underveis og eventuell nødvendig endring foretas før prosjektperioden avsluttes og går over i vanlig drift og retningslinjen implementeres i andre aktuelle avdelinger.

#### **4.5 Vedlikehold av kvalitet**

For å vedlikeholde oppnådde ønskede forbedringer på lokalt nivå må en lage en plan for å overvåke og evaluere forbedringsarbeidet.

En bearbeidet og utdypet versjon av kvalitetssirkelen utviklet av Langley og Nolan er en aktuell modell å bruke i hele prosessen med forbedringsarbeid (Langley, Nolan et al. 1996). Metoden bygger på Demings klassiske PDSA- sirkel, **Plan, Do, Study, Act** (Deming, 1986). Sirkelen tydeliggjør at forbedringsarbeid aldri tar slutt, men må holdes på med kontinuerlig som en del av den daglige drift. Statistisk prosesskontroll (SPC) anbefales som verktøy til å følge med og evaluere tjenestene på en relativt enkel måte. Et kompendium til hjelp i forbedringsarbeid er utarbeidet for å gi veiledning i forbedringsarbeidets ulike trinn. Kompendiet med tittelen Forbedringsarbeid og Statistisk Prosesskontroller (SPC) er tilgjengelig på Kunnskapssenterets seksjon for kvalitetsutviklings nettside (<http://www.kunnskapssenteret.no>).

På kunnskapssenterets nettside finner en også en guide og verktøy for identifisering av faktorer som fremmer og hindrer varige forbedringer, og hvilke faktorer det bør arbeides med for å sikre videreføring. Dette verktøyet anbefales å tas i bruk for

vedlikeholde kvalitet. Verktøyet og guiden ” Sustainability” er utviklet av National Health Service (NHS) i Storbritannia og bearbeidet og oversatt av Center for kvalitetsudvikling i Midt Jylland, 2006 ( <http://www.gruk.no>).

Det kan også være aktuelt å gjøre en ny audit på meldinger om fallhendelser med gjennomføring av alle seks delene av auditsirkelen og lokal involvering. Dette vil antagelig først være aktuelt når den foreslåtte lovendringen om forvaltning av meldeordningen er gjennomført og ordningen har vært praktisert en tid. Gro Jamtvedt et al.( 2010) konkluderer i sin artikkel med at ”Audit and feedback can be effective in improving professional practice. When it is effective, the effects are generally small to moderate. The relative effectiveness of audit and feedback is likely to be greater when baseline adherence to recommended practice is low and when feedback is delivered more intensively”.

#### **4.6 Metodekritikk**

Problemstillingen og forskningsspørsmålene kunne blitt besvart med ulike metodebruk. Audit ble blant annet valgt som metode ut fra at prosjektet som ble planlagt ble definert som et kvalitetsforbedringsprosjekt og audit er en anbefalt metode å bruke til dette formålet (NICE, 2002).

Metoden er en god måte å få et objektivt blikk på kvaliteten i tjenesten som blir utført når en har, som i dette tilfellet, faste kriterier å måle kvaliteten opp imot. Auditmetoden skal, når den utføres i sin helhet som anbefalt fra NICE, involvere de aktuelle tjenesteutøverne i nødvendig forbedringsarbeid (NICE, 2002). En svakhet med denne auditen er derfor at bare de fire første delene av auditsirkelen ble gjennomført og det var ikke rom for lokal involvering. De to siste delene av auditsirkelen er bare antydningsskissert. Forskningsspørsmålene ble dog besvart ved bare å bruke deler av auditsirkelen.

Jeg kunne også valgt meldinger om andre typer skader for å få svar på min problemstilling. En av grunnene til at jeg valgte fallskademeldinger er at det her finnes mye forskning på området som sier at fall blant eldre er utbredt både i og utenfor sykehus og at det finnes kunnskapsbaserte fallforebyggende tiltak å bruke for å redusere fallfrekvens og fallrisiko blant denne aldersgruppen (Cameron et al., 2010). I tillegg er jeg utdannet fysioterapeut og spesielt interessert i forebyggende områder hvor min yrkesgruppe kan bidra til kvalitetsforbedring av helsetjenestene.



Det er beskrevet underrapportering av meldinger til Helsetilsynet (Helsetilsynet, 2010). Dette gjør at en ikke opererer med eksakte tall på populasjonen og resultatet i denne auditen er derfor ikke generaliserbare. Dette oppveies i noen grad ved at meldingene er fra alle sykehus i Norge over et helt år. Resultatet kan derfor likevel peke på generelle trender og brukes til avdekking av mulige forbedringsområder innen fallforebygging spesielt og Meldesystemet generelt.

En annen svakhet ved metoden er at en på forhånd ikke kunne vite sikkert om meldingene ville inneholde nok informasjon til å gi svar på forskningsspørsmålene og problemstillingen. Dette kunne til en viss grad ha blitt korrigert underveis ved å supplere med flere meldinger å vurdere. Meldinger fra 2008 var gjort tilgjengelige fra Helsetilsynet og kunne vært tatt med i utvalget om nødvendig.

Masterstudenten gjennomførte kvalitetsvurderingen i denne eksterne auditen i samarbeid med to veiledere ved Kunnskapssenteret. Ved ekstern audit er det sakkyndige utenfra som gjør vurderingen (Kjærgaard et al. 2001) og vi utgjorde auditgruppen. I Kjærgaards bok (Kjærgaard et al. 2001) anbefales at det er fire til seks personer med grundig klinisk erfaring innen området som gjør vurderingen. Vi var altså færre enn anbefalt i denne boken, men gruppen var sammensatt av tverrfaglig helsepersonell med lang klinisk erfaring fra sykehus og anbefalt tverrfaglig vurdering av materialet ble derfor ivaretatt.

En kunne også gjort audit på andre skademeldinger om fall om en gikk inn i meldesystemet til ett eller flere sykehus som har innført elektronisk rapportering av uønskede hendelser i sitt internkontrollsystem. Da kunne en sett på alle typer fallskademeldinger i en viss tidsperiode. Fordelen ville være at en da fikk sett på fallskademeldinger som inneholdt både betydelige skader som ble sendt videre til helsetilsynet, samt de med moderate og minimale skader. Dette ville antagelig gi et mer realistisk bilde av virkeligheten. Dette ville dog kreve en større involvering lokalt i forhold til å få tilgang til og anonymisert aktuelle meldinger. Eventuelt ville det blitt nødvendig med tillatelse til å få se og gå gjennom disse persondataene på aktuelle sykehus. Mer involvering lokalt ville vært positivt, men det ville krevd mer tid å få nødvendig godkjenning for enn prosjektperioden tillot. Selve gjennomgangen av meldingene ville også krevd mer tid og vært mer ressurskrevende å gjennomføre enn masterstudenten hadde til rådighet.

Valg av kriterier er gjort fra en oversiktsartikkel med god kvalitet fra 2010 (Camron et al., 2010) og en retningslinje fra 2009 (Australian Commission on Safety and Quality, 2009) som begge er anbefalte kilder for valg av kriterier til en audit (NICE, 2002).

Det blir i oversiktsartikkelen (Cameron et al., 2010) tatt forbehold om effekt av multifaktorielle tiltak, kriterium 1, ved korte sykehusopphold under to uker. Meldingene har ikke informasjon om liggedøgn og det kan derfor være at en del av pasientene i utvalget har kortere opphold. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser dog at eldre over 70 år har lengre gjennomsnittlig liggetid enn yngre og det er derfor sannsynlig at en del av de eldre pasientene i materialet har liggetid på to uker eller mer (<http://www.ssb.no>).

En annen oversiktsartikkel (Oliver 2007), som også bekrefter effekt av multifaktorielle tiltak, tar ikke dette forbeholdet om lengde på sykehusopphold. Den australske retningslinjen fra 2009 anbefaler også multifaktorielle tiltak til eldre i høyrisikogruppe uten forbehold om oppholdslengde. Den skisserer også en del samarbeid som bør foregå i forhold til oppfølging av fallrisikopasienter ved utskriving til kommunen om oppholdet blir for kort til at aktuelle tiltak kan settes i gang under innleggelsen (Australian Commission on Safety and Quality, 2009).

En kvalitativ metode kunne også vært et alternativ å bruke for å få svar på problemstillingen. En kunne brukt intervjuer eller observasjon eller kanskje helst en kombinasjon av disse på en eller flere avdelinger med mange eldre innlagt (Polit & Beck, 2008 s. 394) En kunne også valgt å se på en avdeling med innførte kunnskapsbaserte retningslinjer for fall og en avdeling som ikke hadde det, men som begge hadde mange eldre innlagt. Ved intervjuer kunne en intervjuet både avdelingspersonell og noen fra ledelse eller kvalitetsutvalg vedrørende bruken av fallskademeldinger. Intervjuer med personell som hadde meldt fallskader ville kunne gi et godt bilde av hvilke tiltak som ble brukt, om de lærte noe av å melde og om de endret noe etterpå.

En observasjon av hva som virkelig ble gjort i forhold til fallforebyggende tiltak, og om og på hvilken måte fallskademeldingene ble brukt, ville antagelig gi et mer sannferdig bilde enn hva som ville kommet frem i intervjuene (Polit & Beck, 2008). Det kunne nok derfor vært en stor fordel med en kombinasjon av intervju og observasjon. Da ville en kunne se om det som ble sagt ble gjort stemte med det som virkelig ble gjort. En kunne også konkret se om bruken av meldinger førte til læring og endring.

