

Omsorgsförvaltningen
Normerande styrdokument

Datum:
2024-04-10

Beslutsfattare:
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Version/Dokumentidentitet:
VOF-RU-571-03

Dokumentansvarig:
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Gäller för
All verksamhet inom vård- och omsorgsförvaltningen där egen regi har hälso- och sjukvårdsansvar

Fallprevention

Innehåll

Syfte.....	2
Definition - fall/fallhändelse	2
Omfattning	2
Ansvar.....	2
Områdeschef	2
Verksamhetschef.....	2
Legitimerad personal.....	2
Medarbetare	3
Genomförande.....	3
Ny brukare/patient med SOL/LSS insats	3
Ordinärt boende	3
Särskilda boendeformer	3
Ny patient som endast har hälso- och sjukvårdsinsats.....	4
Rollfördelning fallpreventionsmöte	5
Fallpreventionsteam	5
Dokumentation.....	5
Uppföljning och utvärdering.....	5
Inträffat fall	5
Relaterade dokument	6
Rutiner.....	6
Blanketter	6
I Vårdhandboken beskrivs fallprevention och arbetssätt	6

Policy

Riktlinje

Rutin

Vägledning

Information om rutinbeskrivningen..... 6

Syfte

Arbeta strukturerat och systematiskt för att förebygga fall och fallrelaterade skador, samt tydliggöra arbetssätt och ansvarsfördelning i det fallförebyggande arbetet.

Definition - fall/fallhändelse

Fall innebär en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller inte. Även när någon rullar ur sängen eller glider ner på golvet från en stol, räknas det som ett fall.

Omfattning

Rutinen gäller i de verksamheter där vård- och omsorgsförvaltningen har ett hälso- och sjukvårdsansvar.

Ansvar

Områdeschef

Områdeschef ansvarar för att rutinen är känd hos närmast underställda medarbetare.

Verksamhetschef

Verksamhetschef ansvarar för att

- rutinen är känd och följs av verksamhetens medarbetare
- riskbedömning utförs
- ge förutsättningar för teambaserat fallförebyggande arbete
- till medarbetare återföra kunskap kopplat till fallavvikelser.

Legitimerad personal

Legitimerad personal ansvarar för att

- ha kunskap om och följa rutinen
- vidta förebyggande åtgärder
- delta i riskbedömningar utifrån sin profession
- kommunicera sin bedömning till berörd personal
- upprätta utrednings- och behandlingsplan
- göra hembesök i samband med fall
- kontakta läkare vid skada eller misstanke om skada
- tillämpa ett teambaserat arbetssätt

- tillämpa teambaserad utredning av avvikelser.

Medarbetare

Medarbetare ansvarar för att

- ha kunskap om och följa rutinen
- delta i riskbedömningar
- utföra ordinerade insatser
- delta vid utredning av avvikelser.

Genomförande

Ny brukare/patient med SOL/LSS insats

Detta gäller oavsett om brukaren/patienten har insatser från kommunal hälso- och sjukvård eller inte

Ordinärt boende

- Tillsammans med ny brukare/patient går fast omsorgskontakt/kontaktman igenom blankett för riskbedömning för fall: *frågeformulär om hemsäkerhet, balans och fall*. Att besvara frågeformuläret är frivilligt
- Lämna ut blankett *Fallprevention tips och råd till brukare*
- Fast omsorgskontakt/kontaktmannen tar tillbaka ifyllt frågeformulär till verksamhetschef eller annan utsedd funktion som samlar teamet för en gemensam genomgång
- Om hög risk föreligger, det vill säga om minst ett av nedanstående kriterier är uppfyllda;
 - personen har fallit senaste året
 - personen är rädd att falla
 - personen bedöms löpa stor risk för att falla
- kontaktas ansvarig legitimerad personal, exempelvis genom vårdbegäran, för att påbörja teambaserad fallriskbedömning
- En teambaserad fallriskbedömning ska göras inom 7 dagar. *Downton fallriskindex* fylls i gemensamt
- Om fallrisk föreligger görs analys enligt *tabell för strukturerad analys vid fallrisk*
- Resultat och åtgärder dokumenteras i utrednings- och behandlingsplan i patientjournal.

Särskilda boendeformer

Vid inflyttning till SÄBO, start av korttids- eller växelvårdsplats ÄLN

- Inom 7 dagar efter påbörjad vårdrelation ska legitimerad personal initiera fallpreventiv utredning genom att tillsammans med ny brukare/patient gå igenom blankett: *frågeformulär om hemsäkerhet, balans och fall*. Att besvara frågeformuläret är frivilligt
- Lämna ut blankett *Fallprevention tips och råd till brukare*

