

Instruktion

Fastställt av: Yvonne E Nygren

Upprättat av: Birgitta E Olofsson

Granskare: Bengt Andersson

Organisation gäller inom: Region Västerbotten

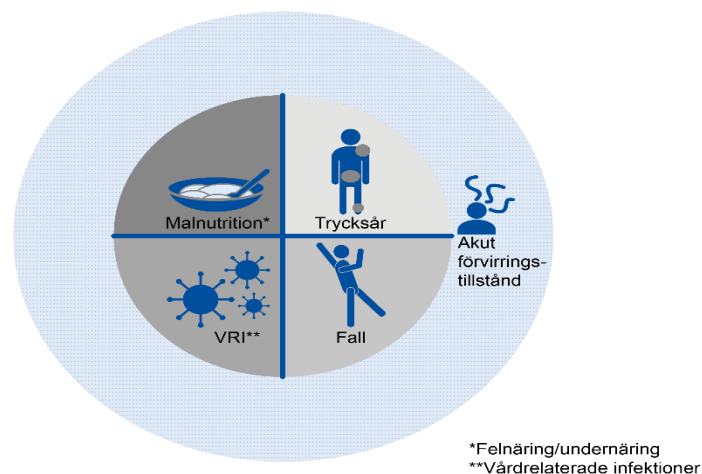
Systematiskt patientsäkerhetsarbete inom omvårdnad och rehabilitering vid länets sjukhus och sjukstugor

Förändringar från föregående utgåva

Nytt ledningssystemsdokument. Grundlig revidering av tidigare version som publicerats på intranätet och Region Västerbottens webb.

Omfattning

Länsgemensamt systematiskt och standardiserat arbetssätt inom områdena; akut förvirringstillstånd (delirium), vårdrelaterade infektioner (VRI), fall, trycksår, malnutrition och ohälsa i munnen ([Figur 1](#)). Riktat sig till all personal inom klinisk verksamhet inom Region Västerbotten. Vid inskrivning på sjukhus riskerar patienten en ökad försämring av kroppens funktioner och av den kognitiva förmågan. Patientens tillstånd kan snabbt ändras under vårdtiden, till exempel kan ytterligare komplikationer utöver de som orsakat inskrivningen tillkomma. Detta gäller särskilt patienter som är ≥ 65 år och/eller har neurologiska eller kognitiva sjukdomstillstånd och/eller som genomgått omfattande kirurgiska ingrepp eller svåra medicinska behandlingar.



Figur 1. Bild på områden för länsgemensamt systematiskt och standardiserat arbetssätt

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Centrala begrepp

Klinisk helhetsbedömning

En systematisk och noggrann bedömning av patientens hälsotillstånd. En samlad helhetsbedömning innehåller, samtal och observationer (inspektion, auskultation, palpation och perkussion). Samt uppgifter inhämtade i samband med informationsöverföring/rapportering från annan enhet/vårdsnivå.

Allmän risk

Om riskvärdering, med stöd av en klinisk helhetsbedömning, visar att patienten *inte* har faktorer som kan tala för ökad risk för vårdskada sätts generella förebyggande åtgärder in. Dessa åtgärder är avsedda för samtliga patienter vid enheten/avdelningen. Bedömningen upprepas vid behov under vårdtiden.

Förhöjd risk

Om riskbedömning visar att patienten har förhöjd risk att drabbas av vårdskada ska utredning omedelbart inledas för att identifiera aktuella riskfaktorer. Individanpassade förebyggande åtgärder sätts in, dessa utvärderas för att se att de har önskad effekt. Bedömning ska upprepas vid behov under vårdtiden.

Patientsäkerhetskultur

Hur patientsäkerheten uppfattas, prioriteras och hanteras i organisationen. Patientsäkerhetskulturen är resultatet av individers, ledares och grupper värderingar, förhållningssätt, kompetenser och beteendemönster. Den avspeglar engagemanget för och förmågan att på alla nivåer i organisationen skapa skydd mot vårdskada. Se även säkerhetskultur i hälso- och sjukvård.

Patientsäkerhetsarbete

Del av en vårdgivares systematiska kvalitetsarbete som syftar till skydd mot vårdskada.

Patientsäkerhet: Skydd mot vårdskada.

Avvikelse

Händelse som medfört eller hade kunnat medföra något oönskat.

Tillbud

En händelse som hade kunnat medföra något oönskat.

Negativ händelse

En händelse som medfört något oönskat.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Vårdskada

Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (enligt Patientsäkerhetslagen, 2010:659)

Allvarlig vårdskada

Vårdskada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Risk

Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa.

Risikanalys

En systematisk identifiering och bedömning av risker i ett visst sammanhang.

Händelseanalys

Systematisk arbetssätt för att kartlägga orsaker till en negativ händelse eller ett tillbud.

Säkerhetskultur i hälso- och sjukvård

Är hur säkerhet uppfattas, prioriteras och hanteras i organisationen. Säkerhetskulturen är resultatet av individers, ledares och gruppens värderingar, förhållningssätt, kompetenser och beteendemönster. Den speglar engagemanget för och förmågan att på alla nivåer i organisationen skapa säkerhet.

Patientsäkerhetsrond

Inspektion av utrymmen i vårdmiljön där patienterna vistas t.ex. vårdssalar, toaletter, matsal, korridorer och träningsutrymmen. Syfte att upptäcka risker i miljön som kan leda till att patienten drabbas av vårdskada samt åtgärda dessa för att skapa en säker miljö kring patienten.

Närstående

Är person som den enskilde anser sig ha en nära relation till.

Bakgrund

I regionplanen 2025 beskrivs Region Västerbottens (RV) först fyra vägledande principer, nämligen jämställdhet, jämlikhet, social hållbarhet och hela länet. Dessa tydliggör Västerbottens geografiska utmaningar och ska genomsyra all verksamhet inom RV. Dessutom har RV satt upp sju övergripande mål, som alla är delvis kopplade till Agenda 2030. Dessa sju mål är trygga uppväxtvillkor, goda levnadsvillkor, ett attraktivt och hållbart Västerbotten, tillgänglig vård med god kvalitet och kontinuitet, goda arbetsplatser och attraktiva arbetsgivare, en hållbar miljö- och klimatregion och stärkt forskning,

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

utbildning och innovation. I mål fyra (tillgänglig vård med god kvalitet och kontinuitet) beskrivs att vården ska vara tillgänglig och nära samt anpassad utifrån individens behov och att vi med evidensbaserade insatser ska förebygga ohälsa.

Det är väl känt att patienter drabbas av vårdskador inom svensk sjukvård. Dessa vårdskador leder till lidande, fysisk/psykisk skada, sjukdom och dödsfall och skulle kunna ha undvikits om adekvata åtgärder hade satts in. Mer än 80 000 patienter per år drabbas av vårdskador av varierande allvarlighetsgrad.

Dessa vårdskador utgörs mestadels av vårdrelaterade infektioner, läkemedelsrelaterade skador, trycksår och fallskador. Om vi tillsammans kan minska vårdskadorna finns det mycket att vinna – för den drabbade patienten, vårdpersonalen, förtroende för vården och för samhällets gemensamma resurser.

Förebyggande arbete utförs redan idag på många kliniker/enheter i länet men behov av ett länsgemensamt systematiskt och standardiserat arbetssätt. En viktig åtgärd i det förebyggande arbetet är att snarast efter inskrivning göra en riskbedömning av om patienten har allmän eller förhöjd risk att drabbas av vårdskada. Detta för att identifiera patienter med förhöjd risk att drabbas av vårdskada och vilka förebyggande åtgärder som behöver sättas in. Om bedömningen visar att patienten har förhöjd risk att drabbas av vårdskada ska utredning omedelbart inledas. Bedömning ska upprepas vid behov under vårdtiden till exempel vid förändrat hälsotillstånd och/eller när faktorer i omgivningen förändras.

Uppdrag

Denna länsgemensamma modell för systematiskt och standardiserat arbetssätt inom områdena; akut förvirringstillstånd (delirium), vårdrelaterade infektioner (VRI), fall, trycksår, malnutrition och ohälsa i munnen har utarbetats 2017 av dåvarande Arbetsgrupp för omvårdnad och rehabilitering (AOR) på uppdrag av regionens Patientsäkerhetsråd.

Sex arbetsgrupper med fokus på akut förvirringstillstånd (delirium), vårdrelaterade infektioner (VRI), fall, trycksår, malnutrition och ohälsa i munnen samt dokumentation har deltagit i arbetet med modellen. Revidering av modellen har genomförts under 2020 samt 2021 (under ledning av Region Västerbottens Utvecklingsgrupp för omvårdnad och rehabilitering, RUGOR). Underlag till denna modell är Agera för säker vård - Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet från Socialstyrelsen ([finns en uppdaterad version 2025-2030](#)), lagar och föreskrifter, rapporter, validerade skattningskalor och vetenskaplig litteratur.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Mål

Målet med denna modell är att ge förslag på åtgärder och aktiviteter för att utveckla det systematiska och standardiserade patientsäkerhetsarbetet vid länets sjukhus och sjukstugor så att;

- Risken för att patienter drabbas av vårdskada minskar
- Patienten upplever delaktighet, trygghet och säkerhet under vårdtiden
- Patienten får förebyggande åtgärder utifrån sitt hälsotillstånd och individuella behov

Modellens struktur

De patientsäkerhetsrisker som finns beskrivna i denna modell har koppling till varandra. Om patienten har ökad risk att drabbas av vårdskada medför detta att risken för att drabbas av ytterligare vårdskador ökar.

Modellen är indelad i två delar. Den första delen ger en övergripande generell beskrivning av det systematiska förebyggande patientsäkerhetsarbetet och ger förslag på aktivitet på generell nivå. I den andra delen finns en rad förslag på åtgärder och aktiviteter för att minska risken att patienten drabbas av vårdskada inom respektive delområde. Det är upp till varje verksamhet att ta ställning till om och i så fall vilka aktiviteter som kan vara aktuella utifrån uppdrag, patientgrupp/er och identifierade utvecklingsområden.

Som stöd i det förebyggande arbetet har även en informationsfolder till patienten tagits fram "Din säkerhet på sjukhus och sjukstuga". Den innehåller tips och råd om hur patienten själv kan bidra till sin vård och behandling för att den kan bli så trygg och säker som möjligt. Den finns att tillgå på 1177 [Din säkerhet på sjukhus och sjukstuga](#).

Modellen gäller tills vidare. Patientsäkerhetsrådet ansvarar för att godkänna innehållet samt initiering av uppföljning och revidering.

Systematiskt patientsäkerhetsarbete inom omvårdnad och rehabilitering

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2025-2030

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen, tagit fram en nationell handlingsplan som ska stödja utveckla och samordna arbetet med patientsäkerhet i landet. Handlingsplanen syftar till att stärka kommuner, regioner och vårdgivare i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidra till att förbygga vårdskador.

