

Vård- och omsorgsförvaltningen

Normerande styrdokument

Beslutsfattare:

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Dokumentansvarig:

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Datum:

2024-09-17

Version/Dokumentidentitet:

VOF-RU-582-03

Gäller för avdelning

All verksamhet där Vård och omsorgsförvaltningen har ett hälso- och sjukvårdsansvar

Inträffat fall – hantering

Innehåll

Syfte.....	2
Omfattning	2
Definition - fall/fallhändelse	2
Ansvar.....	2
Områdeschef	2
Verksamhetschef.....	2
Sjuksköterska	3
Medarbetare inklusive legitimerad personal.....	3
Genomförande.....	3
Den som upptäcker att någon har fallit.....	3
Bedömningsunderlag för sjuksköterska vid undersökning av person som ramlat.....	4
Ställ kontrollfrågor till personal som rapporterar om fallet.....	4
Ställningstagande.....	4
Undersökning på plats	4
Kontakt med läkare	5
Bedömningsunderlag för sjuksköterska vid undersökning efter fall med förmodat slag mot huvudet	5
Genomföra klinisk undersökning vid misstänkt slag mot huvud, nacke, ansikte eller hals	5
Undersökning på plats av sjuksköterska	6
Kontrollera vitala parametrar	6
Dokumentation och överrapportering.....	6

Policy

Riktlinje

Rutin

Vägledning

När brukare/patient utan insats från kommunal hälso- och sjukvård har fallit (Ordinärt boende)	6
När brukare/patient med SOL/LSS insats och kommunal hälso- och sjukvård har fallit	7
Ordinärt boende och särskilda boendeformer	7
När patient som endast har hälso- och sjukvårdsinsats har fallit.....	7
Relaterade dokument	7
Information om rutinbeskrivningen.....	7

Syfte

Syftet med rutinen är att få en säker och enhetlig hantering av inträffat fall och därmed minimera konsekvenserna för patienten.

Omfattning

Rutinen gäller i de verksamheter där vård- och omsorgsförvaltningen har ett hälso- och sjukvårdsansvar.

Definition - fall/fallhändelse

Fall innebär en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller inte. Även när någon rullar ur sängen eller glider ner på golvet från en stol, räknas det som ett fall.

Ansvar

Områdeschef

Områdeschef ansvarar för att rutinen är känd hos närmast underställda medarbetare.

Verksamhetschef

Verksamhetschef ansvarar för att:

- rutinen är känd och följs av verksamhetens medarbetare
- till medarbetare återföra kunskap kopplat till fallavvikelser.

Sjuksköterska

Sjuksköterska ansvarar för att

- ha kunskap om och följa rutinen
- genomföra nödvändiga kontroller och bedömning efter fall
- ge tydliga instruktioner till omsorgspersonal
- dokumentera undersökningsfynd/bedömning samt instruktioner till omsorgspersonalen i patientjournalen
- kontakta läkare
- kontakta anhöriga/närstående om sådan finns

Medarbetare inklusive legitimerad personal

Medarbetare ansvarar för att

- ha kunskap om och följa rutinen
- ha kunskap om och följa rutin för avvikelshantering

Genomförande

När ett fall har inträffat ska kontakt tas med sjuksköterska utan dröjsmål.

Sjuksköterska kan i dialog med närvarande omvårdnadspersonal göra en första bedömning genom att ställa kontrollfrågor. Instruktioner om kontroller och återkoppling till omvårdnadspersonalen ska vara tydliga och konkreta så att de går att följa upp.

Vid fall med slag mot huvud, nacke, ansikte eller hals samt vid misstänkt fraktur ska sjuksköterskan alltid genomföra en klinisk bedömning på plats utan dröjsmål.

Särskild uppmärksamhet behövs även vid antikoagulantibehandling (blodförtunnande behandling) vilket ökar risken för såväl yttre som inre blödningar.

Efter kontakt med sjuksköterska, ska även en vårdbegäran skrivas, för ytterligare utredning av ansvarig legitimerad.

