

Fall i kommunal primärvård - akut omhändertagande

Syfte och omfattning

Att uppnå ett säkert omhändertagande av patienter som faller inom kommunal hälso-och sjukvård.

Rutinen vänder sig till legitimerad personal i kommunal primärvård och läkare i regional primärvård.

Ansvar och roller

Verksamhetschef:

Ansvarar för att denna rutin är känd, kommunicerad och implementerad inom berörda verksamhetsområden.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunen:

Ansvarar för att känna till och tillämpa rutinen.

Läkare ansvarig för kommunal hälso- och sjukvård:

Ansvarar för att känna till och tillämpa rutinen

Allmänt

Definitioner

Fall

Enligt Kunskapsguiden är ett fall när någon oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om personen skadas eller inte. Det innebär att det inte bara är när en person snubblar eller halkar som det anses vara ett fall, utan även när någon rullar ur sängen eller glider ner på golvet från en stol.

[Om fallolyckor - Kunskapsguiden](#)

Obevitnat fall

Ett obevitnat fall är ett fall där ingen annan bevitnat fallet.

Blodförtunnande behandling

Blodförtunnande behandling är läkemedel som minskar blodets förmåga att koagulera och därmed ökar risken för blödning. De är antingen antikoagulantia (tex. Waran/warfarin, NOAK) eller trombocythämmare (tex. acetylsalicylsyra/ASA, clopidogrel). Ibland förekommer kombinationer av dessa läkemedel.

Team

Teamet består av alla professioner som är delaktiga i vård och omsorg av patienten. Tex. enhetschef, omvårdnadspersonal och leg. personal. Fall och fallskador kräver vårdteamets samlade kompetens. Teamets gemensamma kompetens har stor betydelse vid fallriskutredning (för att förebygga fall) och vid fallhändelseutredning (när fall inträffat). Det är viktigt att allas kompetenser i teamet används och att man tar hjälp av

varandra när man känner sig osäker på diagnos eller om vårdförloppet inte blir som förväntat.

Exempel på tillfällen då olika delar av teamet möts och flera funktioner bör delta är rond, team-träff, hembesök/anhörigsamtal.

Fallprevention

Fallprevention är de utredningar och åtgärder vi gör för att förhindra att fall inträffar. Det finns flera vedertagna arbetssätt och det är viktigt att arbetet görs systematiskt inom varje enhet. Exempel på arbetssätt finns i lokala rutiner, i Kunskapsguiden och i Vårdhandboken. I Kunskapsguiden finns även länk till Socialstyrelsens utbildningar om fallprevention.

Vårdplan

Vårdplan är det dokument som beskriver vad man kommit överens om gällande patientens vård. Den kan innehålla uppgifter om vårdnivå, om vårdbegränsningar finns eller inte finns samt eventuella HLR-beslut. Den kan även innehålla information om specifika tillstånd till exempel om det finns beslut att inte utreda skalltrauma även fast patienten står på blodförtunnande behandling. Detta kan bli aktuellt om man bedömt att patienten behöver blodförtunnande behandling men att en akut utredning eller akut behandling bedöms som skadlig för patienten.

Det är av stor vikt att en vårdplan upprättas när patienten byter vårdnivå till hemsjukvård eller flyttar in på särskilt boende och att denna kommuniceras inom teamet. Enligt rutin (Behandlingsbegränsningar inom hemsjukvård, inklusive särskilda boenden (SÄBO)) skall läkare dokumentera vårdplanen enligt särskild mall i Sammanfattande hälso- och sjukdomsanamnes och kopia skall skickas till ansvarig sjuksköterska som dokumenterar i eget journalsystem enligt lokal rutin.

Beskrivning

Omhändertagande vid fall

Omvårdnadspersonal ringer snarast sjuksköterska vid samtliga fall. Rapport till sjuksköterska ska ske enligt SBAR, bilaga A. Vid fall där komplikation kan misstänkas ska sjuksköterska göra hembesök för egen bedömning enligt bilaga C "Stöd för sjuksköterska vid akut bedömning". Vid behov kontakter sjuksköterska läkare för fortsatt planering.

Vid fall utan misstanke om komplikation ska tjänstgörande sjuksköterska planera in en uppföljande bedömning som utförs av sjuksköterska i ett senare skede.