[Socialstyrelsen Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet](#)

Visionen för patientsäkerhetsarbetet är **God och säker vård – överallt och alltid**. Det gemensamma målet är tydligt, **ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada**. För att arbeta mot visionen och det övergripande målet lyfts fyra grundläggande förutsättningar för säker vård fram:

- engagerad ledning och tydlig styrning
- en god säkerhetskultur
- adekvat kunskap och kompetens
- patienten som medskapare

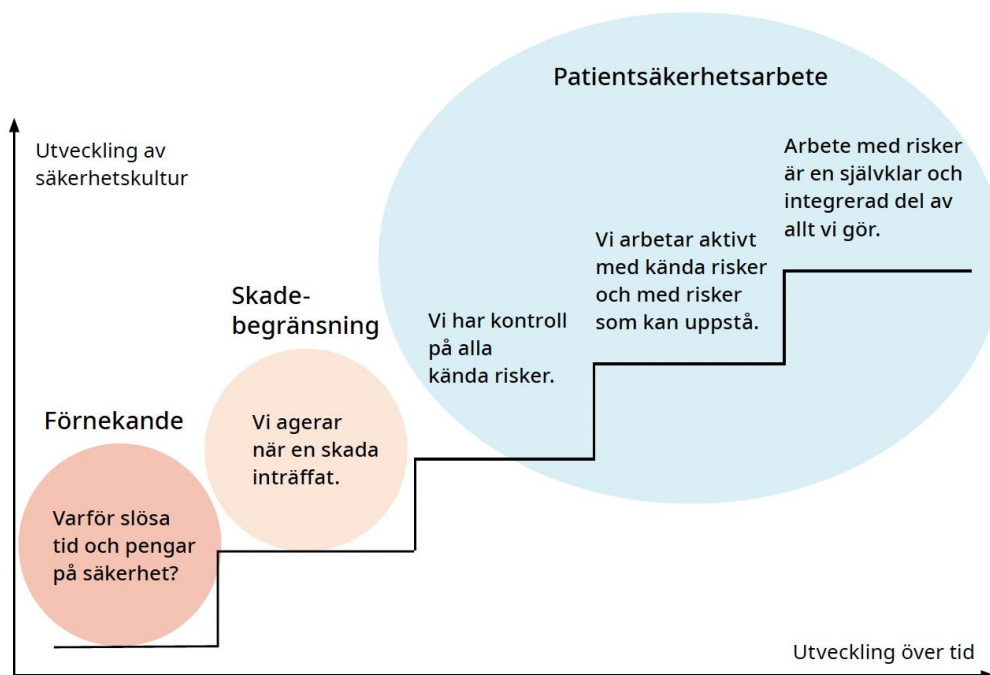
God och säker vård innebär att vården ska särskilt vara av

- god kvalitet och med en god hygienisk standard
- tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso-och sjukvårdspersonalen
- vara lätt tillgänglig

Hälso- och sjukvården är komplex och beroende av samspel mellan människor, teknik och organisation. Riskerna i ett sådant system är många och varierande. Central är att arbeta riskmedvetet och förebyggande för att undvika vårdskada.

Det förebyggande arbetet är centralt och bygger på att integrera patientsäkerhetsarbetet i det breda kvalitets- och arbetsmiljöarbetet. Säkerheten och säkerhetsarbetet är därför avgörande och för att nå ett framgångsrikt arbete inom patientsäkerhet är det nödvändigt att inte bara fokusera på det som redan hänt utan och **stärka det skadeförebyggande arbetet**.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.



Figuren visualiserar fokusskiftet i utvecklingen av synen på säkerhet och säkerhetskulturen. Först inser vi överhuvudtaget inte att vi skadar, det vill säga *förnekande*. När vi inser att vi faktiskt skadar flyttas fokus till att hantera skadorna, det vill säga *skadebegränsning*. I nästa stora steg inser vi vikten av att identifiera risker för skador samt förebygga eller minimera riskerna att vårdskador inträffar, det vill säga ett *aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete*.

Fritt efter D. Parker, NPSA, Managing risk in healthcare: Understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF), Journal of Nursing Management, 2009, 17.

I figur 2 beskrivs vägen till ett aktivt förbyggande patientsäkerhetsarbete i tre steg. Bilden är hämtad från Agera för säker vård - Nationell handlingsplan för patientsäkerhet 2025-2030.

Patienten och närstående som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Hälso- och sjukvården behöver bättre ta tillvara patienters och närståendes erfarenheter, kunskaper och resurser i patientsäkerhetsarbetet och stärka patienternas ställning. Metoder och stöd behöver utvecklas för att skapa förutsättningar för patienter att vara medskapare i sin vård på alla nivåer och aktivt bidra till en säkrare vård.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Det betyder att vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt och kan lita på att vården ges på lika villkor skapar tillit och förtroende, men aspekter som tillgänglighet, samordning och kontinuitet är centrala. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och kan påverka vården utifrån sina önskemål och förutsättningar. Även närstående har en central roll, i de fall patienten vill det.

Patientens berättelse och hens behov och resurser är avgörande. Relationen mellan patient och personal behöver präglas av ömsesidig respekt och förståelse. Formerna för och graden av patientens delaktighet behöver utgå från patientens behov och önskemål. En patient som inte vill eller kan ta aktiv del i sin vård och behandling ska inte riskera att få en sämre anpassad vård, utan vårdpersonalen måste arbeta för att patientens perspektiv tas tillvara.

Att kunna vara delaktig i sin vård kräver kunskap och insikt. Patienten behöver därför få god och anpassad information om bland annat sin vård och behandling och om eventuella risker. Kommunikation och dialog är centralt. Det innebär att alla som arbetar i vården behöver involvera och efterfråga patientens synpunkter, möta patienten med empati och dela med sig av sin kunskap.

Patienter som förstår syftet med sin behandling – vad som kommer att hända och de möjliga riskerna med behandlingen – kan uppmärksamma vårdpersonalen på när något inte stämmer. Det är viktigt med ett arbetssätt där personal och ledning aktivt efterfrågar patientens och närståendes upplevelse av vården, i syfte att identifiera faktorer som skapar en säker vård.

Vi behöver skapa möjligheter för patienter och närstående att aktivt kunna bidra i patientsäkerhetsarbetet.

Läs gärna mer via länk till Socialstyrelsen, Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet, se [länkar](#) sist i dokumentet.

Förslag på övergripande aktivitet och åtgärd oberoende av riskområde

Här nedan ges förslag på aktivitet/åtgärd för att fortlöpande analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser i verksamheten.

- Att minst en gång per år genomföra en rond på avdelningen/enheten med fokus på vårdmiljö och patientsäkerhet.

Målet är att:

- Risken för att patienter drabbas av vårdskada minskar
- Patienten upplever delaktighet och trygghet och säkerhet under vårdtiden
- Patienten får förebyggande åtgärder utifrån sitt hälsotillstånd och individuella behov

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Årlig rond med fokus på vårdmiljö och patientsäkerhet

Omvårdnads- och rehabiliteringspersonal

- **Ronden genomförs på avdelningen/ enheten** för att upptäcka eventuella risker i miljön som kan leda till vårdskada för patient samt att åtgärda dessa
- **Inspektionen fokuserar främst på** de utrymmen där patienter vistas, d.v.s. vårdssalar, toaletter, matsal, korridorer och träningsutrymmen.
- **Kartlägg** vilka utrymmen som ska inspekteras.
- **Dokumentera de brister som upptäcks** på avdelningen/enheten.
- **Åtgärda omgående** det som är möjligt att åtgärda.
- **Nytt datum för nästa rond** planeras av avdelningschef tillsammans med de personer som utfört rond.
- **Uppföljning planeras** av de åtgärder som skall åtgärdas i samband med eller så snart som möjligt efter genomförd rond.
- **Fastighet kontaktas** av avdelningschef för att åtgärda uppmärksammade brister. Viktigt att vid beställning till fastighet beskriva varför åtgärden är av hög prioritet. Till exempel att vid anmälan av trasig lampa motivera varför lampbytet bör ske så snart som möjligt; på grund av risk för att patienter kan komma till skada om inte felet åtgärdas snarast.

Utförs av

Minst två personer i en mix från olika yrkes-kategorier som avdelningschef utser exempelvis undersköterska, sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut etcetera.

Avdelnings-, klinik- och sjukhusnivå

- **Ronden genomförs minst en gång per år** utifrån verksamhetens behov på avdelningschefs initiativ.
- **Utarbeta och tydliggöra rutiner** gällande identifiering av riskpatienter samt att åtgärder i form av förebyggande insatser sätts in.
- **Vid varje ny rond byts en person ut** så att alla så småningom ska ha deltagit.
- **Analysera dokumentation** för eget lärande/ egenkontroll.

Utförs av - Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Uppföljning och åtgärder efter rond

- **Riktad till patient och närstående** - Uppföljning och utvärdering av patienten och ev. närståendes upplevelse under vårdtiden. Identifiera framgångsfaktorer som inverkar positivt på patient-tillfredsställelse.
- **Riktad till vårdpersonal** - Återkoppla resultat från genomförda ronder. Rapporteras och diskuteras på APT.
- **Riktad till avdelning och klinik** - Redovisning och utvärdering av genomförda mätningar av det förebyggande arbete.

Utförs av - Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde.

Systematiskt arbetssätt för att minska risken för att patienten drabbas av vårdskada

Ett förebyggande arbetssätt är viktigt för att åtgärd/er ska kunna sättas in så snart som möjligt efter inskrivning. Vidare att komplikationer upptäcks så att åtgärd och/eller behandling kan sättas in så snabbt som möjligt. Arbetssättet beskrivs här nedan och symboliseras även i [figur 3](#) nedan.

Vid ankomst/inskrivning

En noggrann klinisk helhetsbedömning görs av patientens hälsotillstånd för att bland annat identifiera faktorer som kan tala för ökad risk för vårdskada. Riskvärdering görs för att identifiera om patienten har *allmän* eller *förhöjd* risk att drabbas av vårdskada. Bedömning görs vid ankomst till ny vårdavdelning/enhet och fortlöpande under vårdtiden.

Om bedömningen visar att patienten har en allmän risk att drabbas av vårdskada:

Patienten tar del av generella förebyggande åtgärder tex;

- Upptäcka risker i vårdmiljön som kan leda till att patienten utsätts för risk eller drabbas av vårdskada samt att åtgärda dessa.
- Fortløpande förebygga och behandla hälsotillstånd och symtom som kan innebära ökad risk för vårdskada.
- Bedömning upprepas vid behov under vårdtiden till exempel vid förändrat hälsotillstånd och/eller när faktorer i omgivningen förändras.