Den som upptäcker att någon har fallit

- Gör en bedömning av situationen och uppträd lugnt och förtroendeingivande
- Är brukaren kontaktbar?
- Är brukaren blek och kallsvettig eller mår illa?
- Har brukaren smärta och var är den lokaliserad?
- Titta efter synlig skada, blödning, svullnad eller felställning
- Kontakta sjuksköterska och informera om fallet även om ingen synlig skada har uppstått. Det ska vara en personlig kontakt med sjuksköterska.
Rapportera dina iakttagelser
- Vid minsta tvekan om att skada har uppstått, låt brukaren ligga kvar tills sjuksköterskan anlant. Gör det så bekvämt som möjligt med kudde och filt. Var extra försiktig vid misstänkt huvud eller nackskada.
- Dokumentera vad som har hänt och de iakttagelser som gjorts
- Skriv avvikelserapport
- Om brukaren/patientens hälsotillstånd är förändrat, skriv även en vårdbegäran

Bedömningsunderlag för sjuksköterska vid undersökning av person som ramlat

Ställ kontrollfrågor till personal som rapporterar om fallet

- Hur har fallet gått till? Hur föll personen?
- Slog personen i huvud, nacke, ansikte, hals eller misstänker vi det?
- Är personen kontaktbar?
- Förekomst av synlig skada?
- Förekomst av smärta?
- Om personen är tillsynes opåverkad, kan hen stå och gå som tidigare?
- Användes något hjälpmedel vid fallet? Hjälpmedlet ska alltid kontrolleras av legitimerad innan det tas i bruk igen.

Ställningstagande

- Om misstänkt slag mot huvud, nacke, ansikte eller hals föreligger ska en klinisk bedömning på plats alltid utföras av sjuksköterska
- Står patienten på blodförtunnande läkemedel som medför extra risk vid fall?
- Bedöm om, och i så fall hur, personen ska hjälpas upp från golvet. Ska personen ligga kvar på golvet tills bedömning utförts, förebygg nedkylning
- Undersökning kan även behövas i de fall patienten rest sig själv efter fallet då detta inte utesluter skada
- Dokumentera ställningstagande och vidtagna åtgärder

Undersökning på plats

- Bedöm om personen är kontaktbar
- Kontrollera vitalparametrar såsom puls, blodtryck, andning och kroppstemperatur
- Titta efter synlig skada, rodnader, svullnader, blödning och/eller blåmärken
- Bedöm om personen är smärtpåverkad till exempel kladdig, kallsvettig, oklar, vit i ansiktet, flackande blick. Fråga var det gör ont. Notera smärteaktion
- Plötslig smärta vid inandning, hosta?
- Symtom på neurologiskt bortfall
- Finns tydliga felställningar till exempel är benet utåtroterat och/eller förkortat
- Misstänkt påverkan av alkohol/droger?

Börja undersökningen metodiskt uppifrån och ner, känn igenom personen med varsamma tryck. Notera smärteaktion. Ömhet uppstår ofta över ett frakturområde. Om en kroppsdel ömmar eller smärtar rör den inte ytterligare. Sluta genast undersöka kroppsdel om personen signalerar smärta men gå vidare med undersökningen.

- **Huvud** - notera bulor, sår, ömhet över näsa eller på kinderna, under ögonen. enligt undersökning efter fall med förmodat slag mot huvudet, se bedömningsunderlag efter fall med förmodat slag mot huvudet nedan
- **Nyckelben** - känn längs hela
- **Överarm** - känn längs hela
- **Underarm** - känn längs hela. Böj försiktigt i handleden titta och känn försiktigt över fingrarna och handen

- **Axel** - lyft armarna för att se axlarna röras. Vrid armbågsleden, avstå om över- eller underarm verkar vara bruten
- **Bröstkorg** - tryck med båda händerna försiktigt ihop bröstkorgen. Sätt händerna strax under armhållorna och vandra ner till midjan
- **Bäcken** - vila händerna mot höftkammarna, tryck försiktigt ihop dem. Tryck över blygdbenet
- **Benen** - tryck försiktigt över utsidan av låret hela vägen ner till knät. Känn med hela handen över knäleden. Tryck sedan längs utsidan av underbenet ned till fotleden. Känn på samma sätt längs insidan av underbenet från knät till fotled. Känn över båda fotknölna och böj och sträck i fotleden. Böj sedan benen i knä- och höftled, rotera i höftled genom att försiktigt föra underbenet åt vänster och höger
- **Kotor** - Om personen inte anger smärta från höften efter undersökning, sätt personen upp och knacka över kotorna i ryggraden, börja vid nacken och gå ner mot svanskotan.
- **Mobilisering** – om du bedömer det säkert, be patienten resa sig upp och mobilisera till gående, använd hjälpmedel om patienten har sådant förskrivet

Kontakt med läkare

Kontakt med läkare ska alltid tas:

- när patientens hälsotillstånd är påverkat och om misstanke finns att slag mot huvud, nacke, ansikte eller hals har skett
- när patienten har en vårdplan som beskriver att läkare alltid ska kontaktas vid slag mot huvudet (ex. blödningsrisk)
- vid frakturmisstanke
- vid misstanke om annan skada
- vid statusfynd som avviker
- vid tveksamhet

Bedömer sjuksköterskan att tillståndet är akut beställs, utan att kontakta läkare, ambulans för transport till sjukhus.