Det händer ofta att patienter faller utan att några synliga skador noteras från personalen som hjälper personen. För att upptäcka dolda skador måste följande faktorer beaktas och tas med i bedömning och planering:

- Om patienten står på blodförtunnande läkemedel, är över 65 år och det har förekommit skalltrauma skall läkare kontaktas om det inte finns en handläggning beskriven i vårdplanen.

- Om patienten har osteoporos måste undersökande sjuksköterska ta särskild hänsyn till detta avseende behov av akut utredning och uppföljning.
- Instruera omvårdnadspersonalen att undersöka patienten och utföra en visuell undersökning av patienten samt gör en plan för extra tillsyn. Be omvårdnadspersonalen återkoppla till sjuksköterska vid synliga blåmärken eller andra orostecken som till exempel om patienten upplevs smärtpåverkad eller på annat vis förändrad i sitt allmänna mående, t. ex. äter/dricker sämre eller upplevs andningspåverkad. Be omvårdnadspersonalen att utföra smärtskattning om möjligt.
- Bestäm vem som kontaktar anhörig och meddelar om fallet. Omvårdnadspersonalen finns nära patienten och kan svara på följdfrågor gällande hur patienten mår och kan ibland vara mest lämpad att ringa till anhörig. Dokumentera i patientjournal vad ni kommit överens om.
- Dokumentera i patientjournal. Boka in uppföljning som ska ske av sjuksköterska. Planera för fallriskbedömning och vidta fallförebyggande åtgärder.

Omhändertagande vid misstänkt skada

Ta reda på om vårdplan finns. I första hand bör hembesök göras av sjuksköterska men det kan finnas situationer när detta är svårt att göra inom rimlig tid.

Vid misstanke om komplikation efter fallet eller oklar orsak till fallet gör sjuksköterskan en fysisk undersökning av hela kroppen enligt bilaga B "Klinisk undersökning av sjuksköterska" och kontaktar läkare vid behov enligt bilaga C "Stöd för sjuksköterska vid akut bedömning". Vid tveksamheter samråd gärna med läkare.

Omhändertagande vid uppenbar skada

Ta reda på om vårdplan finns. Vid uppenbar skada som kräver akut vård bedömer sjuksköterska om 112 behöver kontaktas direkt.

Uppföljning

Boka uppföljning som ska ske av sjuksköterska. Hälsotillståndet ska alltid följas upp av sjuksköterska de närmsta dygnet efter en fallhändelse. Detta för att upptäcka symptom och förändrat hälsotillstånd som inte varit möjliga att identifiera vid själva fallhändelsen.

Planera för fallriskbedömning och vidta fallförebyggande åtgärder. Ta hjälp av andra professioner vid behov.

Ta upp fallhändelsen på nästa rond med läkare.

Särskilda medicinska tillstånd

Skallskada

I samband med fall behöver man bedöma om det varit ett trauma mot skallen. Detta kan vara svårt vid obevittnade fall men en bedömning av sannolikheten för trauma mot skallen måste göras. Vid symptom på hjärnskada, akut uppkomna eller med senare debut, skall läkare kontaktas. De allvarligaste riskfaktorerna för hjärnskada vid trauma mot skallen är medvetandesänkning (Glasgow Coma Scale - GCS 13 eller lägre), kramp efter skalltraumat, kliniska tecken på fraktur i ansiktsskelett, medvetslöshet i samband med traumat eller upprepade kräkningar efter traumat samt blodförtunnande läkemedel (oavsett typ av läkemedel) och samtidigt ålder över 65 år. Patienter som uppfyller dessa kriterier bör bedömas på akutmottagning för ställningstagande till fortsatt utredning. Då de flesta patienter med kommunal hälso- och sjukvård är över 65 år och många av dem står på blodförtunnande behandling är det av stort värde att beakta detta i samband med planering av patientens vård. Baserat på de kunskapsstöd som finns avseende hjärnskada är det mycket svårt för läkare i beredskap att besluta något annat än att patienten skall bedömas på akutmottagning om den haft ett trauma mot skallen, är över 65 år och står på blodförtunnande behandling. I samband med planering av patientens vård, i oträngt läge, finns goda möjligheter att planera för behandlingsbegränsningar som gör fränsteg från att patienten skall bedömas på akutmottagning för de patienter det är motiverat.