Förhöjd risk

Ovanstående generella åtgärder kompletteras med individuella åtgärder som alltid grundas på en individuell utredning för de patienter där den kliniska bedömningen visat en förhöjd risk att drabbas av vårdskada.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Om bedömningen visar att patienten har en förhöjd risk att drabbas av vårdskada:

Utredning ska omedelbart inledas;

- Identifiera aktuella riskfaktorer
- Bedöm vilka åtgärder som behöver vidtas.
- Individanpassade och förebyggande åtgärder sätts in.
- Utvärdera om och hur åtgärderna har genomförts och om de har haft önskad effekt.

Bedömning ska upprepas vid behov under vårdtiden till exempel vid förändrat hälsotillstånd och/eller när faktorer i omgivningen förändras.

Information och eventuell överrapportering

Patienten och dennes anhöriga måste få information på ett sätt som gör det möjligt för dem att medverka till att förebygga vårdskador.

- Om möjligt, informera patient och/eller närstående om vad som framkommit i riskbedömningen inklusive riskfaktorer samt mål och planerade åtgärder.
- Överrapportera genomförd vård och rekommendera fortsatta åtgärder till nästa enhet/vårdgivare.

Vårdskada

Om patienten drabbas av vårdskada ska akuta åtgärder sättas in omedelbart.

Utredning ska genast inledas för att förebygga ny vårdskada.

Varför inträffade händelsen/skadan?

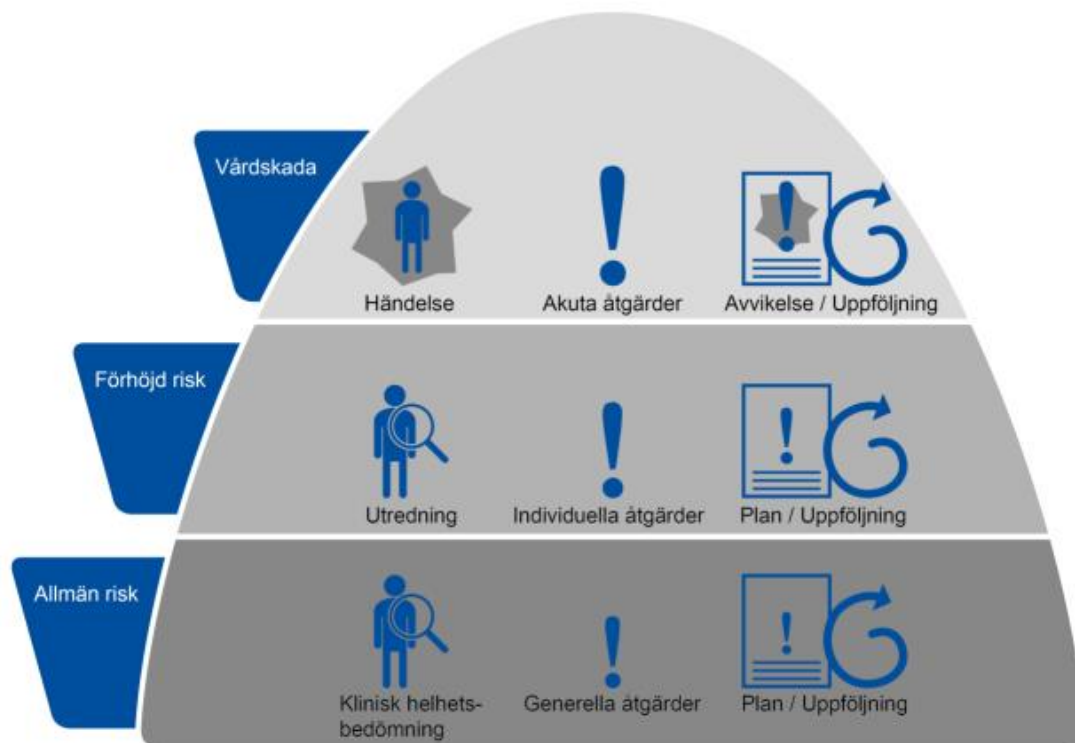
- utlösande faktorer?
- medicinska orsaker eller omvårdnadsproblem?

Individanpassade och skadeförebyggande åtgärder sätts in.

Rapportera avvikelse i Platina

När en vårdskada inträffar har samtliga yrkeskategorier ansvar att rapportera detta i Platina - [Rapportera avvikelse Platina](#). Omständigheter runt och konsekvenser av händelsen sammanställs och analyseras och används både för förebyggande åtgärder för patienten och i en samlad uppföljning för avdelningen/enhetens vårdutveckling.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.



Figur 3. Systematiskt arbetssätt för att förebygga vårdskada

Åtgärderna i "pyramiden" beskrivs från basen och uppåt i förhållande till hur vanliga de antas vara, dvs. en bred bas av generella åtgärder som är avsedda för samtliga patienter vid enheten/avdelningen. Dessa kompletteras med individuella åtgärder om den kliniska bedömningen visar att patienten har en förhöjd risk att drabbas av vårdskada. För de personer som drabbas av vårdskada under vårdtiden grundas de individuella åtgärderna på vad som framkommer vid utredningen av händelsen. Akuta åtgärder sätts in omedelbart när en händelse inträffat. *Figuren är baserad på Åberg AC, Lundin-Olsson L, Rosendahl E. J Rehabil Med 2009.*

Länsgemensam dokumentation av förebyggande patientsäkerhetsarbete

Riskbedömningens olika delar ska dokumenteras i patientens journal. För att underlätta arbetet med journaldokumentation har det tagits fram regiongemensamma sökord. Dokumentation inom områdena akut förvirringstillstånd, vårdrelaterade infektioner, fall, trycksår och malnutrition och ohälsa i munnen ska dokumenteras i Cosmic under Meny - CDS. Beskrivning av hur det görs finns i [CDS Vårdskadeprevention Cosmic Rutin](#)

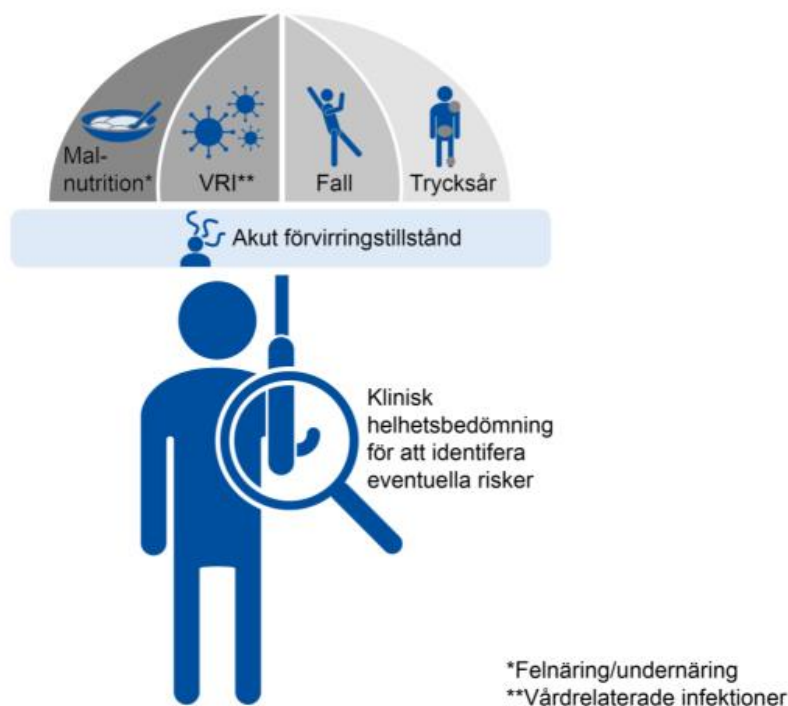
Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Klinisk helhetsbedömning inom omvårdnad och rehabilitering

Den individuella kliniska helhetsbedömningen är grunden för att förebygga att patienten inte drabbas av vårdskada. Om patientens samtliga behov inte beaktas riskerar detta att få en negativ inverkan på genomförande och uppföljning av vård och behandling. Bedömningen görs i samband med inskrivning på sjukhus/sjukstuga och kontinuerligt under vårdtiden.

Bedömningen utgår från patientens aktuella hälsotillstånd, resurser och behov samt kapacitet/förmåga. Här ingår bland annat samtal och dialog med patient/närstående och observationer för att få en helhetsuppfattning om personens behov och risker samt uppgifter inhämtade i samband med informationsöverföring/rapportering från annan enhet/vårdsnivå. Antal riskområden och allvarlighetsgrad varierar från patient till patient och kan även snabbt förändras, som symboliseras i nedanstående [figur 4](#).

I samband med akut sjukdom och inskrivning på sjukhus riskerar, framför allt den sköra och/eller äldre, patienten en ökad försämring av kroppens funktioner och av den kognitiva förmågan, t.ex. minne och kommunikationsförmåga. Vidare kan komplikationer uppstå utöver det som orsakande inskrivningen exempelvis aptitlöshet, diarré, bristande sömn, yrsel med mera. Patientens tillstånd kan därför snabbt ändras under vårdtiden. Detta ska alltid uppmärksammas och ingå i omvårdnads- och rehabiliteringspersonalens kliniska helhetsbedömning.



Figur 4. Omvårdnads- och rehabiliteringspersonalens kliniska helhetsbedömning

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Förslag på aktiviteter och åtgärder för att minska risken för att patienten drabbas av vårdskada per riskområde

I detta avsnitt beskrivs utvalda riskområden var och ett för sig. För varje område ges förslag på åtgärder och aktiviteter för att minska risken att patienten drabbas av vårdskada. *Det är upp till varje verksamhet att ta ställning till om och i så fall vilka riskområden som kan vara aktuella utifrån uppdrag, patientgrupp/er samt identifierade utvecklingsområden.* För respektive riskområde ges förslag på åtgärder, vem som ansvarar för vad och exempel på hur uppföljning kan göras. Det finns även förslag på länkar för ytterligare kunskapsstöd.

Arbetssätt för att förebygga följande risker för vårdskador

- akut förvirringstillstånd (delirium)
- vårdrelaterade infektioner (VRI)
- fall
- uppkomst av trycksår
- malnutrition och ohälsa i munnen

Arbetsätt för att förebygga akut förvirringstillstånd (delirium)

Vad är ett akut förvirringstillstånd (delirium)

Ett delirium karakteriseras av olika symptom som till exempel: nedsatt koncentrationsförmåga, påverkat minne, hallucinationer, vanföreställningar och en störd dygnsrytm. Det vanligaste är dock hypoaktiva symptom som kan beskrivas som att vara inbunden och tyst, men egentligen har personen kaos inombords, de kan ha svårigheter att fokusera och koncentrera sig eller att man inte kommer ihåg det som sagts. Delirium startar ofta plötsligt och kan variera över dygnet eller från en dag till en annan. Vem som helst kan få delirium. Människor med olika hjärnsjukdomar, som stroke och demenssjukdom, och hos de med hög ålder finns ökad risk att utveckla delirium.

