

Förebyggande av fall och fallskador på Medicinkliniken ViN

Handlingsplan

Syfte:

Att förebygga fall och fallskador i samband med inneliggande vård.

Mål:

Inga patienter ska falla under vistelsen på Medicinkliniken.

Processmål:

100 % följsamhet till obligatoriska åtgärder.

Obligatoriska åtgärder:

Fallriskbedömning:

1. Alla patienter som är ≥ 65 år eller patienter med neurologiska eller kognitiva sjukdomstillstånd samt även patienter med missbruksproblem skall fallriskbedömas med **Downton Fall Risk Index** och dokumenteras i Cosmic inom 24 h.
2. Analysera resultatet av fallriskbedömningen. Vid förhöjd fallrisk ($\geq 3p.$), görs en fullständig omvårdnadsplan med åtgärder. Omvårdnadsplanen dokumenteras i Cosmic i Omvårdnadsmallen under Aktivitetsförmåga -Fallriskbedömning.
3. Om fall inträffar under vårdtiden skrivs avvikelse i Synergi och ny fallriskbedömning utförs direkt.
4. Vid förändrat allmäntillstånd eller då nya läkemedel sätts in ska ny fallriskbedömning utföras.
5. Om fall skett tas **MEWS** (blodtryck, puls, andningsfrekvens och RLS) samt **kroppslig undersökning/aktivitetsstatus** direkt i samband med fallet. En ny MEWS kontroll utförs efter 2 h om inget avvikande hittats vid den första undersökningen. Om något avvikande hittas vidtalas läkare. Tillsyn av patienten sker en gång i halvtimmen i 2 h efter fallet. Därefter ställningstagande om fortsatta kontroller eller ej.

En kroppslig undersökning/aktivitetsstatus skall innefatta:

- Inspektion av hela kroppen vad gäller ev. sårskador eller hematom.
- Känn och titta på huvudet om bulor finns.
- Be patienten lyfta/vrida armar och ben. Dokumentera/uppmärksamma ev. smärta eller oförmåga att lyfta/vrida.
- Be patienten belasta/gå och uppmärksamma ev. smärta.
- Bedöm om ben är förkortat eller utåtrotterat vilket kan vara tecken på en höftfraktur.

I samråd med patient beslutas om närstående skall kontaktas.

Åtgärder vid fallrisk:

Område	Fallriskorsaker	Åtgärdsförslag
Gång och förflyttning	Osäker gång? Impulsiva förflyttningar? Svårt att sätta sig i el resa sig från stol/säng? Glömmer använda hjälpmedel?	Sänggrindar uppe. Anpassad tillsyn vid förflyttning. Gånghjälpmedel. Sjukgymnastkontakt.
Syn	Svårt att se?	Finns glasögon? Anpassa belysningen. Sparsam möblering/saker att snubbla på.
Personlig vård och toabesök	Riskfyllt rörelsebeteende vid ADL?	Efterfråga bra skor. Ökad tillsyn el assistans vid ADL. Hjälpmedel.
Beteende	Observerad/rapporterad förvirring, oro, desorientering el agitation.	Ökad tillsyn. Utred orsak och behandla ex. UVI. Skapa lugn omgivning.
Kontinens	Inkontinens? Behov av att gå på toaletten ofta?	Sängplats nära toalett. Upprätta schema för toalettbesök. Ökad tillsyn vid toalettbesök.
Sjukdomar och läkemedel	Yrsel? Blodtrycksfall? Infektioner (t.ex. UVI)? Tidigare frakturer/osteoporos? Biverkan av läkemedel (ex. sedativa, diuretika, antidepressivt)?	Utred orsak och behandla sjukdomar. Ompröva läkemedelsbehandling. Anpassad tillsyn.
Nutrition	Underviktig? Nedsatt aptit? Dehydrerad?	Anpassa kost och vätskeintaget. Anpassa måltidsmiljön.
Yttre omständigheter	Ostadiga skor? Nytt/risk med sänggrindar? Sängens höjd optimal? Används ringklocka? Är patient placerad på rätt sal?	Efterfråga bra skor? Anpassa sänghöjden. Överväg grindars nytta/risker. Se till att ringklockan är tillgänglig. Överväg om patienter med högst fallrisk kan placeras där närheten till personal är störst.

Här nedan ges mer utförliga åtgärdsförslag under respektive fallriskområde som kan göras:

1. Gång och förflyttning

Instruera patienten att resa sig upp långsamt och vara uppmärksam på yrsel.
Instruera patient och närstående om vad som ökar risken för fall.
Se till att patienten har halkfria/stadiga strumpor eller skor.
Se till att det finns lämpliga förflyttningshjälpmedel som t.ex. rollator, rullstol etc. Be sjukgymnast om hjälp.
Kontrollera gånghjälpmedel regelbundet.

2. Syn

Efterfråga om patienten har glasögon hemma som kan tas hit.

Se till att minimera saker i patientens närhet som han/hon kan snubbla på (t.ex. droppställningar/stolar).

Anpassa belysningen, som att t.ex. ha nattlampa tänd.

3. **Personlig vård och toalettbesök**

Se till att toalettpapper finns inom räckhåll.

Toalettstolen skall ha armstöd.

Manliga patienter med risk för yrsel/balanssvårigheter skall uppmanas sitta ner vid toalettbesök.

Se till att patienter som behöver har urinflaska vid sängen.

Placera patienter med behov av "akuta" toalettbesök nära toaletten.

Riskpatient kan erbjudas toalettstol vid sängen.

