

Undersökning av person som fallit

Gäller för verksamhetsområde: Vård och omsorgskontorets hälso- och sjukvård

Framtagen av: Medicinskt ansvariga

Ersätter: Två instruktioner: VON F 2017/00551 003, VON F 2017/00313 003

Giltig från och med: 2020-11-01

Lägg märke till namnbytet

Rutin på hälso- och sjukvårdens område kallades tidigare instruktion. Namnbytet har skett i och med revidering av Riktlinje för styrande och stödjande dokument på vård- och omsorgskontoret VON 2020/0997. Under en övergångsperiod används båda begreppen, då övergången sker succesivt.

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	3
2. ANSVAR	3
2.1 Sjuksköterska	3
2.2 Medicinskt ansvarig sjuksköterska.....	3
2.3 Verksamhetschef.....	3
3. BEDÖMNINGSLAG FÖR SJUKSKÖTERSKA VID UNDERSÖKNING AV PERSON SOM RAMLAT	3
3.1 Undersökning, används även som kontrollfrågor	3
3.2 Undersökning på plats av sjuksköterska	4
3.3 Kontakta läkare – skicka till sjukhus.....	5
3.4 Dokumentation	5
4. BEDÖMNINGSLAG FÖR SJUKSKÖTERSKA VID UNDERSÖKNING EFTER FALL MED FÖRMODAT SLAG MOT HUVUDET	5
4.1 Undersökning, kan även användas som kontrollfrågor	5
4.1 Fysisk undersökning på plats av sjuksköterska	5
4.2 Kontakta läkare.....	6
4.3 Upprepade kontroller av blodtryck/puls och vakenhetsgrad.....	6
4.4 Dokumentation och information	6
REFERENS	6

1. Inledning

Fall och fallskador kräver vårdteamets samlade kompetens. Teamets kompetens har stor betydelse vid fallriskutredning (för att förebygga fall) och vid fallhändelseutredning (när fall inträffat). Särskild uppmärksamhet behövs vid antikoagulantibehandling vilket ökar risken för såväl yttre som inre blödningar. Det är därför mycket viktigt att vidta rätt åtgärder när en patient som har antikoagulantibehandling faller eller av annan anledning riskerat ha fått ett slag mot kroppen. Efter ett relativt lindrigt huvudtrauma kan en långsamt insättande huvudvärk med tilltagande neurologiska symtom och/eller kognitiv påverkan vara orsakat av ett subduralhematom. Vårdplan ska finnas upprättad och innehålla väsentlig information kring förebyggande åtgärder och åtgärder som kan ha betydelse för bedömning om ett fall inträffar.

2. Ansvar

2.1 Sjuksköterska

Sjuksköterska ansvarar för bedömning, nödvändiga kontroller och att åtgärder vidtas samt att uppföljning sker.

2.2 Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, ansvarar för att ta fram direktiv och instruktioner och följa upp att dessa följs

2.3 Verksamhetschef

Verksamhetschef ansvarar för att verksamheten har kännedom om direktiv och instruktioner samt att dessa efterlevs

3. Bedömningsunderlag för sjuksköterska vid undersökning av person som ramlat

När ett fall inträffat ska kontakt tas med sjuksköterska för en bedömning på plats så snart det är möjligt. 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.

3.1 Undersökning, används även som kontrollfrågor

- Bedöm om personen är kontaktbar,
- Bedöm om personen är smärtpåverkad t.ex. kladdig, kallsvettig, oklar, vit i ansiktet, flackig blick,

- Bedöm i vilken ställning personen ligger. Finns tydliga felställningar t.ex. är benet utåt roterat och/eller förkortat,
- Titta efter skada på hud, rodnader och/eller blåmärken,
- Bedöm om nytillkommet känselbortfall finns,
- Kontrollera puls - långsam under 50 slag/min eller snabb över 100 slag/min.

3.2 Undersökning på plats av sjuksköterska

Om förflyttning av personen kan göras innan undersökning på plats bedöms av sjuksköterska. Börja undersökningen metodiskt uppifrån och ner, känn igenom personen med varsamma tryck. Notera smärtreaktion. 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 kap. 4.