Ett delirium är mycket stressande och skrämmande för den som drabbas, då den som drabbas ofta har mardrömsliknande upplevelser och kan känna sig sårbar. Människor som drabbas av delirium har en kraftigt ökad risk för andra komplikationer, som trycksår, fallolyckor, näringsbrist och att dö i förtid. Hälften av alla fallolyckor på sjukhus drabbar patienter som utvecklat delirium. Efter en höftoperation drabbas mer än hälften av delirium och på en medicinavdelning eller efter en hjärtoperation drabbas var fjärde. Delirium är ännu vanligare inom intensivvården och hos människor med demenssjukdom och om inte orsaken upptäcks och behandlas utvecklar personen ofta en permanent hjärnskada och inte sällan en demenssjukdom.

Definition delirium

Delirium är ett annat ord för akut förvirringstillstånd och kan kort sägas vara orsakat av något som snabbt kan skada hjärnan.

Orsak delirium

Delirium kan orsakas av sjukdomar som direkt eller indirekt kan påverka hjärnan. Vem som helst kan drabbas av delirium då det är ett multifaktoriellt problem där både bakomliggande och utlösande faktorer ökar risken för att drabbas. Exempel på bakomliggande faktorer (patientrelaterade) är hög ålder, diabetes, demenssjukdom. Utlösande faktorer (vad som händer under sjukhusvistelsen) kan vara låg syrgasnivå i blodet, lågt blodtryck, feber och infektioner.

*Riskbedömning eller **screena** för delirium*

Det är viktigt att delirium upptäcks. Till hjälp för att upptäcka delirium finns olika skattningskalor. Ett exempel är Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC – se [bilaga 3](#) i dokumentet). Det finns olika synpunkter på vilken skala som är bäst att använda, men det väsentliga är att en skala används för att synliggöra problemet och för att kunna utvärdera genomförda insatser. Det kan innebära att delirium inte har gått över och behov av att ytterligare insatser sätts in, som i sin tur behöver utvärderas etcetera

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Patientens kognitiva förmåga är också viktigt att bedöma. Exempelvis vet patienten var de befinner sig, kommer de ihåg vad som hänt, men "ställ inte ledade frågor utan be patienten berätta". Ett enkelt sätt att testa kognitiva förmågan är att be patienten räkna veckans dagar baklänges (alla rätt krävs) eller årets månader bakvägen (ett fel accepteras).

Denna modell innehåller två förslag på prioriterade mål för att förebygga delirium.

- Bedömning av alla patienter, som är ≥ 65 år och patienter som har neurologiska eller kognitiva sjukdomstillstånd, görs vid ankomst till ny vårdinrättning och fortlöpande under vårdtiden.
- Bedömning och utredning när en patient har utvecklat delirium.

För respektive riskområde ges förslag på åtgärder, vem som ansvarar för vad och exempel på hur uppföljning kan göras. Men naturligtvis kan andra riskområden och förbättringsområden komma ifråga utifrån verksamhetens innehåll. Det finns även förslag på [länkar](#) för ytterligare kunskapsstöd.

Om du har frågor är Kontaktpersoner;

Birgitta Olofsson, professor i omvårdnad, birgitta.e.olofsson@regionvasterbotten.se

Helena Claesson-Lingehall, narkosköterska, PhD helena.claesson-lingehall@regionorebro.se

Målet för att förebygga delirium är att

Minska andelen akut förvirrade patienter som är inskrivna vid länets sjukhus och sjukstugor.

Patient och eventuella närstående upplever;

- sig vara delaktiga i riskbedömning, utredning och planering av förebyggande insatser för att utveckla delirium
- att deras erfarenheter tas tillvara i det förebyggande arbetet
- att de får individuellt anpassad information som gör det möjligt för dem att medverka till att förebygga delirium
- känner sig trygg med att omhändertagandet sker på bästa sätt.

Förslag på prioriterade riskområden för att förebygga akut förvirringstillstånd

- Bedömning av alla patienter, som är ≥ 65 år och patienter som har neurologiska eller kognitiva sjukdomstillstånd, görs vid ankomst till ny vårdinrättning och fortlöpande (gärna varje arbetspass) under vårdtiden.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Vid ankomst/inskrivning

- Bedöm patientens kognitiva förmåga.
- Fråga patienten, dennes anhöriga eller tidigare vårdgivare: "Har du upplevt dig/har patienten upplevt sig förvirrad under det senaste året?".
- Om patienten bedöms ha en kognitiv nedsättning vid ankomst/inskrivning eller om patienten varit förvirrad tidigare eller har en känd demenssjukdom - skatta för delirium.

Om patienten varit förvirrad tidigare eller bedöms ha en kognitiv nedsättning vid ankomst/inskrivning har de en ökad risk att utveckla delirium.

Riskbedömning ska därför omedelbart inledas;

- Identifiera aktuella riskfaktorer för delirium.
- Bedöm vilka åtgärder som behöver vidtas.
- Individanpassade och förebyggande åtgärder sätts in.
- Utvärdera om och hur åtgärderna har genomförts och om de har haft önskad effekt.

Bedömning ska upprepas vid behov under vårdtiden till exempel vid förändrat hälsotillstånd och/eller när faktorer i omgivningen förändras.

Om patient utvecklat delirium:

- Starta utredning direkt.
- Identifiera orsaken till delirium.
- Bedöm vilka åtgärder som behöver vidtas.
- Sätt in individanpassade åtgärder.
- Utvärdera om och hur åtgärderna har genomförts och om de har haft önskad effekt.
- Riskbedöm igen för att förebygga nya förvirringstillstånd.

Bedömning och utredning när en patient har utvecklat delirium

Omvårdnads- och rehabiliteringspersonal - delirium

Vid ankomst/inskrivning - delirium

- Bedöm patientens kognitiva förmåga

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

- Om personen bedöms ha kognitiv svikt bör ställningstagande göras för om minnesutredning ska utföras.
- Fråga patienten, dennes anhöriga eller tidigare vårdgivare: "Har du/patienten varit förvirrad under det senaste året?"
- Om patienten bedöms ha en kognitiv nedsättning vid ankomst/inskrivning eller varit förvirrad tidigare eller har en känd demenssjukdom - skatta för delirium (med hjälp av skattningsskala)

Utförs av

Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde.

Aktivitet - delirium

- Förebyggande insatser planeras och genomförs och följs upp i samråd med patient och ev. närstående.
- Individanpassade förebyggande åtgärder sätts in.
- Utvärdera om och hur åtgärderna har genomförts och om de har haft önskad effekt.
- Riskbedömning ska upprepas vid behov under vårdtiden t.ex. vid förändrat hälsotillstånd och/eller när faktorer i omgivningen förändras.
- Identifiera och följa upp eventuella förändringar i patientens hälsotillstånd, symtom och individuella behov.
- Om patienten utvecklat delirium ska individanpassade åtgärder sättas in och utvärderas.

Utförs av - Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde.

Kunskap och utveckling - delirium

- Ge patient och eventuellt närstående individuell anpassad information (se informationsblad om delirium för till familj/anhörig i [bilaga 1](#)) om delirium och hur de kan medverka till att förebygga syndromet.
- Aktivt följa upp om behov finns av kompletterande/förtydligande information.

Utförs av

Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde.

Avdelnings-, klinik- och sjukhusnivå - delirium

- **Utarbeta och tydliggör rutiner** gällande bedömning av delirium, identifiering av riskpatienter samt att åtgärder i form av förebyggande insatser sätt in.
- **All personal har grundläggande kompetens** om vikten av ett systematiskt förebyggande arbetssätt.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

- **Introduktion till ny personal och studenter** om verksamhetens rutin/arbetssätt för att systematiskt förebygga delirium.
- **Kompetens uppehålls** för att underlätta det förebyggande arbetet för delirium, genom tex intern-utbildning.
- **Möjliggöra att medarbetarna får kontinuerlig utbildning** om systematiskt förebyggande arbete.
- **Analysera dokumentation** för eget lärande/ egenkontroll.

Utförs av - Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde.

Uppföljning och åtgärder - delirium

- **Riktad till patient och närstående** - Uppföljning och utvärdering av patienten och ev. närståendes upplevelse under vårdtiden. Identifiera framgångsfaktorer som inverkar positivt på patienttillfredsställelse
- **Riktad till vårdpersonal** - Stöd till personal angående patient-säkerhetsarbetets värde.
- **Regelbunden internutbildning**
- **Eget ansvar** att nyttja [Lärande region](#) för sin kompetensutveckling.
- **Återkoppla resultat** från genomförda mätningar och uppföljningar av förebyggande arbete.
- **Uppföljning** i medarbetarsamtal och arbetsplatsträffar.
- **Riktad till avdelning och klinik** - Redovisning och utvärdering av genomförda mätningar av förebyggande arbete

Utförs av - Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde.

Arbetssätt för att förebygga vårdrelaterade infektioner (VRI)

Vad är en vårdrelaterad infektion?

Socialstyrelsens definition av vårdrelaterad infektion (VRI) är: "En infektion som uppkommer hos en person under slutenvård eller till följd av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg".

Vårdrelaterade infektioner är den vanligaste vårdskadan i svensk sjukvård. De vanligaste vårdrelaterade infektionerna är urinvägsinfektioner, postoperativa infektioner och lunginflammationer. Omvårdnadsmässigt kan man påverka en del riskfaktorer för VRI.

Modellen innehåller tre prioriterade riskområden.

- Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.
- Identifiera och förebygga vårdrelaterade infektioner på den egna arbetsplatsen
- Utbildning och följsamhet till checklistor/PM/riktlinjer.

Riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner är till exempel genomgången kirurgiskt ingrepp, kvarliggande urinkateter, infarter i blodbanan, immunsuppressiv behandling, antibiotikabehandling och immobilisering.

Respektive enhet föreslås identifiera vilka vårdrelaterade infektioner som är vanligast i deras egen verksamhet, vilka riskfaktorer deras patienter har, hur risken för VRI hos dessa kan minskas, vem som ansvarar för vad och exempel på hur uppföljning kan göras.

Om du /ni har frågor är Kontaktperson Hygiensjuksköterska
jonas.jonsson@regionvasterbotten.se

Målet för att förebygga vårdrelaterade infektioner är

Minska andelen vårdrelaterade infektioner hos patienter som är inskrivna vid länets sjukhus och sjukstugor.

Patient och ev. närstående upplever

- sig vara delaktiga i riskbedömning, utredning och planering av förebyggande insatser för att minska risken för VRI
- att deras erfarenheter tas tillvara i det förebyggande arbetet
- att de får individuellt anpassad information som gör att de känner sig trygga med att alla följer aktuella riktlinjer för att minimera risken för VRI

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Förslag på prioriterade områden för att förebygga vårdrelaterade infektioner

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Hygienrutiner och klädregler

Omvårdnads- och rehab personal

Samtliga medarbetare ska arbeta efter basala hygienrutiner och klädregler.

