

Straks handlinger ved fald

Kontakt sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent, der udfører nedenstående og vurderer om der er behov for lægehjælp eller hospitalsindlæggelse.
Basale livsfunktioner (tjekkes og sammenholdes med habituelle funktioner)
Sørg for frie luftveje
Vurdér og beskriv bevidsthedsniveau* Har borgeren kvalme, er der synsforstyrrelser eller hovedpine? Er borgeren pludselig agiteret eller døsig/ søvniq? hvordan er ansigtsudtryk, mimik og tale?
TOBS
Mål blodsukker (hvis relevant)
Tjek farve og smerter* (blussende, bleg, kold?)
Tjek om borger reagerer på tiltale eller smertestimuli*
Tjek for skader
Vurder om der er sket en synlig skade, tjek for sår, flænger, brud og hovedtraumer
Vær særlig opmærksom på borgere som er i Antikoagulations behandling, eller som har en alkohol anamnese, da de har øget blødningstendens.
Tjek om pupiller er normale*
Ved mistanke om hovedtraume kan GCS (Glasgow Coma Scale) anvendes til bedømmelse af bevidsthedsniveau. Se bilag.
Der skal altid konfereres med en læge, ved mistanke om hovedtraume og samtidig antikoagulations behandling (mhp. CT skanning)
Tjek for andre smerteklager*
Rådfør gerne med kollegaer/ akutteam
Sikre behagelig lejring
Vurder om det er forsvarligt at forflytte borgeren. Hvis det er forsvarligt, så følg forflytningsvejledning og anvend relevante hjælpemidler
Er det ikke forsvarligt lejres borgeren og lægehjælp tilkaldes
Vær særlig opmærksom på borgere med nedsat kognitivt funktionsniveau, da de kan have svært ved at give udtryk for, eller registrere smerte

* se VAR-healthcare - Tidlig opsporing af kliniske tegn på forværring af sundhedstilstanden.

Registrering af borgerens tilstand
Tænk tidlig indsats og triagør borger efter alvorlighed. Vær opmærksom på: <ul style="list-style-type: none"> - væskebalance - medicin /forkert eller ny medicin, smertestillende eller sovemedicin - fysiske rammer fx placering af hjælpemidler, er hjælpemidler indstillet korrekt? Er der løse tæpper? Er der nok belysning? Er fodtøjet hensigtsmæssigt? Er der glatte gulve?
Faldregistrering oprettes og her noteres som minimum tid og sted for faldet, hvad borgeren foretog sig lige inden faldet, og måden faldet skete på, samt bevidsthedsniveau
Hvis der er sket skade oprettes en observation. Der handles ud fra observationer – er der behov for flere besøg?
Handlingsanvisning oprettes for at sikre vedvarende monitorering, nogle skader viser sig ikke i det øjeblik at borgeren falder
Der dokumenteres i Nexus, og evt. mundtligt imellem vagtholdene, pårørende orienteres ved først givne lejlighed
Udfyld faldudredning i Nexus, hvis det vurderes nødvendigt
Rapporter UTH

Straks handlinger ved fald

Glasgow Coma Scale (GCS)

Anvendes til at bedømme og beskrive bevidsthedsniveauet hos personer med hjernepåvirkning primært efter et traume. Systemet er ikke dækkende, men anvendes især til at følge bevidsthedsniveauet i relation til behandling og udvikling i en tilstand

Handleplan/faldregistrering oprettes for at sikre vedvarende monitorering, fordi nogle skader ikke viser sig i det øjeblik at borgeren falder

Skalaen er opbygget af 3 delskalaer vedrørende:

Øjne

1. point: åbnes ikke
2. point: åbnes ved smertestimulation
3. point: åbnes ved tiltale
4. point: åbnes normalt

Verbalt

1. point: intet respons
2. point: uforståelige lyde
3. point: usammenhængende ord
4. point: desorienteret
5. point: orienteret

Motorik (reaktion på smertestimulation)

1. point: ingen reaktion
2. point: ekstensionsbevægelse (udstrækning – modsat fleksion)
3. point: abnorm fleksionsbevægelse
4. point: afværger/ trækker ekstremiteter til sig
5. point: lokaliserer smertestimulation
6. point: følge opfordringer (adlyder på tiltale)

De point, der scores i hver kategori, lægges sammen

3-8 point: svær hovedskade

9-13 point: moderat hovedskade

14-15 point: let hovedskade

Undersøgelserne gentages med regelmæssige mellemrum.

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/undersogelser-og-proever/skemaer/akut/gcs-glasgow-coma-scale/>