

Fagdag for observasjons- og NEWS-instruktører på Agder

Merethe A. Land
Cathrine Humlen Ruud

Velkommen!

NB! Dette kortet kan vaskes med sprit

NEWS2 (NATIONAL EARLY WARNING SCORE 2)

FYSIOLOGISKE PARAMETERE	3	2	1	0	1	2	3
Respirasjonsfrekvens (pr. minutt)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
SpO ₂ Skala 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO ₂ Skala 2 (%) *	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥93 på luft	93–94 på oksygen	95–96 på oksygen	≥97 på oksygen
Luft eller oksygen		Oksygen		Luft			
Systolisk blodtrykk (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
Pulsfrekvens (pr. minutt)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Bevissthetsnivå **				A			C, V, P, U
Temperatur (°C)	≤35,0		35,1–36,0	36,1–38,0	38,1–39,0	≥39,1	

Denne versjonen er oversatt etter © Royal College of Physicians

* Skala 2:
Lege skal dokumentere i journal når Skala 2 skal brukes
Ved alle andre tilfeller brukes Skala 1

** Bevissthetsnivå:
A = Alert (Våken)
C = Confusion (Nyoppstått forvirring)
V = Voice (Reagerer på tiltale)
P = Pain (Reagerer på smertestimulering)
U = Unresponsive (Reagerer ikke på tale- eller smertestimulering)

NB! Lav NEWS2 score utelukker ikke alvorlig sykdom



Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Agder



Forventninger til deg som instruktør

- Sette deg godt inn i nettsidene og opplæringspakken i observasjonskompetanse og NEWS2
- Opplæring av kollegaer, nyansatte: «Train the trainer»
- Rammer: utstyr, lommekort, ISBAR-blokk, praktisk øvelse
- Være pådriver for NEWS2 på arbeidsplassen
 - Repetisjon
 - Praktisk øving
 - "Lunsjutfordringer"
- Innlemme NEWS2 i eksisterende systemer og rutiner
 - Egen prosedyre for din kommune
- Journalgransking
 - Habituell NEWS, dokumentasjon, oppfølging av NEWS-skår
- Dialog med leder
 - Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
 - Helsepersonelloven § 4



Agder vest: www.kristiansand.kommune.no/news

Agder øst: www.grimstad.kommune.no Søk på NEWS

Støtte og oppfølging fra Utviklingscenteret



- Tilbud om 1-2 samlinger for ressurspersoner i året
- Kurs for nye instruktører hvert halvår
- Holde nettsider og opplæringspakke oppdatert etter nasjonale og regionale føringer
- Oppdatere lommekort og ISBAR-blokker, gjøre mal tilgjengelig for trykking
- Lister med oversikt over ressurspersoner
- Støtte for ressurspersoner; tilgjengelig på mail/telefon



**Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester**

AGDER

Observasjonskompetanse på Agder

Trinn 1

Observasjonskompetanse

Teoretisk ABCDE grunnopplæring fra NEWS [nettside](#) til faglærte

Ufaglærte får opplæringsmateriell hentet fra Aldring og helse

Instruktører får tilsendt pp utarbeidet av USHT Agder for bruk i undervisning.

Observasjonskompetanse og ABCDE er tema på fagdager for observasjons- og News instruktører

Trinn 2

NEWS2 / ISBAR

Alle ansatte går i gjennom opplæringspakken som ligger tilgjengelig på [nettsiden](#)

Instruktører får tilsendt pp utarbeidet av USHT Agder for bruk i undervisning.

NEWS2 og ISBAR er tema på fagdager for observasjons- og News instruktører

Nye instruktører blir invitert til oppstartsmøte og får tilsendt informasjonsmail

Trinn 3

Simulering

Instruktører blir tilbudt fasilitatorkurs, deltakelse i fasilitatornettverk og tilgang til scenariobank på [nettside](#)

Plan for videre samlinger

- Fysisk samling for nye ressurspersoner
 - Onsdag 14. Juni kl. 11- 15
- Digital samling for alle ressurspersoner/instruktører
 - Fredag 27. Oktober kl. 12 - 15



NEWS2 (NATIONAL EARLY WARNING SCORE 2)					
PROGNOSIS (PÅSTILT)	0	1	2	3	4
Minimumscore for alvor	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9
Score 0-1 (0)	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9
Score 2-3 (1)	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9
Score 4-5 (2)	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9
Score 6-7 (3)	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9
Score 8-9 (4)	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9

0	Minimum score 0-1	Minimum score 2-3	Minimum score 4-5	Minimum score 6-7	Minimum score 8-9
0	Minimum score 0-1 • To eller mer kontakt med sykepleier/lage ved vurdering for pasienten • Vurder behov for tiltak	Minimum score 2-3 • Ansvarelig sykepleier vurderer behov for å utvise tiltak og oppfølging	Minimum score 4-5 • Ansvarelig sykepleier skal kontakte lege for vurdering • Utviklings- og støtte i spill, samarbeid sykepleier tiltak og vurderer i hvert enkelt tilfelle om lege skal kontaktes	Minimum score 6-7 • Vurder utsett ved 2 eller flere (2) utfordringer • Ansvarelig sykepleier vurderer lege umiddelbart, evt. ring 113 • Lage vurderer behov for oppfølging til videre behandling/tiltak • Vurder om det er nødvendig å forlate pasienten	Minimum score 8-9 • Kontinuerlig overvåking av vitale funksjoner • Ansvarelig sykepleier vurderer lege umiddelbart, evt. ring 113 • Lage forut vurderer for oppfølging og behandling av sykdom med lege • NB: Slike behandlingsplaner er i samarbeid med lege

