

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato dok.: XX.XX.XX

Dato møte: XX.XX.XX

Saksbehandler Nina Bjørgill Tallaksen, Geriatriisk avdeling

Vedlegg: 1

---

### Sak XX/2010

#### Ingress

*I saken redegjøres det for hvorledes bruk av kvalitetsindikatorer, registrering av data, resultater og intervensjoner kan benyttes både som styringsinformasjon for kvalitetsforbedring og forebygging av alvorlige fallskader hos sykehuspasienter*

#### Bakgrunn

Det nasjonale systemet for kvalitetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten ble innført i 2003. Systemet med dagens nasjonale kvalitetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten er en oppfølging av rapporten ”Utvikling av kvalitetsindikatorer for behandlingstilbudet i somatiske sykehus”, Sosial- og helsedepartementet (SHD)- 2001. Det legges til grunn at kvaliteten på den medisinske behandlingen og omsorgen for pasientene skal måles ved alle landets sykehus. Det foreslås å etablere et sett av gjennomgående kvalitetsindikatorer for de somatiske sykehusene ”for å gi et overordnet inntrykk av kvalitetsforholdene i sektoren”. Ifølge Helsedirektoratet er ledere på ulike nivåer, samt eiere den viktigste målgruppen for de nasjonale indikatorene som er tatt i bruk hittil. Det antas at indikatorene kan være et viktig virkemiddel for de sentrale myndighetene for politiske og administrative prioriteringer i helsetjenesten, og data og resultater kan benyttes som styringsinformasjon for kvalitetsforbedring på de områdene man ønsker å fokusere på. Hittil har vi hatt for lite systematisk kunnskap om kvaliteten i norske sykehus. Overordnede beslutninger har blitt fattet uten at man vet nok om kvaliteten på tjenestene som ytes. Ved hjelp av kvalitetsindikatorer kan man etterprøve om målene som er satt for tjenestene blir nådd. For fagmiljøene er det viktig at kvalitetsindikatorene anses som et viktig bidrag i arbeidet med kvalitetsutvikling, ikke bare som måling og kontroll.

01.01.2010 ble Oslo universitetssykehus (OUS) etablert ved å slå sammen helseforetakene Aker universitetssykehus, Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus ( UUS ). Målet med omorganiseringen er bedre kvalitet i pasientbehandlingen, hvor fokusområder er likeverdige tjenester og kvalitet. Oslo universitetssykehus registerer i sitt avvikssystem *fall* i sykehus som en uønsket hendelse. Helse Sør - Øst har i sitt bestillerdokument angitt at uønskede hendelser skal reduseres.

### Fakta om fall i sykehus

Fall i sykehus er dessverre fortsatt vanlig. Ut ifra de tidligere helseforetakenes egne meldesystem og internasjonale erfaringer vet vi at det også i OUS vil skje mange uønskede hendelser som truer pasientsikkerheten. Denne type hendelser medfører økt ubehag og redusert livskvalitet for pasienten også i etterkant av oppholdet og store kostnader i form av forlenget liggetid, operasjoner og i tillegg redusert omdømme for sykehuset. Skader etter fall hos eldre medfører økning i kostnader og liggetid med 60-70% for hver enkelt hendelse (Bates 1995).

Litteraturen beskriver variasjoner i antall fall fra 3 til 14 pr 1000 sengedøgn, en stor retrospektiv observasjonsstudie fra England og Wales fra 2007 med over 200 000 fall viser gjennomsnittlig 4,8 fall per 1000 sengedøgn. I sykehusenes avvikssystem er det trolig en betydelig underrapportering av fall, 60-70% av alle rapporterte skader på inneliggende pasienter skyldes fall. Ca. 30% kommer fysisk til skade og 5% regnes som alvorlige. Både et Cochrane review fra 2010 om fallforebygging i sykehus og en metaanalyse i BMJ fra 2007 konkluderer med at det er mulig å oppnå en signifikant reduksjon i antall fall gjennom multifaktoriell intervensjon i sykehus. Innholdet i denne "black-box"- intervensjonen varierer i ulike studier og kan være rene personalrettede tiltak, omgivelsestiltak og pasienttiltak etter risikovurdering.