Osteoporos (benskörhet)

Osteoporos är ett vanligt tillstånd hos äldre och kan ofta förekomma även om diagnos saknas. Detta behöver alltid beaktas i samband med fall då risken för fraktur ökar avsevärt vid osteoporos.

Vid osteoporos är skelettets benmassa nedsatt och dess mikroarkitektur förändrad, vilket medför minskad hållfasthet och ökad risk för frakturer. Benskörhetsfraktur definieras som fraktur som uppstår spontant eller vid lågenergitrauma motsvarande fall i samma plan.

Risken för primär osteoporos ökar med åldern och är vanligare bland kvinnor. Runt 23 % av alla kvinnor och 7 % av alla män över 50 år har osteoporos. Cirka hälften av alla kvinnor och en fjärdedel av alla män i Sverige beräknas få en benskörhetsfraktur under sin livstid. Mörkertalet för kotfrakturer (kotkompressioner) bedöms vara stort, då troligen endast en tredjedel diagnostiseras.

Dokumentinformation

Rutinen är framtagen av: Per Melander chefsläkare, Karin Wedin Papaztcheva Medicinskt ansvarig sjuksköterska MAS, Johanna Storing Medicinskt ansvarig för rehabilitering MAR samt några referenspersoner. Rutinen är granskad av: MAS-MAR nätverket, LAG Primärvård

Plan för kommunikation och implementering

MAS-MAR-nätverket ansvarar för innehållet i rutinen samt för att hålla den uppdaterad. Vid behov av revidering kontaktas dokumentets upprättare. Rutinen är publicerad på Samverkanswebben.

Referenser

- FASS www.fass.se
- SBAR [Löf | SBAR](#)
- Vårdförlopp [Traumatisk hjärnskada \(THS\) - 1177 för vårdpersonal](#)
- Osteoporos - 1177 för vårdpersonal
- Klinisk undersökning av sjuksköterska [G 2020_000362-38 Bedömning och åtgärd vid fall 2118080_1_1 \(2\).PDF](#)
- [Traumatiska hjärnskador - Kunskapsstöd för vårdgivare](#)

Läs mer om fallförebyggande arbete

- Kunskapsguiden – Om fallolyckor [Fallolyckor och fallprevention - Kunskapsguiden](#)
- Kunskapsstöd för fallprevention FoU Sörmland [FOU](#)
- Kvalitetsregistret Senior alert [Senior alert - Senior alert](#) och [Fall - Senior alert](#)
- Samverkanswebben [Vårdgivare - Region Gävleborg](#)
- Socialstyrelsen – [Ett fall för teamet - att förebygga fallolyckor - Socialstyrelsen utbildning](#)
- Socialstyrelsen – [Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd? \(socialstyrelsen.se\)](#)
- Socialstyrelsen – Äldre personer och alkohol www.kunskapsguiden.se
- Vårdhandboken – [Fallprevention - Vårdhandboken \(vardhandboken.se\)](#)
- World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative | Age and Ageing | Oxford Academic Step safely WHO: 9789240021914-eng.pdf www.who.int

Dokumentnamn: Fall i kommunal primärvård - akut omhändertagande**Dokument ID:** 09-968897**Giltigt t.o.m.:** 2027-09-29**Revisionsnr:** 1**Bilagor**

- A. SBAR
- B. Klinisk undersökning av sjuksköterska
- C. Stöd för sjuksköterska vid akut bedömning

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Bilaga A

SBAR används vid rapportering

[Löf | SBAR](#)

SBAR – icke-akut situation		
Före kontakt – se till att ha relevant information tillhands		
S	Situation Vad är problemet/ anledningen till kontakt?	Ange Eget namn, titel, enhet, patientens namn, ålder/ personnummer Jag kontaktar dig för att _____.
B	Bakgrund Kortfattad och relevant sjukhistoria för att skapa en gemensam bild av patientens tillstånd fram tills nu.	Informera om Tidigare och nuvarande sjukdomar av betydelse. Kort rapport av aktuella problem och behandlingar fram tills nu.
A	Aktuellt tillstånd och Analys Status Bedömning	Rapportera Vitalparametrar enligt NEWS/ Swe-PEWS Jag bedömer att _____.
R	Rekommendation och Risker Åtgärd Risker Tidsram Bekräftelse	... och därför föreslår jag: Övervakning Utredning/behandling Vårdplanering/hjälpbehov Överflyttning Uppföljning Finns några särskilda risker att beakta? Hur ofta? Hur länge? När? Finns fler frågor? Är vi överens?