FAGDAG FOR OBSERVASJONS- OG NEWS2-INSTRUKTØRER

12. APRIL 2023

- 0900-0930 Registrering. **Kaffe og te**
- 0930-1000 Respons på NEWS-kortet. Hva gjør en med responsen? ved Merethe og Cathrine
- 1000-1040 Presentasjon av doktorgradsarbeid om respons på NEWS, ved Avansert geriatrisk sykepleier med doktorgrad, Kristin Jeppestøl
- 1040-1045 Introduksjon til gruppearbeid
- 1045-1100 **Pause med frukt**
- 1100-1125 Gruppearbeid
- 1125-1210 Delir og akutt forvirring, -kan vi oppdage det tidligere? ved sykehjemsoverlege Kari Beate Johnsen
- 1210-1255 **Lunsj**
- 1255-1325 Medikamenter og endring i helsetilstand – «Hva med medisinene?» ved kommunefarmasøyt Elin Baldersheim Nilsen
- 1325-1335 Menti
- 1335-1345 **Pause med kake**
- 1345-1425 Kan vi unngå fall? Tips til kartlegging og tiltak både før og etter fall, ved fagkoordinator Merethe Land



Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester
AGDER

Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester

AGDER












Respons på NEWS score

Merethe A. Land & Cathrine Humlen Ruud

ABCDE

Som bakgrunn for respons, ikke bare en score, men en helhet!

- Cyanose
- Slim, lyder ved respirasjon
- Rytme på puls
- Kapillærfyllingstid
- Blodsukker
- Smerter
- U-stix
- Huden (varm/klam/utslett)
- Brudd

ABCDE - OBSERVASJON OG TILTAK		 Se -  Lytt -  Kjenn -  Lukt
A		AIRWAYS / Luftveier Sørg for frie luftveier ▶ Hakeløft/kjevetak, sideleie, fjern fremmedlegeme
B		BREATHING / Respirasjon Pustebevr/taledyspne, respirasjonsfrekvens, respirasjonslyder, rytme/dybde, hjelpemuskulatur, cyanose, SpO ₂ ▶ Kroppsleie, berolige, pusteveiledning, oksygen
C		CIRCULATION / Sirkulasjon Hud (farge/temp, kald/klam), kapillær fyllingstid (normalt 2 sekunder), puls (rytme/fylde), BT ▶ Perifer venekanyle (PVK), evt. væske, heve bena
D		DISABILITY / Bevissthet Bevissthetsnivå (ACVPU), tegn på hjerneslag (PSL/andre sympt.) sjekk pupiller og evt. blodsukker ▶ Frie luftveier, evt. sideleie, regulere blodsukker
E		EXPOSURE / Kroppsundersøkelse / Omgivelser Hudforandringer (utslett, sår ol.), kateter/dren, temperatur, feilstilling/brudd, smerter etc. Endring i hjemmeforhold? ▶ Tiltak avhenger av funn



Respons på NEWS2 score

- Hva betyr en 3 er? -En alvorlig tilstand alene
- Hva betyr fargene? -Risiko for dødelighet

NEWS score må ses i sammenheng med:

- Sepsis!
- Habituell NEWS
- Behandlingsavklaring

Lav score utelukker ikke alvorlig sykdom!

NEWS score	Overvåkningsfrekvens	Klinisk respons
0	<i>Minimum hver 12. time eller vurder når nye målinger skal tas</i>	<ul style="list-style-type: none">• Ta alltid kontakt med sykepleier/lege ved bekymring for pasienten• Vurder behov for tiltak
1-4	<i>Minimum hver 4.-6. time eller vurder når nye målinger skal tas</i>	<ul style="list-style-type: none">• Ansvarlig sykepleier vurderer behov for kliniske tiltak og legevurdering
Totalt 3 i ett parameter	<i>Minimum 1 gang pr. time eller vurder når nye målinger skal tas</i>	<ul style="list-style-type: none">• Ansvarlig sykepleier skal kontakte lege for vurdering• Unntaksvis ved score 3 i SpO₂ iverksetter sykepleier tiltak og vurderer i hvert enkelt tilfelle om lege skal kontaktes
5-6	<i>Minimum 1 gang i timen eller vurder når nye målinger skal tas</i>	<ul style="list-style-type: none">• Vurder sepsis ved 2 eller flere Q-sofa kriterier• Ansvarlig sykepleier kontakter lege umiddelbart, evt. ring 113• Lege vurderer behov for overflytting til høyere behandlingsnivå• Vurder om det er forsvarlig å forlate pasienten
7 eller høyere	<i>Kontinuerlig overvåkning av vitale funksjoner. Lege vurderer frekvens på nye målinger</i>	<ul style="list-style-type: none">• Vurder sepsis ved 2 eller flere Q-sofa kriterier• Ansvarlig sykepleier kontakter lege umiddelbart, evt. ring 113• Ikke forlat pasienten før oppfølging og behandling er avklart med lege <p>NB: Sjekk behandlingsavklaring i pasientens journal</p>

- ✓ Vurder **alltid** vitale parametere mot normal NEWS og/eller forrige måling
- ✓ **Q-sofa kriterier:** Systolisk blodtrykk ≤ 100 . Respirasjonsfrekvens ≥ 22 . Endret mental status
- ✓ Vurder alltid tiltak opp mot behandlingsavklaring og kunnskap om den enkelte pasient

Klinisk respons er tilpasset kommunehelsetjenesten av USHT Agder

Endring i helsetilstand hos deres brukere

Hvem er brukergruppen:

- Eldre
- Demens
- Skrøpeligheit= Mindre reservekapasitet, risiko for akutt funksjonssvikt
- Personer med utviklingshemming
 - Tidligere aldring
- utfordringer med rus/psykisk helse



Hva skjer når denne brukergruppen blir dårlig

- Uklare symptomer
- Symptomer forkledd av andre sykdommer og medisiner
- Hva med behandlingsavklaring og habituell NEWS2?
- **Lav NEWS score utelukker ikke alvorlig sykdom.**