Den kvalitative tilnærmingen ville nok antagelig gitt ett mer riktig bilde av bruken av meldinger til læring og kvalitetsforbedring innen fallforebygging, selv om dette resultatet heller ikke ville kunne generaliseres. Det ville også være en større fare for bias ved observasjon og intervju enn ved en kriteriebasert audit av meldingene. Bias er all påvirkning under en studie som undergraver gyldigheten i resultatet (Polit & Beck, 2008 s. 748 ). Ved observasjon kan følelser, forutinntatthet, holdning og verdier eller personlige interesser hos observatør være slike bias. Og på samme vis, ved intervjuer vil den som blir intervjuet lett kunne påvirkes av intervjuer (Polit & Beck, 2008 ).

Et annet alternativ kunne vært en spørreundersøkelse, enten i papirform eller via nett. Dette ville vært mindre tid og kostnadskrevenne enn intervjuer og observasjon. Ved spørreundersøkelse ville en også unngått intervjubias, men det hadde sannsynligvis vært vanskeligere å få en like høy svarprosent som ved intervju (Polit & Beck, 2008). Lav svarprosent ville undergrave verdien av resultatet og en hadde nødvendigvis ikke fått et troverdig svar på problemstillingen. Spørsmål i en spørreundersøkelse kan også ofte bli for utydelige og til dels forvirrende for den som skal svare på spørsmålene og det kan igjen føre til misforståelser og feilaktige svar (Polit & Beck, 2008).

## **5. Konklusjon**

Ut fra det som fremgår i meldingene, ser det ut til at det i liten grad blir gjennomført fallforebyggende tiltak for eldre ved norske sykehus. Beskrivelsene i meldingene kan videre tyde på at det i svært liten grad blir gitt kunnskapsbaserte fallforebyggende tiltak. Beskrivelsene i meldingene antyder også at de i liten grad bidrar til læring og derav endring av praksis innen fallforebygging for eldre innlagt ved sykehus. Videre antyder studien at bruken av avviksmeldinger som forebyggende kvalitetsforbedringsverktøy nasjonalt er mindre enn ønskelig.

I materialet er det en stor grad av underrapportering så det kan ikke gis noe eksakt generaliserbart resultat. Dog kan en ut fra resultatet peke på trender og avdekke aktuelle forbedringsområder.

Resultatet antyder at det er grunn til å ha fokus på mer bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer innen fallforebygging ved norske sykehus. Studien viser videre at det også er grunn til å ha fokus på å få øket frekvensen av rapportering og frekvensen av

tilbakemelding på rapportering. Det vil sannsynligvis også være en fordel om meldeplikten i fremtiden omhandler uønskede hendelser med mindre eller liten konsekvens for pasienten i tillegg til de alvorlige hendelsene som rapporteres idag. Det vil antagelig øke læringseffekten og derav gi ytterligere forbedring av tjenesten.

## Referanser

Abdelhafiz, A.H., Austin, C.A., (2003) Visual factors should be assessed in older people presenting with falls or hipfracture. *Age Ageing*, 30 (1), s. 26-30.

American Geriatrics Society, British geriatrics Society and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention (2001) Guideline for the prevention of falls in older persons. *Journal American Geriatric Society*, 49 (5), s. 664-672.

Australian Comission on Safety and Quality in Healthcare (2009). *Preventing Falls and Harm From Falls in Older People : Best practice Guidelines for Australian Hospitals* Tilgjengelig fra

<[http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/com-pubs\\_FallsGuidelines/\\$File/30457-Guidelines-HOSP.PDF](http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/com-pubs_FallsGuidelines/$File/30457-Guidelines-HOSP.PDF)>

Batalden,P.B., Davidoff, F. ( 2006) What is “ quality improvement” and can it transform healthcare. *Quality and Safety in health care*. 16, s.2-3.

Bjørndal, A. & Hofoss, D.,(2006) *Statistikk for helse- og sosialfagene*. 2.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Bradley, E.H., Holmboe, E.S., Mattera, J.A., Roumanis, S.A., Radford, M.J., Krumhol, H.M. ( 2004) Data feedback efforts in quality improvement: lessons learned from US hospitals. *Quality and Safety in health care* 13, s26–31.

Cameron, I.D., Murray,G.R., Gillespie,L.D., Roberson, M.C., Hill,K.D., Cumming, R.G., Kerse,N ( 2010) *Intervention for preventing falls in older people in nursing facilities and hospitals*. Cochrane Database of Systematic reviews. Tilgjengelig fra :<  
<http://www.wilwy.com/Cochrane>>

Campbell, A.J., Borrie, M.J., Spears, G.F. ( 1989) Risk for falls in a community-based prospective study of people 70 years and older. *Journal of Gerontology*, 44 (4), s. 112-117.

Canadian Patient Safety Institute ( 2007) Appendix A *Adverse Event reporting and Learning System- A review of the Relevant Literature* [ Internett] Tilgjengelig fra <  
<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:FC3v4Z->

[www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/ReportingAndLearning/CanadianAdverseEventsReportingAndLearningSystem/Documents/CAERLS%2520Consultation%2520Paper%2520AppendixA.pdf+Adverse+Edvent+reporting+and+learning+System,+2007&hl=no&gl=no&pid=bl&srcid=ADGEESgyIwx3naq557FDsqnP2kOIhUM7mY4sqp8O4sX-w9h0\\_8uexn1osVxbqpY5Am9OWaVFah1rZqZzKMHTM3jVbqaROacN07LF9eY8LUafIfBFvWaPubiH95MjdZIZrmRj91N4wTSF&sig=AHIEtbTkGP-As6X6\\_bl7LRKPcixLyvgpjQ](http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/ReportingAndLearning/CanadianAdverseEventsReportingAndLearningSystem/Documents/CAERLS%2520Consultation%2520Paper%2520AppendixA.pdf+Adverse+Edvent+reporting+and+learning+System,+2007&hl=no&gl=no&pid=bl&srcid=ADGEESgyIwx3naq557FDsqnP2kOIhUM7mY4sqp8O4sX-w9h0_8uexn1osVxbqpY5Am9OWaVFah1rZqZzKMHTM3jVbqaROacN07LF9eY8LUafIfBFvWaPubiH95MjdZIZrmRj91N4wTSF&sig=AHIEtbTkGP-As6X6_bl7LRKPcixLyvgpjQ)

Cumming, R.G., (1990) Calcium intake and bone mass. *Calcified Tissue International*, 47, s. 194-201.

Cumming, R.G., (2008) Cluster randomized trial of a targeted multifactorial intervention to prevent falls among older people in hospital. *British medical journal*, 336, s. 758-760.

Deming, W.E. (1986) *Out of crisis*, Cambridge, Massachusetts, USA: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Study.

Den europeiske union (2009) Tilgjengelig fra [http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/patient\\_rec2009\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_rec2009_en.pdf)

Europarådet (2006) *Recommendation Rec* Tilgjengelig fra <http://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>

Evans, S.M., Berry, J.G., Smith, B.J., Esterman, A., Selim, P., O'Shaughnessy, J., DeWit, M. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Quality and Safety in health care* 2006, 15, s. 39-43.

Evans, D., Wood, J., Lambert, L. (2003). Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 41(3), s. 274–282.

Freedman, S.M., Munoz, B., West, S.K., Rubin, G.S., Fried L.P., (2002) Falls and fear of falling: which comes first? A longitudinal prediction model suggest strategies for primary and secondary prevention. *Journal American Geriatric Society* 50 (8): 1329-35.

Freeman, C., Todd, C., Camilleri-Ferrante, C., Laxton, C., Murell, P., Palmer, C.R., Parker, M., Payne, B., Rushton, N. (2002) Quality improvement for people with hip fracture: Experience from a multi-site audit. *Quality and Safety in health care*. 11, s.239-245.

Gillespie, L.D., Gillespie, W.J., Robertson, M.C, Lamb, S.E, Cumming, R.G., Rowe, B.H. (2009) *Interventions for preventing falls in elderly people*. Cochrane Database of Systematic reviews. Tilgjengelig fra: <<http://www.wiley.com/Cochrane>>

Grisso, J.A. et al., (1991) Risk factors for falls as cause of hip fracture in women. *New England Journal of Medicine*, 324, s. 1326-1331.

Healey, F., Oliver, D., Milne, A., Connelly, J. B. ( 2008) The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies. *Age and Ageing*. 37(4), s. 368-378.

Helse og omsorgsdepartementet (2011) *Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015)* Tilgjengelig fra <<http://www.regjeringen.no>>

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Prop. 91L ( 2010-2011) Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m* Tilgjengelig fra <<http://www.regjeringen.no>>

Helse- og omsorgsdepartementet (2002) *Forskrift om internkontroll i sosial- og helse*, Tilgjengelig fra <http://www.lovdato.no>

Helse- og omsorgsdepartementet ( 2006) *Nasjonal helseplan ( 2007-2010)* Tilgjengelig fra <<http://www.regjeringen.no>>

*Spesialisthelsetjenesteloven ( 2001)*. Tilgjengelig fra <<http://www.lovdato.no>>.

Helsetilsynet ( 2010) *Meldesentralen-årsrapport 2008-2009* [Internett] Tilgjengelig fra: <<http://www.helsetilsynet.no>>

Hoidrup, S., Sørensen, T.I., Grønback, M., Schroll, M. (2003) Incidence and characteristics of fall leading to hospital treatment: a one- year population surveillance study of the Danish population aged 45 years and over. *Public Health*, 31(1), s. 24-30.