Nyckelben - känn längs hela

Överarm - känn längs hela

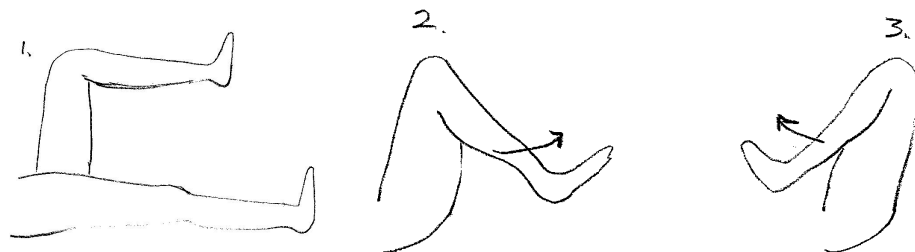
Underarm - känn längs hela. Böj försiktigt i handleden titta och känn försiktigt över fingrarna och handen

Axel - lyft armarna för att se axlarna röras, notera smärta. Vrid armbågsleden, avstå om över eller underarm verka bruten

Bröstkorg - tryck med båda händerna försiktigt ihop bröstkorgen. Sätt händerna strax under armhålorna 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 knäet. Känn med hela handen över knäet. Tryck sedan längs utsidan av underbenet ned till fotleden. Känn på samma sätt längs insidan av underbenet från knäet till fotleden. Känn över båda fotknölna och böj och sträck i fotleden. (1) Böj sedan benen i knä och höftled, om ingen smärtreaktion för försiktigt underbenet åt (2) vänster och (3) höger för att se om patienten signalerar smärta.



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.

3.3 Kontakta läkare – skicka till sjukhus

- Vid fraktur skicka till sjukhus och vid behov kontakta läkare.
- Vid frakturmisstanke eller vid tveksamhet kontakta alltid läkare.
- Vid slag mot huvudet kontakta läkare, enligt undersökning efter fall med förmodat slag mot huvudet, se kap. 4.

3.4 Dokumentation

- Undersökning och resultat ska dokumenteras i patientjournalen.
- Har skada uppstått vid fallet ska avvikelser skrivas, även om vårdplan för fall finns.

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

När ett förmodat slag mot huvudet inträffat ska kontakt tas med sjuksköterska för en bedömning på plats så snart det är möjligt. 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.

4.1 Undersökning, kan även användas som kontrollfrågor

- Bedöm om personen är kontaktbar,
- Bedöm om personen är smärtpåverkad t.ex. kladdig, kallsvettig, oklar, vit i ansiktet, flackig blick,
- Bedöm i vilken ställning personen ligger. Finns tydliga felställningar t.ex. är benet utåt roterat och/eller förkortat,
- Titta efter skada på hud, rodnader och/eller blåmärken,
- Bedöm om nytillkommet känselbortfall finns,
- Kontrollera puls - långsam under 50 slag/min eller snabb över 100 slag/min.

4.1 Fysisk undersökning på plats av sjuksköterska

- Gör en enklare neurologisk undersökning,
- Kontrollera pupiller – är pupillerna lika stora på höger och vänster sida, reagerar pupillerna för ljus
- Bedöm nytillkommet känselbortfall.

4.2 Kontakta läkare

Bedömer sjuksköterskan att tillståndet är akut beställs, utan att kontakta läkare, ambulans för transport till sjukhus om inga andra överenskommelser finns för patienten.

Om patientens tillstånd är opåverkat ska inte läkare kontaktas enbart för att informera om att ett slag mot huvudet skett. Kontakt ska tas med läkare i de fall då;

- Patientens hälsotillstånd är påverkat och om misstanke finns att slag mot huvud skett.
- Patienten har en vårdplan som beskriver att läkare alltid ska kontaktas vid slag mot huvudet (ex. blödningsrisk).

I dessa fall ska sjuksköterskan tillsammans med läkare ta ställning till vidare utredning och åtgärder.

4.3 Upprepade kontroller av blodtryck/puls och vakenhetsgrad

Vid misstänkt hjärnskakning eller skallskada ska följande parametrar kontrolleras:

- Blodtryck och puls x ggr/tim
- Vakenhetsgrad x ggr/tim
- Andra neurologiska symtom (oro, plockighet, personlighet, minnesförlust)
- Illamående, kräkning
- Smärta

Om blodtrycket stiger och pulsen sjunker eller om förändringar sker i någon av ovanstående parametrar kontakta läkare omgående, risk för att tryckstegring föreligger i huvudet.

Övervakning/observation kan överlåtas till att utföras av omvårdnadspersonal efter ordination av sjuksköterska. Vårdplan upprättas.

4.4 Dokumentation och information

- Undersökning och resultat ska dokumenteras i patientjournalen och vid behov där åtgärder föreligger, lyftas upp under aktuell status
- Har skada uppstått ska avvikelser skrivas, även om vårdplan för fall finns

Referens

<https://www.vardhandboken.se/>

<https://vardgivarwebb.regionostergotland.se>