Se till att patienten har sina toalettsaker inom räckhåll.

Se till att personal finns tillgängliga vid ADL.

4. **Beteende**

Visa patienten runt/orientera sig på avdelningen – bör upprepas vid förvirringstillstånd/oroliga patienter.

Skapa en lugn omgivning.

Om möjligt utred orsak och behandla t.ex. UVI eller intorkning.

Öka tillsynen hos patienten.

Visa var ringsignal finns och att den är lätt att nå.

Reorientera förvirrade patienter (informera var de befinner sig, dag och tid).

Svara snabbt på ringningar.

5. **Kontinens**

Se till att patienten har en sängplats nära till toalett.

Upprätta schema för toalettbesök.

Undvik om möjligt infusioner/vätskedrivande nattetid.

Ökad tillsyn vid toalettbesök.

6. **Sjukdomar och läkemedel**

Informera patienten om att vara uppmärksam på ev. yrsel eller andra biverkningar efter insättandet av läkemedel.

Undvik om möjligt att påbörja infusionsbehandling kvällstid.

Visa patienter hur de hanterar droppställning.

Undvik vätskedrivande läkemedelsbehandling kväll/natt.

Uppmärksamma alla i vårdlaget på om patienten står på läkemedel som ökar fallrisken såsom sömntabletter, lugnande eller blodtryckssänkande läkemedel.

7. **Nutrition**

Se till att patienten är välnutrierad. Malnutrition ger bl.a. muskelsvaghet.

Se till att patienten får i sig tillräckligt med vätska. Dehydrering ger bl.a. yrsel, förvirring etc.

8. **Yttre omständigheter**

Visa patienten runt på avdelningen – bör upprepas.

Ta bort/observant på riskfaktorer i vårdmiljön, t.ex. sladdar, droppställningar.

Lås alltid säng.
Se till att ringsignal/larm finns och kan nås.
Se till att stolar har karmar.
Fria gångytor i korridoren.
Överväg risk/nytta med sänggrindar.
Anpassa sänghöjden. Torka alltid upp spill från golvet.

Dokumentation

Dokumentera fallriskbedömningen i Cosmic. Vid ökad fallrisk skall en omvårdnadsplan uppdateras. Dokumentera i Omvårdnadsmallen, sökord Aktivitetsförmåga - Fallriskbedömning. I omvårdnadsplanen ska det klart och tydligt dokumenteras vilka åtgärder som sätts in. Om ökad tillsyn ordinerats som en åtgärd ska det preciseras vad och hur ofta. Dokumentera även vilken information närstående samt anhörig fått. Vid utskrivning skall det dokumenteras i omvårdnadsepikrisen om ev. fall, fallriskbedömningsresultat samt vilken prevention som gjorts.

Downton Fall Risk Index

<i>Namn:</i>	skala
<i>Födelsenummer:</i>	
Tidigare kända fallolyckor	
Nej	0
Ja	1
Medicinering	
Ingen	0
Lugnande/sömnmedel/neuroleptika	1
Diuretika	1
Antihypertensiva (annat än diuretika)	1
Antiparkinson läkemedel	1
Antidepressiva läkemedel	1
Andra läkemedel	0
Sensoriska funktionsnedsättningar	
Ingen	0
Synnedsättning	1
Hörselnedsättning	1
Nedsatt motorik (tecken på förlamning)	1
Kognitiv funktionsnedsättning	
Orienterad	0
Ej orienterad (kognitiv funktionsnedsättning)	1
Gångförmåga	
Säker (med eller utan hjälpmedel)	0
Osäker	1
Saknas	0

Vägledning för Downton Fall Risk Index = fallriskanalys

Tidigare kända fallolyckor

1 poäng = Känner till att personen har fallit det senaste året.

Medicinering

Läs medicinlistan eller låt om möjligt personen själv redogöra för vilka mediciner som intas. Fördela ev. läkemedel efter medicingrupp och sätt poäng.

Sensoriska funktionsnedsättningar

- 1 poäng: Synnedsättning = har måttligt till kraftigt nedsatt syn eller är blind.
- 1 poäng: Hörselnedsättning = har kraftigt till måttligt nedsatt hörsel eller är döv.
- 1 poäng: Nedsatt motorik = har kraft- eller funktionsnedsättning i någon extremitet.

Kognitiv funktionsnedsättning

1 poäng = Är inte orienterad till namn, plats och tid. Vid behov görs utredning enligt lokal rutin.

Gångförmågan

0 poäng = Personen går säkert med eller utan gånghjälpmedel och kommer ihåg att använda hjälpmedlet.

1 poäng = personen går osäkert med eller utan hjälpmedel och/eller glömmer att använda hjälpmedlet ibland.

Risikfaktorerna adderas till en indexpoäng (0-11).

> 3 föreslås indikera hög fallrisk.

Vid hög fallrisk gå igenom bedömningsunderlaget och vidta lämpliga åtgärder.

Vägledningen är utarbetad av länsgruppen för fallprevention 2006-05-04

[Handlingsplan-förebygger fall och fallskador på Medicinkliniken](#)

Revisionshistorik:				
Utgåva nr	Giltig fr o m	Giltig t o m	Kommentar till ny utgåva	Godkänd av (titel, namn)
3	2016-12-01	2017-12-01	Förlängt giltighetsdatum	Verksamhetschef Magnus Oweling
2	2015-11-18	2016-12-01	Förlängt giltighetsdatum	Verksamhetschef Magnus Oweling