

Dokumenttyp Rutin Fallprevention, Skalltrauma	Beslutad av Vård- och Omsorgsförvaltningen	Giltig fr o m 2013-05-08
Dokumentansvarig Joakim Vobern, Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Gäller för Vård- och Omsorgsförvaltningen	Senast reviderad 2023-11-16

Rutin fallprevention

Syfte

Syftet med denna riktlinje/rutin är att den jämte Senior Alert ska vara en vägledning och stöd i arbetet med fallförebyggande åtgärder samt klargöra ansvarsfördelningen av det förebyggande arbetet samt åtgärder då någon har fallit.

Bakgrund

Äldre personer har en ökad risk att falla. Statistik från Senior Alert visar att en stor andel av de som bor på särskilt boende och har beviljad hemsjukvård i Sölvesborgs kommun har en hög fallrisk. Varje år drabbas även några av de personer som fallit av frakturer eller andra skador. Socialstyrelsen anger att det ska finnas riktlinjer och rutiner för hur man kan förebygga fall samt att ny fallriskbedömning ska göras vid förändrat hälsotillstånd eller då fall har inträffat.

<http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/forhindrafallskador>

Definition – Fall:

”En händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller ej.” (Definition hämtad från www.vardhandboken.se)

Det innebär att det inte bara är när någon snubblar eller halkar som anses som fall, utan även när någon rullar ur sängen eller glider ner på golvet från en stol.

Definition – Fallskada:

”Fallskada är en icke önskvärd händelse eller effekt som uppkommer vid fall och som leder till ohälsa och/eller upplevelse av obehag.”

Kvalitetsregister

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister där vårdtagare registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat. Observera att vårdtagaren skall informeras om registreringen samt att det krävs samtycke för att registrera en vårdtagare i Senior Alert. Se lokal rutin ”RUTINER SENIOR ALERT”.

Mål

Omsorgsnämndens patientsäkerhetsmål: Alla har rätt till förebyggande åtgärder för att minska risken för fallskador.

90 procent av individer över 65 år inom hemsjukvård och särskilt boende skall ha en registrerad riskbedömning avseende fallrisk.

90 procent av de som har en dokumenterad fallrisk ska ha dokumenterad förebyggande åtgärd/er.

Att genomföra riskbedömning enligt Downton Fall Risk Index

Senast inom 14 dagar efter att en person som är över 65 år har flyttat till särskilt boende eller blir inskrivna i hemsjukvård ska kontaktperson eller sjuksköterska erbjuda riskbedömning angående fallolyckor. Om den boende avböjer ska detta respekteras och dokumenteras. Personer över 65 år i ordinärt boende som har hemsjukvård ska erbjudas riskbedömning. Även personer under 65 år kan och ska erbjudas fallförebyggande åtgärder om det finns behov av detta.

Enhetschef lägger bevakning till sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut vid samtliga in- och utflyttningar på boendet.

Kontaktperson fyller i riskbedömningsinstrumentet Downton Fall Risk Index i samverkan med sjuksköterska/PAS på boendet.

Identifierade risker tas upp på nästkommande teamträff eller tidigare vid behov.

Inom ordinärt boende kan den sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut som kommer i kontakt med en vårdtagare bedöma behov av samt initiera riskbedömning.

Downton Fall Risk Index (enligt blankett Senior Alert) är ett screeninginstrument som används för att identifiera vilka individer som har hög risk att falla. (Se Senior Alerts "Vägledning för riskbedömning av patienter"). (Se även bilaga 1 "Identifikation av fallriskfaktorer, bilaga 2 "Checklista för fallprevention" samt bilaga 3 "Vägledning för screeninginstrument".)

Screeninginstrumentet består av fem olika delar och innefattar kognitiva, sensoriska och fysiska funktioner, information om tidigare fallolyckor samt medicinering. Vid bedömning av kognitiv status kan vid behov MMT användas (MMSE – Mini Mental State Examination). Rådgör vid behov med demenssjuksköterska. (Se bilaga 3)

Etiska överväganden

Att föreslå en förändring av en individs miljö eller levnadsvanor kan upplevas som integritetskränkande även om syftet med förändringen är gott. Största vikt måste därför läggas vid ett professionellt förhållningssätt som respekterar individens åsikter och självbestämmanderätt.