Jamtvedt, G., Young J.M., Kristoffersen, D.T., O'Brien M.A., Oxman, A.D ( 2006) *Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes* [

[Internett] Cochrane Database of Systematic Reviews Tilgjengelig fra ≤  
<http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000259.pdf>>

Johnson, C.W.(2003) How will we get the data and what will we do with them ? *Quality and Safety in health care*. 12, s. 64-67.

Kjærsgaard J., Jørgensen T., Mainz J., Willaing I., (2001) *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*. Munksgaard, København.

Korsmo, T. *Hvordan kan vi skape vedvarende forbedring*. Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten, seksjon for kvalitetsutvikling. Tilgjengelig fra<  
[http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/Guide\\_for\\_vedvarende\\_forbedring -  
\\_kortversjon.pdf](http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/Guide_for_vedvarende_forbedring_-_kortversjon.pdf)>

Kunnskapssenteret.no ( 02.06.2009) *Forbedring og statistisk prosesskontroll (SPC)*  
[Internett] Tilgjengelig fra  
[http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Forbedringsarbeid+og+Statistisk+Prosesskontroll+\(SPC\)+2.0.6330.cms](http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Forbedringsarbeid+og+Statistisk+Prosesskontroll+(SPC)+2.0.6330.cms)

Lamb ( 2007) *Fall prevention taxonomy for classifying interventions* [ Internett]  
Prevention of Falls Network Europe. Tilgjengelig fra < <http://www.profane.eu.org>>

Langley , Nolan, Nolan, Norman, Provost ( 1996) *The Improvement Guide*, New York;  
Jossey Bass.

Larsen, E.R., Moskilde, L., Foldspang, A., (2004) Correlates of falling during 24 h  
among elderly Danish community residents. *Preventive Medicine*, 39 (2), s.389-398.

Leentjens, A.F., Burgers, J.S (2008). What factors are important for the successful  
implementation of guidelines? *Tijdschr Psychiatr.* 50 (6), s. 329-335.

Lord, S.R, Sturnieks, D.L. (2005) The physiology of falling: assessment and prevention  
strategies for older people. *Journal of Science Medicine in Sport* 8(1), s.35-42.

Mahajan, R.P., Critical incident reporting and learning. (2010) *British Journal of Anaesthesia* 105 (1), s. 69–75.



- Masud, T., Morris, R.O., (2001) Epidemiology of falls. *Age and Aging*, 30-S4, s. 3-7.
- Moreland, J.D., Richardson, J.A., Goldsmith, C.H., Clase, C.M., (2004) Muscle weakness and falls in older adults: a systematic review and metaanalyses. *American Geriatrics Society*, 52 (7), s. 1121-1129.
- National Institute for Clinical Excellence (2002) *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. Tilgjengelig fra: <http://www.nice.ork.uk>.
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Gravenholt, B & Reiner, L.M. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert-arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo, Norsk sykepleieforbund.
- Oliver, D., Connelley, J.B., Victor, C.R., Shaw, F.E., Whitehead, A., Genc, Y., Vanoli, A., Martin, F.C., Gosney, M.A. (2007) Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *British medical journal*, 13;334( 7584), s. 82-88.
- Polit, D. & Beck, C.T. (2008) *Nursing research .Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 8.utg. Wolter Kluwer Business, Amsterdam.
- Prior, M., Guerin, M., Grimmer-Somers, K. (2008). The effectiveness of clinical guideline implementation strategies- a synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 14 (5), s.888-897.
- Serious Hazards of Transfusion. *Annual Report 2009, Summery*. [ Internett] Manchester Blood centre. Tilgjengelig fra <http://www.shotuk.org/wp-content/uploads/2010/06/SHOT-2009-Summary.pdf>
- Sosial og helsedepartementet (1995) *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling (1995-2000)* Tilgjengelig fra [http:// helsetilsynet.no](http://helsetilsynet.no)
- Sosial og helsedirektoratet ( 2005) *Nasjonal startegi for kvalitetsforbedring i sosial-og helsetjenesten...og bedre skal det bli ( 2005-2015)* Tilgjengelig fra <http://helsedirektoratet.no>
- Straus, S., Tetroe, T., Graham, I.D. (2009). *Knowledge translation in Health care*. West Sussex, UK, Blackwell Publishing Ltd.

Stenberg, M., Wann-Hansson, C., ( 2010) Health Care Professionals' Attitudes and Compliance to Clinical Practice Guidelines to Prevent Falls and Fall Injuries. *Worldviews Evid Based Nurs.* Tilgjengelig fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-6787.2010.00196.x/full>

Tinetti, M.E., Williams, C.S. ( 1997) Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home. *The new.England Journal of.Medicine.* 337(18), s.1279-1284.

Vestergaard, P., (2003) *Fracture risk secondary to disease.* Thesis. Aarhus Universitet.

World Health Organisation (2005) *Draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. From information to action.* [ Internett] Tilgjengelig fra [http:// www.who.int/patientsafety/events/05/ReportingGuidelines.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/ReportingGuidelines.pdf)



HØGSKOLEN I BERGEN

## **Dagens meldesystem bidrar i liten grad til kvalitetsforbedring innen fallforebygging ved sykehus i Norge**

Elise Rasmussen Hausken.

Masterprogram i kunnskapsbasert praksis i helsefag.

Senter for kunnskapsbasert praksis.

Avdeling for helse-og sosialfag, Høgskolen i Bergen

Det er planlagt å sende artikkelen til Tidsskrift for Den norske legeforening.

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn**

Pasientsikkerhet og kontinuerlig kvalitetsforbedring innen helsetjenesten er blitt et område som vies økende oppmerksomhet i vestlige land. Alle som yter spesialisthelsetjenester i Norge plikter ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 å melde fra til Helsetilsynet i fylket om hendelser som har ført til, eller kunne ha ført til betydelig skade på pasienter. Hovedformålet med meldeplikten er å avklare bakgrunn for hendelsen og forebygge at tilsvarende skjer igjen. Tretten prosent av meldinger registrert hos Helsetilsynet i 2008-2009 omhandler fallhendelser. Denne studien har fokus på meldingenes funksjon som kilde til læring av feil slik at praksis blir endret til det bedre innen fallforebygging.

### **Materiale og metode**

Vi gjennomførte en kriteriebasert audit. Audit er en type kvalitetsmåling. Kriteriene var på forhånd definerte kunnskapsbaserte anbefalte fallforebyggende tiltak. Utvalget besto av 115 anonymiserte fallskademeldinger for personer over 67 år sendt Helsetilsynet fra sykehus i Norge i 2009.

### **Resultat**

Av de 115 fallskademeldingene som ble vurdert omhandlet 80 (70 %) personer på 80 år eller eldre. Fallforebyggende tiltak ble beskrevet før fall i 9 (8 %) av alle meldingene. Etter fall ble fallforebyggende tiltak beskrevet i 35 (30 %) av meldingene. Både før og etter fall er det i svært liten grad beskrevet at det er gitt fallforebyggende tiltak som tilfredsstillende de anbefalte kriteriene.

### **Fortolkning**

Studien tyder på at dagens meldinger i liten grad bidrar til forbedring av praksis innen fallforebygging blant eldre innlagt ved norske sykehus. Studien indikerer behov for forbedring innen bruken av avviksmeldinger til kvalitetsforbedring.

Nøkkelord: spesialisthelsetjeneste, kunnskapsbasert medisin, forebyggende medisin, eldre, kvalitet.

Det norske sammendraget vil bli oversatt til engelsk av en translator i Tidsskrift for Den norske legeforening etter at manuset er godkjent.

## **Bakgrunn**

Helsetjenester i vestlige land er blitt så kompliserte at systemet i seg selv kan utgjøre en helseisiko for pasienter. Internasjonalt er det stort fokus på pasientsikkerhet og kvalitetsforbedringsstrategier. Flere land har de senere år utarbeidet strategier for å bedre sikkerhetskultur innen helsetjenesten, og derigjennom understøtte kontinuerlig kvalitetsforbedring, ved blant annet å opprette meldesystemer for uønskede hendelser (1,2).

Pasientsikkerhet og kontinuerlig kvalitetsforbedring vies økende oppmerksomhet i Norge. Norge har hatt nasjonale meldesystemer for uønskede hendelser i helsetjenesten helt siden 1993 (3). Det er også utarbeidet en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring... og bedre skal det bli 2005-2015 (4). Kvaliteten på helsetjenester skal jevnfør dette strategidokumentet være kjennetegnet ved at de skal være sikre og trygge. I 2007 ble det videre etablert en nasjonal enhet for pasientsikkerhet som har som formål å støtte opp om helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge feil og utilsiktede hendelser.

Alle som yter spesialisthelsetjenester i Norge har etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 plikt til å melde fra til Helsetilsynet i fylket om hendelser som har ført til eller som kunne ha ført til betydelig personskade på pasienter (5). Meldeplikten skal bidra til å avklare årsaker til uønskede hendelser og til at erfaring blir brukt til kvalitetsforbedring (6). Meldeplikten er ment å understøtte helseinstitusjonenes internkontrollsystem og kvalitetsarbeid. Helsepersonell som avdekker uønskede hendelser som er meldepliktig skal, etter utførte strakstiltak for å begrense/ redusere eventuell skade, fylle ut et meldeskjema (7). Utfylt meldeskjema blir sendt videre til vurdering av ledelse eller kvalitetsutvalg ved sykehuset. Ledelse eller kvalitetsutvalg påfører sin vurdering om beskrevne tiltak og oppfølging er tilfredsstillende og gir tilbakemelding til avdeling før meldingen blir sendt Helsetilsynet i fylke. I Helsetilsynets årsmelding fra 2009 (3) angis det en stor grad av underrapportering av meldinger fra sykehusene.