Kommunikasjon med annet helsepersonell

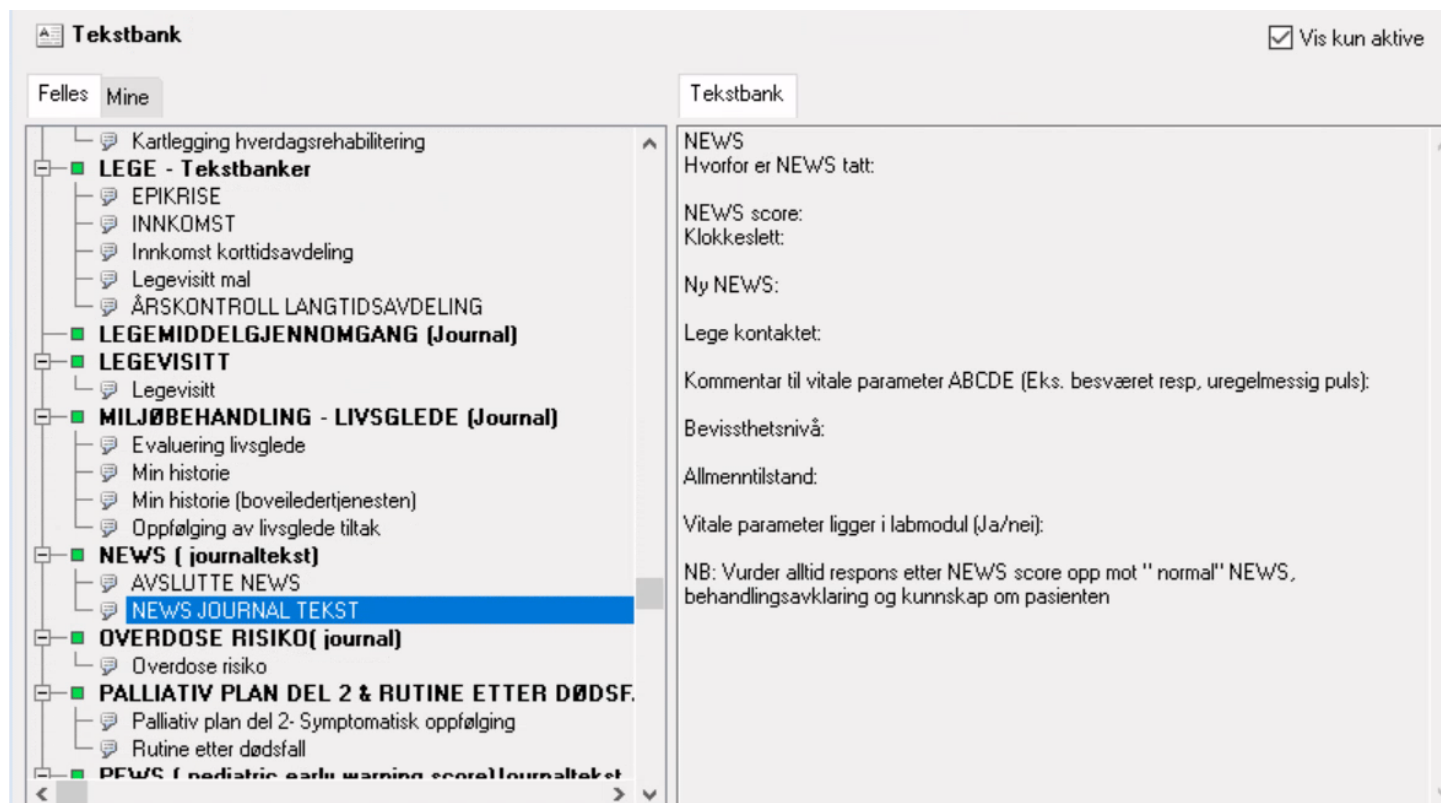
- Bruk ISBAR
- Kommuniser ABCDE og vitale verdier fra målingene, ikke bare score
- Hva er endret?
- Hva ønsker du av råd/tiltak

ISBAR- Kommunikasjon om pasientbehandling

<u>Identitet</u> (si ditt navn, stilling og avdeling)																		
Pasientnavn:		Fødselsdato:																
<u>Situasjon</u> « Jeg ringer fordi... » Beskriv:																		
<u>Bakgrunn</u> Kort resyme av sykdomshistorie inntil nå. Allmentilstand siste dager (mat, drikke, aktivitetsnivå).																		
<u>Aktuell tilstand</u> (status og vurdering)																		
Vitale parameter	Verdier kl:	Score:																
A Respirasjon																		
B SpO ₂																		
Oksygen																		
C Blodtrykk																		
Puls																		
D Bevissthet																		
E Temperatur																		
TOTAL NEWS SCORE*																		
Jeg tror at problemet/ årsaken til pasientens tilstand er....																		
<p>Hjerneslag Ved mistanke om hjerneslag be pasienten gjøre følgende:</p> <p>Prate: si en enkel sammenhengende setning</p> <p>Smile: smile, le, vise tenner</p> <p>Løfte: løfte begge armer</p> <p>Dersom pasienten har vanskeligheter med å gjennomføre noen av disse oppgavene ring 113</p> <p>Quick-SOFA (2 av 3 kriterier kan indikere sepsis)</p> <p>Respirasjon ≥ 22</p> <p>Endret mental status</p> <p>Systolisk BT ≤ 100</p> <p>Andre supplerende undersøkelser:</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">Urin- multistix</th> </tr> <tr> <td>Leukocytter</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nitrit</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Protein</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Glucose</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Blod</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Blodsukker</td> </tr> <tr> <td>CRP</td> <td></td> </tr> </table>			Urin- multistix		Leukocytter		Nitrit		Protein		Glucose		Blod		Blodsukker		CRP	
Urin- multistix																		
Leukocytter																		
Nitrit																		
Protein																		
Glucose																		
Blod																		
Blodsukker																		
CRP																		
<u>Råd</u> om tiltak.... derfor anbefaler jeg/hva er legens anbefaling?																		
Noter navnet til den du har snakket med																		

Dokumentasjon

- Ved forhøyet NEWS-score, dokumenter i pasientens journal, benytt tekstbank



The screenshot shows a software interface for documenting patient care. On the left, a tree view under 'Tekstbank' lists various categories, with 'NEWS [journaltekst]' selected. The right pane displays the content of the selected document, which is a template for recording NEWS score and related observations.