### Hva kan dette bety for Oslo universitetssykehus ?

Ullevål universitetssykehus hadde i 2009 totalt 349 000 sengedøgn. Bruker man regnestykket over med gjennomsnitt på 4,8 fall pr 1000 sengedøgn, burde det vært registrert 1675 fall, mens det bare ble registeret 322 fallhendelser.

Rapport antall registrerte fall i avvikssystemet Synergi – 2009.

Felt	Verdi
Hendelsetype	Fall
Saksdato	Fra 01.01.2009
Saksdato	Til 31.12.2009
Sakstype	Uønsket hendelse/Uhell/ulykke - Pasientrelatert, Nesten-uhell - Pasientrelatert, Farlige forhold - Pasientrelatert (Eller)

Antall rader: 4

Faktisk konsekvens/alvorlighetsgrad, Vanlig	Antall registreringer
Pasienthendelse - Betydelig (meldepliktig)	13
Pasienthendelse - Ingen skade	149
Pasienthendelse - Minimal	100
Pasienthendelse - Moderat	60

322,0

## Antall meldte fall pr. avdeling i Synergi - 2009

	Antall registreringer
Akuttdivisjonen - Intensivavdelingen	7
Akuttdivisjonen - Mottakelsen	4
Bevegelsesdivisjonen - Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering	16
Bevegelsesdivisjonen - Kvalitetsråd Bev.Div.	1
Bevegelsesdivisjonen - Nevrokirurgisk avdeling	8
Bevegelsesdivisjonen - Nevrologisk avdeling	6
Bevegelsesdivisjonen - Ortopedisk senter	29
Kreft og Kirurgi divisjonen - Gastrokirurgisk avdeling	5
Kreft og Kirurgi divisjonen - Gastromedisinsk avdeling	13
Kreft og Kirurgi divisjonen - Kreftsenteret	24
Kreft og Kirurgi divisjonen - Øyeavdelingen	3
Kvinne-barn-divisjonen - Klinikk for psykisk helse barn og ungdom	1
Kvinne-barn-divisjonen - Kvinneklubben	9
Medisinsk divisjon - Akuttmedisinsk avd.	29
Medisinsk divisjon - Fellesfunksjoner	1
Medisinsk divisjon - Geriatrisk avdeling	37
Medisinsk divisjon - Hematologisk avd.	1
Medisinsk divisjon - Hjertemed.avdeling	6
Medisinsk divisjon - Infeksjonsmed.avd.	14
Medisinsk divisjon - Lungemedisinsk avdeling	1
Medisinsk divisjon - Nyremedisinsk avdeling	6
Medisinsk divisjon - Thoraxkirurgisk avdeling	3
Medisinsk servicedivisjon - Bilde- og intervensjonsklinikken	1
Prehospital divisjon - Ambulanseavd.	1
Psykiatrisk divisjon - Avdeling for akuttpsykiatri	5
Psykiatrisk divisjon - Dikemark	103
	334,0

Noe diskrepans i tallene pga pågående arbeider

Antall fall med alvorlige komplikasjoner var 13 meldte ved UUS i 2009, dette utgjør 5% av de rapporterte fallene. Det kan tyde på en betydelig underrapportering og noen av årsakene kan være at det er lavt prioritert, at det føles meningsløst og bare rapportere eller at det er lite oppe i personalets bevissthet.

Registreringsprosenten er relativt høyere for fall enn for andre hendelseskategorier, av flere årsaker. Man må også anta at jo alvorligere konsekvens for pasienten jo større er sannsynligheten for at hendelsen registreres. Tiltak som bidrar til å redusere fall er å implementere en systematisk risikovurdering ved innleggelse, forebygge fall hos de som er risikoutsatt (eksempelvis skilt ved sengen, godt fottøy, oppfølging ved forflytting), bevisstgjøre personalet og pasienten selv, ta hensyn og tilrettelegge der det er mulig.

