

Bedömning och åtgärd vid fall

Information om dokumentet:

Gäller för verksamhetsområde: Vård och omsorgskontorets hälso- och sjukvård

Framtagen av: Medicinskt ansvariga och representanter från egen regi HS

Antagen av: MAS

Tillhör process i ledningssystemet: Säkerställa ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Ersätter: VON F 2017/00551 003, VON F 2017/00313 003, VON 2023/0484-1 003

Gäller från och med: 2024-05-06

Diarienummer: VON 2024/0806-1

Granskad och godkänd av: Faktagruppen Region Östergötland



Innehåll

Innehåll	1
1. Ansvar	1
1.1 Verksamhetschef	1
1.2 Medicinskt ansvarig sjuksköterska	1
1.3 Sjuksköterska	1
2. Inledning	1
3. Undersökning av patient som fallit	2
3.1 Kroppslig undersökning:	2
4. Rekommenderade åtgärder	4
4.1 Ambulanstransport till akutmottagningen	4
4.2 Kvarstanna i hemmet	5
5. Dokumentation och information	5
6. Referenser	6
7. Bilagor	7
7.1 Vakenhetsgrad	7
7.2 Smärtskattning	7
7.3 Checklista för upprepade kontroller	9



1. Ansvar

1.1 Verksamhetschef

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

1.2 Medicinskt ansvarig sjuksköterska

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

1.3 Sjuksköterska

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

2. Inledning

Dokumentet vänder sig till legitimerad personal och innehåller bland annat checklista som vid behov skrivs ut och lämnas till omvårdnadspersonal efter fall.

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. Vid fallrisk ska vårdplan finnas upprättad och innehålla väsentlig information kring förebyggande åtgärder.

3. Undersökning av patient som fallit

När ett fall inträffat ska kontakt tas med sjuksköterska omgående. En gemensam bedömning av relevanta undersökningar/åtgärder utförs och sjuksköterskan tar ställning till om fallet föranleder en ambulanstransport, akut sjuksköterskebedömning eller kan följas upp vidare av omvårdnadspersonal.

3.1 Kroppslig undersökning:


- Andas patienten?
- Har patienten fri luftväg?
- Vid sårskada/blödning (stoppa blödning genom tryck eller omläggning)
- Är patienten kontaktbar? (medvetandekontroll görs enligt AVPU)

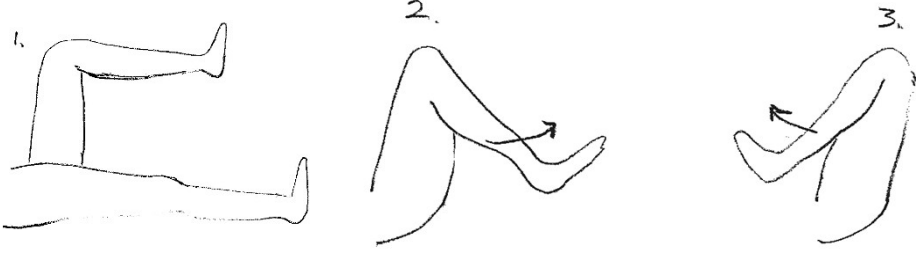
AVPU	Beskrivning
Alert	Patienten är helt vaken och orienterad
Voice	Patienten reagerar på tilltal
Pain	Patienten reagerar på smärta
Unresponsive	Patienten reagerar inte på något stimuli

P och U räknas som avvikande vid medvetandekontroll och ska beaktas vid planering av åtgärder.

- Vad säger patienten själv om sitt mående? Har patienten slagit sig?
- I vilken ställning ligger patienten? Har patienten synliga sårskador, blåmärken eller felställningar? (t.ex. benet utåtroterat och/eller förkortat)
- Är patienten smärtpåverkad? (t.ex. kladdig, kallsvettig, oklar, vit i ansiktet, flackig blick)
- Har patienten neurologiska symtom efter fallet? (t.ex. minneslucka? talstörning? synstörning? yrsel? nedsatt känsel i armar eller ben? urin- eller avföringsavgång [gäller kontinenta patienter]?)
- Börja med att känna igenom kroppen metodiskt från huvud till fötter innan förflyttning.
 - Känn igenom kroppen med varsamma tryck och notera smärtreaktion.
 - Om en kroppsdel ömmar eller smärtar rör den inte ytterligare.