Tekstbank Vis kun aktive

Felles Mine **Tekstbank**

NEWS
Hvorfor er NEWS tatt:
NEWS score:
Klokkeslett:
Ny NEWS:
Lege kontaktet:
Kommentar til vitale parameter ABCDE (Eks. besværet resp, uregelmessig puls):
Bevissthetsnivå:
Allmenntilstand:
Vitale parameter ligger i labmodul (Ja/nei):
NB: Vurder alltid respons etter NEWS score opp mot "normal" NEWS, behandlingsavklaring og kunnskap om pasienten



NORMAL NEWS2

- Hvorfor er det viktig?
- Skal gjøres på alle nye brukere
- Gjentas hver 6–12 måned (avhengig av tjenestested)
- Ved forhøyet score, informer lege som vurderer om verdiene skal behandles eller om de er som forventet med bakgrunn i sykdom. Dette må dokumenteres.

Case

Kari er 78 år og har en demensdiagnose, antatt blandet vaskulær- og Alzheimers demens. Hun bor hjemme med sin mann og har vedtak om hjemmesykepleie til medikamenthåndtering og tiltakspakke demens. Hun har fra tidligere hatt brudd i både hofte og håndledd, hypertensjon og angina.

De siste to ukene har hun falt flere ganger innendørs. Denne formiddagen trykker mannen på alarmen da Kari har falt og i tillegg har økende pustevansker.

Du kommer hjem til Kari og foretar disse målingene:

RF 24, SpO2 på 92%, BT 120/70, Puls 80, temp 36,2

Case

RF 24, SpO2 på 92%, BT 120/70, Puls 80, temp 36,2

NB: Dette kullet har vaernes med sprit

NEWS2 (NATIONAL EARLY WARNING SCORE 2)

FYSIOLOGISKE PARAMETERE	3	2	1	0	1	2	3
Respirasjonsfrekvens (pr. minutt)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
SpO ₂ Skala 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO ₂ Skala 2 (%) *	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥93 på luft	93–94 på oksygen	95–96 på oksygen	≥97 på oksygen
Luft eller oksygen		Oksygen		Luft			
Systolisk blodtrykk (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
Pulsfrekvens (pr. minutt)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Bevissthetsnivå **				A			C, V, P, U
Temperatur (°C)	≤35,0		35,1–36,0	36,1–38,0	38,1–39,0	≥39,1	

Denne versjonen er oversatt etter © Royal College of Physicians

- Hva er NEWS2 score?
- Hvilke tiltak ville du satt inn?
- Hva dokumenterer du?

* Skala 2:

Lege skal dokumentere i journal når Skala 2 skal brukes
Ved alle andre tilfeller brukes Skala 1

** Bevissthetsnivå:

A = Alert (Våken)
C = Confusion (Nyoppstått forvirring)
V = Voice (Reagerer på tiltale)
P = Pain (Reagerer på smertestimulering)
U = Unresponsive (Reagerer ikke på tale- eller smertestimulering)



Presentasjon av doktorgradsarbeid om respons på NEWS

Kristin Jeppestøl



Gruppearbeid

Gruppearbeid

- Gruppeinndeling etter tjeneste, se oversikt.
- Plassering: gruppe 1-4 i auditoriet, gruppe 5&6 i gangen. Gruppe 7-12 i grupperom 2etg.
- Regler for gruppearbeid:

fordele oppgaver innad i gruppen(leder og sekretær)

skriv forløpet på A3 ark som henges opp i auditoriet.

Kritiske punkter i pasientforløpet markeres med rød tusj.

- A3 arkene henges opp i auditoriet, oppfordrer alle til å ta en titt i pausene. Skriv gruppenummer på arket.
- Vær tilbake her 11.20 - **Ny undervisning starter 11.25**

Intro:

Du kommer på kveldsvakt og får rapport om at en av dine pasienter/beboere/brukere er "litt tufs". Når du kommer inn til vedkommende, ser du en tydelig forverring i helsetilstanden.

Hvordan vil du beskrive forløpet for pasienten 3 dager fremover?

Ta utgangspunkt i en kjent pasientsituasjon, hvilke handlingsalternativer har du som helsepersonell?

(innleggelse, avklaringer, vurderinger, målinger, andre tiltak)

Lag gjerne flere alternative løsninger (For eksempel både der innleggelse er aktuelt, men også der pasienten følges opp der de bor).

Oppgave



Tegn og beskriv forløpet knyttet til din pasient og din avdeling:

- hva gjør du?
- hva dokumenterer du?
- hvem kontakter du?

Beskriv forløp med og uten behandlingsavklaring

Belys gjerne deler av forløpet som kan være **kritiske for kommunikasjon, dokumentasjon, oppfølging og vurdering** som kan føre til endring i pasient forløpet.

Pause til 10:45- 11.00



Vær tilbake her 11.20 - **Ny undervisning starter 11.25**



Delir og akutt forvirring – kan vi oppdage det tidligere?