I forslag til ny kommunal helse og omsorgslov er det foreslått å endre meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven slik at ordningen blir et rent læresystem uten frykt for

sanksjoner. Det foreslås å flytte meldeordningen fra Statens helsetilsyn til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (8).

Mellom 3- 20 % av pasientene på sykehus faller minst én gang ved oppholdet (9). Fall koster lidelse for pasienten og gir høye kostnader for helsetjenesten. I en svensk offentlig rapport om fallskader hos eldre vises det til at hoftebrudd koster 250.000 kroner å behandle og rehabiliterer det første året (10). Kostnaden fall medfører vil antagelig øke da antallet eldre over 80 år vil dobles i løpet av de neste 50 årene.

Kunnskapsbaserte fallforebyggende tiltak blant eldre innlagt ved sykehus er derfor et område som bør fokuseres på og gis høy prioritet. Oppsummert forskning viser at flerfaglige fallforebyggende tiltak gir reduksjon av fallfrekvens og fallrisiko (11).

Formålet med studien er å undersøke om meldinger om fallhendelser, blant eldre i sykehus i dag, brukes til kvalitetsforbedring innen fallforebygging.

## **Materiale og metode**

Vi hentet data om fallhendelser fra avviksmeldinger som ble sendt Helsetilsynet i 2009. Vi gjennomførte studien som en audit (12). En audit er en type kvalitetsmåling som kan beskrives som en sirkel. Auditsirkelen består av seks deler, planlegging av kvalitetsmåling, valg av kriterier, datainnsamling, avdekking av forbedringsområder, gjennomføring av nødvendige forbedringer og opprettholdelse av kvalitetsnivå. De fire første delene av auditprosessen ble gjennomført i dette prosjektet. Vi brukte kunnskapsbaserte fallforebyggende tiltak som kriterier og vurderte innholdet i meldingene opp mot disse kriteriene.

Utvalget var alle fallskademeldinger for personer over 67 år som var sendt Helsetilsynet i 2009. Fallskademeldingene fra 2009 ble gjort tilgjengelig i anonymisert form fra Helsetilsynet.

Valg av kriterier for audit.

Vi kom frem til to kunnskapsbaserte fallforebyggende tiltak som vi benyttet til kriterier i auditen, se Tabell 1. Tiltakene var basert på en systematisk oversikt av god kvalitet fra 2010 (11). Resultatene i denne artikkelen sammenfaller i stor grad med resultatet fra en annen god oversiktsartikkel fra 2007 og anbefalinger i en retningslinje fra 2009 (13, 14). Kriterium 1, besto av ”Multifaktorielle tiltak iverksatt på bakgrunn av individuell

risikovurdering”. Tiltakene skulle være sammensatt av to eller flere tiltakskategorier, men det var ingen anbefalinger på hvilke som burde kombineres. Kriterium 2 var, trening med veiledning. Veiledet trening var det eneste tiltaket som ble anbefalt som effektivt enkelttiltak. Dette tiltaket ble derfor definert som eget kriterium i tillegg til å være en del av kriterium 1.

Risikovurderingen som skulle være gjort for å oppfylle kriterium 1 ble valgt med utgangspunkt i retningslinjen fra 2009 (14). Vi definerte fallrisikovurderingen ivaretatt når to eller flere av de anbefalte områdene fra retningslinjen var beskrevet vurdert. De anbefalte områdene var fallhistorie, medisiner, almenntilstand, ernæringstilstand, gange og balansefunksjon, muskelsvakhet, osteoporose, inaktivitet, forvirring og kognitiv funksjon, inkontinens, syn, bruk av hjelpemidler og miljømessige forhold.

#### Datainnsamling.

Alle meldingene ble lest igjennom og data ble hentet ut av prosjektleder. Informasjon om antall pasienter som hadde fått fallforebyggende tiltak før og etter fall ble hentet ut i tre kategorier. Kategori en og to var de pasienter som tilfredsstilte ett eller begge kvalitetskriteriene. Kategori tre var pasienter som hadde fått fallforebyggende enkelttiltak som ikke tilfredsstilte kriteriene. I tillegg hentet vi ut informasjon om kvalitetsutvalgets eller ledelsens forslag til ytterligere tiltak.

Vi hentet også ut tilleggsinformasjon om avdelingsvis fordeling, alder, tidspunkt for fall, antall fall med tilsyn, aktivitet ved fall, sted for fall samt beskrevet mental tilstand og fysisk funksjonsnivå.

Vi gjennomførte ”interrater reliability” (IRR) ved å la to av forfatterne gå igjennom og kategorisere informasjon fra ti tilfeldige meldinger separat i de på forhånd definerte informasjonskategoriene (15). Kategoriseringen var helt sammenfallende.

#### Analyse.

Det ble gjort en deskriptiv fremstilling av innsamlede data fra utvalget. Vi tok ut data på nominalt nivå, og resultatet ble oppgitt i andeler og prosent (16).

Studien ble fremlagt regional etisk komité (REK). REK bekreftet at godkjenning ikke var nødvendig da studien ble definert som et forbedringsprosjekt. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) ble ikke kontaktet for godkjenning da

datamaterialet var fra allerede eksisterende anonymiserte meldinger. Personvernombud i Helse Bergen ble også kontaktet på bakgrunn om krav om dette for å få utgitt artikkelen. Her ble det bekreftet at anonyme opplysninger ikke var meldepliktig til dem eller andre instanser.

## **Resultater**

I 2009 var det i alt 118 meldinger om fall i avviksmeldingene. Tre ble ekskludert fordi de omhandlet selvmordsforsøk eller fall i forkant av innleggelse på sykehus.

Det var ikke beskrevet noen type fallforbyggende tiltak verken før eller etter fall i 80 (70 %) av meldingene. Det var rapportert at det var gitt enkelttiltak i forkant av fall i 8 (7 %) av meldingene. Etter fall var det beskrevet gitt enkelttiltak i 35 (30 %) av meldingene. Se Tabell 2 for nærmere beskrivelse av tiltakene som ble gitt. Bare i en melding er det rapportert at det var forsøkt gjennomført kunnskapsbasert veiledet trening dvs. gangtrening.

Kvalitetsutvalget / ledelsen, heretter kalt kvalitetsutvalget, er fornøyd med gjennomførte eller foreslåtte tiltak i 71 (62 %) av meldingene. I 16 (14 %) av meldingene var de ikke fornøyd, og i 28 (24 %) av meldingene var det ingen vurdering fra Kvalitetsutvalget. I tilbakemelding til avdelingen kommer Kvalitetsutvalget med forslag om fallforbyggende tiltak i 9 (8 %) av meldingene. Kun i en tilbakemelding fra Kvalitetsutvalget etterlyses en mer kunnskapsbasert systematisk vurdering av fallrisiko og mulige forebyggende tiltak.

En oppsummering av pasientkarakteristika er gjort i Figur 1 og Tabell 3.

## **Diskusjon**

Vi har gjennomført en kvalitetsmåling av meldinger i dagens meldesystem for uønskede hendelser og vi har sett på om de brukes som en kilde til læring og endring av praksis til det bedre innen fallforebygging.

Beskrevet underrapportering av meldinger til Helsetilsynet er en svakhet ved denne studien.(3) Vi opererer ikke med eksakte tall på populasjonen og resultatet i denne auditen kan derfor ikke generaliseres. Dette oppveies i noen grad ved at meldingene er fra alle sykehus i Norge over et helt år. Resultatet kan derfor likevel peke på generelle



trender og brukes til avdekking av mulige forbedringsområder innen fallforebygging og bruken av Meldesystemet.

Bare ni av 115 meldinger angir at det er gitt fallforebyggende tiltak i forkant av fallet selv om meldingene omhandler eldre som i høy grad har tilleggsrisiko for fall. Bakgrunnsinformasjonen viser at 80 (70 %) av fallskademeldingene omhandler personer på 80 år eller eldre (tab.3). Videre er populasjonen i nær halvparten av meldingene rapportert med redusert fysisk funksjonsnivå og nær 44 (40 %) med redusert mental tilstand (fig. 1). Materialets andel av personer over 80 år er naturlig da pasientstatistikk fra Statistisk sentralbyrå angir at personer over 80 år stod for 131.882 døgnopphold og 841.677 liggedager, dvs. både 22 % av alle liggedager og 22 % av alle døgnopphold ved somatiske sykehus i 2009 (17).

Utifra det som fremgår i meldingene ser det ut til at fallforebyggende tiltak i liten grad ble gjennomført. Videre ser det ut til at det i liten grad ble gjort anbefalt risikovurdering i forkant av at de fallforebyggende tiltakene ble gitt (14).

Høy alder sammen med vurdert redusert kognitiv og/eller fysisk funksjonsevne gir ifølge internasjonal forskning øket risiko for fall (18). På bakgrunn av pasientenes alder og beskrevne funksjonsnivå kunne en derfor forvente at bruk av fallforebyggende tiltak ville være større enn beskrevet. Det kan likevel være gitt fallforebyggende tiltak som ikke er beskrevet i meldingene, men samtidig kan det også være planlagt og beskrevet fallforebyggende tiltak i meldingene som ikke er blitt gjennomført.

