

## Särskilt boende

# Checklista för fallriskbedömning med åtgärdsplan

## 1. Personuppgifter

Namn \_\_\_\_\_ Personnummer \_\_\_\_\_

Boende \_\_\_\_\_

Kontaktman \_\_\_\_\_

Närstående/motsvarande som medverkat \_\_\_\_\_

## 2. Den enskildes lägenhet/rum

### A. Sovrum/rum

Har du/använder du ...	Ja	Nej	Ingen åtgärd	Förslag på åtgärd och/eller kommentar	Åtgärdat datum
Stadigt sängbord					
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					
Halkskydd under alla lösa mattor					
Torra och halkfria golv					
EI- och telefonsladdar utmed golvet är fastsatta					
Låga/inga trösklar (även till balkong/uteplats)					
God belysning					

Har du/använder du ...	Ja	Nej	Ingen åtgär	Förslag på åtgärd och/eller kommentar	Åtgärdat datum
Nattbelysning					
Ändamålsenligt möblerat					

**B. Toalett och duschrum**

Har du/använder du ...	Ja	Nej	Ingen åtgärd	Förslag på åtgärd och/eller kommentar	Åtgärdat datum
Gott om plats					
Pall att sitta på vid behov					
Handtag lämpligt placerade					
Armstöd på toaletten					
Anpassad höjd på toalett					
Halkskydd i badkar o dusch					

**C. Hall och entré**

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

### 3. Personlig utrustning

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

### 4. Övrigt som påverkar fallrisken

Övrigt	Förslag på åtgärd och/eller kommentar	Åtgärdat datum

## 5. Allmänna och gemensamma utrymmen

Är det/finns det ...	Ja	Nej	Ingen åtgärd	Förslag på åtgärd och/eller kommentar	Åtgärdat datum
Halkskydd under lösa mattor					
Torra och halkfria golv					
Fastsatta el- och telefonsladdar					
Möjlighet att komma in/ut vid balkong, uteplats och entré					
God belysning					
Nattbelysning					
Fria gångvägar och ytor					
Utrymme för användande av gånghjälpmedel					
Ändamålsenligt möblerat					
Armstöd på sittmöbler					
Sittplatser i lagom höjd					
Sittmöjlighet i hiss och entré					
Sittmöjlighet i närmiljön utomhus					

## 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 \_\_\_\_\_