

Ordinärt boende

Checklista för fallriskbedömning med åtgärdsplan

1. Personuppgifter

Namn _____ Personnummer _____

Hemtjänstgrupp _____

Kontaktman _____

Närstående/motsvarande som medverkat _____

2. Samtliga rum

A. Golv

Har du/använder du ...	Ja	Nej	Ingen åtgärd	Förslag på åtgärd och/eller kommentar	Åtgärdat datum
Halkskydd under alla lösa mattor					
Torra och halkfria golv					
Fastsatta el- och telefonsladdar					
Ledstänger och halkskydd i trappor - inne och ute					
Låga/inga trösklar					

B. Belysning

Har du/använder du ...	Ja	Nej	Ingen åtgärd	Förslag på åtgärd och/eller kommentar	Åtgärdat datum
God belysning					
Nattlampa					

C. Övrigt

Har du/använder du ...	Ja	Nej	Ingen åtgärd	Förslag på åtgärd och/eller kommentar	Åtgärdat datum
Fria gångvägar och ytor					
Utrymme för användande av gånghjälpmiddel					
Möjlighet att komma in/ut på balkong/uteplats					
Stadiga sittmöbler i lagom höjd					
Armstöd på sittmöblerna					
Telefoner lämpligt placerade i rummen					

3. Sovrum, kök, badrum/toalett och hall

D. Sovrum

Har du/använder du ...	Ja	Nej	Ingen åtgärd	Förslag på åtgärd och/eller kommentar	Åtgärdat datum
Stadigt sängbord					
Personligt anpassad säng					
Är sängkanten stadig nog att sitta på vid förflyttning					
Belysning når från liggande i sängen					
Telefon lättåtkomlig, även når från liggande i säng					
Lättåtkomliga garderober och klädhängare					

E. Kök

Har du/använder du ...	Ja	Nej	Ingen åtgärd	Förslag på åtgärd och/eller kommentar	Åtgärdat datum
Sittmöjligheter vid arbetsbänkar					
Porslin, bestick och kastruller lätt nåbara					
Kylskåp lätt nåbart					
Spis/ugn lätt nåbar					
Mikrougn lätt nåbar					

F. Badrum/toalett

Har du/använder du ...	Ja	Nej	Ingen åtgärd	Förslag på åtgärd och/eller kommentar	Åtgärdat datum
Halkskydd i badkaret eller i duschen					
Handtag vid badkaret eller vid duschen					
Badbräda till badkaret eller duschpall i duschen					
Toalett i lämplig höjd					
Armstöd på toaletten					
Gott om plats					

G. Hall

Har du/använder du ...	Ja	Nej	Ingen åtgärd	Förslag på åtgärd och/eller kommentar	Åtgärdat datum
Lättåtkomlig hängare för ytterkläder och skor					
Sittmöjlighet vid på- och avklädning					
Lättöppnad ytterdörr					

4. Personlig utrustning

Har du/använder du ...	Ja	Nej	Ingen åtgärd	Förslag på åtgärd och/eller kommentar	Åtgärdat datum
Stadiga skor/tofflor					
Utprovat gånghjälpmedel					
Lämpliga glasögon					
Fungerande hörapparat					
Höftskyddsbyxa					
Antihalkstrumpor					
Personligt anpassat larm					
Annat					

5. Övrigt som påverkar fallrisken

Övrigt	Förslag på åtgärd och/eller kommentar	Åtgärdat datum

6. Frågor till den enskilda individen

Besvarat av: ☐ Den enskilde ☐ kontaktman ☐ Närstående/motsvarande

Markera svar med endast ett kryss.

1. Har du ramlat under det senaste året?

Ingen gång ☐ En gång ☐ Två eller fler gånger ☐ Vet ej ☐

2. Om du har ramlat, vad tror du är orsaken till att du ramlat?

3. Har du svårt att äta och/eller dricka? Ja ☐ Nej ☐

4. Känner du dig yr eller ostadig ibland? Ja ☐ Nej ☐

5. Är du rädd för att ramla? Ja ☐ Nej ☐

6. Är du mindre fysiskt aktiv än vad du önskar vara? Ja ☐ Nej ☐

7. Intar du fler än 4 olika läkemedel varje dygn? Ja ☐ Nej ☐

8. Går du på toaletten nattetid? Ja ☐ Nej ☐

7. Personalens uppfattning

Hur bedömer du totalt den enskildes risk att falla? Stor ☐ Liten ☐ Går ej att bedöma ☐

Om du anser att den enskilde har stor fallrisk ska du snarast informera ansvarig arbetsledare!

8. Förvaring och uppföljning

Checklistan förvaras i den enskildes genomförandeakt. Anteckna i den sociala journalen *att* samt *när* fallriskbedömningen är genomförd.

Bedömning ska göras var sjätte månad eller vid någon form av förändring.

Bedömningen genomförd av:

Namn _____

Befattning _____

Datum _____

Datum för uppföljning _____