Kroppsdel	Undersökning/ åtgärder
Huvud och ansikte	Vid misstanke om huvudskada eller om patienten själv uppger <ul style="list-style-type: none"> - Notera bulor/svullnader i huvud eller ansikte - Notera sårskador, finns det lim- eller suturbehov? - Ömhet över näsa, kinder eller under ögonen - Blåmärke runt ögonen eller bakom öronen, eller klar vätska ur öronen (detta ger misstanke om skall- eller skallbasfraktur)
Nacke	<ul style="list-style-type: none"> - Be patienten vrida på huvud 45 grader till höger och till vänster vid smärta i nacken (ska bedömas av sjuksköterska och ska utföras av patienten själv utan hjälp av någon annan).

	<ul style="list-style-type: none"> - Vid svår smärta och/eller stelhet i nacken måste stabilisering ske genom att ha huvudet rakt tills ambulansen kommer, antingen genom att en personal håller patientens huvud rakt eller med hjälp av kuddar/filtar
	
Nyckelben	<ul style="list-style-type: none"> - Känn längs med hela
Överarm	<ul style="list-style-type: none"> - Känn längs med hela - Vrid i armbågsleden – om inte över- eller underarm verkar bruten
Underarm	<ul style="list-style-type: none"> - Känn längs med hela - Böj försiktigt i handleden, titta och känn försiktig över fingrar och hand - Är handleden svullen? - Känns pulsen i handleden?
Axlar	<ul style="list-style-type: none"> - Lyft armarna för att se axlarna röras, notera smärta
Bröstkorg	<ul style="list-style-type: none"> - Tryck, med båda händerna, försiktigt ihop bröstkorgen - Sätt händerna strax under armhålorna och vandra ner, notera smärta
Buk	<ul style="list-style-type: none"> - Finns det blåmärken eller svullnad över buken? - Tryck försiktig över hela buken, notera smärta
Bäcken	<ul style="list-style-type: none"> - Vila händerna mot höftbenskammarna, tryck försiktigt ihop dem - Tryck över blygdbenet
Ben	<ul style="list-style-type: none"> - Tryck försiktigt över utsidan av låret hela vägen ner till knät - Känn med hela handen över knät, tryck sedan längs utsidan av underbenet ner till fotled - Känn på samma sätt längs insidan av underbenet från knät ner till fotled. - Känn över båda fotknölnarna, böj och sträck i fotleden - Efter palpation, följ instruktioner på bilden nedan. (1) Böj benet i knä och höftled. Om patienten inte visar någon smärtreaktion så för försiktigt underbenet åt vänster (2) och höger (3) för att se om patienten signalerar smärta

	
Rygg/kotor	<ul style="list-style-type: none"> - Om patienten inte anger smärta från höften efter undersökning så sätts patienten upp. Knacka över kotorna i ryggraden, börja vid nacken och går ner mot svanskotan, notera smärta.

- Kontrollera puls och blodtryck
- Finns det behov av smärtlindring innan förflyttning?
- Mår patienten illa? Har patienten kräcks efter fallet (en eller flera kräkningar)?
- Kan förflyttning ske utan eller med hjälp (t.ex. lyft eller levandestöd) efter undersökning?
- Behandlas patienten med antikoagulantia?
 - Trombocythämmare (tex Trombyl, Clopidogrel, Brilique)
 - vitamin K-hämmare (Warfarin, Waran)
 - NOAK (tex Eliquis, Xarelto, Pradaxa, Lixiana)
 - Heparingruppen (tex Innohep, Heparin, Fragmin)
- Är patienten alkoholpåverkad eller drogpåverkad vid undersökning (kan försvåra neurologisk undersökning och är därför indikation för röntgen av huvudet)?

4. Rekommenderade åtgärder

4.1 Ambulanstransport till akutmottagningen

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

Ambulanstransport beställs också om det finns misstanke om att patienten slagit i huvudet tillsammans med någon av följande kriterier:

- Medvetandesänkt (P enligt AVPU) eller medvetandeförlust efter fallet (U enligt AVPU)
- Krampat efter fall
- Tydliga fokalneurologiska bortfall (störning av tal, syn, känsel, styrka eller balanssvårigheter efter fallet)
- Shuntbehandlad hydrocefalus
- Blånader runt ögon, bakom öron eller om det kommer klar vätska ur öronen
- Behandlas med antikoagulantia*
- Upprepade kräkningar efter fallet
- Sårskada som måste sutureras eller limmas
- Svårt att röra på nacken med smärta

** Gäller ej patienter inom SÄBO och VPF som behandlas endast med ett trombocythämmande läkemedel (tex Trombyl, Clopidogrel, Brilique). Vid behandling med två eller fler trombocythämmande läkemedel ska patienten skickas till sjukhus.*

Vid osäkerhet om bedömning rådgör alltid med läkare.