Dokumentation

En individuell hälsoplan upprättas av aktuell yrkeskategori som ska innehålla; utredning/bedömning, hälsobedömning, ordination, uppföljning och utvärdering. Se lokal rutin "Dokumentation för Leg personal".

Ansvarsområden

Enhetschef

Verkställer insatser inom vårdpersonalens ansvarsområde för att förebygga fall.
Ansvarar för att utarbetade rutiner/riktlinjer är kända hos vårdpersonalen.
Ansvarar för att personalen har relevant utbildning i ämnet.

Vård och omsorgspersonal/kontaktperson

Identifierar i samverkan med legitimerad personal fallrisk hos vårdtagare.
Står för genomgång av närmiljö (se bilaga 1).
Utför vardagsrehabiliterande insatser i fallförebyggande syfte.
Ansvarar för att dokumentera i Genomförandeplanen och Procapita.

Sjuksköterska

Utvärderar genomförd fallriskbedömning hos vårdtagare med instrumentet Downton Fall Risk Index.
Vidtar åtgärder vid förhöjd fallrisk (se bilaga 1 och 2).
Kontaktar ansvarig läkare vid behov.
Sjuktymnast/fysioterapeut
Bedömer fysisk funktion samt behov av hjälpmedel (se bilaga 1 och 2).
Vidtar åtgärder vid förhöjd fallrisk (se bilaga 1 och 2).

Arbetsterapeut

Utför aktivitets- och miljöbedömning.
Bedömer vårdtagarens närmiljö samt behov av hjälpmedel (se bilaga 1 och 2).
Vidtar åtgärder vid förhöjd fallrisk (se bilaga 1 och 2).

Vid redan inträffat fall eller fallskada
(Se bilaga 4 "Riktlinjer vid fall")

Fallrapportering

Vid upptäckt fall ska alltid fallrapport i journalsystems avvikelsemodul fyllas i under "Fallavvikelser" av den person som upptäcker fallet. Bevakning läggs till enhetschef, sjuksköterska, sjuktymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut. I avvikelserapporten finns en obligatorisk ruta för "Händelseanalys" - utförd eller ej aktuell som sjuksköterska och enhetschef ansvarar för att fylla i.

Vid behov använder de olika professionerna fallrapporten som grund för analys av fallolyckan. Finns tidigare fall, synligt fallmönster, tecken på akut sjukdom eller läkemedelsbiverkan som orsakat fallet etc. Patientansvarig sjuksköterska är ansvarig samordnare för fallanalysen/riskbedömningen inom särskilt boende och hemsjukvård.

Utvärdering/uppföljning

Varje team ansvarar för att regelbundet följa upp och analysera fall och fallskador.

MAS gör uppföljning två gånger per år av:

Antal fall

Antal fallskador

Hur många riskbedömningar som görs i förhållande till nyinflyttade som samtycker till testet.

Hur många av de som fallit och av de som bedöms ha hög fallrisk som erbjuds/får evidensbaserade åtgärder för att förebygga fall/sekundärprevention.

Uppgifterna hämtas från kvalitetsregister Senior alert samt från avvikelsemodulen i journalsystem.

Återkoppling/rapport

Uppföljningen redovisas i en rapport till omsorgsnämnden samt till all berörd personal inom omsorgsförvaltningen.

Fall med låg misstanke om hjärnblödning efter skalltrauma

Fall utan amnesi/medvetandepåverkan från olyckstillfället och utan bortfallssymtom.

Rapport enligt SBAR till sjuksköterska utan dröjsmål med vitalparametrar enligt rutin kommunikation. Patient får ej vara ensam under de kommande 24 timmarna (bor på SÄBO eller korttidsboende) och ambulans ska genast tillkallas om något av nedanstående symtom uppstår:

- Medvetandesänkning (väck varannan timme initialt)
- Tillkomst av illamående och kräkning (tecken på ökat intrakraniellt tryck)
- Epileptiskt krampanfall (tecken på fokal skada)
- Blod eller vätska ur öra eller näsa (skallbasfraktur - riskfaktor för hematomotveckling)
- Tilltagande huvudvärk (ödem- och/eller hematomotveckling)
- Svaghet (pares) eller begynnande sensibilitetspåverkan i armar eller ben (hematotveckling)
- Förvirring eller personlighetsförändring (frontala cerebrala kontusioner)
- Tillkomst av pupillvidgning, dubbelseende eller annan synrubbing (hematotveckling)
- Hjärtarytmi

Patienten får ta paracetamol.