Utförs av

Hygienombud avdelningschef m.fl.

Avdelnings-, klinik- och sjukhusnivå

- Mäta följsamhet och identifiera brister minst två gånger årligen.
- Ta fram åtgärdsplan.
- Fungerande rutin för att genomföra och återföra mätningar.

Utförs av

Hygienombud avdelningschef m.fl.

Uppföljning och åtgärder

- Återkoppla resultat på APT/avdelningsmöten.
- Utbildning.
- Utvärdera insatta åtgärder.
- Följsamhet och åtgärder dokumenteras i patientsäkerhetsberättelsen.

Utförs av

Hygienombud avdelningschef m.fl.

Film Basala hygienrutiner

Omvårdnads- och rehab personal

Filmen "Basala hygienrutiner", på [Lärande region](#), ska alla medarbetare se.

Utförs av

Avdelningschef

Avdelnings-, klinik- och sjukhusnivå

Avsätta arbetstid för att se filmen.

Utförs av

Avdelningschef

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Uppföljning och åtgärder

Följ upp på medarbetarsamtal.

Utförs av

Avdelningschef

Broschyren Rena händer för hälsans skull

Omvårdnads- och rehab personal

Patienten ges broschyren "Rena händer för hälsans skull", fråga upp om patienten förstått innehållet.

Utförs av

Sjuksköterska eller undersköterska.

Avdelnings-, klinik- och sjukhusnivå

Tillse att broschyrer finns på avdelningen. Se till att förutsättningar för patientens handdesinfektion finns på flera ställen.

Uppföljning och åtgärder

Följ upp på APT hur det fungerar. Mäta under perioder hur många broschyrer som delats ut.

Vårdhygien – diskussionspunkt på möten

Omvårdnads- och rehab personal

Vårdhygien som stående punkt på avd. möten/APT.

Utförs av

Hygienombuden kan hålla i punkten.

Avdelnings-, klinik- och sjukhusnivå

Avsätta tid på möten och tid för förbättringsarbeten.

Uppföljning och åtgärder

Följ delaktighet i vårdhygieniskt förbättringsarbete på medarbetarsamtal.

Identifiera och förebygga vårdrelaterade infektioner på den egna arbetsplatsen

Omvårdnads- och rehab personal

1. Delta i punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner (slutenvård)

Utförs av - Utsedda personer på respektive enhet

Avdelnings-, klinik och sjukhusnivå - Avsätta tid. Skapa rutin för att utföra mätningen och följa upp resultaten.

Uppföljning och åtgärder:

- Återföra resultatet på APT/avdelningsmöten.
- Identifiera vilka VRI som är vanligast på egna enheten – initiera egen åtgärdsplan.
- Dokumentera i patientsäkerhetsberättelsen.

2. Ta ut rapporter från infektionsverktyget för att identifiera och följa VRI lokalt

Utförs av - Utsedda personer på respektive enhet

Avdelnings-, klinik och sjukhusnivå

Utbilda utsedda personer. Avsätta tid för datauthämtning.

Uppföljning och åtgärder:

- Återkoppla resultat på APT/avdelningsmöten.
- Skapa åtgärdsplaner. Följ upp.
- Dokumentera i patientsäkerhetsberättelsen antal VRI/100 vård dagar och antal kateterdagar/100 vård dagar.

3. Riskbedömning för VRI, identifiera riskfaktorer för VRI på den egna enheten

Utförs av - All omvårdnadspersonal

Avdelnings-, klinik och sjukhusnivå

Utbilda all personal

Uppföljning och åtgärder:

- Återkoppla resultat på APT/avdelningsmöten.
- Skapa åtgärdsplaner. Följ upp.
- Dokumentera i patientsäkerhetsberättelsen.

Nedan följer exempel på åtgärder för att minska risken för kateterrelaterad VRI

1. Dagligt ställningstagande till KAD vara eller icke vara.

Utförs av – sjuksköterska

Avdelnings-, klinik och sjukhusnivå - Tydliggöra rondrutin gällande kvarliggande urinvägskateter. Använd checklista Katetersmarta sjuksköterskor.

Uppföljning och åtgärder - Kateterdagar kan följas via Infektionsverktyget. Beskrivs i patientsäkerhetsberättelsen.

2. Alla urinvägskatetrar ska dokumenteras under in/utfarter i patientjournalen.

Utförs av – All omvårdnadspersonal

Avdelnings-, klinik och sjukhusnivå – Stickprovskontroll för korrekt registrering i journal. Tydliggöra rutin.

Uppföljning och åtgärder – Redovisa resultat från stickprovskontroll på APT. Behövs åtgärder?

3. All personal ska ha sett filmen i vårdhandboken om att sätta urinvägskateter och för nyanställda ska den ingå i inskolningen.

Utförs av – Avdelningschef

Avdelnings-, klinik och sjukhusnivå – Avsätta tid för att se filmen på arbetstid.

Uppföljning och åtgärder - Följ upp på medarbetarsamtalet.

4. Det ska finnas läkarordination på urinvägskateter som sätts.

Utförs av – Läkare

Avdelnings-, klinik och sjukhusnivå – Tydliggöra rutin.

5. Tidig mobilisering av patienten.

Utförs av – Alla

Avdelnings-, klinik och sjukhusnivå – Förmedla kunskap om vikten av mobilisering för att motverka VRI.

6. Dokumentera centrala infarter under in/utfarter i patientjournalen.

Utförs av – Alla

Avdelnings-, klinik och sjukhusnivå – Fungerande rutin för dokumentation på avdelningen.

Uppföljning och åtgärder - Följ via infektionsverktyget.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

7. Alla sjuksköterskor ska ta del av vårdhandbokens kapitel om centrala kärlkatetrar och regionala rutiner för centrala infarter i ledningssystem

Utförs av – Avdelningschef

Avdelnings-, klinik och sjukhusnivå – Avsätta arbetstid för detta.

Uppföljning och åtgärder - Följ upp på sjuksköterskemöten

8. Införa rondkort Antibiotika smarta sjuksköterskor/ katetersmarta sjuksköterskor (beställs av vårdhygien)

Utförs av – Sjuksköterska

Avdelnings-, klinik och sjukhusnivå – Fungerande rutin kring kateteranvändning och dokumentation på avdelningen

Uppföljning och åtgärder - Återkoppla resultat på APT/ avdelningsmöten

Utbildning och följsamhet till checklistor/PM/riktlinjer

Använda VRI-appen för att träna förståelse av vad som är en riskfaktor för VRI

Utförs av – Sjuksköterska och undersköterska

Avdelnings-, klinik och sjukhusnivå – Tas upp på utbildningstillfälle/temadag/inskolning.

Uppföljning och åtgärder - Fråga upp på medarbetarsamtal om appen använts.

Lära sig att hitta i Region Västerbottens ledningssystem

Utförs av – Avdelningschef eller utsedd person

Avdelnings-, klinik och sjukhusnivå – Information på APT.

Uppföljning och åtgärder - Följ upp APT/avdelningsmöten

Kunskap om/följa aktuella checklistor/PM/riktlinjer

Utförs av – Sjuksköterska och undersköterska

Avdelnings-, klinik och sjukhusnivå – Vid uppdatering tydliggöra VRI - aspekten i checklistorna

exempelvis skriftliga städinstruktioner till samtliga lokaler, såromläggning, hantering av katetrar och infarter.

Uppföljning och åtgärder - Vid uppdatering av eller skapande av checklistor.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Egenkontroll av vårdhygienisk standard

Utförs av – Avdelningschef/ hygienombud/ undersköterska/sjuksköterska

Avdelnings-, klinik och sjukhusnivå – Avsätta tid för undersköterska, sjuksköterska, avdelningschef, hygienombud. Hjälpa till att åtgärda påvisade brister. Göra åtgärdsplan på identifierade brister. Hygienombud bör ha en arbetsbeskrivning och få tid utsatt för vårdhygieniskt arbete.

Uppföljning och åtgärder - Återkoppling på avdelningsmöte/APT, kontakt med vårdhygien efter varje egenkontroll.

Se [länkar](#) för vidare information om Vårdhygiens arbete sist i dokumentet.

Arbetssätt för att förebygga fall

Fallskador

Fallskador är en av de vanligaste vårdskador som inträffar på sjukhus. De patienter som faller har ofta en känd fallproblematik med upprepade fallhändelser. Under en sjukhusvistelse kan komplikationer och situationer uppstå som är starkt sammankopplade med fall till exempel infektioner, förvirringstillstånd, inaktivitet, förskrivning av vissa läkemedel med mera. Fall som sker inom slutenvård kan leda till skador med ökat hjälpbehov och förlängd vårdtid som följd samt kan även leda till försämrad livskvalitet. Fallförebyggande arbete är därför ett av landstingets fokusområden för ökad patientsäkerhet.

Definition fall

Fall

En händelse då någon oavsiktligt hamnat på golvet eller marken, oavsett om en skada inträffat eller inte. En fallskada är en fysisk konsekvens som uppstår vid ett fall.

Riskbedömning - fall

En *fallriskvärdering* som syftar till att avgöra om patienter har allmän eller förhöjd fallrisk. Om patienten har förhöjd risk görs en *fallriskutredning* av flera yrkesgrupper för att få en så bred bedömning som tar hänsyn till flera olika riskfaktorer. Syftet är att identifiera aktuella riskfaktorer som ligger till grund för de åtgärder som behöver vidtas för att minska patientens risk att falla.

Fallpreventiva åtgärder - fall

Åtgärder som syftar till att minska fallrisken. Vissa åtgärder är individuella och riktas specifikt mot personer med förhöjd fallrisk. Andra är mer generella och bör ingå som en del av ett systematiskt förbättringsarbete i verksamheten.

Fallhändelserapport

En dokumentation av ett fall och dess konsekvenser. Fallhändelserapporter analyseras sedan och används för utveckling av vården.

Fallhändelseutredning

En systematisk utredning av ett fall med syfte att identifiera patientens fallriskfaktorer. Denna utredning liknar en fallriskutredning, skillnaden är fallhändelseutredningen baseras på uppgifter om ett aktuellt fall.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Patientsäkerhetsrond - fall

Inspektion av utrymmen i vårdmiljön där patienterna vistas t.ex. våardsalar, toaletter, matsal, korridorer och träningsutrymmen. Syfte att upptäcka risker i miljön som kan leda till fall eller skada för patienten samt åtgärda dessa för att skapa en säker miljö kring patienten.

Att förebygga fall ska göras fortlöpande under vårdtiden. Denna modell innehåller tre förslag på prioriterade riskområden för att förebygga fall;

- Bedömning och utredning av fallrisk.
 - Fallhändelseutredning när patient har fallit.
 - Kontinuerligt genomföra patientsäkerhetsrond på avdelningen/enheten med fokus på miljö och fallrisk.

