

## Vårdprevention - Fall, vårdriktlinje

### Vad är ett fall?

Fall är en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller ej. Det innebär att det inte bara är när någon snubblar eller halkar som anses som fall, utan även när någon rullar ur sängen eller glider ner på golvet från en stol.

Definitionen är hämtad från Vårdhandboken.

### Riskbedömning

I samband med att patienten kommer till avdelningen ska en riskbedömning av fall göras omgående. Mer information om riskbedömning finns i Vårdhandboken.

Patienter med ökad risk för att falla kan identifieras utifrån diagnos eller symtom. Fallrisken ökar ju fler riskfaktorer patienten har. Information om riskbedömning och sammanställning av riskfaktorer finns i Vårdhandboken och riktad information till personal finns i Senior alert.

Region Jönköpings län använder riskbedömningsinstrumentet Två riskfaktorer för fall, från Vårdhandboken och Senior alert:

#### Fråga patient, anhöriga, tidigare vårdgivare:

- Har personen fallit under senaste året?

#### Fråga vårdpersonalen:

- Tror du denna person kommer att falla under sin vistelse här om ingen förebyggande åtgärd sätts in?

Jakande svar på någon av frågorna indikerar en förhöjd fallrisk. Då ska vidare utredning och åtgärder omedelbart inledas med syfte att minska risken för fall.

Mer information om riskbedömning finns i Vårdhandboken.

### Riskbedömningsinstrument

Använd blankett och underlag för riskbedömningsinstrument Två riskfaktorer för fall från Senior alert.

### Förebyggande åtgärder

Nedan följer exempel på fallförebyggande åtgärder på vårdavdelning för patienter med förhöjd fallrisk.

#### Omgivningsanpassning av vårdmiljön

- Ta bort riskfaktorer i vårdmiljön, hinder och överflödiga saker.

- Se till att larm och ringsignaler fungerar och att ringklockan nås.
- Säkerställ adekvat belysning.
- Vid kognitiv svikt reorientera förvirrade patienter, det vill säga informera om var patienten befinner sig, dag, tid och så vidare. Placera förvirrade patienter och fallbenägna patienter nära expeditionen eller personalutrymmen. Svara snabbt på ringningar.

### Skötsel

- Se till att patienten har halkfri fotbeklädning till exempel antihalksockor, stadiga skor eller tofflor med bakkappa.
- Höftskyddsbyxor.

### Hjälpmedel efter behov

- Gånghjälpmedel; exempelvis gåbord, rollator, betastöd och rullstol.
- Träna förflyttning och att använda hjälpmedel.

### Miljö

- Anpassad höjd på säng. Vid behov säng i bottenläge.
- Användning av grindskydd.
- Sänggrindar.
- Rörelselarm.
- Begränsningsåtgärd med till exempel sänggrind/rörelselarm får inte förekomma slentrianmässigt och den enskilde måste samtycka till åtgärden. Vid begränsningsåtgärder utvärdera kontinuerligt och vid förändringar inhämta samtycke.

Mer information om begränsnings- och skyddsåtgärder finns i Vårdhandboken.

### Läkemedel

- Läkemedelsgenomgång.

### Samordning

Vid behov kontakt med arbetsterapeut och/eller sjukgymnast för bedömning och träning av aktivitetsförmåga samt träning av balans och muskelstyrka.

### Observation/övervakning

- Anpassad tillsyn och assistans
- Extra tillsyn (ange beskrivning med vad)
- Extravak

### Nutrition

Se till att patienten är välnutrierad. Malnutrition ger bland annat muskelsvaghet.

Information om åtgärder på sjukhus samt för äldre patienter (geriatrik) finns i Vårdhandboken.

## Om ett fall uppstår

Kontrollera om patienten skadats sig och vidta relevanta åtgärder för att trösta, lindra och behandla eventuella skador. Fundera över:

- Om fall uppstod, varför blev det så?
- Hur kan vi göra för att det ska bli bättre?
- Vilka förebyggande åtgärder blev utförda?
- Var det rätt åtgärder?

## Dokumentation

Resultatet av den utförda riskbedömningen dokumenteras på sökordet Riskbedömning fall.

I status/aktivitetsförmåga/fall dokumentera om patienten faller under vårdtiden och vilken konsekvens fallet har gett. Om fallet inte gett några konsekvenser är det viktigt att dokumentera det. Konsekvens av fallet uppdateras vid behov.

Om patienten har en risk ska en generell vårdplan (GVP) startas för fallrisk. En GVP är uppbyggd med fasta val, som vid behov kan kompletteras med fritext.

Man ska alltid dokumentera på vårdbehov och mål, samt ett eller flera åtgärder/behandlinger för att uppnå målet till det aktuella vårdbehovet.

## Patientinformation

- Din säkerhet på sjukhus
- Goda råd för dig som senior