

Dokumenttitel Fall	Dokumenttyp Rutin	Giltig från 11 02 01	Granskas senast 19 02 27	Sida 1
Ansvarig Verksamhetschef HSO		Gäller för: Leg personal och omvårdnadspersonal inom DSO		

Fallprevention och åtgärder vid fall

Definition av fall

En händelse när en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken oavsett orsak och oavsett om skada inträffar eller inte.

Bakgrund

Falloolyckor är den vanligaste orsaken till skada hos personer över 60 år. Ungefär en tredjedel av alla hemmaboende över 65 år faller någon gång varje år. Hälften av de som faller gör det mer än en gång. Inaktiva personer faller oftare än aktiva. Ett fall kan orsaka lidande, fysisk skada och även dödsfall. Många blir rädda och begränsar sina aktiviteter både fysiskt och socialt.

Teamarbete

Fallpreventionsarbetet utförs av sjuksköterska, omvårdnadspersonal, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut och enhetschef på respektive boende inklusive korttidsboende och i hemsjukvården. Enhetschefen för vårdpersonalen ansvarar för att vårdpersonal involveras i arbetet.

Målgrupp

Äldre över 65 år som bor på särskilt boende, korttidsboende eller är inskriven i hemsjukvården.

Fallprevention

1. Riskbedömning för fall enligt Downton ska göras snarast, vid inflyttande till särskilt boende, korttidsboendet och vid inskrivning i hemsjukvård.
2. Bedömningen skrivs in i Procapitas bedömningsmodul och i kvalitetsregistret Senior Alert.
3. Om Downton indikerar fallrisk görs fördjupad fallriskutredning enligt ”förebyggande åtgärder i Senior Alert”.
4. Ställningstagande till åtgärder.
5. Hälsoplan ska upprättas i samband med åtgärden. Här ska också uppföljning av åtgärden planeras.

Kriterier för utskrivning av höftskyddsbyxa

Förskrivare är sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut eller sjuksköterska. Beställning görs till hjälpmedelscentralen. För kriterier, se Web Sesam.

Akut åtgärd vid fall

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

Dokumenttitel	Dokumenttyp	Giltig från	Sida 2
---------------	-------------	-------------	--------

Gör enligt följande:

- Uppträd lugnt och förtroendeingivande.
- Titta efter synlig skada som blödning, svullnad, felställning o.s.v.
- Se över medvetandegrad; sömning, medvetslös, kontakta sjuksköterska. Vaken eller i övrigt som vanligt?
- Smärta?
- Blek och/eller kallsvettig?
- Tar patienten blodförtunnande läkemedel? Se nedanstående rubrik
- Tillkalla övrig personal vid behov
- Meddela sjuksköterska vid alla fall.
- 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 t.ex.
- Vid förflyttning använd gärna mobil lyft om det finns tillgängligt. På särskilt boende finns särskild sele som är utskriven på enheten. Paramedicinsk personal ska ha informerat vårdpersonal om var sele hänger (ska finnas på bestämd plats) och hur den används.
- Vid alla fall skriv fallrapport i Procapita avvikelsemodul, enl. lokal rutin för avvikelshantering.
- Dokumentera fallet under sökord "Hälso- och sjukvårdsobservationer" i Procapita Hälso- och sjukvårdsjournal.

Behandlas patienten med Waran/Warfarin, Pradaxa, Xarelto, Eliquis och Fragmin – Ska dessa åtgärder göras

Bakgrund: Dessa åtgärder införs efter händelser där personer med blodförtunnande läkemedel har fallit och avlidit på grund av blödning i hjärnan efter fallet. Trots övervakning har personerna hastigt försämrats efter flera timmar och sedan avlidit.

- Vårdpersonal ska **omedelbart** kontakta sjuksköterska vid fall hos person med ovanstående läkemedel.
- När person med ovanstående läkemedel ramlar och slår i huvudet ska personen till akutmottagningen på lasarettet för övervakning och åtgärd.
- Vid oklar indikation om personen slagit i huvudet gör som ovan.
- Vid klar indikation på att personen inte slagit i huvudet så tar sjuksköterskan ställning till om personen ska till lasarettet eller ej.

Dokumentation och information vid fall

Omvårdnadspersonal

- Dokumentera i Hälso- och sjukvårdsjournalen, sökord Hälso- och sjukvårdsobservationer, vad som hänt och iakttagelserna som gjorts.
- Fyll i avvikelserapport för fall i Procapita.
- Meddela alltid sjuksköterska om skada eller misstanke om skada uppstått.

Dokumenttitel	Dokumenttyp	Giltig från	Sida 3
---------------	-------------	-------------	--------

Sjuksköterska

- Dokumenterar fallet under sökord Bedömning förflyttning samt ev. andra aktuella bedömningssökord i hälso- och sjukvårdsjournalen
- Dokumentera i Procapita under sökord avvikelse med hänvisning till fallrapport.
- Ansvarar för att närstående blir informerade om fallet, om samtycke finns.

Sele, bälte och grindar

För person som sitter uppe, får sele, bälte eller liknande anordning inte användas annat än för att hindra en svag person från att falla och därigenom komma till skada. Får ej användas för att t.ex. fasthålla en orolig person. Om patienten visar med handling e.d. att han inte vill ha bälte eller grind så ska det inte användas.

Dessa åtgärder får enbart ske efter samtycke med patienten/brukaren. Närstående/god man/förvaltare kan ej ge samtycke.

Sele/Bälte

- Bedömning av behov av sele eller bälten görs av arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut i fallpreventivt syfte och med brukarens samtycke.
- De bälten som ska användas är: grensele eller positioneringsbälte. Bälten **ska** sitta lågt nere mot höftkammen, hårt åtdraget med max en fingerbredd mellan bälte och kropp.
- Vid bortplockande av positioneringsbälte ur rullstol, t.ex. vid rengöring ska det monteras dit igen av arbetsterapeut/sjukgymnast/fysioterapeut eller av personal enligt instruktion (se röd markering för fästpunkt).
- Grensele kan återmonteras av arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut eller reellt kompetent personal.
- Användandet av bälte/sele bedömt av arbetsterapeut/sjukgymnast/fysioterapeut dokumenteras i Hälso- och sjukvårdsjournalen.

Sänggrindar

- Användandet av sänggrindar bedöms av sjuksköterska/ arbetsterapeut/sjukgymnast/fysioterapeut i fallpreventivt syfte.
- Samtycke måste finnas från patienten.
- På sängar med fasta grindar är det av vikt, att om grindar **ej skall användas skall dessa fixeras med röd tape eller kardborreband.** Fixering utförs av vårdpersonal.
- Användandet av grindar bedömt av sjuksköterska eller arbetsterapeut/sjukgymnast/fysioterapeut dokumenteras i Hälso- och sjukvårdsjournalen.
- Vill brukaren ha en grind uppdragen för att t.ex. kunna ta tag i vid vändning, så kan personalen åtgärda detta. Dokumentation ska ske i Sociala dokumentationen.