På den annen side, sammenlignet med forskning som angir 3-20 % fall ved sykehusopphold, er andelen fall av totalt antall innlagte eldre lav. Enten er det veldig få eldre som faller i norske sykehus og/eller fallene har så små konsekvenser at de derfor ikke blir rapportert videre til Helsetilsynet. Det ville i så måte være veldig bra, men få rapporterte fallskader er nok mer sannsynlig grunnet i kjent underrapportering. Både Helsetilsynet og internasjonal forskning viser til stor grad av underrapportering av uønskede hendelser i sykehus (3,19,20).

Statistisk sentralbyrå rapporterte 249 194 døgnopphold og 1 535 076 liggedager i somatiske sykehus for personer over 70 år i 2009 (17). Tre prosent av alle registrerte døgnopphold skulle da tilsi over 7476 fall i året. Fem prosent av skadene ved fall er

bruddskader (21). Det skulle tilsi at minimum 374 fall førte til brudd i 2009, altså betydelig skade. Disse tallene understøtter den angitte underrapporteringen.

Mangelen på beskrevet risikovurdering før fall med etterfølgende målrettede fallforebyggende tiltak kan ha ulike og sammensatte forklaringer. En forklaring kan være dårlig bevissthet om og/ eller manglende retningslinjer for fallforebygging ved den enkelte avdeling /sykehus. Noen meldinger kan tyde på det. Åtte av meldingene har beskrevet planer om å ha fall og fallforebygging på dagsorden på fremtidige personalmøter og/eller en minner generelt om bruk av allerede eksisterende behandlingsplaner for personer med falltendens.

Det kan også ha sin forklaring i pressede personalressurser slik at fallforebygging blir oppgaver som, i en travel hverdag, ikke ses på som helt nødvendig eller viktig nok til å prioriteres. Dette underbygges til en viss grad i fritekstdelen der det i enkelte av meldingene etterspørres flere personalressurser for å kunne gi bedre oppfølging av forvirrede pasienter. Det kan også handle om at dette er et uavklart ansvarsområde på avdelingen som ingen av de ulike faggruppene ser på som sitt ansvarsområde og dermed heller ikke føler ansvar for å bidra i forhold til.

Forskning viser også at selv om en har innført retningslinjer for fallforebygging blir de ikke automatisk tatt i bruk og fulgt opp. Faktorer som ser ut til å redusere barrierer for etterlevelse av retningslinjen er ifølge en nyere undersøkelse et støttende lederskap, systematisk evaluering av resultater og bruk av fasilitator (22). En fasilitator er definert som en person som hjelper en gruppe til å forstå felles utfordringer og assisterer dem til å planlegge for å oppnå felles mål uten å ta direkte del i diskusjonen (23).

I 68 (59 %) av meldingene ble det krysset av for at det ble gitt fallforebyggende tiltak etter fallhendelsen. Meldingene viste i noen grad øket konkret beskrevne fallforebyggende tiltak etter fallhendelsen i sammenligning med før fall, men fortsatt manglet 80 (70 %) meldinger konkrete beskrivelser av tiltakene. I bare 35 (30 %) av meldingene ble det i fritekstdelen beskrevet konkrete fallforebyggende tiltak gitt til pasienten. Videre var det i 15 (13 %) av meldingene svært detaljert rapportert om medisinsk oppfølging som ble gitt eks. legetilsyn, røntgen, operasjon, men ingenting var beskrevet om fallforebyggende tiltak.

Dette tyder på dårlig samsvar mellom avkryssing og fritekstbeskrivelse, men det sier også noe om at fokus ikke var på forebygging. Ordlyden på hva en etterspør i skjema er ganske tydelig, så det er lite trolig at uforståelig ordlyd er skyld i mangelfull utfylling. Årsaken kan antagelig være både tidspress og manglende bevissthet rundt hovedformålet med skademeldingene hos dem som avdekket hendelsen og fylte ut skjema. Nyere forskning peker på at tungvinte rapporteringsprosedyrer og manglende tiltak for forbedring også kan være noe av grunnen til dårlig rapporteringskultur (24).

Meldingene manglet gjennomgående i stor grad beskrivelse av gjennomførte eller planlagte systematiske årsaksanalyser i forhold til fallproblematikk på avdelingene. De manglet også i stor grad beskrivelse av individuelle kunnskapsbaserte risikoanalyser og etterfølgende kunnskapsbaserte tiltak etter fall. Dette tyder på dårlig forståelse for hva hovedformålet med meldingene er hos melderene. Det kan også tyde på liten kunnskap om hvordan en utfører hendelsesanalyser.

Kvalitetsutvalget har i stor grad krysset av for at de er fornøyd med foreslåtte eller planlagte fallforebyggende tiltak, eller de har ikke krysset av i det hele tatt. I de 16 (14 %) av meldingene de ikke er fornøyd, kommer de med tilbakemelding om fallforebyggende tiltak til avdelingen i 9 (8 %) av tilfellene. Det kan likevel være at kvalitetsutvalget har gitt flere tilbakemeldinger til avdelingen enn det som er notert på meldeskjemaene. Kun i en av tilbakemeldingene til avdelingen etterlyses en mer systematisk kunnskapsbasert praksis innen fallforebygging.

Årsaken til at Kvalitetsutvalget i så liten grad kommer med flere tilrådinger og forslag til kunnskapsbasert fallforebygging er vanskelig å ha en god forklaring på. Kvalitetsutvalget kan ha for dårlig kunnskap om anbefalte kunnskapsbaserte fallforebyggende tiltak og derfor vurderer så mange foreslåtte tiltak som tilfredsstillende. Det kan også være en ressursvurdering og prioritering som ligger til grunn for manglende tilbakemelding om andre eller ytterligere tiltak.

Kvalitetsutvalgets manglende tilbakemelding om for dårlig utfylte skjema og manglende innspill om mer bruk av kunnskapsbaserte fallforebyggende tiltak er sannsynlig medvirkende årsak til at meldingene i liten grad synes å bli brukt til kvalitetsforbedring innen fallforebygging. I Mahajans artikkel ” Critical incident reporting and learning ” fra 2010 pekes det på at tilbakemelding til melder er svært viktig og at tilbakemeldingen bør inneholde analyseresultater både av aktive

risikofaktorer og latente risikofaktorer. Videre sier han at tilbakemeldingene bør inneholde hva som på bakgrunn av meldingene er blitt gjort og på hvilket nivå det er gjort noe (Mahajan, 2010). Betydningen av aktiv involvering av ledelse blir også trukket frem som en viktig suksessfaktor og tiltak i flere pasientsikkerhetskampanjer, eksempelvis i National Health Services (NHS) kampanje ”Patient Safety Leadership WalkRounds TM” (25).

## **Konklusjon**

Det ser ut til at meldingene i liten grad blir brukt til læring og kvalitetsforbedring innen fallforebygging. Utifra det som fremgår i meldingene, ser det ut til at det i liten grad blir gjennomført fallforebyggende tiltak for eldre ved norske sykehus. Beskrivelsene i meldingene kan videre tyde på at det også i liten grad blir gitt kunnskapsbaserte fallforebyggende tiltak.

Studien indikerer behov for forbedring innen bruken av avviksmeldinger til kvalitetsforbedring. Trenden i funnene understøtter den foreslåtte lovendringen hvor det foreslås å flytte meldesystemet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og dermed gjøre det til et rent læresystem. Dette vil også være i tråd med anbefalinger i internasjonal forskning.

### Hovedbudskap

- Det er i liten grad beskrevet bruk av kunnskapsbaserte fallforebyggende tiltak i meldingene både før og etter fall.
- Studien tyder på at meldingene i liten grad bidrar til læring og derav endring av praksis til det bedre innen fallforebygging for eldre innlagt ved sykehus.

