

Omsorg

Ansvarig

Helen Hansson Malmgren
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Upprättad av

Sofia Rahdevi, sjukgymnast, Margareta Eriksson
arbetsterapeut

Upprättad den

2009-04-01

Reviderad den

2021-05-04

Rutin för fall och fallskador

Den vanligaste orsaken till skada hos äldre är fallolycka. En tredjedel av de som är äldre än 60 år faller minst en gång per år. Genom att arbeta med evidensbaserade fallförebyggande åtgärder förebyggs risk för fall och fallskador. I kvalitetsregistret Senior alert ingår riskbedömning för fall som en del i det systematiska förebyggande arbetet.

Definitioner

Fall

Ett fall är en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, exempelvis glida, kasa, oavsett om personal lindrar fallet.

Fallskada

En fysisk konsekvens som uppstått på grund av fallet.

Samtycke

Patienten ska alltid lämna sitt samtycke innan information om denne lämnas till annan vårdgivare. Om patienten bor på vård och omsorgsboende eller i ordinärt boende och har hemsjukvård framgår det om patienten lämnat samtycke i Hälsoplanen (finns i HSL pärmen).

Menprövning

Om en patient inte kan lämna samtycke (till exempel vid kognitiv svikt) kan personalen kontakta närstående för att få en uppfattning om patientens inställning till att kontakta sjuksköterska. Alternativt gör personalen själv en bedömning en s.k. menprövning. Menprövning innebär att man tar ställning till om informationen som lämnas ut kan vara till skada för patienten.

Målgrupp

Personer som har insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och/eller Socialtjänstlagen (SOL) och som är skrivna i Vellinge kommun.

Akut åtgärd vid fall

När en person har fallit är det viktigt att den som upptäcker fallet vidtar rätt åtgärder och behandlar eventuell skada.

Gör enligt följande

- Skaffa dig en uppfattning över situationen. Vid uppenbar akut skada kontaktas 112.
- Tar personen riskläkemedel? Se rubrik "*Akuta åtgärder vid fall hos patienter med riskläkemedel*"
- Uppträd lugnt och förtroendeingivande.
- Titta efter synlig skada som blödning, svullnad, felställning o.s.v.
- Bedöm medvetandegrad; vaken, sömning, medvetslös eller i övrigt som vanligt.
- Förekommer smärta? Var är smärtan lokaliserad?
- Är personen blek och/eller kallsvettig?
- Tillkalla övrig personal vid behov
- Fallet rapporteras direkt till sjuksköterska per telefon om samtycke finns eller menprövning är gjord, se rubrik "*Definitioner*". Sjuksköterska bedömer fortsatt handläggning.
- Om sjuksköterska beslutar att besöka personen ska du/ni alltid stanna hos patienten tills sjuksköterska kommer.
- Hjälp om möjligt personen upp, vid minsta tvekan låt personen ligga kvar tills sjuksköterska anlant. Om personen inte går att förflytta gör det så bekvämt som möjligt med kudde och filt.
- Vid behov använd akutlyft, se rutin "*Användande av akutlyft*".
- Vid misstanke om trasigt eller fel använt hjälpmedel kontakta arbetsterapeut och/eller fysioterapeut/sjukgymnast direkt via telefon eller Life Care meddelandefunktion.

Akuta åtgärder vid fall hos patienter med riskläkemedel

Antikoagulantia och potenta trombocythämmare ökar risken för såväl yttre som inre blödningar. Det är därför mycket viktigt att vidta rätt åtgärder och observationer när en patient som har riskläkemedel faller.

- Omvårdnadspersonal kontaktar sjuksköterska omedelbart.
- Sjuksköterska kontaktar läkare på vårdcentral alternativt jourhavande läkare (beroende på tid på dygnet) för bedömning utifrån patientens önskemål, bakomliggande sjukdomsbild, förhandsbeslut om behandlingsbegränsningar samt aktuella symtom.

Riskläkemedel

- Antikoagulantia (Waran, Eliquis, Pradaxa, Xarelto, Lixiana)
- Heparingruppen (Innohep, Klexane, Fragmin)
- Potenta trombocythämmare (Acetylsalicylsyra i högdos, Acetylsalicylsyra i kombination med Clopidogrel, Brilique)

Hantering när person som faller enbart har larm och/eller hemtjänst

- Om personen som fallit enbart har larm och/eller hemtjänst ska den personal som är på plats fråga personen som fallit om de kan kontakta sjuksköterska.
- Samtycker personen som fallit att sjuksköterska kontaktas dokumenteras det i SoL journalen och fallavvikelse skrivs. Sjuksköterska ansvarar för att frågan ställs till personen som fallit om hon/han samtycker att fallet hanteras på en teamträff för att kunna förebygga fall framöver.
- Nekar den som fallit till att sjuksköterska kontaktas dokumenteras det i SoL journalen och fallavvikelse skrivs inte.
- Kan personen som fallit inte svara på frågan om samtycke kan personalen kontakta närstående för att få en uppfattning om patientens inställning till att kontakta sjuksköterska. Alternativt gör personalen själv en bedömning, om informationen som lämnas ut kan vara till skada för personen (menprövning). Finns det ingen risk kontaktas sjuksköterska, dokumentation om menprövning görs i SOL journalen och fallavvikelse skrivs.