Kari Johnsen

Geriatr og sykehjemsoverlege,
Kristiansand kommune

Lunsj kl. 12.55





Medikamenter og endring i helsetilstand

Elin Baldersheim Nilsen
Kommunefarmasøyt, USHT Agder Vest



Refleksjons oppgave

Refleksjons oppgave , bruk av Menti

Logg inn på menti.com eller last inn app

Bruk menti kode: **1849 6627**

- 1. Beskriv forslag til forbedringer knyttet til pasientforløp?
- 2. Hvem må du involvere for å få til nevnte forbedringer?
- 3. Hva slags opplæring planlegger du for dine kollegaer etter denne fagdagen?

Pause til 13:50





Kan vi unngå fall?

Merethe A. Land

Fagkoordinator USHT Agder øst

Fall- et problem

- I sykehus faller omkring 13 % av pasientene
- For hjemmeboende over 65 år er fallraten ca 30%
- I sykehjem faller ca 50% hvert år
- 70% av disse skader seg, noe som utgjør

- 
- Akutt funksjonssvikt
 - Kronisk falltendens

Årsaker til fall – indre faktorer

Syn

- Eldre har økt lysbehov
- Nedsatt synsskarphet
- Økt følsomhet for blending
- Synet er viktig hos eldre for å ha kontrollen på balansen

Underernæring

- Mangel på proteiner og vitaminer
- Dehydrering

Alkoholmisbruk

Respirasjon/Sirkulatoriske risikofaktorer

- Rytmeforstyrrelser
- Blodtrykksfall

Nevrologiske risikofaktorer

- Sykdommer i nervesystemet som parkinson, hjerneslag, polynevropati ofte som følge av diabetes

T. Bruun Wyller - Geriatri 2020

Årsaker til fall – indre faktorer

Kognitive

- Hjernens evne til å motta, bearbeide og uttrykke informasjon reduseres hos eldre
- Eldre bruker kognitive funksjoner i større grad enn yngre under fysisk aktivitet/bevegelse

Leddforandringer

- Sykdom som artrose og leddgikt
- Stive ledd, gir trege bevegelser og ustabilitet

Sengeleie

Reduserer muskelmasse opptil
1,5% per døgn

Muskulære aldersforandringer

- Eldre har nedsatt koordinasjon
- Redusert mulighet til å foreta raske bevegelser
- Trenger økt tid for å utføre bevegelse
- Muskelmassen og muskelstyrke tapes i alderdommen

Årsaker til fall – ytre faktorer

- Omgivelsene inne og ute
 - Møbler
 - lys/mørke
- Hjelpemidler
- Snublefeller
 - Tepper
 - Ledninger
 - kanter
- Sko, klær
- Ukjente omgivelser
- Utendørs: føre, trafikkbilde
- Eksponering for risiko: stå på krakk/stige



Kilde: pixaby



Hva gjør vi når
pasienten har falt?

Bruk din observasjonskompetanse, ABCDE og NEWS2



NB! Dette kortet kan vaskes med sprit

NEWS2 (NATIONAL EARLY WARNING SCORE 2)

FYSIOLOGISKE PARAMETERE	3	2	1	0	1	2	3
Respirasjonsfrekvens (pr. minutt)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
SpO ₂ Skala 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO ₂ Skala 2 (%)*	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥93 på luft	93–94 på oksygen	95–96 på oksygen	≥97 på oksygen
Luft eller oksygen		Oksygen		Luft			
Systolisk blodtrykk (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
Pulsfrekvens (pr. minutt)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Bevissthetsnivå**				A			C, V, P, U
Temperatur (°C)	≤35,0		35,1–36,0	36,1–38,0	38,1–39,0	≥39,1	

Denne versjonen er oversatt etter © Royal College of Physicians

* Skala 2:
Lege skal dokumentere i journal når Skala 2 skal brukes
Ved alle andre tilfeller brukes Skala 1

** Bevissthetsnivå:
A = Alert (Våken)
C = Confusion (Nyoppstått forvirring)
V = Voice (Reagerer på tiltale)
P = Pain (Reagerer på smertestimulering)
U = Unresponsive (Reagerer ikke på tale- eller smertestimulering)



Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester
Agder

NB! Lav NEWS2 score utelukker ikke alvorlig sykdom



Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester

AGDER

Tiltak når falt – samme dag/ Kartlegging av situasjonen når pasienten har falt:

- Ta NEWS2 for å vurdere vitale tegn.
- Ved skade og endring i helsetilstand vurder behov for å kontakte
 - Lege
 - innleggelse sykehus
 - korttid/KØH
- Behov for ekstra tilsyn/oppfølging?
- Beskriv hva som har skjedd
- Vurder bakenforliggende årsak:
 - Næringsinntak, Infeksjon?
 - Startet på nye medisiner?
 - Alkohol/piller/rusmisbruk?
 - Ytre faktorer som sko, møbler, tepper
- Dokumentasjon av fall i avvikssystemet

Tekstbank

OPPFØLGING ETTER FALL:

-Skade:

-Behov for å tilkalle lege/sykepleier:

-Hvilke tiltak ble igangsatt? (Se veileder/ sjekklister for hjelp til tiltak)

-Spist/drukket siste døgn:

-Hvorfor falt pasienten: (dokumenter hvis kjent årsak evt spør pårørende)

Tatt vitale parameter (NEWS):

Tegn på infeksjon/akutt sykdom:

Behov for ekstra tilsyn:

PÅFØLGENDE DAG

Dokumenter hvilke tiltak som er igangsatt. (Se veileder/ sjekklister for hjelp til tiltak)

-Gjennomfør fallkartlegging

-Opprett fallforebyggende tiltak evt revider eksisterende tiltak.

