

Gäller för: Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Giltig från: 2026-01-28

Innehållsansvar: Jenny Wiman, (jenwi4), Strateg

Giltig till: 2026-05-05

Granskad av: Charlotta "Lotta" Copland, (lotla6), Processledare

Godkänd av: Thomas Brezicka, (thobr2), Chefläkare

Fallprevention

Denna rutin ersätter tidigare version daterad 2019-10-10.

Revideringar i denna version

Tillägg av definition: *Fysisk fallskada*, samt beskrivning av hur fysisk fallskada registreras.

Syfte

Identifiera patienter med förhöjd fallrisk och förebygga fallolyckor i samband med vårdtillfälle.

Rutinen ger en övergripande beskrivning av hur bedömning av fallrisk, fallförebyggande åtgärder och uppföljning ska genomföras vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Rutinen är även ett stöd så att informationen följer med patient vid vårdens övergångar.

Arbetsbeskrivning

Definition av fall

En händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller inte. Ett fall är alltså inte bara när någon snubblar eller halkar utan även när någon rullar ur sängen eller glider ner på golvet från en stol.

Fallriskvärdering

Alla patienter över 65 år och patienter som har neurologiska eller kognitiva sjukdomstillstånd ska fallriskvärderas så snart som möjligt efter ankomst till sjukhuset, helst inom två timmar.

Fallriskvärderingen görs genom att ställa följande två frågor:

- Fråga patient eller närstående: Har du (patienten) fallit någon gång under det senaste året?
- Fråga dig själv: Bedömer du (som vårdpersonal) att det finns risk för att patienten kan ramla under vårdtiden om inga förebyggande åtgärder sätts in?

Om svaret är ja på någon av dessa frågor tyder det på en förhöjd fallrisk och en *Plan för fall, risk* ska upprättas. Fallriskvärderingen ska dokumenteras i Melior i *Ankomstsamtal/Besök inför inskrivning* under sökord: *Förhöjd fallrisk*.

Utvärdering av fallrisk ska göras löpande under vårdtiden då ett tillstånd snabbt kan förändras. Om patienten har förhöjd fallrisk, dokumenteras utvärdering av fallrisken i den upprättade planen senast inom två dagar och sedan minst varannan dag (se nedan under Fallriskbedömning). Risken för fall bedöms alltid i situationer då patientens status förändras. Om status ändras för patient som inte tidigare har bedömts ha en fallrisk, dokumenteras bedömningen i *Riskbedömning – Fall*.

Fallriskbedömning – stöd för fortsatt utredning och åtgärder

Om fallriskvärderingen tyder på förhöjd fallrisk kan en fallriskbedömning genomföras som stöd för utredning och vilka åtgärder som bör vidtas. Fallriskbedömningen sker enligt mall i Melior under *Riskbedömning – Fall*. Mallen är uppbyggd enligt Downton Fall Risk Index. Riskfaktorerna läggs ihop

till en poäng där 3 eller högre indikerar hög fallrisk. Poängen är vägledande och behöver ställas i relation till helhetsbedömningen.

Fallförebyggande åtgärder

Teambaserad, multifaktoriell, individanpassad fallprevention är det mest framgångsrika sättet att reducera antalet fall på, var god se Vårdhandboken. Varje verksamhet behöver anpassa det tvärprofessionella arbetet och åtgärderna utifrån patientens behov och vårdform. Åtgärderna dokumenteras i Melior i *Plan vid fall, risk*.

De fallpreventiva åtgärderna planeras i dialog med patient och närstående genom att diskutera utförd bedömning, förslag på förebyggande åtgärder och vad patienten själv kan göra för att förhindra fall.

Vid händelse av fall

Vid fall dokumenteras händelsen samt konsekvenserna i *Fallhändelserapport* i Melior. I den efterföljande fallhändelseutredningen ingår det att identifiera och analysera fallriskfaktorer på nytt utifrån den aktuella fallhändelsen. *Plan vid fall, risk* i Melior upprättas eller uppdateras utifrån den nya samlade bedömningen. Fallolyckan ska även registreras i MedControl Pro.

Fysisk fallskada

Förekomst av fysisk fallskada är införd som regional indikator från och med 2021-01-01. Definitionen av fysisk fallskada är: intrakraniell blödning, fraktur, sårskada, skrapsår, blåmärke/svullnad/rodnad samt smärta som kräver läkemedelsbehandling. I Meliors *Fallhändelserapport* dokumenteras både typ av fallskada och om fallskadan var fysisk under term Typ av fallskada respektive Fysisk fallskada under vårdtid. Termen "Fysisk fallskada under vårdtid" är obligatorisk att fylla ifrån januari 2024 och den utgör underlag för indikator för fysisk fallskada.

En fallolycka kan vara en vårdskada

En fallolycka bidrar inte alltid till skada, men utgör alltid en hög risk. Vanliga skador efter fall är fraktur, sårskada, mjukdels- eller ledsmärta, symptom efter hjärnskakning eller fallrädsla.

En fallskada betraktas som en vårdskada om olyckan hade kunnat undvikas, till exempel om:

- fallriskvärdering och/eller fallriskbedömning inte utförts
- förebyggande individuella åtgärder enligt vårdhandboken inte vidtagits, följts upp eller justerats vid behov, så som anpassning av läkemedel, fysiska vårdmiljön eller vätskebalans.

Överrapportering

Information om förhöjd fallrisk och vidtagna åtgärder ska följa patienten genom hela vårdkedjan. Bedömning av förhöjd fallrisk vid utskrivning ska genomföras och dokumenteras i *Slutanteckning, sjuksköterska* under termen *Fallrisk vid utskrivning*.

Ansvar

Alla som arbetar i patientnära vård ska arbeta enligt denna rutin. Respektive linjefeche ansvarar för att rutinen är känd och följs. Chefläkare ansvarar för att rutinen finns.

Uppföljning, utvärdering och revision

Chefläkare och Kvalitetssamordnare/strateg med ansvarsområde fall vid Kvalitetsstrategiska avdelningen ansvarar för revision av rutinen samt sjukhusövergripande uppföljning och utvärdering av resultatet avseende det fallpreventiva arbetet och antalet fallhändelser.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Andelen genomförda fallriskvärderingar, planer vid fallrisk, fallhändelserapporter samt inträffade fall som resulterat i en fysisk fallskada bör följas upp inom varje verksamhet via Cognos.

Relaterad information

[Vårdhandboken](#)

[Fall och fallskador: åtgärder för att förebygga, SKL](#)

Dokumentation av Fallriskvärdering se rutin inskrivning

Dokumentation av Fallriskbedömning se rutin bedömning

Dokumentation av Plan vid fall, risk se rutin vårdplan

Dokumentation av Fallhändelserapport se rutin vårdförlopp

Samlad sida för dokumentationsrutiner finns här [Dokumentation - Sahlgrenska Universitetssjukhuset \(vgregion.se\)](#)

Dokumentation

Styrande dokument arkiveras i Barium. Redovisande dokument ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

Granskare/arbetsgrupp

Anna Gyberg, verksamhetsutvecklare Medicin, Geriatrik och Akutmottagning
Lotta Copland, e-Hälsostrategiska avdelningen
Per-Olof Hansson, chefläkare

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Innehållsansvar: Jenny Wiman, (jenwi4), Strateg

Granskad av: Charlotta "Lotta" Copland, (lotla6), Processledare

Godkänd av: Thomas Brezicka, (thobr2), Chefläkare

Dokument-ID: SU9992-381335686-41

Version: 9.0

Giltig från: 2026-01-28

Giltig till: 2026-05-05