Pat bör inte ta trombocythämmande medel eller annan NSAID på grund av blödningsrisken (kontakta läkare före) och får inte dricka alkohol eller ta sedativa/sömntabletter under de kommande tre dyggen.

Kontroll av vitala parametrar en gång var 15e minut första timmen, därefter kontroller enligt punkterna ovan. Kontakt med sjuksköterska vid avvikande parametrar från första tagna vitalparametrar. Sjuksköterska bör riskbedöma/ Screena enligt NEWS2.

Beakta ökad risk för blödning vid behandling med trombocythämmande läkemedel. Finns osäkerhet så ring sjuksköterska/ läkare alternativt direkt till 112.

National Early Warning Score 2 (NEWS2)

Fysiologiska parametrar	3	2	1	0	1	2	3
Andningsfrekvens	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
Syremättnad 1	≤91	92–93	94–95	≥96			
Syremättnad 2 (används på läkarordination*)	≤83	84–85	86–87	88–92	93–94 med syrgas	95–96 med syrgas	≥97 med syrgas
Tillförd syrgas		Ja		Nej			
Systoliskt blodtryck	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
Pulsfrekvens**	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Medvetandegrad***				Alert			CVPU
Temperatur	≤35,0		35,1–36,0	36,1–38,0	38,1–39,0	≥39,1	

* Syremättnad 2 används endast efter läkarordination vid låg habituell syremättnad t.ex. KOL

** Om hjärtfrekvens mäts skall detta användas istället för pulsfrekvens i denna parameter

*** Medvetandegrad: A=alert, C=confusion (nyttillkommen eller förvärrad förvirring), V=voice (reagerar med ögonöppning, tal eller rörelse vid tilltal/kraftiga tillrop), P=pain (reagerar vid smärtstimulering), U=unresponsive (reagerar ej vid tilltal/smärtstimulering)

Original: Royal College of Physicians (RCP). Översättning: Martin Spångfors 2018. Publicerat enligt riktlinjer RCP.

Åtgärdsskala enligt NEWS2

NEWS	Övervakningsfrekvens	Åtgärd
0	Senast inom 12 timmar	<ul style="list-style-type: none"> Fortsätt övervaka NEWS enligt rekommenderad övervakningsfrekvens
Totalt: 1–4	Senast inom 4–6 timmar	<ul style="list-style-type: none"> Informera ansvarig sjuksköterska om NEWS-värdet Ansvarig sjuksköterska bedömer om övervakningsfrekvens ska ökas samt behov av läkarbedömning
3 poäng i en parameter	Senast inom 1 timme	<ul style="list-style-type: none"> Ansvarig sjuksköterska ska informera ansvarig läkare Brådskande bedömning av ansvarig läkare samt eventuellt team med kompetens i akut omhändertagande Avsteg från övervakningsfrekvens kan göras av ansvarig läkare efter bedömning av patient
Totalt 5–6	Senast inom 1 timme	<ul style="list-style-type: none"> Ansvarig sjuksköterska ska omedelbart informera ansvarig läkare Brådskande bedömning av ansvarig läkare samt eventuellt team med kompetens i akut omhändertagande Överväg vård med möjlighet till tät tillsyn och övervakning Avsteg från övervakningsfrekvens kan göras av ansvarig läkare efter bedömning av patient
Totalt ≥7	Överväg kontinuerlig övervakning	<ul style="list-style-type: none"> Ansvarig sjuksköterska ska omedelbart tillkalla ansvarig läkare Överväg kontakt med intensivvårdskompetens t.ex. MIG Överväg att flytta patienten till högre vårdnivå

Original: Royal College of Physicians (RCP). Översättning: Martin Spångfors 2018. Publicerat enligt riktlinjer RCP.

