

Fall - forebygging av fallulykker hos voksne pasienter

Gjelder for: Hele SiV
Dokumenttype: Prosedyre
Sist endret: 15.02.2022

1. HENSIKT

Hensikten er å forbygge fall hos voksne pasienter som er innlagt i sykehus ved hjelp av systematisk tverrfaglig kartlegging av risikofaktorer og forebygging av fall og fallskader. Prosedyren gjelder for alle aktuelle enheter i helseforetaket.

2. ANSVAR

Seksjonsleder har ansvar for at prosedyren er kjent og følges.

Helsepersonell har ansvar for å gjøre seg kjent med og følge prosedyren, samt bidra i det tverrfaglige samarbeidet rundt pasienten.

3. FREMGANGSMÅTE

Helsepersonell vurderer pasienten ut i fra følgende risikofaktorer

Ved mottak gjøres en klinisk vurdering av alle voksne pasienter i forhold til fallrisiko. Risikovurderingen skal gjennomføres innen et døgn etter innleggelse.

Fallrisiko skal synliggjøres i KDS (klinisk dokumentasjon sykepleie), pasienttavle og lignende.

For pasienter som har fallrisiko anbefales en tverrfaglig utredning (for ytterligere beskrivelse av denne utredningen, se punkt 6).

Vurder pasienten ut i fra følgende risikofaktorer:

- Tidligere fall – spør alltid pasienten om tidligere fall, evt. også komparent
- Høy alder
- Motorisk; redusert balanse og gangfunksjon, redusert muskelstyrke
- Sensorisk; perifer nevropati, vestibular dysfunksjon
- Kognitivt; delir, demens og/eller depresjon
- Ortostatisk hypotensjon
- Polyfarmasi; særskilt bruk av bensodiasepiner, antidepressiva og antipsykotiske medikamenter
- Redusert ADL-funksjon
- Redusert syn

Ut i fra pasientenes omgivelser vurderes fallfare med hensyn til:

- For høye senger/bruk av sengehest
- Tilgjengelig personhjelp og ganghjelpemidler
- Plassering av behandlingsutstyr, møbler etc.
- Mangelfullt tilrettelagt med støttehåndtak og rekkverk
- Våte og/eller glatte gulv
- Dårlig belysning og/eller mangelfull blanding/skygging av vinduer
- Fottøy/antiskli-sokker

Sykepleier/helsefagarbeider vurderer risiko for fall og iverksetter nødvendige tiltak som er identifisert etter den tverrfaglige utredningen.

Det gjøres en fortløpende vurdering av risiko under oppholdet, spesielt ved endring av allmenntilstand eller ved et nytt fall.

Se: [Veiledende behandlingsplan - Fallforebygging \(ARKIVERT\)](#)
[Fallforebygging - lommekort](#)
[Alarmmatte - pasientfall, bruk](#)

Gi pasienten og pårørende muntlig informasjon om fallforebygging.

Lege foretar en somatisk utredning som inkluderer gjennomgang av tidligere sykdommer, legemiddelgjennomgang og ledsagende symptomer i forbindelse med fall. Legen behandler sykdommer og/eller symptomer som medfører økt fallrisiko, inklusiv vitamin D tilskudd. Lege vurderer pasientens samtykkekompetanse og om det er nødvendig med vedtak.

Se prosedyre: [Helsehjelp til pasienter ved manglende samtykkekompetanse og motstand](#)

Fysioterapeut kartlegger aktuelle pasienters fysiske funksjonsnivå og eventuell svimmelhet for å vurdere risiko for nye fall. Det anbefales da bruk av standardiserte tester med referanseverdier/cut-off i forhold til fallrisiko. Se retningslinje [Fysioterapi. Vurdering av fallrisiko hos pasient inneliggende i sykehus](#)

Ergoterapeut kartlegger kognitive- og ADL-funksjon med tanke på å forebygge fall. Se retningslinje [Fysioterapi. Vurdering av fallrisiko hos pasient inneliggende i sykehus](#)

Evaluering

Evaluer effekten av iverksatte tiltak.

Hvis fall har inntruffet

- Ved hodetraume hos pasient som bruker blodfortynnende, samt tilliggende klinikk/symptomer, anbefales CT caput umiddelbart, ellers innen 24 timer.
- Avviksmelding i EQS.

Tverrfaglige tiltak ved utreise

- Ved overføring til kommunehelsetjenesten gis rapport om risiko for fall
- Det bør framkomme i epikrise at pasient har fallrisiko
- Pasienten henvises eventuelt for videre tiltak, eksempelvis:
 - Poliklinisk fallutredning ([geriatrisk poliklinikk](#))
 - Styrke- og balansetrening
 - Legemiddelgjennomgang
 - Synsundersøkelse hos øyelege og/eller optiker
 - Tilrettelegging av sikkerhet i hjemmet mht fall

4. GENERELT

Definisjoner

Fall: «En utilsiktet hendelse som resulterer i at en person kommer til å ligge på bakken, gulvet eller et annet lavere nivå, uavhengig av årsak og om det foreligger skade som følge av fallet.»

5. INTERNE REFERANSER

1.1.8.10.1.3	Fallforebygging - lommekort
1.6.1.8.1	Medikamentell behandling til eldre - SiV HF
1.6.5.3.2	Alarmmatte - pasientfall, bruk
1.6.7.1.2.1	Samtykke til helsehjelp
1.6.7.1.2.2	Helsehjelp til pasienter ved manglende samtykkekompetanse og motstand
2.2.5.2.2.2.1	Fallutredning ved Geriatrisk poliklinikk
2.4.10.1.1.1	Fysioterapi. Vurdering av fallrisiko hos pasient inneliggende i sykehus

6. EKSTERNE REFERANSER

7. VEDLEGG