För respektive riskområde ges förslag på åtgärder, vem som ansvarar för vad och exempel på hur uppföljning kan göras. Naturligtvis kan andra riskområden och förbättringsområden komma ifråga utifrån verksamhetens innehåll. Det finns även förslag på [länkar](#) för ytterligare kunskapsstöd.

Om du/ni har frågor är Kontaktpersoner: Michael B Stenvall vårdutvecklare Geriatriskt centrum michael.b.stenvall@regionvasterbotten.se, Annika Toots universitetslektor, sjukgymnast Psykogeriatrisk mottagning annika.toots@regionvasterbotten.se, Mia Conradsson sjukgymnast Ortopedgeriatrisk hemrehabilitering mia.conradsson@regionvasterbotten.se

Målet är att minska fall och fallskador

Minska andelen fall och fallskador för patienter som är inskrivna vid länets sjukhus och sjukstugor.

Patient och ev. närstående upplever;

- sig vara delaktiga i riskbedömning, utredning och planering av fallförebyggande insatser
- att deras erfarenheter tas tillvara i det förebyggande arbetet
- att de får individuellt anpassad information som gör det möjligt för dem att medverka till att förebygga fall
- sig trygga med att omhändertagandet sker på bästa sätt.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Förslag på prioriterade riskområden för att förebygga fall

Vid ankomst/inskrivning

Initial fallriskvärdering - Bedömning för att avgöra vilka patienter som har förhöjd fallrisk.

Fråga patienten, dennes anhöriga eller tidigare vårdgivare:

- "Har du/patienten fallit under det senaste året?"
Bedöm själv.
- "Tror du att denna patient kommer att falla – under vårdtiden på sjukhuset eller inom de närmaste månaderna i annan vård och omsorgsverksamhet – om ingen förebyggande åtgärd sätts in?"

Observera särskilt patienter som

- är ≥ 65 år
- har neurologiska och/eller kognitiva sjukdomstillstånd.
- genomgått omfattande kirurgiska ingrepp eller svåra medicinska behandlingar.

Görs vid ankomst till ny vårdinrättning och fortlöpande under vårdtiden.

Fallriskutredning

En fallriskutredning görs på alla patienter som via riskvärderingen bedömts ha en förhöjd fallrisk.

- Identifiera aktuella fallriskfaktorer.
- Bedöm vilka åtgärder som behöver vidtas.

Fallpreventiva åtgärder

- Planera och genomför de fall- och skadepreventiva åtgärder som utredningen visar.
- Utvärdera om och hur åtgärderna har genomförts och om de har haft avsedd effekt.
- Revidera vid behov beslut om vilka åtgärder som behöver vidtas.

Uppföljande fallriskvärdering

- Upprepa fallriskvärderingen så snart patientens tillstånd eller faktorer i omgivningen förändras.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Bedömning och utredning av fallrisk

Omvårdnads- och rehabiliteringspersonal – bedömning och utredning av fallrisk

Fallrisk

- Bedömning av fallrisk görs vid ankomst till ny vårdinrättning inom 24 timmar.
- Fallriskutredning ska omedelbart inledas för alla patienter som via riskvärderingen bedömts ha en förhöjd fallrisk.
- Identifiera aktuella fallriskfaktorer och patientens behov av stöd och hjälp (t.ex. orolig väntan på hjälp, måltidssituation, toalettbesök, nattlig förvirring, smärta, rädsla för fall).

Åtgärder exempelvis

- Rullator vid sängen
- Nattlampa
- Tillse att patienten har halksockor/halkfria tofflor
- Undvik intravenösa infusioner nattetid
- Står sängen på ett sätt som underlättar för patienten att ta sig i och ur på ett säkert sätt.

Upprepa riskbedömningen vid behov

Utförs av - Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde. Arbeta i team om möjlighet finns.

Aktivitet

- Förebyggande insatser planeras och genomförs och följs upp i samråd med patient och ev. närstående.
- Individanpassade fall och skadeförebyggande åtgärder sätts in.
- Utvärdera om och hur åtgärderna har genomförts och om de har haft önskad effekt.
- Riskbedömning ska upprepas vid behov under vårdtiden t.ex. vid förändrat hälsotillstånd och/eller när faktorer i omgivningen förändras.
- Identifiera och följa upp eventuella förändringar i patientens hälsotillstånd, symtom och individuella behov.

Utförs av – All personal. Arbeta i team om möjlighet finns.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Informera

- Ge patient och eventuella närstående individuell anpassad information om fallrisker (och hur de kan medverka till att förebygga falltillbud och fallolyckor).
- Följ upp om behov finns av kompletterande/förtydligande information.

Utförs av – All personal. Arbeta i team om möjlighet finns.

Avdelnings-, klinik- och sjukhusnivå – bedömning och utredning av fallrisk

- Rutin för riskbedömning ska finnas.
- Fallförebyggande arbetssätt ska ingå i introduktionen för all ny personal och studenter.
- Använd egenkontroll gällande antal fall, allvarlighetsgrad, åtgärder och dokumentation.

Utförs av - Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde.

Uppföljning och åtgärder – bedömning och utredning av fallrisk

Riktad till patient och närstående

- Uppföljning och utvärdering av patienten och eventuellt närståendes upplevelse under vårdtiden.
- Identifiera framgångsfaktorer som inverkar positivt på patienttillfredsställelse.

Riktad till vårdpersonal

- Stöd till personal angående patientsäkerhetsarbetets värde.
- Regelbunden internutbildning.
- Eget ansvar att nyttja lärande landsting för sin kompetensutveckling.
- Återkoppla resultat från genomförda mätningar uppföljningar av fallförebyggande arbete.
- Uppföljning i medarbetarsamtal och APT.

Riktad till avdelning och klinik

- Redovisning och utvärdering av genomförda mätningar av fallförebyggande arbete.

Utförs av - Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Fallhändelseutredning när patient har fallit

Omvårdnads- och rehabiliteringspersonal - fallhändelseutredning

Registrering och analys av orsaker till de fall som sker under vårdtiden ska göras på ett systematiskt sätt.

Rapportera och dokumentera inträffad fallhändelse;

- Tidpunkt, plats och omständigheter vid fallsituationen
- Symtom före och under vilken aktivitet fallet inträffade
- Användning av hjälpmedel eller annat i omgivningen
- Konsekvenser av händelsen (fysiska skador och andra exempelvis fallrädsla)

Fallhändelseutredning

Med dokumentationen som stöd görs en strukturerad fallhändelseutredning för att identifiera och åtgärda eller kompensera för aktuella fallriskfaktorer. Fallhändelseutredningen påbörjas snarast efter fallet och Individanpassade fall och skadeförebyggande åtgärder sätts in.

Vid överflyttning till annan vårdenhet rapportera fallrisk/fallriskfaktorer samt vidtagna åtgärder.

Kunskap och utveckling

- Ge patient och ev. närstående individuell anpassad information.
- Aktivt följa upp om behov finns av kompletterande/förtydligande information.

Utförs av – Samtliga yrkeskategorier

Avdelnings-, klinik- och sjukhusnivå - fallhändelseutredning

- Rutiner gällande fallhändelseutredning för att säkerställa att åtgärder i form av förebyggande insatser sätts in.
- All personal har grundläggande kompetens om vikten av ett systematiskt fallförebyggande arbetssätt.
- Introduktion till ny personal och studenter om verksamhetens rutin/arbetssätt för att systematiskt förebygga fall.
- Främja att god kompetens uppehålls för att underlätta det fallförebyggande arbetet, genom t ex internutbildning.
- Möjliggöra att medarbetarna får kontinuerlig utbildning om systematiskt fallförebyggande arbete.
- Analysera dokumentation för eget lärande/egenkontroll.

Utförs av - Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Uppföljning och åtgärder - fallhändelseutredning

Riktad till patient och närstående

- Uppföljning och utvärdering av patienten och eventuella närståendes upplevelse under vårdtiden.
- Identifiera framgångsfaktorer som inverkar positivt på patienttillfredsställelse.

Riktad till vårdpersonal

- Stöd till personal angående patientsäkerhetsarbetets värde (fallhändelserapport och fallhändelseutredningens värde).
- Regelbunden internutbildning.
- Eget ansvar att nyttja lärande landsting för egen kompetensutveckling.
- Återkoppla resultat från genomförda mätningar samt uppföljning av fallförebyggande arbete.
- Uppföljning i medarbetarsamtal.

Riktad till avdelning och klinik

- Redovisning och utvärdering av genomförda mätningar av fallförebyggande arbete.

Exempel på forum

- Daglig styrning eller liknande, rond, team träffar
- "Gröna korset", APT.

Utförs av - Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde.

Kontinuerligt genomföra patientsäkerhetsrund på avdelningen/enheten med fokus på miljö och fallrisk

Omvårdnads- och rehabiliteringspersonal – patientsäkerhetsrund miljö och fallrisk

- Patientsäkerhetsrund genomförs på avdelningen/enheten för att upptäcka eventuella risker i miljön som kan leda till fall eller skada för patient samt att åtgärda dessa.
- Inspektionen fokuserar främst på de utrymmen där patienter vistas, d.v.s. vårdssalar, toaletter, matsal, korridorer och träningsutrymmen.
- Kartlägg vilka utrymmen som ska inspekteras.
- Dokumentera de brister som upptäcks på avdelningen/enheten.
- Åtgärda omgående det som är möjligt att åtgärda.
- Nytt datum för nästa patientsäkerhetsrund planeras av avdelningschef tillsammans med de personer som utfört ronden.
- Uppföljning planeras av de åtgärder som skall åtgärdas i samband med eller så snart som möjligt efter genomförd patientsäkerhetsrund.
- Fastighet kontaktas av avdelningschef för att åtgärda uppmärksammade brister. Viktigt att vid beställning till fastighet beskriva varför åtgärden är av hög prioritet. Till exempel att vid anmälan av trasig lampa motivera varför lampbytet bör ske så snart som möjligt; pga. risk för att patienter kan komma till skada om inte felet åtgärdas snarast.

Utförs av - Minst två personer i en mix från olika yrkeskategorier som avdelningschef utser ex undersköterska, sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut.

Avdelnings-, klinik- och sjukvårdsnivå - patientsäkerhetsrund miljö och fallrisk

- Ronden genomförs minst en gång per år utifrån verksamhetens behov på avdelningschefs initiativ.
- Utarbeta och tydliggör rutiner gällande identifiering av riskpatienter samt att åtgärder i form av förebyggande insatser sätt in.
- Vid varje ny miljörund byts en person ut så att alla så småningom ska ha deltagit.
- Analysera dokumentation för eget lärande/egenkontroll.