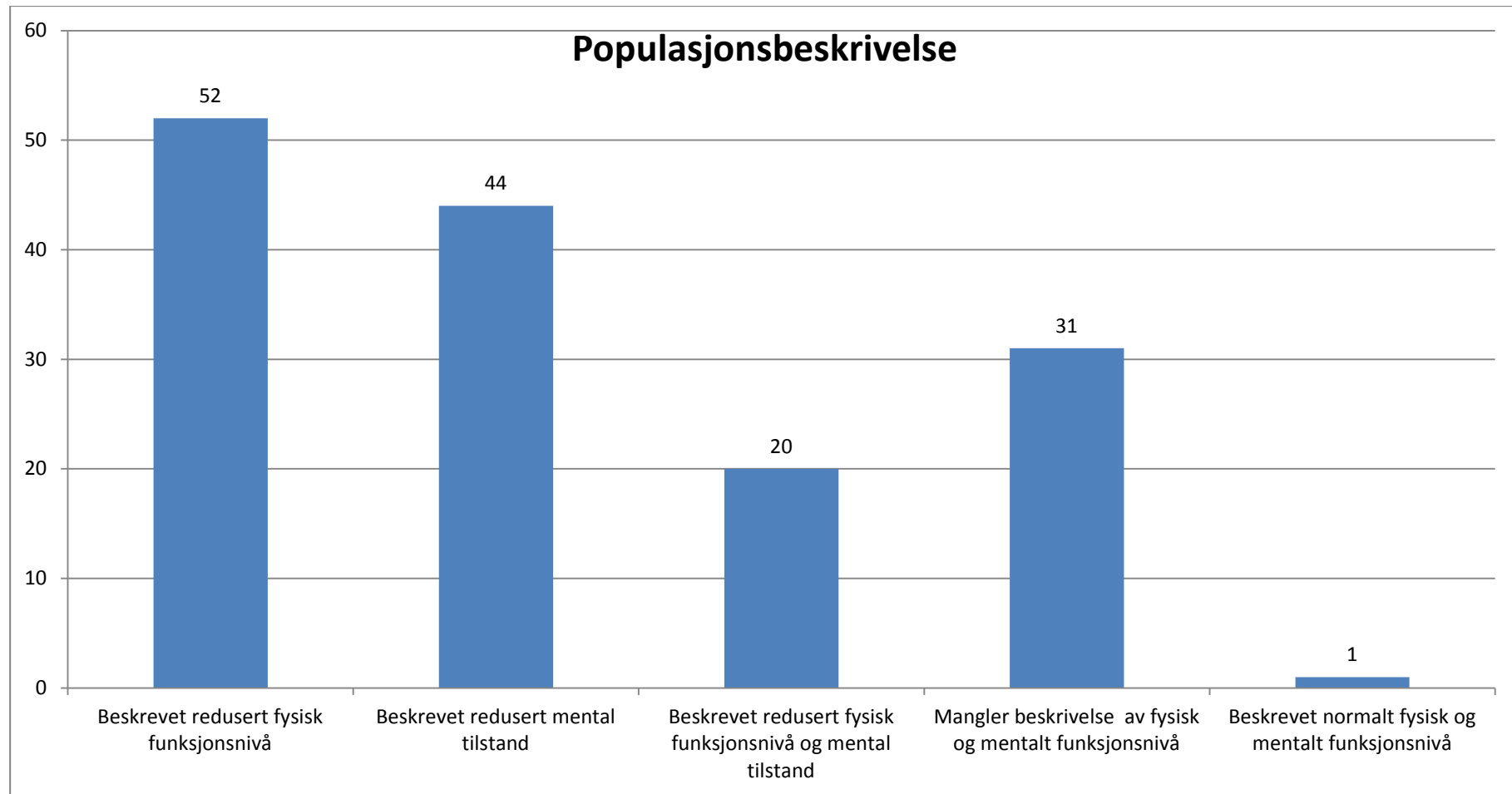
Tabell 1. Kunnskapsbaserte kriterier for kvalitetsvurdering.

| Kriterium   | Dokumentasjon  | Datakilde   |
|---|--|---|
| <p><b>1. Multifaktorielle tiltak gitt på bakgrunn av en systematisk individuell risikovurdering (minimum to tiltakskategorier)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- medikamentgjennomgang / regulering med spesiell fokus på fallrisiko</li> <li>- medisinsk vurdering og behandling/ oppfølging, eks. avdekke og behandle kardiovaskulær sykdom, ernæring og væske tilstand og inkontinensproblematikk</li> <li>- miljøtilrettelegging eks. møblering, høyde på seng, lys, briller, ganghjelpemidler, egnet fottøy, alarm</li> <li>- undervisning i fallrisiko og fallforebyggende strategier for pasient, pårørende og personell</li> <li>- veiledet trening eks. gangtrening, balansetrening, funksjonell trening eller styrketrening</li> </ul> | <p>Cameron et al., 2010. (11)</p> <p>Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, 2009 . (14)</p> <p>Oliver et al., 2007. (13)</p> | <p>Avkryssinger i avviksmeldingsskjemaene, side 1 og 3, samt fritekst. ( 7)</p> |
| <p><b>2. Veiledet trening</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gangtrening, balansetrening, funksjonell trening eller styrketrening</li> </ul>  | <p>Cameron et al., 2010. (11)</p>  | <p>Avkryssinger i avviksmeldingsskjemaene, side 1 og 3, samt fritekst. (7)</p>  |

Tabell 2. Fallforebyggende tiltak beskrevet i avviksmeldingene (n = 115).

| <b>Fallforebyggende tiltak beskrevet planlagt eller gjennomført</b>  | <b>Antall pasienter med beskrevet planlagt eller gjennomført tiltak før fall</b> | <b>Antall pasienter med beskrevet planlagt eller gjennomført tiltak etter fall</b> | <b>Antall meldinger med foreslåtte tiltak fra kvalitetsutvalget</b> |
|--|--|--|---|
| <b>Kriterium 1. Multifaktorielle tiltak på bakgrunn av individuell risikovurdering (minimum to tiltakskategorier)</b><br>- medikamentgjennomgang / regulering med spesiell fokus på fallrisiko<br>- medisinsk vurdering og behandling/ oppfølging, eks. avdekke og behandle kardiovaskulær sykdom, inkontinens, væske og ernæringsproblematikk<br>- miljøtilrettelegging eks. møblering, høyde på seng, lys, briller, ganghjelpemidler, egnet fottøy, alarm<br>- undervisning i fallrisiko og fallforebyggende strategier for pasient og pårørende<br>-veiledet trening eks. gangtrening, balansetrening, funksjonell trening, styrketrening | 0  | 0  | 1   |
| <b>Kriterium 2. Veiledet trening</b><br>gangtrening, balansetrening, funksjonell trening, styrketrening  | 1  | 0  | 0   |
| <b>Andre tiltak</b><br>eks. bruk av sengehest, ringesnor festet til skjorte, gjennomgang av medisin, ganghjelpemiddel tilgjengelig, holde det ryddig, seng nærmere wc, pasientseng ut i korridor for bedre tilsyn, informasjon til pasient om fallrisiko og forebygging, påse rett fottøy, hyppig følge til toalettet, blærescan, blodsukkerregistrering, fastvakt   | 8  | 35   | 8   |
| <b>Ingen tiltak beskrevet</b>  | 106  | 80   | 106   |

Figur 1.



Tabell 3. Annen bakgrunnsinformasjon fra avviksmeldingene ( n = 115).

| <b>Bakgrunnsinformasjon fra meldingene:</b> | <b>Pasienter i prosent:</b> |
|---|-----------------------------|
| <b>Med.avd</b>                              | 60 %                        |
| <b>Kir.avd.</b>                             | 18 %                        |
| <b>80 år eller eldre</b>                    | 70%                         |
| <b>67-79 år</b>                             | 30%                         |
| <b>Menn</b>                                 | 39 %                        |
| <b>Kvinner</b>                              | 61 %                        |
| <b>Uten tilsyn ved fall</b>                 | 89,50 %                     |
| <b>Fall på natt/ tidlig morgen</b>          | 40 %                        |
| <b>Fall på veg til eller fra toalettet</b>  | 27%                         |
| <b>Fall ved seng</b>                        | 30%                         |



## Referanser

1. Building a safer system: The Canadian Adverse Event Reporting and learning system, 2007. Canadian Patient Safety Institute .  
[http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:FC3v4Z-aqgsJ:www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/ReportingAndLearning/CanadianAdverseEventsReportingAndLearningSystem/Documents/CAERLS%2520Consultation%2520Paper%2520AppendixA.pdf+Adverse+Edvent+reporting+and+learning+System,+2007&hl=no&gl=no&pid=bl&srcid=ADGEESgyIwx3naq557FDsqnP2kOIhUM7mY4sqp8O4sX-w9h0\\_8uenx1osVxbqpY5Am9OWaVFah1rZqZzKMHTM3jVbqaROacN07LF9eY8LUafIfBFvWaPubiH95MjdZIZrmRj91N4wTSF&sig=AHIEtbTkGP-As6X6\\_bl7LRKPcJxLyvgpiQ](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:FC3v4Z-aqgsJ:www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/ReportingAndLearning/CanadianAdverseEventsReportingAndLearningSystem/Documents/CAERLS%2520Consultation%2520Paper%2520AppendixA.pdf+Adverse+Edvent+reporting+and+learning+System,+2007&hl=no&gl=no&pid=bl&srcid=ADGEESgyIwx3naq557FDsqnP2kOIhUM7mY4sqp8O4sX-w9h0_8uenx1osVxbqpY5Am9OWaVFah1rZqZzKMHTM3jVbqaROacN07LF9eY8LUafIfBFvWaPubiH95MjdZIZrmRj91N4wTSF&sig=AHIEtbTkGP-As6X6_bl7LRKPcJxLyvgpiQ) ( 12.05.2011)
2. Serious Hazards of Transfusion. SHOT annual report 2009, Summery. Manchester Blood centre, 2009. <http://www.shotuk.org/wp-content/uploads/2010/06/SHOT-2009-Summary.pdf>
3. Meldesentralens -årsrapport s.7 (2008-2009). Oslo. Helsetilsynet 2010.
4. Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i Sosial-og helsetjenesten. ... og bedre skal det bli 2005-2015. Sosial og helsedirektoratet 2005.  
<http://www.helsedirektoratet.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsstrategi/>
5. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m Kap. III.2.7 Nr.61 1999.
6. Rundskriv I-54/2000. Meldeplikt til fylkeslegen om betydelig personskaade – spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 – justeringer av meldeordningen. Helse og omsorgsdepartementet, 2000.
7. Meldeskjema,IK-2448,Helsetilsynet  
[http://www.helsetilsynet.no/upload/tilsyn/melding\\_fylkeslegen\\_betydelig\\_eller\\_fare\\_betydelig\\_personskade\\_ik-2448.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/tilsyn/melding_fylkeslegen_betydelig_eller_fare_betydelig_personskade_ik-2448.pdf) ( 27.03 .2011)
8. Prop. 91L 2010-2011 Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m
9. Cumming RG, Sherrington C, Lord S et al. Cluster randomised trial of a targeted multifactorial intervention to prevent falls among older people in hospital .BMJ 2008; 336:758-760.
10. Sveriges kommuner og Landsting (2009) Fallskador bland eldre- en sammenfatning av en kunskapsöversikt om fallskador .  
[http://brs.skl.se/brsbibl/kata\\_documents/doc39460\\_1.pdf](http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39460_1.pdf) ( 12.05.2011)
11. Cameron I, Murray G, Gillespie L et al. Intervention for preventing falls in older people in nursing facilities and hospitals. Cochrane Database of Syst.Rev. 2010, Issue 1. Art.No. CD005465.DOI: 10.1002/14651858.CD005465.pub2.  
[www2.cochrane.org/reviews/en/ab005465.html](http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab005465.html)
12. National Institute for Clinical Excellence. Principles for Best Practice in Clinical Audit, 2002. <http://www.nice.ork.uk> ( 1.8.2010)