4.2 Kvarstanna i hemmet

Patienten kan kvarstanna i hemmet vid fall med slag mot huvud, efter dialog med ansvarig läkare, om inga av kriterierna under punkt 4.1 är uppfyllda.

Vid slag mot huvudet ska dessa patienter observeras för misstanke om hjärnskakning i 12 timmar för kontroll av medvetandegrad, puls och blodtryck, se bilaga 7.3 checklista för upprepade kontroller, som ska användas. Initialt ska täta tillsyner utföras med ett intervall som bestäms av sjuksköterska. Kontakta sjuksköterska/läkare om patienten får smärta eller har svårt att belasta någon kroppsdel.

Om patienten sjunker i medvetandegrad (enligt AVPU) eller om blodtrycket stiger och pulsen sjunker ska sjuksköterska/läkare kontaktas omgående (risk för tryckstegring i huvudet).

5. Dokumentation och information

- Undersökning, åtgärder och resultat ska dokumenteras i patientjournalen av sjuksköterska och omvårdnadspersonal som utfört undersökning/tillsyn
- Avvikelse ska upprättas
- Kontakta närstående (om patienten samtycker) och meddela om fallet och vilka åtgärder som planeras

6. Referenser

Medvetandekontroll (AVPU). <https://verktyg.internetmedicin.se/lathundar/avpu>

Flödesschema för handläggning av skallskada

(<https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/neurokirurgi/hjarnskador-traumatiska-tbi-vuxna/>)

NRS. <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/akut-bedomning-och-skattning/smarts kattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/smarts kattningsinstrument/>

SÖS smärtskattning. <https://palliativregistret.se/media/g2in2dqw/s%C3%B6s.pdf>



7. Bilagor

7.1 Vakenhetsgrad

AVPU	Beskrivning
Alert	Personen är helt vaken och orienterad
Voice	Personen reagerar på tilltal
Pain	Personen reagerar på smärta
Unresponsive	Personen reagerar inte på något stimuli

*P och U räknas som avvikande vid medvetandekontroll och ska beaktas vid planering av rekommenderade åtgärder i (2.2)

7.2 Smärtskattning

7.2.1 NRS, numerisk skala, 0-10

0 = Ingen smärta

10 = Värsta tänkbara smärta

Används för patienter som kan gradera sin smärta

7.2.2 Beteenderelaterad smärtskattning enligt Södersjukhuset (SÖS)

Används hos patienter inte kan verbalisera smärta

Relativt smärtfri (0-3)	<ul style="list-style-type: none"> • Avslappnat ansiktsuttryck • Lediga rörelser • Avslappnad muskulatur • Jämrar sig ej
Medelsvår smärta (4-7)	<ul style="list-style-type: none"> • Påverkat ansiktsuttryck • Besvär vid rörelse • Viss muskelspänning • Masserande rörelser • Jämrar sig svagt
Svår smärta (8-10)	<ul style="list-style-type: none"> • Plågat ansiktsuttryck • Uttalade rörelsebesvär • Spänd och orörlig eller motorisk orolig • Jämrar sig högljutt

7.3 Checklista för upprepade kontroller

Checklistan ska användas efter kontakt med sjuksköterska som också bedömer hur ofta kontrollerna ska upprepas. Vid avvikande beteende eller kontroller ska sjuksköterska kontaktas igen.

Kontroll	Kl:	Kl:	Kl:	Kl:	Kl:	Kl:	Kl:	Kl:	Kl:	Kl:	Kl:	Kl:
Vakenhetsgrad (AVPU)												
Nyttillkommen förvirring, agitation eller motorisk oro												
Nyttillkomna fokalneurologiska symtom (tal, syn, balans, känsel, styrka)												
Illamående, kräkning												
Huvudvärk efter fallet												
Smärta enligt NRS (0-10) eller beteenderelaterad smärtskattning												
Blodtryck												
Puls												