Utförs av - Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Uppföljning och åtgärder - patientsäkerhetsrund miljö och fallrisk

Riktad till patient och närstående

- Uppföljning och utvärdering av patienten och ev. närståendes upplevelse under vårdtiden.
- Identifiera framgångsfaktorer som inverkar positivt på patienttillfredsställelse.

Riktad till vårdpersonal

- Återkoppla resultat från genomförda patientsäkerhetsrunder rapporteras och diskuteras på APT.

Riktad till avdelning och klinik

- Redovisning och utvärdering av genomförda mätningar av fallförebyggande arbete.

Utförs av - Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde.

Arbetssätt för att förebygga uppkomst av trycksår

Vad är ett trycksår?

Det flesta trycksår kan förebyggas genom att tidigt identifiera patienter med ökad risk. Ett trycksår kan uppkomma på grund av olika orsaker. Den gemensamma faktorn är att blodcirkulationen i ett område har försämrats på grund av tryck. Det i sin tur kan medföra brist på viktiga näringsämnen och ansamling av toxiska metaboliter, vilket i förlängningen kan leda till att ett trycksår uppstår. Vilket tryck som behövs för att ett sår ska uppstå beror dels på tryckets kraft och hur länge vävnaden utsätts för tryck. Särskilt tryckutsatta områden på kroppen är där ben ligger nära hud, det vill säga över rygglut, hälar, fotknölar, skulderblad, bakhuvud, höfter och på sittbensknölar. Ett trycksår kan även uppkomma på grund av en kombination av tryck och skjuvning.

Enligt Socialstyrelsen ska varje verksamhet som vårdar patienter med risk att få trycksår ha rutiner för att så snart som möjligt bedöma risken och vilka åtgärder som bör sättas in. Då ett trycksår kan utvecklas snabbt och orsaka stort lidande för den enskilde patienten, är det preventiva arbetet oerhört betydelsefullt. Omvårdnadsmässigt kan man påverka uppkomsten av tryck som syns på de föreslagna aktiviteterna som är framtagna av medarbetare på länets sjukhus/sjukstugor.

Riktlinje för definition och gradering av trycksår

Ett trycksår graderas enligt EPUAP ([European Pressure Ulcer Advisory Panel](#)) i en fyrgradig skala:

Kategori 1 - en tryckskada av grad 1 syns som en rodnad på huden som inte bleknar vid tryck.

Kategori 2 - delhudsskada, blåsbildning eller avskavning av överhuden (epidermis).

Kategori 3 - en skada av grad 3 innebär att ett sår utvecklats som även omfattar underhuden.

Kategori 4 - innebär en djup vävnadsskada med sårhåla och där ben, sena eller muskel syns.

Icke klassificerade trycksår: sår djup okänt. Fullhudsskada täckt av död vävnad, nekros och/eller sårskorpa. Sår djupet går inte att avgöra.

Misstänkt djup hudskada: sår djup okänt. Lila eller rödbrunt lokaliserat område med missfärgad intakt hud eller blodfylld blåsa.

Riskbedömning - trycksår

Observera särskilt utsatta patientgrupper som till exempel personer med ryggmärgsskador, inkontinensproblematik, sängliggande och rullstolsbundna samt personer som genomgått omfattande kirurgiska ingrepp eller är inaktiva under en stor del av dagen. Om patienten utvecklat ett trycksår och överflyttas till annan enhet är det viktigt att detta överrapporteras till nästa vårdgivare

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Exempel på prioriterade riskområden för bedömning och utredning för att förebygga uppkomst av trycksår;

- hudinspektion
- kost och näring
- aktivitet – immobilisering.

För respektive riskområde ges förslag på åtgärder, vem som ansvarar för vad och exempel på hur uppföljning kan göras. Men naturligtvis kan andra riskområden och förbättringsområden komma i fråga utifrån verksamhetens innehåll. Det finns även förslag på länkar för ytterligare kunskapsstöd.

Om du/ni har frågor är Kontaktperson, Ulrika Fallbjörk, sjuksköterska och klinisk lektor, Hand- och plastikkirurgisk klinik, ulrika.fallbjork@regionvasterbotten.se

Målet är att minska andelen uppkomna trycksår

Minska andelen uppkomna trycksår för patienter som är inskrivna vid länets sjukhus och sjukstugor samt att patient och ev. närstående upplever;

- delaktighet i riskbedömning, utredning och planering av förebyggande insatser för att minimera risk för trycksår
- att deras erfarenheter tas tillvara i det förebyggande arbetet
- att de får individuellt anpassad information som gör att de känner sig trygga med att alla följer aktuella riktlinjer för att minimera risken för trycksår
- sig trygga med att omhändertagandet sker på bästa sätt.

Förslag på prioriterade riskområden för att förebygga uppkomst av trycksår

Följande obligatoriska åtgärder ska ingå i ett systematiskt arbetssätt för att minska risken för att patienten drabbas av trycksår. Alla åtgärder ska dokumenteras och kontinuerligt följas upp.

Vid ankomst/inskrivning

En strukturerad riskbedömning görs med hjälp av en klinisk helhetsbedömning och en noggrann hudbedömning. Vid behov används riskbedömningsinstrument, se under rubriken länkar för att identifiera patienter med ökad risk för trycksår.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Observera särskilt patienter som:

- är ≥ 65 år
- ryggmärgsskador, inkontinensproblematik, sängliggande och rullstolsburna
- genomgått omfattande kirurgiska ingrepp
- är inaktiva under en stor del av dagen
- kroppstemperatur

Görs vid ankomst till ny vårdinrättning och fortlöpande under vårdtiden.

För patienter med ökad risk för trycksår

- Identifiera aktuella riskfaktorer.
- Bedöm vilka åtgärder som behöver vidtas.

Förebyggande åtgärder

- Planera och genomför de åtgärder som utredningen visar.
- Utvärdera om och hur åtgärderna har genomförts och om de har haft avsedd effekt.
- Revidera vid behov beslut om vilka åtgärder som behöver vidtas.

Identifierade risker och förslag på åtgärder förklaras och diskuteras med patient och dennes närstående. Det är viktigt att vara lyhörd för patientens individuella behov och önskemål och om möjligt medverkar i förebyggande åtgärder.

Uppföljande riskbedömning - trycksår

Upprepa riskbedömningen regelbundet och vid försämrat hälsotillstånd och efter större kirurgiska ingrepp och inför utskrivning.

Bedömning och utredning för att förebygga uppkomst av trycksår

Omvårdnads och rehabiliterings personal – bedömning och utredning för att förebygga uppkomst av trycksår

- **Hudinspektion**
 - Daglig inspektion av hudkostym, leta efter rodnader, är huden svampig, hård, värmeökad eller kallare än normalt. Ta hjälp av bedömningsinstrument till exempel Modifierad Nortonskala.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

- Avlastning, tryckreducerande madrass och stoldyna. Bedöm behov av tryckavlastande förband. Gör lägesändring på kuddar för att förändra belastningen. Ofta räcker det med en 30 gradig vinkelposition. Observera individuella förutsättningar. *Kom ihåg avlastning av hälarna.*
 - Kontinuerliga lägesändringar, vid behov använda vändschema.
 - Håll huden torr, mjuk och smidig.

Utförs av – Undersköterska och sjuksköterska

- **Mat och näring**

- Tillgodose och följ upp närings- och vätskebehov.
- Vid behov kontakta dietist.

Utförs av - Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde. Arbeta i team om möjlighet finns

- **Aktivitet - immobilisering**

- Gör patienten delaktig i mobiliseringen/förflyttning.
- Minimera skjuvning och friktion vid lägesändringar och i sittande position.
- Vid behov ta kontakt med fysio- och arbetsterapeut.

Utförs av - Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde. Arbeta i team om möjlighet finns

- **Informera**

- Ge patient och ev. närstående individuell anpassad information om varför trycksår uppstår, vilka förebyggande åtgärder som är viktiga och vad de själva kan göra.
- Följ upp om behov finns av kompletterande/förtydligande information.

Utförs av - Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvars-område

Avdelnings-, klinik- och sjukvårdsnivå - bedömning och utredning för att förebygga uppkomst av trycksår

- Upprättade och kända rutiner finns för att säkerställa att bedömning av hudkostym görs för att identifiera riskpatienter samt åtgärder vidtas i form av förebyggande insatser.
- Främja att god kompetens uppehålls och möjliggöra att medarbetare får kontinuerlig utbildning.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

- Patientbroschyr för att främja egenvård.
- Regelbundna trycksårsmätningar.

Utförs av - Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde.

Uppföljning och åtgärder - bedömning och utredning för att förebygga uppkomst av trycksår

Riktad till patient och närstående

- Uppföljning och utvärdering av patienten och ev. närståendes upplevelse under vårdtiden.
- Identifiera framgångsfaktorer som inverkar positivt på patienttillfredsställelse

Riktad till vårdpersonal

- Stöd till personal angående patient-säkerhetsarbetets värde.
- Regelbunden internutbildning.
- Återkoppla resultat från genomförda mätningar samt uppföljning av fallförebyggande arbete.
- Uppföljning i medarbetarsamtal.
- Eget ansvar att nyttja lärande landsting för kompetensutveckling
- Återkoppla resultat från punktprevalens-mätningar.
- Redovisning och utvärdering av trycksårsmätning.

Riktad till avdelning och klinik

- Redovisning och utvärdering av genomförda mätningar av det förebyggande arbetet.
- Uppföljning i medarbetarsamtal och arbetsplatsträffar.

Utförs av - Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde.

Arbetssätt för att förebygga malnutrition och ohälsa i munnen

Malnutrition och ohälsa i munnen

Undernäring skapar onödigt lidande för patienten och försvårar återhämtning i samband med behandling och ingrepp. Ungefär 30–50 procent av patienterna bedöms vara i risk för undernäring inom den akuta slutenvården, av dessa har 20–25 procent av patienterna en utvecklad undernäring. Förekomsten av undernäring varierar med verksamhet. Högst är den där man sköter patienter med cancersjukdomar, kroniska hjärt- och lungsjukdomar, tarm-, pankreas- och leversjukdomar, njursufficiens, multitrauma, neurologiska sjukdomar, höftfrakturer, reumatoid artrit eller kritiskt sjuka patienter och äldre multisjuka. Ur omvårdnadssynpunkt kan man påverka undernäring som syns på de föreslagna aktiviteterna som är framtagna av medarbetare på länets sjukhus/sjukstugor.

Definitioner – malnutrition och ohälsa i munnen

Malnutrition

Ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning eller funktion eller av en persons sjukdomsförlopp.

Munhälsa

God munhälsa innefattar bland annat avsaknad av smärta, god tuggförmåga och acceptabel estetik. För information om munhälsa var god se [Vårdhandboken Munhälsa](#). Här kan du läsa om vikten av en God munhälsa, hur du gör daglig munvård, filmer om munhälsa och tandvård för att nämna några avsnitt. Under avsnittet Riskbedömning av ohälsa i munnen finns en länk till ROAG – Revised Oral Assessment Guide som är ett validerat instrument som kan användas.