-Behov for legemiddelgjennomgang

Fallforebyggende tiltak:

Oppfølging av pasient påfølgende dag etter fall:

- Vurdere behov for
 - Vitale parameter (NEWS2), utelukke infeksjon og underforliggende sykdom.
 - Ekstra tilsyn/oppfølging?
 - Kontakt med lege
- Gjennomfør ny fallkartlegging
- For hjemmeboende, vurder behov for tverrfaglig utredning:
 - Hverdagsrehabiliteringsteam
 - Ruskonsulent
 - Demensteam
 - Psykiatrisksykepleier
 - Lege
- Igangsett tiltak evt vurder tiltak som allerede er oppstartet.
- For hjemmeboende: igangsett/vurder styrke og balanse trening,
- Dokumentasjon- hva er gjennomført av tiltak, hva planlegges videre!

Fallkartlegging for fallrisiko

- Faglig skjønn
- Individuell tilpasset
- Enkle kartleggingsspørsmål:
 - Ustødig når går/står?
 - Fall det siste halve året?
 - Redd for å falle?



Kilde: pixaby.com

- Dokumenteres i pasientens journal og tiltaksplan slik at det er enkelt å oppdage fallrisiko, følge avtalte tiltak og revidere disse.

Verktøy for kartlegging av fallrisiko

Downton Fall Risk Index

Navn: _____ Fødselsnummer: _____

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

STEDI Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention among Community-Dwelling Adults 65 years and older

START HERE

1 SCREEN for fall risk yearly, or any time patient presents with an acute fall.

Available Fall Risk Screening Tools:

• **Stay Independent: a 12-question tool** [at risk if score ≥ 4]
 • **Important:** If score < 4 , ask if patient fell in the past year (If **YES** → patient is at risk)

• **Three key questions** for patients [at risk if **YES** to any question]
 - Feels unsteady when standing or walking?
 - Worries about falling?
 - Has fallen in past year?
 • If **YES** ask, "How many times?" "Were you injured?"

SCREENED NOT AT RISK

PREVENT future risk by recommending effective prevention strategies.

- Educate patient on fall prevention
- Assess vitamin D intake
 - If deficient, recommend daily vitamin D supplement
- Refer to community exercise or fall prevention program
- Reassess yearly, or any time patient presents with an acute fall

SCREENED AT RISK

2 ASSESS patient's modifiable risk factors and fall history.

Common ways to assess fall risk factors are listed below:

- Evaluate gait, strength, & balance
- Common assessments:
 - Timed Up & Go
 - 4-Stage
 - 30-Second Chair Stand
 - Balance Test
- Identify medications that increase fall risk (e.g., Beers Criteria)
- Ask about potential home hazards (e.g., throw rugs, slippery tub floor)
- Measure orthostatic blood pressure (Lying and standing positions)
- Check visual acuity

3 INTERVENE to reduce identified risk factors using effective strategies.

Reduce identified fall risk

- Discuss patient and provider health goals
 - Develop an individualized patient care plan (see below)
- Below are common interventions used to reduce fall risk:

- Poor gait, strength, & balance observed
 - Refer for physical therapy
 - Refer to evidence-based exercise or fall prevention program (e.g., Tai Chi)
- Medication(s) likely to increase fall risk
 - Optimize medications by stopping, switching, or reducing dosage of medications that increase fall risk
- Home hazards likely
 - Refer to occupational therapist to evaluate home safety
- Orthostatic hypotension observed
 - Stop, switch, or reduce the dose of medications that increase fall risk
 - Educate about importance of exercises (e.g., foot pumps)
 - Establish appropriate blood pressure goal
 - Encourage adequate hydration
 - Consider compression stockings
- Visual impairment observed

[Resource Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention \(cdc.gov\)](https://www.cdc.gov/steadi/)

Forbedringsarbeid

Hvordan står det til i din avdeling?



Kilde: itryggehender24-7.no

Gerica nr:	Dokumentert fall JA=1, NEI= 2 (Gerica/QM+)	Alvorlig skade etter fall Ja=1 NEI= 2	Skad etter fall JA=1, NEI=2	Ingen skade etter fall. JA= 1, NEI= 2	Fallkartlegging gjennomført fall JA= 1, NEI= 2	Tiltak etter fall JA= 1, NEI= 2
[Redacted]	1	2	2	2	2	1
[Redacted]	1	2	1	2	1	1
[Redacted]	1	2	1	2	2	2
[Redacted]	1	2	2	2	1	2
[Redacted]	1	2	2	2	1	2
[Redacted]	1	2	1	2	1	2

Gerica nr:	Dokumentert fall JA=1, NEI= 2 (Gerica/QM+)	Alvorlig skade etter fall Ja=1 NEI= 2	Skad etter fall JA=1, NEI=2	Ingen skade etter fall. JA= 1, NEI= 2	Fallkartlegging gjennomført fall JA= 1, NEI= 2	Tiltak etter fall JA= 1, NEI= 2
50074	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei
[Redacted]	Ja	Nei	Nei	Nei	Ja	Nei
[Redacted]	Nei	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei
[Redacted]	Nei	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei
[Redacted]	Nei	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei
[Redacted]	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Nei
[Redacted]	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei
[Redacted]	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Nei
[Redacted]	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei
[Redacted]	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei

Tiltak for å forebygge fall



Øvelser!

REDUSER TIDEN I SITTENDE STILLING!

I tillegg til å gjøre øvelser daglig, anbefales det at tiden med stillesitting reduseres, for eksempel ved at du hjelper beboerne med, eller minner dem på å reise seg fra stolen innimellom.

For de som står og går alene, vil det å reise/sette seg fra stol være en viktig fysisk aktivitet for å vedlikeholde muskelstyrke i bena.



2. Stå på tå



Stå oppreist med hoftebreddes avstand mellom føttene. Støtt deg til en stol eller kjøkkenbenken ved behov.

- Løft deg raskt og kontrollert opp på tå. Hold 1-2 sekund. Senk hælene langsomt og kontrollert ned.