SBAR – akut situation		
Före kontakt – se till att ha relevant information tillhands		
S	Situation Vad är problemet/ anledningen till kontakt?	Ange Eget namn, titel, enhet, patientens namn, ålder/ personnummer. Jag kontaktar dig för att _____.
B	Bakgrund Kortfattad och relevant sjukhistoria.	Informera om Tidigare och nuvarande sjukdomar av betydelse. Kort rapport av aktuella problem och behandlingar fram tills nu. Eventuell allergi och/eller smittorisk
A	Aktuellt tillstånd och Analys Status Bedömning	Rapportera A – luftväg B – andning, saturation C – puls, blodtryck D – medvetandegrad, pupiller, p-glukos E – temp, hud, färg, etc. Senaste värde enligt NEWS/ Swe-PEWS. Jag bedömer att problemet/ anledningen till patientens tillstånd är _____.
R	Rekommendation och Risker Åtgärd Risker Tidsram Bekräftelse	... och därför föreslår jag: Omedelbar handläggning Utredning/behandling Övervakning/överflyttning Finns några särskilda risker att beakta? Hur ofta? Hur länge? När? Finns fler frågor? Är vi överens?

Bilaga B

Klinisk undersökning av sjuksköterska

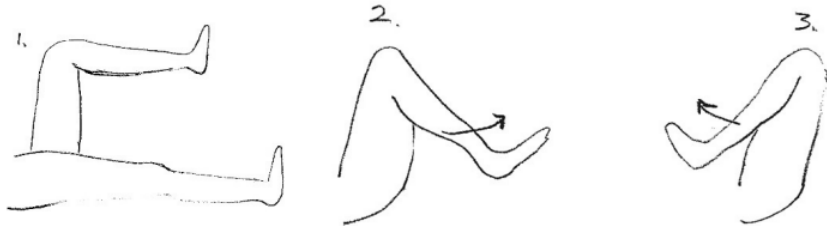
Gör en enklare neurologisk undersökning.

- Kontrollera pupiller – är pupillerna lika stora på höger och vänster sida, reagerar pupillerna för ljus.
- Bedöm nytillkommet känselbortfall.
- Kontrollera vitalparametrar

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 - 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	- 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). - 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	- Känn längs med hela
Överarm	- Känn längs med hela - Vrid i armbågsleden – om inte över- eller underarm verkar bruten
Underarm	- Känn längs med hela - Böj försiktigt i handleden, titta och känn försiktig över fingrar och hand - Är handleden svullen? - Känns pulsen i handleden?
Axlar	- Lyft armarna för att se axlarna röras, notera smärta
Bröstkorg	- Tryck, med båda händerna, försiktigt ihop bröstkorgen

	- Sätt händerna strax under armhålorna och vandra ner, notera smärta
Buk	- Finns det blåmärken eller svullnad över buken? - Tryck försiktig över hela buken, notera smärta
Bäcken	- Vila händerna mot höftbenskammarna, tryck försiktigt ihop dem - Tryck över blygdbenet
Ben	- 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 fotknölna, böj och sträck i fotleden - Efter palpation, följ instruktioner på bilden nedan. (1) Böj benet i knä och höftled. Om patienten inte visar någon smärta reaktion så för försiktigt underbenet åt vänster (2) och höger (3) för att se om patienten signalerar smärta
	
Rygg/kotor	- 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
Norrköpings kommun: G 2020 000362-38 Bedömning och åtgärd vid fall 2118080 1 1 (2).PDF	

Stöd för sjuksköterska vid akut bedömning

Namn:	
Person nr:	

Finns en vårdplan? Behöver avsteg göras? Vilken är patientens inställning?
--

Rapport från omvårdnadspersonal	S	
	B	
	A	
	R	

Vitalparametrar		Kl. Sign:	Kl. Sign:	Kl. Sign:	Kl. Sign:
	Andningsfrekvens				
	Puls				
	Blodtryck				
	Temp				
	Smärtskattning				
Status	Nytilkommen förvirring/ konfusion				
	Andra nytilkomna symtom				
	Ev. saturation				

Rapport till läkare	S	
	B	
	A	
	R	