- Om hög risk föreligger, det vill säga om minst ett av nedanstående kriterier är uppfyllda;
 - o personen har fallit senaste året
 - o personen är rädd att falla
 - o personen bedöms löpa stor risk för att falla
- Eller om legitimerad observerar andra risker, initieras fallpreventiva åtgärder och behandlingsplan startas.
- Om fallrisk föreligger görs analys enligt *tabell för strukturerad analys vid fallrisk*. Dokumenteras i behandlingsplan fallprevention.
- Vid behov samlar legitimerad personal teamet och en gemensam teambaserad bedömning genomförs. *Downton fallriskindex* kan fyllas i gemensamt
- Resultat och åtgärder dokumenteras i utrednings- och behandlingsplan i patientjournal
- Riskbedömning dokumenteras även i Senior Alert

Vid inflyttning till bostad med särskild service LSS/SoL OSN

- Tillsammans med ny brukare/patient går fast omsorgskontakt/kontaktman igenom blankett: *frågeformulär om hemsäkerhet, balans och fall*. Att besvara frågeformuläret är frivilligt
- Lämna ut blankett *Fallprevention tips och råd till brukare*
- Fast omsorgskontakt/kontaktmannen tar tillbaka ifyllt frågeformulär till verksamhetschef eller annan utsedd funktion som samlar teamet för en gemensam genomgång
- Om hög risk föreligger, det vill säga om minst ett av nedanstående kriterier är uppfyllda;
 - o personen har fallit senaste året
 - o personen är rädd att falla
 - o personen bedöms löpa stor risk för att falla
- kontaktas ansvarig legitimerad personal, exempelvis genom vårdbegäran, för att påbörja teambaserad fallriskbedömning
- En teambaserad bedömning ska göras inom 7 dagar. *Downton fallriskindex* fylls i gemensamt
- Om fallrisk föreligger görs analys enligt *tabell för strukturerad analys vid fallrisk*
- Resultat och åtgärder dokumenteras i utrednings- och behandlingsplan i patientjournal.

Ny patient som endast har hälso- och sjukvårdsinsats

- Till ny patient som endast har hälso- och sjukvårdsinsats lämnar den legitimerade som har aktuell patientrelation, ut blankett: *frågeformulär om hemsäkerhet, balans och fall*. Att besvara frågeformuläret är frivilligt
- Lämna ut blankett *Fallprevention tips och råd till brukare*
- Den legitimerade tar åter ifyllt frågeformulär och journalför
- Om svaret är ja på någon av de tre första frågorna i frågeformuläret görs en teambaserad fallriskbedömning inom 7 dagar. *Downton fallriskindex* fylls i gemensamt
- Om fallrisk föreligger görs analys enligt *tabell för strukturerad analys vid fallrisk*

- Dokumenteras i undersökningsplan och vid behov behandlingsplan fallprevention.

Rollfördelning fallpreventionsmöte

Fallpreventionsteam

Det multiprofessionella teamet bör bestå av verksamhetschef, fast omsorgskontakt/kontaktman/motsvarande, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut och sjuksköterska som tillsammans bedömer fortsatt handläggande utifrån respektive profession.

- **Teamet** genomför en strukturerad analys av fallrisk med hjälp av *tabell för strukturerad analys vid fallrisk*.
- **Verksamhetschef** samarbetar med teamet kring fallprevention.
- **Sjuksköterskan** utför specifik omvårdnadsbedömning av hälsotillståndet. Finns inget tidigare vårdåtagande kontaktas primärvården.
- **Arbetsterapeuten** bedömer miljö och hjälpmedelsbehov. Vid behov görs ADL-bedömning.
- **Fysioterapeuten/sjukgymnasten** bedömer gång, balans, förflyttningsförmåga och hjälpmedelsbehov.
- **Fast omsorgskontakt/kontaktman/motsvarande** delger information utifrån sin kännedom kring brukaren.

Dokumentation

Verksamhetschef på enheten ansvarar för att dokumentation sker i social journal. Legitimerad personal dokumenterar i patientjournal i plan för utredning – bedömning av fallrisk och i behandlande plan fallprevention. Om hela teamet är involverade i det fallpreventiva arbetet kan standardiserad vårdplan, behandling av fallrisk, användas.

För patienter över 65 år ska fallriskbedömning även dokumenteras i Senior alert.

Uppföljning och utvärdering

Åtgärdsplanen följs upp och utvärderas tills alla punkter är åtgärdade.

Om patientens/brukarens hälsotillstånd förändras eller om patienten faller igen, förnyas bedömningen och undersökningsplan *bedömning efter inträffat fall* används.

Inträffat fall

Se RU582, Inträffat fall – hantering.

Relaterade dokument

Rutiner

RU582	Inträffat fall – hantering
RU565	Riskhantering

Blanketter

BL631	Fallprevention tips och råd till brukare
BL632	Downton fallriskindex - DFRI
BL633	Bergs balansskala
BL634	Frågeformulär om hemsäkerhet, balans och fall
BL635	Tabell för strukturerad analys vid fallrisk

I Vårdhandboken beskrivs fallprevention och arbetssätt

[Vårdhandboken fallprevention](#)

Information om rutinbeskrivningen

Revision gällande roller och ansvar samt att rutinen nu exkluderar ”inträffat fall”, med hänvisning till RU582.