GJENTA ØVELSEN 10 GANGER

3. Stå på ett ben

Stå oppreist. Støtt deg så lite som mulig, eventuelt med fingertuppstøtte til en stol eller kjøkkenbenken.

- Stå på ett ben. Hold posisjonen i 10 sekunder.

GJENTA PÅ MOTSAIT BEN



[Øvelser for å forebygge fall - Helsedirektoratet](#)

Gjøre noe med det individuelle

- Tilstrebe god ernæringsstatus
- Tilskudd av D-vitamin dersom påvist mangel
- Faste toalett tider
- Forebygging av ortostatisk blodtrykksfall : sitte litt på sengekanten før reise seg
- Spise/drikke før en står opp av seng
- Hoftebeskytter
- Ringeklokke/ekstra tilsyn
- Anti skli sokker/matter
- Skotøy, lave sko med hælkappe
- Tilpasse personlige antrekk/klær
- Låst seng, nattbord og dostol
- Optimalt høreapparat og rene briller
- Belysning, lys i korridor, nattlampe
- Nedsenket seng
- Kroppsbevissthet (lammelser)
- Trene på funksjon og gange som gir risiko for fall
- Utprøving, tilpasning og oppfølging av bruk av hjelpemidler, send henvisning til fysio/ergo
- Fysisk aktiv – trene på funksjoner og gange – repetere de aktiviteter pasienten må bli bedre på
- Sensor dør/seng



Kilde: pixaby.com

Gjøre med omgivelsene



Gjøre noe med omgivelsene

Tilrettelegg omgivelser

- Nok lys
- Ommøblere – sørge for passasje
- Fjerne løse tepper og ledninger
- Eliminere terskler
- Glatte gulv
- Ha bevegelseshjelpemidler innen rekkevidde
- Sengehest behov/nytte?
- Trapp – bo på en flate evt styrketrening ved å gå i trapp
- Godt merket pasientrom & WC
- Utendørs: føre- brodder



Pixaby.com

Vurdering av legemidler

- Flere legemidler gir risiko for fall
- Noen legemidler har høyere risiko for falltendens enn andre: smertestillende, innsovningstabletter, beroligende, diuretika
- Kontakt lege for legemiddelgjennomgang



Pixaby.com –godkjent bilde

Dokumentasjon: kartlegge fallrisiko

I Gerica – tekstbank i journal feltet

Eksempel på dokumentasjon av kartlegging i journal:

1. Bruker pasienten forflytningshjelpemidler? **Han bruker rullator inne og en arbeidsstol på kjøkkenet**
2. Har pasienten behov for støtte til møbler/vegger når han/hun beveger seg innendørs? **Nei bruker rullatoren**
3. Har pasienten behov for støtte/hjelp når han/hun skal reise seg fra seng/stol? **Han vil helst at vi gir han et lite støtte i korsrygger**
4. Har pasienten vanskelig med å holde balansen når han går opp/ned fra fortauskanter/terskler? **Han støtter seg til dørkarmen når han går inn på bader over terskel. For høy kant til å kunne bruke terskeleliminator.**
5. Har pasienten hastverk med å rekke toalettet. **Han oppgir ikke å ha hastverk til wc, men vi ser at han bruker tid med bukselinningen**

Fallkartlegging for hjemmeboende

Skjema for kartlegging av fallrisiko finnes i QM+ under fanen pasientbehandling. Kartlegg områder for fallrisiko ved å dokumentere ja eller nei på områdene under

1. Bruker pasienten forflytningshjelpemidler?:
2. Har pasienten behov for støtte til møbler/ vegger når han/hun bever seg innendørs?:
3. Trenger pasienten hjelp/støtte når han/hun skal reise seg fra seng/stol?:
4. Har pasienten vanskelig for å holde balansen når hun/han går opp/ned fra fortauskanter?:
5. Har pasienten ofte hastverk med å rekke toalettet?:
6. Har pasienten nedsatt førlighet i føttene?:
7. Tar pasienten medisiner som gjør at han/hun kan føle seg svimmel/trøtt?:
8. Tar pasienten sovemedisiner eller medisin for å øke stemningsleie?:
9. Avhengighet til alkohol/piller andre rusmidler?:
10. Spør pasienten evt pårørende om han hun føler seg trist eller deprimeret:
11. Hvordan er ernæringstilstanden?:
12. Riktig bruk av forflytningshjelpemidler?:

Konklusjon

Tiltak:

Fall: kartlegging, forebygging og oppfølging

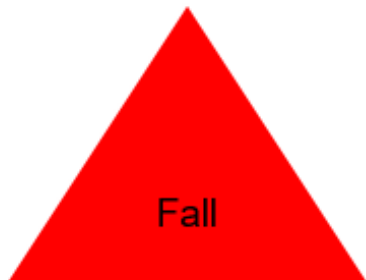


Kartlegge fallrisiko
HBT: Hver 6 mnd
Kortidsopphold: 1 døgn
Sykehjem:
kontinuerlig/månedlig ved
hjelp av tavle



Sett inn tiltak
Individuelle tiltak

Følg opp tiltak, evaluer
Juster individuelle tiltak



Sett inn tiltak
det du så og gjorde noe
med
Juster individuelle tiltak

Tips!