I følge avvikssystemet til OUS kan et fall med alvorlige komplikasjoner ha en ekstra kostnad på opp mot **kr. 100 tusen**, det vil si en merkostnad på for UUS på **kr. 840 tusen** for de 13 som ble meldt som alvorlige i 2009. Velger man å ekstrapolere tall rapportert i internasjonale publikasjoner (84 fall burde statistisk vært meldt som alvorlige) kan det dreie seg om ekstrakostnader på **8,4 millioner** pr. år bare ved UUS. I tillegg vil 30% av alle meldte fall ha fysisk skade noe som gir en betydelig økt kostnad i forhold til ekstra liggedøgn spesielt. Ser man OUS under ett vil dette gi betydelige ekstrakostnader.

### Eksempel på kostnad: Kostnadsberegning for lårhalsbrudd

Kostnader dersom et fall ender opp som lårhalsbrudd er basert på tall fra Sørlandet Sykehus HF som har gjort en kalkyle på dette i 2009. Det relevante er å se på direkte merkostnad for operasjon samt de ca 6 ekstra liggedagene dette i snitt medfører. Kalkylen viser at denne kostnaden er i størrelsesorden 50 tusen kr pr pasient. Utover dette vil økte rehabiliteringsopphold kunne komme i tillegg. Her er det store variasjoner i varighet og opplegg. En må påregne minimum 15 tusen kroner pluss reiseomkostninger. I sum vil altså den marginale merkostnaden utgjøre om lag **70 tusen kr** i snitt.

Dersom et fall kun medfører økt liggetid ved sykehuset, vil snittkostnaden pr døgn utgjøre om lag 2500 kr, Dette er også basert på kalkyle av pleiekostnader ved sengeposter ved Sørlandet Sykehus HF i 2009.

Marginalkostnad her kan nok være adskillig lavere, men ved et visst årlig volum vil jo dette medføre opprettholdelse av sengekapasitet og kostnaden pr døgn vil da være i denne størrelsesorden. Hvis liggetiden uten vesentlig fysisk skade i snitt øker med 2 dager pr fall utgjør dette om lag 5000 kr pr pasient.

Ut fra et forventet antall fallskader, se innledningen over, kan dette fort bety i størrelsesorden 3 til 10 millioner kroner. Velger man å ekstrapolere tall kan sykehusene her spare millioner. Forutsetningen for at vi skal kunne nyttiggjøre oss kvalitetsindikatorne, er at de blir tatt inn i vårt eget kvalitetssystem og knyttet opp til den daglige drift.

Hvis vi benytter antall sengedøgn, en forventet fallrate på 4,8 pr 1000 sengedøgn basert på den britiske undersøkelsen, og forutsetter at 5 % av dette ender med alvorlig skade, og 30 % med lett skade, kan følgende økonomi utredes:

For Ullevål universitetssykehus i 2009

Alvorlige fall: 349 000 sengedøgn x 0,48 % x 5 % x 70 000 kr

Mindre alvorlige fall 349 000 sengedøgn x 0,48 % x 30 % x 5 000 kr

Med andre ord en hypotese om at fallskader kan utgjøre drøye **8,4 mill.** kr bare for OUS-Ullevål ( gir samme kostnad som beregningen i OUS sitt avvikssystem gir ), ved alvorlig skade kan det påløpe utgifter i forbindelse med krav om pasientskadeerstatning.

### Veien videre....

Vi ønsker på bakgrunn av de fakta og vurderinger som er beskrevet å etablere et prosjekt hvor formålet er å redusere fall med alvorlig skade i sykehus, implementere prosedyre og risikovurdere utvalgte pasientgrupper ved innleggelse og bidra til at fallforebyggende tiltak iverksettes og følges opp.

Vi ønsker å få dette gjennomført ved å etablere en tverrfaglig sammensatt prosjekt-gruppe med mandat til å:

- Utarbeide et risikovurderingsskjema i det elektroniske pasientjournalssystemet (eksempel, vedlegg 1)
- Utarbeide en prosedyre for fallforebygging i sykehus
- Definere tydelige hendelseskategorier i avvikssystemet som gir et godt grunnlag for måling og registrering av data som kan brukes i kvalitetsforbedringsarbeidet.