13. Oliver D, Connelley J, Victor C et al. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ* 2007; 334 : 82-88.
14. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare . Preventing Falls and Harm From Falls in Older People: Best practice Guidelines for Australian Hospitals, 2009.  
[http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/com-pubs\\_FallsGuidelines/\\$File/30457-Guidelines-HOSP.PDF](http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/com-pubs_FallsGuidelines/$File/30457-Guidelines-HOSP.PDF)
15. Polit D. & Beck CT. Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, Amsterdam: Wolter Kluwer Business, 2008.
16. Bjørndal A. & Hofoss D. Statistikk for helse- og sosialfagene. Oslo: Gyldendal, 2006.
17. SSB , Pasientstatistikk 2009 <http://www.ssb.no/vis/emner/03/02/pasient/main.html> ( 12.05.2011)
18. American Geriatrics Society, British geriatrics Society and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. *Journal American Geriatric Society* ,2001;. 49, s. 664-672.
19. Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *J Eval Clin Pract* 1999; 5:13-21.
20. Stanhope N, Crowley-Murphy M, Vincent C, O'Connor AM, Taylor-Adams SE. An evaluation of adverse incident reporting. *J Eval Clin Pract* 1999; 5: 5-12
21. Masud T. og Morris R.O. Epidemiology of falls. *Age aging*, 2001 30: 3-7.
22. Health Care Professionals' Attitudes and Compliance to Clinical Practice Guidelines to Prevent Falls and Fall Injuries.  
*Worldviews Evid Based Nurs* ,2010;. PMID: 20663118 , doi:10.1111/j.1741-6787.2010.00196.x. Cite
23. Wikipedia <http://en.wikipedia.org/wiki/Facilitator> ( 12.052011)
24. Wallace LM, Spurgeon P, Benn J. et al. Improving patient safety incident reporting systems by focusing upon feedback - lessons from English and Welsh trusts. *Health Serv Manage Res* 2009; 22:129-135.
25. Burnett S., Parand A., Benn, J. et al. Learning about leadership from Patient Safety WalkRounds™. *The International Journal of Clinical Leadership*, 2008, 4: 185-192.



## HELSETILSYNET I FYLKET

### Melding til Helsetilsynet i fylket ved:

1. Hendelser som har ført til betydelig skade på pasient – herunder død
2. Forhold som kunne ført til betydelig skade på pasient
3. Skade forvoldt av pasient på medpasienter eller andre personer

Alle aktuelle felt skal fylles ut. Hendelsen skal varsles og behandles gjennom virksomhetens internkontroll-/kvalitetssystem. Virksomheten skal påse at ferdigbehandlet melding sendes Helsetilsynet i fylket jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 så snart som mulig og innen 2 måneder. Andre meldeplikter kan gjelde i tillegg. Mer informasjon finnes i rundskriv I-54/2000 og i veiledningen til skjemaet.

Navn på pasienten:

Kjønn: M  K

Fødselsdato:

#### Tilleggsopplysninger for pasient under psykisk helsevern

Frivillig psykisk helsevern

Tvungen psykisk helsevern  med døgnopphold

uten døgnopphold

tvungen undersøkelse  
(observasjon)

Helseforetak/helseinstitusjon:

Institusjonens saksnr.:

Avdeling/enhet:

### Del 1 Fylles ut av den som observert/avdekket hendelsen

Når skjedde hendelsen: Dato:

Klokkeslett:

Kort beskrivelse av hendelsen: (Hvor, hva, hvordan, og hvorfor skjedde det?)

Hvor

Hva

Hvordan

Hvorfor

Hvilke umiddelbare konsekvenser fikk hendelsen for pasienten/personen?

Hva er ev. gjort for å begrense den eventuelle skaden på pasienten/personen (f.eks. gjennomførte strakstiltak)?

Forslag til tiltak for å hindre liknende hendelser

(Vær konkret. Unngå formuleringer som "endret rutiner", "bedre prosedyrer" osv.):

Underskrift (dersom interne rutiner tilsier dette):

Stilling:

Dato:



**Del 2 Fylles ut av ansvarlig leder**

Melding mottatt: \_\_\_\_\_

**Meldingen gjelder (kun ett kryss)**

- Betydelig skade på pasient  
 Forhold som kunne ha ført til betydelig skade på pasient  
 Dødsfall

**Er obduksjon foretatt?**

- Ja  
 Nei

**Hendelsen skjedde (kun ett kryss)**

- Som følge av utøvelse av helsehjelp  
 Som følge av mangel på helsehjelp  
 Som selvpåført skade  
 Annen type hendelse, angi hva:

**Dersom du har krysset av for selvpåført skade spesifiser nærmere (kun ett kryss)**

- Selvskading  
 Suicidforsøk  
 Suicid

**Ble skaden**

- Forvoldt av pasient på medpasient?  Ja  Nei  
 Forvoldt av pasient på annen person?  Ja  Nei

**Hendelsen var knyttet til (sett flere kryss ved behov)**

- Medisinsk undersøkelse/diagnostikk  
 Kirurgisk inngrep/operasjon  
 Intensivbehandling/overvåkning  
 Påført infeksjon som har/kunne ha ført til betydelig skade  
 Pleie  
 Opptrening  
 Fall - kun når pasienten har fått betydelig skade  
 Fødsel - er melding sendt for:  
 kun moren  
 kun barnet  
 både moren og barnet  
 Akutt livreddende behandling  
 Bruk av legemidler  
 Bruk av blod/blodprodukter  
 Bruk av medisinsk utstyr  
 Transport/forflytning  
 Permisjon  
 Psykiatrisk behandling  
 Annen medisinsk behandling, angi hva:

**Ved svikt i forbindelse med bruk av medisinsk utstyr (kun ett kryss) (Husk meldeplikt til SHdir på eget skjema)**

- Teknisk svikt  
 Brukerfeil  
 Annen type svikt ved bruk av medisinsk utstyr, angi hva:

**Medvirkende årsak til hendelsen (sett flere kryss ved behov)**

- Manglende prosedyre  
 Uklar prosedyre  
 Rutine/prosedyre ikke fulgt
- Mangelfull opplæring av personalet  
 Mangelfull faglig vurdering  
 Mangelfull kommunikasjon/samhandling  
 Uklare ansvarsforhold  
 Samtidighetskonflikt for personalet  
 Ikke tilgang på nødvendig faglig kompetanse
- Annen årsak til hendelsen, angi hva:
- Mangel på tilgang på nødvendig helseopplysning  
 Mangel på tilgang til adekvat utstyr  
 Mangler ved fysiske forhold (f.eks. mangel på adekvat pasientrom)  
 Mangelfull diagnostikk  
 Mangelfull oppfølging av pasient  
 Kjent, men sjelden komplikasjon (ikke innenfor normal risiko)

**Oppfølging av pasient etter hendelsen**

- Er pasienten vurdert av lege i forhold til hendelsen?  Ja  Nei  Uaktuelt  
 Er pasient/pårørende informert om hendelsen?  Ja  Nei  Uaktuelt  
 Er pasient/pårørende informert om Norsk pasientskadeerstatning?  Ja  Nei  Uaktuelt

**Tiltak iverksatt/planlagt for å forebygge at tilsvarende hendelse skjer igjen. Jf. IK-forskriften § 4 f, g og h**Er tiltak planlagt?  Ja  Nei  UaktueltEr tiltak iverksatt?  Ja  Nei  UaktueltSkissér kort hvilke tiltak som er iverksatt eller planlagt.  
(Vær konkret. Unngå formuleringer som "endret rutiner", "bedre prosedyrer" osv.)Er iverksatte/planlagte tiltak vurdert som tilfredsstillende?  Ja  Nei  Uaktuelt  
Hvis nei – hva er gjort i forhold til det?Er tilbakemelding gitt til den som fylte ut del 1?  Ja  Nei  Anonym melderEr hendelsen dokumentert i pasientjournal?  Ja  Nei**Melding gitt til (sett flere kryss ved behov):**

