



## LOKAL RIKTLINJE FÖR FALLRISKBEDÖMNING, FALLPREVENTION OCH INSATSER VID INTRÄFFADE FALL

**Definition av fall:** En händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller ej och oavsett orsak.

### FALLRISKBEDÖMNING

Fallriskbedömning ska alltid utföras för nyinflyttad vårdtagare eller vid förändring i vårdtagares allmäntillstånd som påverkar förflyttningsförmågan. Fallriskbedömningen ska uppdateras minst en gång per år.

För att kartlägga riskfaktorer för fall gäller följande:

**Downton Fall Risk Index** fylls i av omvårdnadsansvarig sjuksköterska

- inom 14 dagar, när någon är nyinflyttad
- efter två fall inom en månad

### FALLPREVENTION

Planering av fallprevention för en vårdtagare ska ske **inom en vecka** av teamet runt vårdtagaren (sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och kontaktman)

- vid fallrisk (3 poäng eller högre på Downton Fall Risk Index)
- efter två fall inom en månad

**Sjuksköterska** har ansvaret för att sammankalla teamet runt vårdtagaren; arbetsterapeut och/eller sjukgymnast och kontaktperson.

Vid teammötet föreslår alla utifrån sin yrkeskompetens mål och åtgärder med utgångspunkt från:

- de punkter i Downton Fall Risk Index där vårdtagaren fått poäng.
- checklista för att förebygga fall (se bilaga)

Vårdtagare och närstående informeras av omvårdnadsansvarig sjuksköterska om de beslut som tagits. Beslutade åtgärder genomförs av arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska och kontaktman. Åtgärderna ska följas upp inom två veckor. Vid uppföljning ska följande punkter tas upp:

- om målet ska behållas eller ett nytt mål sätts

- om åtgärder ska förändras, behållas eller kompletteras
- om ny uppföljning av mål eller åtgärder behöver göras och i så fall tidpunkten för nästa uppföljning

Vid upprepade fall och en mer komplex situation när det gäller fallprevention sammankallas till vårdplanering med vårdtagare och närstående.

### Dokumentation

- Sjuksköterska dokumenterar **Downton Fall Risk Index** under Utförda bedömningar enligt instrument.
- Sjuksköterska dokumenterar resultatet av Downton Fall Risk Index under Status: **Förflyttning**.
- Sjuksköterska dokumenterar sammanfattning av teammöten under sökordet **Vårdplanering**.
- Sjuksköterska dokumenterar de risker man kommit fram till under **Problem** i Plan och under adekvat sökord i **Status**, samt dokumenterar det mål man kommit fram till under **Mål** i Plan.
- Arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska dokumenterar de egna åtgärderna under **Åtgärder**, som kan vara **Skadeprevention**, och kopplar dessa till Plan.
- Sjuksköterska dokumenterar efter uppföljningen under **Måluppfyllelse**.
- Arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska dokumenterar eventuellt ändrat **status** utifrån utförda åtgärder.

### INSATSER VID INTRÄFFADE FALL

Sjuksköterska tillkallas alltid vid inträffade fall. Sjuksköterska ska göra en första bedömning av den boende oavsett om fallet lett till en synlig skada eller inte. Därför ska den som fallit ligga kvar på golvet tills sjuksköterska kommer. Lagg gärna en kudde under huvudet och en filt på den boende och var hos henne/honom så mycket som möjligt.

Om den boende försöker resa sig själv ska närvarande personal hjälpa och stödja. Om den boende vill resa sig själv ska personalen försöka informera om riskerna, men om det inte går att hindra, ska personal hjälpa till. Vid situationer där den boende ligger på golvet i en obekvämlig eller felaktig ställning bör personal i första hand åtgärda detta genom att lägga henne/honom i en bättre ställning.

Det finns tillfällen när den som fallit måste få omedelbar hjälp att resa sig eller på något annat sätt komma upp, t ex om den boende ligger i kläm eller om det har uppstått en blödning som måste åtgärdas, eller om den boende har andningssvårigheter.

Vårdpersonal som behöver kontakta sjuksköterska på telefon ska då vara beredd att svara på följande frågor:

- Finns synlig skada som blödning, svullnad, felställning etc?
- Hur är medvetandegraden: vaken, sömning, medvetslös eller som vanligt?
- Uttrycker personen som fallit, genom tal eller gester, smärta och i så fall var?
- Är personen blek och/eller kallsvettig?
- Har den boende andningsproblem?
- Är den boende orolig, ångestfylld m m?

Avvikelse rapport **Journalhandling** fylls i då vårdtagaren har fallit, eller riskerat att falla, av den vårdpersonal som upptäcker fallet eller risken, och placeras i omvårdnadsjournal.

Fallet dokumenteras dessutom av sjuksköterska (alternativt arbetsterapeut eller sjukgymnast) i **VODOK** under **Fall - avsteg** och i **avvikelsemodulen**. I dokumentationen ska det framgå vilka rutiner som fanns på enheten vid händelsen och vilka åtgärder som planeras för att förhindra att händelsen inträffar igen.

Barbro Marklund

Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Inger Blomqvist

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Bilaga

Checklista för att förebygga fall