	Eksempler på risikofaktorer og hvordan oppdages	Eksempel på tiltak som minsker pasientens risiko for fall
Sykdommer og medisin	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Svimmelhet? <input type="checkbox"/> Hypertensjon? <input type="checkbox"/> Infeksjoner? (f.eks. urinveisinfeksjon) <input type="checkbox"/> Bivirkning fra medisin? 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Utred årsak og vurder behandling. <input type="checkbox"/> Gjennomfør en legemiddelgjennomgang. <input type="checkbox"/> Behandle sykdommer/symptomer som medfører økt fallrisiko. <input type="checkbox"/> Unngå permanent kateter, evt. feste kateterslangen inntil pasientens legg.
Motorikk	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vansker med å selvstendig reise seg fra eller sette seg i stol eller seng på en sikker måte? <input type="checkbox"/> Nedsatt balanse stående eller gående? <input type="checkbox"/> Risikofylte bevegelser ved personlig hygiene, toalettbesøk eller ved på- og avkleddning? <input type="checkbox"/> Nedsatt utholdenhet ved daglige forflytninger? <input type="checkbox"/> Ustøe sko? 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Utred årsak. <input type="checkbox"/> Tilby opptrening av styrke, balanse, gang- og forflytningsegenskaper (ev. kommunal balansetrening eller individuell fysioterapi) <input type="checkbox"/> Bistå pasienten ved toalettbesøk, og vurder å stå utenfor døra til pasienten er ferdig <input type="checkbox"/> Tilby pasienten rullestol, rullator eller prekestol <input type="checkbox"/> Anbefale videre utredning ved fallpoliklinikk eller tilsvarende enhet <input type="checkbox"/> Oppfordre og hjelp pasienten til bruk av stødig/tilpasset fottøy og antisklisokker
Kognitiv og atferd	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Observert forvirring (delirium), desorientering, uro eller utagerende atferd? <input type="checkbox"/> Kan orientere seg i avdelingen eller hjemmet? (f.eks. til/fra toalett og seng) <input type="checkbox"/> Impulsive forflytninger? <input type="checkbox"/> Vansker med å forstå eller følge instruksjoner? <input type="checkbox"/> Glemmer eller har vansker med å anvende hjelpemidler? 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Utred årsak og vurder behandling. <input type="checkbox"/> Unngå bytte av rom <input type="checkbox"/> Pårørende gis informasjon om å gi beskjed når de forlater pasienten <input type="checkbox"/> Informere øvrig personal om behov for tilsyn (Hyppige? I spesifikke situasjoner? Fastvakt?) <input type="checkbox"/> Flytte pasienten ut på korridoren/sammen med personalet <input type="checkbox"/> Bruk av varselmatten (vurder pasientens samtykkekompetanse og om det er nødvendig med tiltak <u>ift.</u> bevegelseshindrende tiltak)
Syn	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dårlig syn? <input type="checkbox"/> Progressive briller? <input type="checkbox"/> Vanskelig å forholde seg til de fysiske omgivelsene? (f.eks. støtter seg til møbler, feil avstandsbedømmelse) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Utred årsak og vurder behandling/henvisning <input type="checkbox"/> Sjekke syn/tilby konkrete synshjelpemidler <input type="checkbox"/> Informer om hvor lysbryter€ befinner seg, og forsøk å gjøre disse tilgjengelige <input type="checkbox"/> Etterspør om briller anvendes og/eller juster disse
Kontinens	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inkontinens? <input type="checkbox"/> Obstipasjon? <input type="checkbox"/> Hyppige toalettbesøk? 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Utred årsak og vurder behandling <input type="checkbox"/> Tilby hjelp til regelmessige toalettbesøk
Ernæring	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Undervektig, kjent vekttap eller dårlig appetitt? <input type="checkbox"/> Lang natt fasting? <input type="checkbox"/> Dehydrering? 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Utred og behandling av underliggende årsaker <input type="checkbox"/> Tilpass, berik og utvid kosthold og væskeinntak med for eksempel flere mellommåltider <input type="checkbox"/> Tilpass spisemiljøet
Rom og omgivelser	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Er belysningen optimal for eksempel når pasienten skal på toalettet? <input type="checkbox"/> Er seng/stol/toalett optimal for eksempel i forhold til høyde og støtte? <input type="checkbox"/> Fungere hjelpemidlene som de skal? <input type="checkbox"/> Risiko/nytte med sengehest? <input type="checkbox"/> Anvendelse av ringeklokke/trygghetsalarm? 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Orienter om fysisk forhold på avdelingen <input type="checkbox"/> Legg madrass på gulvet, plassere sengen inntil vegg og bruke <input type="checkbox"/> Bruk av hoftebeskyttere. <input type="checkbox"/> Velg rom/bad med lett tilgjengelig toalett og vask <input type="checkbox"/> Plasser at støttehåndtak /rekkverk er plassert på naturlige steder (f.eks. ved vask, dusj, toalett) <input type="checkbox"/> Fest anti-sklimmatter på badet eller i rommet <input type="checkbox"/> Bruk sengehest når pasienten er sengeliggende (vurder pasientens samtykkekompetanse og om det er nødvendig med tiltak <u>ift.</u> bevegelseshindrende tiltak) <input type="checkbox"/> Merk pasientrom og bad/WC

Kilder

- Forskning: [Fall og pasientsikkerhet \(2\).pdf \(unit.no\)](#)
- E-læringskurs: [Institusjoner – Basis \(basis-fallforebygging.no\)](#)
- Pasientsikkerhetsprogrammet: [Fallskader - Itryggehender \(itryggehender24-7.no\)](#)
- Materiell til nedlastning: [Øvelser for å forebygge fall - Helsedirektoratet](#)
- Wyller TB, (2020) Geriatri en medisinsk lærebok. (3.utg) Gyldendahl
- Steadi: [Clinical Resources | STEADI - Older Adult Fall Prevention | CDC Injury Center](#)
- Norgep: [Microsoft Word - NorGep071209 \(legeforeningen.no\)](#)

Avslutning

- Hva var bra ?
- Hva kan forbedres?

<https://forms.office.com/e/EDkGLVF38M>

Evaluering fagdag for observasjons- og NEWS instruktører
12.april



Takk for i dag

- Ta gjerne kontakt med oss om du har spørsmål eller trenger støtte/veiledning



© CanStockPhoto.com

- Merethe.a.land@grimstad.kommune.no
- Cathrine.humlen.ruud@kristiansand.kommune.no