- Politiet v/unaturlig dødsfall  
 Helsedirektoratet v/svikt i medisinsk utstyr ([www.shdir.no/medisinskutstyr](http://www.shdir.no/medisinskutstyr))  
 Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap v/hendelser med elektromedisinsk utstyr (pr. telefon)  
 Statens strålevern  
 RELIS (Regionale LegemiddelInformasjonsSentre) v/bivirkninger ved bruk av legemidler  
 Blodbanken v/meldinger til hemovigilanssystemet  
 Andre instanser – ev. hvilke:

|   |       |          |         |
|---|-------|----------|---------|
| Underskrift/stilling:                   | Dato: | Telefon: | E-post: |
| Ev. underskrift (mellomleder)/stilling: | Dato: | Telefon: | E-post: |

**Del 3 Fylles ut av virksomhetens ledelse/kvalitetsutvalg**Melding mottatt:  Ja  NeiAnser virksomhetens ledelse/kvalitetsutvalget at det burde vært iverksatt tiltak for å forebygge liknende?  Ja  NeiEr de ev. iverksatte/planlagte tiltak vurdert som tilfredsstillende?  Ja  Nei  
Hvis nei – hva er gjort i forhold til det?Har hendelsen/ev. tiltaket læringsverdi for andre enheter?  Ja  NeiHvis ja, er denne kunnskapen/erfaringen viderefordlet?  Ja  Nei  Planlagt viderefordlet

Andre vurderinger/kommentarer:

Har avdelingen/enheten fått tilbakemelding?  Ja  Nei

|              |       |          |         |
|--------------|-------|----------|---------|
| Underskrift: | Dato: | Telefon: | E-post: |
|--------------|-------|----------|---------|

## Skjema med informasjonskategorier

| Beskrevet fallforebyggende tiltak etter fall:                                  | Antall |
|--|--------|
| Fått fallforebyggende tiltak etter kriterium 1                                 | 0      |
| Fått fallforebyggende tiltak etter kriterium 2                                 | 0      |
| Fått enkeltstående fallforebyggende tiltak som ikke er beskrevet i kriterium 2 | 35     |
| Ikke beskrevet noe fallforebyggende tiltak                                     | 80     |

| Beskrevet fallforebyggende tiltak før fall:                                    | Antall |
|--|--------|
| Fått fallforebyggende tiltak etter kriterium 1                                 | 0      |
| Fått fallforebyggende tiltak etter kriterium 2                                 | 1      |
| Fått enkeltstående fallforebyggende tiltak som ikke er beskrevet i kriterium 2 | 8      |
| Ikke beskrevet noe fallforebyggende tiltak                                     | 106    |

| Kvalitetsutvalgets vurdering og forslag | Antall |
|---|--------|
| Tiltak tilfredsstillende utvalget       | 71     |
| Tiltak tilfredsstillende ikke utvalget  | 16     |
| Forslag innenfor kriterium 1 eller 2    | 1      |
| Forslag om enkelttiltak                 | 8      |
| Ikke kryssset av for vurdert            | 28     |

| Hvor skjedde fallet | Antall |
|---------------------|--------|
| Fall ved seng       | 35     |
| Fall ved stol       | 14     |
| Fall ved toalett    | 10     |
| Fall på pasientrom  | 30     |
| Fall i korridor     | 11     |
| Fall fra op.bord    | 2      |
| Annet               | 2      |
| Ikke beskrevet      | 11     |



| Beskrevet kognitiv tilstand:                          | Antall |
|---|--------|
| Dement  | 8      |
| Delir   | 1      |
| Kunne ikke gjøre rede for fallet                      | 6      |
| Urolig, uklar eller forvirret                         | 29     |
| Klar og orientert                                     | 8      |
| Ikke beskrevet  | 63     |
| Beskrevet aktivitet ved fallet:                       | Antall |
| Turgåing fritt eller gangtrening med ganghjelpemiddel | 16     |
| På toalett/ bad under ADL aktivitet                   | 6      |
| På veg til / fra toalettet                            | 31     |
| Under forflytning fra/til seng                        | 20     |
| Under forflytning fra/ til stol                       | 6      |
| Ikke beskrevet  | 27     |

| Tidspunkt for fall:   | Antall |
|-----------------------|--------|
| Dag kl. 07.30- 17.00  | 39     |
| Kveld kl. 18.00-23.00 | 21     |
| Natt kl. 23.30- 07.20 | 46     |
| Ikke registrert       | 9      |

| Beskrevet fysisk funksjonsnivå på de som falt: | Antall |
|--|--------|
| Rullestolbruker                                | 1      |
| Bruker rullator eller annet ganghjelpemiddel   | 13     |
| Kjent balansesvikt eller nedsatt gangfunksjon  | 36     |

## VEDLEGG II

|                                     |        |
|-------------------------------------|--------|
| Nedsatt syn                         | 0      |
| Normal gangfunksjon                 | 3      |
| Beskrevet svimmel ved fall          | 2      |
| Ikke beskrevet                      | 60     |
| Hvor mange hadde tilsyn ved fallet: | Antall |
| Under tilsyn                        | 8      |
| Uten tilsyn                         | 103    |
| Ikke beskrevet                      | 4      |

## VEDLEGG II



## Elise Marie Rasmussen Hausken

---

**From:** Øystein Flesland [Oystein.Flesland@kunnskapssenteret.no]  
**Sent:** 19. januar 2011 07:30  
**To:** elisemrh@gmail.com  
**Subject:** VS: REK vest Ikke fremleggingspliktig - Meldesystemet- en kilde til nyttig informasjon om fallforebygging?

---

**Fra:** Elise M. R. Hausken [elisemrh@gmail.com]  
**Sendt:** 26. august 2010 18:36  
**Til:** Øystein Flesland; Gro Jamtvedt  
**Emne:** VS: REK vest Ikke fremleggingspliktig - Meldesystemet- en kilde til nyttig informasjon om fallforebygging?

Hei !

Da var REK forespørselen i boks . Forstår det slik at det er anonymiserte meldinger jeg har fått og ikke bare aidentifiserte meldinger og dermed at ikke er nødvendig med fremlegg ifht personvern. Men jeg vil gjerne ha innspill fra dere på om jeg har forstått det riktig.

Mvh Elise

---

**Fra:** post@helseforskning.etikk.no [mailto:post@helseforskning.etikk.no]  
**Sendt:** 26. august 2010 09:41  
**Til:** elisemrh@online.no  
**Emne:** REK vest Ikke fremleggingspliktig - Meldesystemet- en kilde til nyttig informasjon om fallforebygging?

Viser til din forespørsel om fremleggingsplikt for prosjektet " Meldesystemet - en kilde til nyttig informasjon om fallforebygging?", mottatt 23.08.10.

Formålet med studien er å undersøke om det i dagens meldesystem finnes informasjon som kan gi nyttige opplysninger om kunnskasbaserte fallforebyggende tiltak for eldre personer ved sykehus i Norge. Delmål: - kartlegge omstendigheter rundt fall blant eldre i norske sykehus. - kartlegge om det er beskrevet om pasienten har mottatt noen kunnskapsbaserte fallforebyggende tiltak.

Etter søknaden fremstår prosjektet som en kvalitetsforbedringsstudie, som ikke skal legges fram for REK.

En gjør oppmerksom på at prosjekter som ikke omfattes av helseforskningsloven, men som innebærer behandling av personopplysninger (herunder aidentifiserbare opplysninger) skal fremlegges for et personvernombud/Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste.

mvh Camilla Gjerstad

-----  
Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Vest-Norge (REK Vest)  
Postadresse: Postboks 7804, 5020 BERGEN  
Besøksadresse: Haukeland universitetssykehus, 5021 BERGEN  
Telefon: 55 97 84 99  
E-post: [rek-vest@uib.no](mailto:rek-vest@uib.no)  
<http://helseforskning.etikk.no/xnet/public>

VEDLEGG 3

## Elise Marie Rasmussen Hausken

---

**Fra:** Monstad, Eline [eline.monstad@helse-bergen.no] på vegne av HBE, Personvernombudet [personvernombudet@helse-bergen.no]  
**Sendt:** 25. mars 2011 13:08  
**Til:** 'Elise Marie Rasmussen Hausken'  
**Kopi:** 'Øystein Flesland'  
**Emne:** SV:

Hei,  
anonyme opplysninger er ikke personopplysninger, og er derfor ikke regulert av lovverket. Du trenger ikke melde dette til personvernombudet eller andre instanser.

Mvh  
*Eline Monstad*  
IT-sikkerhetsleder/personvernombud  
Helse Bergen HF  
Tlf. +47 55976539  
Mobil +47 93210122

---

**Fra:** Elise Marie Rasmussen Hausken [mailto:elisemrh@gmail.com]  
**Sendt:** 23. mars 2011 16:39  
**Til:** HBE, Personvernombudet  
**Kopi:** 'Øystein Flesland'  
**Emne:**

Hei

Jeg er en masterstudent ved Høgskolen i Bergen som skriver masteroppgave som artikkel tenkt publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening.  
I veiledningen til tidsskriftet står det at prosjekter skal være meldt personvernombudet dersom en benytter helseopplysninger og en ønsker arbeidet publisert.  
Dette prosjektet baserer seg på allerede eksisterende anonymiserte meldinger. REK har definert studien som et forbedringsprosjekt og derved ikke fremleggingspliktig.  
Jeg er usikker på om dette prosjektet skal meldes til dere da det omhandler anonymiserte meldinger, men har prøvd å fylle ut meldeskjema for personvern og ber om en tilbakemelding på om det er nødvendig og om det dere da evt må ha flere opplysninger.

Mvh Elise R Hausken  
Hauskevågs v 4  
4260 Torvastad

Mobiltlf 97620614

VEDLEGG 4

[Page #]

VEDLEGG IIII