### Milepælsplan

Prosjektmandat	juni	2010
Styrings - og arbeidsgruppe etableres	september	2010
Forslag til prosjektskisse	september	2010
Høringsrunde	oktober	2010
Revidert fallprosedyre	november	2010
Etablert system for risikovurdering	november	2010
Implementert ny rutine	desember	2010
Evaluering	juni	2011
Prosjektavslutning	juni	2011

### Møtekostnader

Prosjektarbeidet utførers innenfor ordinær arbeidstid med en kostnadsberegning pr deltager på kr 500.- pr time inkludert sosiale utgifter. Møter holdes i sykehusets egne lokaler og det er ikke beregnet møtemat eller reisekostnader:

Styringsgruppe	4 møter à 1,5 t for 5 personer tilsvarer	kr.	15 000
Prosjektgruppe	8 møter à 2,0 t for 5 personer tilsvarer	kr.	40 000
Prosjektmedarbeider	40% stilling i 3 måneder	kr.	60 000
<b>Totalt:</b>		<b>kr.</b>	<b>115 000</b>

### **Implementering**

Avdelingslederne i de aktuelle kliniske avdelingene er ansvarlige for implementering av prosedyren og at det utvikles en kultur for kartlegging, registrering og forebygging av fall i sykehus. Fallhendelser rapporteres via målekortet til klinikkleder.

Seksjonsleder/enhetsleder og seksjonsoverlegene i de aktuelle enhetene er ansvarlig for at hele personalgruppen får opplæring i bruk av avvikssystemet samt at det utvikles en god meldekultur.

### **Evaluering**

Prosjektleder foretar del-evaluering hvert kvartal i form av en skriftlig rapport. Rapporten vil beskrive arbeidet og inneholde vurderinger i forhold til prosjektets intensjon, utfordringer i perioden og eventuelt gi anbefalinger om korrigeringer underveis. Den endelige prosjektrapporten skal synliggjøre aktivitet og utfordringer både knyttet til pasientbehandling, samarbeid, kostnadmessige konsekvenser og organisering.

Sluttevalueringen av prosjektet vil måles opp mot mandatets formål som er å redusere fall i sykehus med alvorlig skade, å ha implementert en prosedyre for fallforebygging, at utvalgte pasientgrupper risikovurderes ved innleggelse og at definerte tiltak iverksettes der det er behov.

### **Forslag til vedtak:**

Oslo universitetssykehus vedtar at det etableres et prosjekt som utvikler et kvalitetssystem for forebygging og registrering av *fall* i sykehus med alvorlig skade.

### **Litteratur / Henvisninger:**

Andersen, E.S, Grude, K.V, Haug,T.(2006): Målrettet prosjektstyring. NKI Forlaget

Jensen, A.S.(2005): Prosjektadministrative metoder. Gyldendal Norsk Forlag

Sørås, I.(2007):Organisasjonsutvikling i sykehus. Universitetsforlaget

Synergi, Avvikssystem OUS

Healey F, Scobie S, Oliver D, Pryce A, Thomson R et al. Falls in English and Welsh hospitals: a national observational study based on retrospective analysis of 12 months of patient safety incident reports. Qual Saf Health Care 2008;17:424-430.

Bates DW, Pruess K, Sourney P Platt R. Serious falls in hospitalized patients: correlates and resource utilization. American Journal of Medicine 1995;99:137-43

Von Renteln-Kruse W, Krause T. Incidence of In-Hospital Falls in Geriatric Patients Before and After the Introduction of an Interdisciplinary Team-Based Fall-Prevention Intervention. *J Am Geriatric Soc* 55:2068-2074, 2007.

Cameron ID, Murray GR, Gillespie LD, Robertson MC, Hill KD et al. Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.:CD005465.

Oliver D, Connelly JB, Victor CR, Shaw FE, Whitehead A et al. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ* 2007;334;82- 87

Fallprogrammet ved SiV

Pettersen R. Falltendens hos gamle. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 631-34