Åtgärdsskalan (bilden ovan) anger också vilken kompetens som behövs för att bedöma patientens tillstånd baserat på NEWS-värde:

- NEWS 1 – 4 ska medföra bedömning av sjuksköterska samt kontakt med ansvarig läkare.
- NEWS 3 i en enskild parameter ska medföra kontakt med ansvarig läkare för ställningstagande till att beställa ambulans.
- NEWS 5 – 6 ska medföra skyndsam konsultation av ansvarig läkare alternativt beställning ambulans.
- NEWS 7 eller mer indikerar hög risk för kritisk sjukdom. Denna viktiga varningssignal ska tas på största allvar och ansvarig läkare ska omedelbart meddelas samtidigt som ambulans beställs med högsta prioritet.

NEWS kan inte fånga alla kritiska situationer. Vid allvarlig oro hos vårdpersonal för hur patientens tillstånd utvecklas är det viktigt att be om hjälp och kontakta ansvarig läkare, oavsett NEWS-värde.

Identifikation av fallriskfaktorer

Fysisk funktion, hjälpmedel

- Finns tidigare falloolyckor? Kan riskaktiviteter undvikas eller förändras?
- Finns det inaktivitet som kan leda till yrsel, svaghet, desorientering och oro?
- Finns det behov av att träna balans och balansreaktioner? Är benmusklerna svaga? Har personen säkra strategier vid gång och förflyttning? Kan de förbättras genom träning? Finns behov av att minska smärta?
- Upplever personen sig osäker eller rädd att falla?
- Har personen rätt gång- och förflyttningshjälpmedel anpassade efter hans/hennes behov?

•

Läkemedel, sjukdomstillstånd, nutrition

- Finns det tecken på någon akut sjukdom eller läkemedelsbiverkan som kan ha orsakat fallet?
- Har personen drabbats av tidigare fall, och finns det i så fall ett synligt mönster mellan fallen?
- Finns det sjukdomstillstånd som kan leda till ökat antal fall och skaderisk och som borde behandlas eller åtgärdas på annat sätt?
- Har personen t ex blodbrist, syrebrist, saltbalansrubbnig, ämnesomsättningsrubbnig, oregelbunden hjärtrytm, blodtrycksfall vid uppresning, förvirringsepisoder, epilepsi, pågående infektion, embolikälla, yrsel, syn- eller känslensättning?
- Kan ändringar i medicineringen bidra till minskad risk att falla? Är sömnmedicin nödvändigt? Ges den vid rätt tidpunkt?
- Är personen undernärdd? Har personen brist på kalcium eller D-vitamin? Har personen osteoporosbehandling?
- Har personen någon uppmärksamhetsstörning?
- Har personen övervikt som försvårar självständiga förflyttningar?

Närmiljö, hjälpmedel

- Är belysningen optimal?
- Finns det hala ytor, saker i vägen, lösa mattor, nivåskillnader, trösklar? Kan man flytta på/ändra sladdar, möblering, textilier/färgsättning?
- Har personen skor som passar och sitter stadigt?
- Har personen de syn-, gång- och ADL-hjälpmedel han eller hon behöver? Är de intakta och används de på rätt sätt?
- Hur är utemiljön, speciellt vintertid? Kan man underlätta för dem som har svårt att hitta?
- Kan man göra något åt stressiga miljöer?
- Finns risk för över- eller understimulering?

•

Närmiljö, tillsynsbehov

- De personer som själva inte klarar av att bedöma sin förmåga och som utsätter sig för alltför stora risker – kan de hjälpas genom förebyggande tillsyn? Vilka tider på dygnet behövs denna tillsyn mest?
- Utnyttjas eventuella larm, bäddlarm och rörelselarm på bästa sätt?

•

Övrigt att ha i åtanke

- En förutsättning för en framgångsrik intervention är att alla yrkeskategorier inom vård och omsorg samverkar och använder sin kompetens (vid behov i samråd med anhöriga) för att med gemensamma ansträngningar förebygga fall och skador bland äldre.
- Medicinering ger ofta biverkningar som kanske bara omvårdnadspersonal eller den anhörige upptäcker.
-

Bilaga 2

Checklista för fallprevention

SG/FT = Sjukgymnast/Fysioterapeut

SSK= Sjuksköterska

AT= Arbetsterapeut

VP= Vårdpersonal

EC= Enhetschef

1. Fallriskbedömning enligt Senior Alert

2. Identifiera fallriskfaktorer

- Fysisk funktion, hjälpmedel SG/FT
 - Läkemedel, sjukdomstillstånd, nutrition SSK
 - Närmiljö, hjälpmedel AT, VP
 - Närmiljö, tillsynsbehov VP, EC
- (se bilaga 1)