Bedömningsunderlag för sjuksköterska vid undersökning efter fall med förmodat slag mot huvudet

När ett förmodat slag mot huvud, nacke, ansikte eller hals inträffat ska alltid kontakt tas med sjuksköterska och en klinisk bedömning av sjuksköterskan ska ske på plats utan dröjsmål.

Genomföra klinisk undersökning vid misstänkt slag mot huvud, nacke, ansikte eller hals

- Säkerställ att patienten har fri luftväg
- Kontakta läkare direkt i de fall då:
 - patienten står på antikoagulantia
 - blodtrycket stiger
 - blodtrycket stiger och pulsen sjunker - risk för att tryckstegring i huvudet föreligger
 - patientens hälsotillstånd är påverkat och om misstanke finns att slag mot huvud skett

- förändringar sker i någon av nedanstående viktiga parametrar
- patienten har en vårdplan som beskriver att läkare alltid ska kontakts vid slag mot huvudet (ex. blödningsrisk).

Undersökning på plats av sjuksköterska

- Gör en enklare neurologisk undersökning, bortfall, rörlighet och kraft
- Kontrollera pupiller – är pupillerna lika stora på höger och vänster sida?
Reagerar pupillerna för ljus?

Kontrollera vitala parametrar

När bedömning görs att kontroller behöver göras ofta så kanske patienten är i behov av annan vårdnivå. Detta är läkarens ställningstagande.

- Blodtryck och puls
- Andningsfrekvens
- Saturation
- Vakenhetsgrad (RLS eller annat mätinstrument)
- Andra neurologiska symtom (oro, plockighet, personlighetsförändring, minnesförlust)
- Temp
- Rörlighet och känsel
- Illamående, kräkning
- Smärta

Övervakning/observation av vissa parametrar kan överlåtas till att utföras av namngiven omvårdnadspersonal med reell kompetens efter tydlig ordination av sjuksköterska.

Dokumentation och överrapportering

Undersökning, resultat, bedömning och kontakt med läkare ska dokumenteras i patientjournal. Dokumentera tydligt instruktioner till omvårdnadspersonalen om vad som ska kontrolleras, vem som ska kontrollera, hur ofta och när återkoppling till läkare eller annan legitimerad ska ske.

Överrapportera alltid fallhändelser till nästkommande sjuksköterskas arbetspass samt till patientansvarig fysioterapeut/sjukgymnast. Planera in uppföljning.

När brukare/patient utan insats från kommunal hälso- och sjukvård har fallit (Ordinärt boende)

- Vidtas akuta åtgärder (enligt ovan beskrivet) och sjuksköterska kontaktas för bedömning
- Sjuksköterska kontaktar efter bedömning lämplig vårdnivå
- Vid behov uppmanas patienten/närstående att kontakta vårdcentralen
- Sjuksköterska överrapporterar via Cosmic Messenger till ansvarig vårdcentral för vidare bedömning.

När brukare/patient med SOL/LSS insats och kommunal hälso- och sjukvård har fallit

Ordinärt boende och särskilda boendeformer

- vidtas akuta åtgärder och sjuksköterska kontaktas, enligt beskrivet ovan
- vid rapportering till sjuksköterska, ta stöd av blankett *fallavvikelse – checklista*
- om patientens hälsotillstånd har förändrats, skriv även en vårdbegäran
- fallrapport registreras i avvikelssystemet
- legitimerad personal är sammankallande till ett fallventionsmöte enligt rutin för fallprevention.

När patient som endast har hälso- och sjukvårdsinsats har fallit

- kan hen kontakta sjuksköterska för bedömning och vidare åtgärd
- vid fall med misstänkt slag mot huvudet, nacke, ansikte eller hals, ska sjuksköterska alltid göra ett hembesök för bedömning samt kontakta läkare vid behov
- ska en fallrapport registreras i avvikelshanteringssystemet. Vid rapportering kan stöd tas av blankett *fallavvikelse – checklista*
- ska legitimerad personal kalla till ett fallventionsmöte enligt rutin för fallprevention.

Relaterade dokument

RU571 Fallprevention

BL630 Fallavvikelse – Checklista

Information om rutinbeskrivningen

Årlig revidering.