Rapportering vid fall

När ett fall har skett rapporterar den personal som upptäckt fallet händelsen snarast i HSL LifeCare ”Rapportering av vårdskada eller risk för vårdskada”.

Länken till rapporteringsformuläret nås via Citrix för alla leverantörer och via länk för kommunal vård och omsorg.

Manual för rapportering av HSL avvikelser samt rutin för avvikelser i kommunal hälso- och sjukvård finns på vellinge.se under fliken vårdleverantör.

Organisation vid rapportering ska alltid vara VoO FALL och det hemtjänstområde eller vård- och omsorgsboende där patienten bor. Även om fallet inte inträffar i patientens bostad ska rapportering göras till den organisation där patienten bor.

Utredning/åtgärd

På teamträffar i hemsjukvården och på nätverksträffar på vård- och omsorgsboende går personalen igenom alla avvikelser för fall. En utsedd person ansvarar för att ta fram aktuella fallavvikelser i Lifecare HSL. Det är alltid verksamhetschef som ansvarar för att utredning genomförs.

Respektive fallavvikelse hanteras enligt följande:

- Inventera tidigare fall, kännedom om patienten, pågående eller tidigare insatser.
- Inventera tidigare utförda riskbedömningar samt eventuella åtgärder.
- Besluta vilka åtgärder som kan vara aktuella, vem som kontaktar patienten, vem som ansvarar för genomförande av eventuella åtgärder samt uppföljning av dessa. Datum när det ska vara genomfört.
- Patient i ordinärt boende som inte är känd sedan tidigare kontaktas per telefon. Särskild checklista används vid samtalet.
- Hembesök utförs vid behov. Riskbedömning kan göras enligt Fallcheck(t), eller Senior Alert.

Ovanstående bedömningar ligger till grund för fortsatta yrkesspecifika åtgärder, till exempel hjälpmedelsförskrivning, förflyttningsbedömning, läkemedelsbedömning, träning etc.

Återkoppling och avsluta avvikelser

- Återkoppling av utredning och utförda åtgärder sker på team- och nätverksträffar.
- Om händelsen även behöver utredas av annan verksamhet ansvarar verksamhetschef för att lägga till medutredare.
- verksamhetschef ansvarar för att åtgärder har vidtagits, att uppföljning är genomförd samt att avvikelser avslutas.

Dokumentation i patientjournal

Alla fall dokumenteras av legitimerad personal under ”bedömning kroppsfunktioner” – ”sinnesfunktion och smärta” – ”bedömning av vestibulära funktioner, ICF b235-249” samt under aktuellt sökord för bedömning och/eller åtgärd, se manual Procapita.

Statistik

Statistik följs regelbundet upp för att identifiera risker och förbättringsområden. Verksamhetschef ansvarar för regelbunden uppföljning av avvikelser.

Fallprevention

Förebyggande hembesök

Personer som fyller 80 år och inte har någon insats från kommunal vård- och omsorg erbjuds förebyggande hembesök. Legitimerad personal har ett informationssamtal för att öka möjligheten till en trygg och säker miljö i hemmet.

Förstagångsordination av duschpall/badbräda och/eller rollator

Vid första ordination av duschpall/badbräda och/eller rollator till en patient lämnar arbetsterapeut alternativt fysioterapeut/sjukgymnast även fallpreventivt informationsmaterial. Samtidigt erbjuds även Fallcheck(t), vilket innebär en översyn av fallrisker i hemmet. Undantag är utprovning som sker i hjälpmedelsförrådet.

Riskbedömning enligt Senior Alert

För att identifiera fallrisk används bedömningsinstrument enligt det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Utifrån detta identifierar vårdpersonal och legitimerad personal risker och planerar åtgärder.

Inflyttning på vård- och omsorgsboende

Förflyttningsbedömning och miljööversyn utförs av arbetsterapeut och/eller fysioterapeut/sjukgymnast inom 14 dagar. Utöver detta ansvarar teamet för att erbjuda patienten en riskbedömning enligt Senior Alert, inom en månad.