- #### 3. Läkemedels- och nutritionsåtgärder SSK
- Hjälpmedelsåtgärder** AT, SG/FT
- Omgivningsåtgärder** AT, VP, EC
- (se ”Vägledning för förebyggande åtgärder - Fall”, Senior Alert)

- #### 4. Erbjudande om fysisk träning SG/FT
- (se ”Vägledning för förebyggande åtgärder - Fall”, Senior Alert)

- #### 5. Skyddsåtgärder SSK
- (se MAS-rutiner ”Skydds- och frihetsbegränsande åtgärder”)

- #### 6. Höftskyddsbyxor SG/FT
- Höftskyddsbyxor bör erbjudas till de äldre personer som bedöms vara mycket fallbenägna trots fallförebyggande åtgärder och som samtidigt bedöms ha hög risk att ådra sig en höftfraktur. (se ”Kriterier för ordination av höftskyddsbyxor, Kommunerna i Blekinge”)

Vägledning för screeninginstrument

- Vid bedömning av kognitiv status kan vid behov MMT användas (MMSE – Mini Mental State Examination). Rådgör vid behov med demenssjuksköterska. Poäng 1 på Downton Fall Risk Index innebär att personen inte är orienterad till namn, plats och tid.
- Sensoriska funktioner:
Synnedsättningen är måttlig till kraftigt nedsatt eller man är blind (1 poäng i Downton). Synförmåga kan bedömas genom att testpersonen t.ex. får läsa ett kort textstycke (typsnitt 18) på normalt läsavstånd, med eller utan glasögon.

Hörseln är kraftigt nedsatt eller man är döv (1 poäng i Downton).
Hörseln testas genom att bedöma om individen kan höra samtalet/intervjun adekvat vid ”normal” röstvolym med eller utan hörselhjälpmedel.
- Motoriska funktionsnedsättningar t.ex. amputation eller pareser kan bedömas genom observation. Gångförmåga: för att erhålla poäng 1 skall personen ha kraft eller funktionsnedsättning i någon extremitet, gå osäkert med eller utan hjälpmedel eller glömmer att använda hjälpmedel ibland.

Riktlinjer vid fall

Gäller all vårdpersonal

Det är mycket viktigt att när en person fallit vidta rätt åtgärder och behandla eventuell skada.

Gör enligt följande:

- Gör en bedömning av situationen.
- Uppträd lugnt och förtroendeingivande.
- Titta efter synlig skada som blödning, svullnad, felställning o.s.v.
- Samla in vitalparametrar, andningsfrekvens, puls, blodtryck, saturation, temp, vakenhetsgrad.
- Smärta och smärtans lokalisation?
- Blek och/eller kallsvettig?
- Rapportera enligt SBAR. Tillkalla övrig personal och meddela sjuksköterska snarast (gäller inom särskilda boenden och hemsjukvården). I ordinärt boende utan hemsjukvård kontaktas vid behov primärvården efter samtycke från patient och eventuellt anhörig. På jourtid ring 1177.
- Hjälp om möjligt personen upp, vid minsta tvekan låt personen ligga kvar tills sjuksköterska gjort bedömning. Om personen inte går att förflytta gör det så bekvämt som möjligt, gärna med kudde och filt. Det är viktigt att personen inte blir nerkyld.
- Vid förflyttning använd gärna mobil lyft om det finns tillgängligt. Till lyften används en särskild sele som är avsedd för ändamålet. Rehabpersonal ska ha informerat vårdpersonal om var sele hänger (ska finnas på bestämd plats) och hur den används. Om personen ligger otillgängligt; dra ut personen liggande på sele/filt där mobil lyft kan användas.
- Avvikelsen registreras i Procapita – avvikelsemodul enligt lokal rutin för avvikelshantering.
- Legitimerad personal dokumenterar fallet i omvårdnadsjournal. Tillsyn av drabbad är prioriterad och skall utföras snarast, alternativt rapporteras över till pågående personal om tid ej finnes.
- Se även riktlinjer på sid 4-6.