Diagnoskriterier för tillståndet undernäring

För att tillståndet ska betecknas som undernäring, ska patienten ha en ofrivillig viktförlust oavsett tidsförlopp och omfattning. Patienten ska också uppvisa något av följande;

- Body mass index (BMI) <20 kg/m² om <70 år, <22 kg/m² om >70 år.
- Fettfrimasseindex (FFMI) <15 kg/m² (kvinnor), <17 kg/m² (män).
- Fettmasseindex (FMI) <4 kg/m² (kvinnor), <2 kg/m² (män).
- Gånghastighet <1 m/s
- Nedsatt handgreppsstyrka (mätt med validerat instrument och relaterat till relevant ung referens population)

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Riskbedömning

I samband med inskrivning genomförs riskbedömning för att identifiera patienter med risk för undernäring. Patienter med risk för undernäring ska då genast få preventiva åtgärder insatta. Observera att patienter med övervikt/obesitas kan bedömas med risk för undernäring.

Risk för undernäring bedöms genom att besvara frågorna om ofrivillig viktförlust, oavsett tid och omfattning, pågående ätproblem och beräkning av BMI.

Bedömningen upprepas om patientens tillstånd förändras. Observera särskilt utsatta patientgrupper ex. personer med höftfraktur, KOL, sår och de som genomgått omfattande kirurgiska ingrepp.

Patienter som planeras för omfattande kirurgiska ingrepp bör nutrieras upp innan operation.

Modellen innehåller tre prioriterade riskområden för att bedöma och utreda risk för malnutrition och ohälsa i munnen;

- Ätförmåga
- Kostintag
- Ohälsa i munnen

För respektive område upprättas en individuell vårdplan med förslag på åtgärder, vem som ansvarar för vad och exempel på hur uppföljning kan göras. Naturligtvis kan andra riskområden och förbättringsområden komma i fråga utifrån verksamhetens innehåll. Det finns även förslag på länkar för ytterligare kunskapsstöd.

Om du/ni har frågor är Kontaktperson, Sara Lundström, dietist, Njurmedicin
sara.lundstrom@regionvasterbotten.se

Målet är att minska malnutrition och ohälsa i munnen

Minska förekomsten av malnutrition och ohälsa i munnen för patienter som är inskrivna vid länets sjukhus och sjukstugor.

Patient och ev. närstående upplever;

- sig vara delaktiga i riskbedömning, utredning och planering av förebyggande insatser för att minimera förekomsten av undernäring/felnäring och ohälsa i munnen
- att deras erfarenheter tas tillvara i det förebyggande arbetet

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

- att de får individuellt anpassad information som gör att de kan känna sig trygga
- att alla följer aktuella riktlinjer för att minska förekomsten av malnutrition och ohälsa i munnen
- sig trygg med att omhändertagandet sker på bästa sätt.

Förslag på prioriterade områden för att förebygga malnutrition och ohälsa i munnen

Alla patienter ska riskbedömas inom 24–48 timmar efter inskrivning.

Vid ankomst/inskrivning

En samlad bedömning görs med hjälp av en klinisk helhetsbedömning av olika data.

Fråga patienten, dennes närstående eller tidigare vårdenheter om:

- "Har du/patienten gått ned i vikt?" – ofrivillig viktförlust oavsett tidsförlopp och omfattning.
- "Kan du äta som vanligt?" - Ätsvårigheter, till exempel aptitlöshet, tugg- och sväljningsproblem och motoriska funktionsnedsättningar.
- Har du ont i munnen?

Mät längd och vikt och räkna ut BMI (vikt i kg/längd x längd i meter). Patienter under 70 år är underviktiga om BMI är mindre än 20. Patienter över 70 år är underviktiga om BMI är under 22.

Observera särskilt utsatta patienter som

- är ≥65 år har ex KOL, höftfraktur eller sår
- ska/har genomgått omfattande kirurgiska ingrepp

Bedömning görs vid ankomst till ny vårdinrättning och fortlöpande under vårdtiden.

För patienter som bedöms ha risk för undernäring och ohälsa i munnen

- Bedöm hur allvarlig undernäringen respektive ohälsa i munnen är, tandvården kontaktas där behov bedöms föreligga.
- Identifiera bakomliggande orsaker.
- Bedöm vilka åtgärder som behöver vidtas och dokumentera de aktuella åtgärderna i Cosmic.

Förebyggande åtgärder

- Planera och genomför de åtgärder som utredningen visar.
- Utvärdera om och hur åtgärderna har genomförts och om de har haft avsedd effekt.
- Revidera vid behov beslut om vilka åtgärder som behöver vidtas.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

I dialog med patienten och närstående förklaras och diskuteras risker och åtgärder för att förhindra uppkomsten av och för att behandla undernäring. Det är viktigt att vara lyhörd för varje patients individuella behov och önskemål för att patienten aktivt ska medverka i aktuella åtgärder. Förutsättning för ett gott resultat är att patienten accepterar de förebyggande och behandlande åtgärderna.

Uppföljande riskbedömning

Upprepa riskbedömningen regelbundet och vid försämrat hälsotillstånd och efter större kirurgiska ingrepp och inför utskrivning.

Alla åtgärder journalförs löpande. Uppgifter om patientens näringstillstånd och vidtagna åtgärder meddelas vid behov även till andra vårdenheter.

Bedömning och utredning för att förebygga malnutrition och ohälsa i munnen

Omvårdnads och rehabiliteringspersonal – bedömning och utredning för att förebygga malnutrition och ohälsa i munnen

Riskbedömning av;

- **Ätförmåga**

- Daglig reflektion av hur patienten äter. Ta gärna hjälp av bedömningsinstrument t ex. Minimal Eating Observation Form för bedömning.
- Uppmärksamma hur patienten sväljer. Ta gärna hjälp av checklista SSA-S.
- Vid uttalade sväljproblem kontakta logoped.

Utförs av - Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde

- **Kostintag**

- Registrera hur mycket patienten äter och dricker.
- Upprepa registreringen om intaget är lågt trots åtgärder.
- Kontakta dietist vid behov.

Utförs av -Undersköterska och sjuksköterska

- **Ohälsa i munnen**

- I dialog med patient dagligen utreda om det finns besvär från munnen.

Utförs av -Undersköterska och sjuksköterska

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Åtgärder:

- Anamnes och daglig observation av magfunktionen – vidta åtgärder för att upprätta normal tarmfunktion. Kontakta dietist vid behov.
- Vid ohälsa i munnen - fråga upp om muntorrhet, smärta i munnen och smakförändringar, inspektera för eventuell munsvamp. Vidta åtgärder för att minska och behandla eventuella problem.
- När patienten inte täcker sitt energibehov, berika maten och erbjud lämpliga näringsdrycker. Vid behov kontakta dietist för förslag på ytterligare åtgärder.
- Om det inte räcker - och patienten har en brukbar tarm, överväg sondnäring. Kontakta dietist för val av lämplig sondnäring och förslag till upptrappning.
- När tarmen inte fungerar - ge parenteral nutrition.
- Anpassa miljön så att måltiden blir lugn och trivsamt.
- Möjliggör en bra sittställning vid måltiden, helst sittande vid bord - kontakta arbetsterapeut vid behov.
- Anpassa portionsstorlek med trevligt upplagd mat samt använda anpassade bestick och tallrikar. Kontakta arbetsterapeut vid behov av äthjälpmedel.
- Anpassa efter personens ork och förmåga (ex synskada, neglekt, etcetera). Vila före maten, placering av glas, använd kontraster, vrida tallriken så maten kan uppmärksammas.
- Åtgärder följs upp regelbundet
- Vikt *minst* en gång per vecka samt vid utskrivning.

Utförs av - Undersköterska och sjuksköterska

- **Kunskap och utveckling**
 - I dialog med patient och närstående förklaras och diskuteras risker och åtgärder för att förhindra och behandla undernäring.
 - Uppmuntra till egenvård.

Utförs av - Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Avdelnings-, klinik- och sjukvårdsnivå– bedömning och utredning för att förebygga malnutrition och ohälsa i munnen

Utarbetade rutiner ska finnas för:

- **När och hur** en patients närings-tillstånd ska utredas.
- **Hur** malnutrition ska förebyggas och behandlas.

Rutiner bör även finnas för:

- **När** en patients munhälsostatus ska utredas.
- **Hur** bristande munhälsa ska förebyggas och behandlas.
- **Hur** kontakten med tandvården ska fungera.

Åtgärder:

- Säkerställa en god måltidsordning som erbjuder mellanmål och som innebär att nattfastan inte överskrider 11 timmar.
- Använd gärna mätetal och analysera regelbundet.
- Redovisa utvärdering samt ge förbättringsförslag.
- Främja att god kompetens uppehålls för att underlätta det förebyggande och behandlande arbetet, genom till exempel kontinuerlig internutbildning.
- Tillse att alla nyanställda får utbildning.
- Utökat samarbete med dietister och logopedier.

Utförs av - Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde

Uppföljning och åtgärder– bedömning och utredning för att förebygga malnutrition och ohälsa i munnen

Riktad till patient och närstående

- Uppföljning och utvärdering av patienten och ev. närståendes upplevelse under vårdtiden.
- Identifiera framgångsfaktorer som inverkar positivt på patienttillfredsställelse.
- Patientbroschyr för att främja bedömd egenvård.

Riktad till vårdpersonal

- Stöd till personal angående patientsäkerhetsarbetets värde.
- Regelbunden internutbildning.
- Återkoppla resultat från genomförda mätningar samt uppföljning av förebyggande arbete.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

- Uppföljning i medarbetarsamtal.
- Eget ansvar, nyttja lärande landsting för kompetensutveckling.
- Återkoppla resultat från punktprevalensmätningar.

Riktad till avdelning och klinik

- Redovisning och utvärdering av genomförda mätningar av det förebyggande arbetet.
- Uppföljning i medarbetarsamtal och APT.

Utförs av - Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde

Bilagor

Bilaga 1. Information om Delirium för närstående/familj

Informationen nedan är hämtad från dokumentet Information för närstående/familj som visas i bild på sidan 50:

Vad är Delirium?

Delirium är ett annat ord för akut förvirringstillstånd som är orsakat av något som snabbt kan skada hjärnan. Ett delirium karakteriseras av olika symptom som till exempel: nedsatt koncentrationsförmåga, påverkat minne, hallucinationer och vanföreställningar och en störd dygnsrytm. Delirium startar ofta plötsligt och kan variera över dygnet eller från en dag till en annan.

Vad orsakar Delirium?

Delirium kan orsakas av sjukdomar som direkt eller indirekt kan påverka hjärnan. Exempel på vanliga sjukdomar är stroke, hjärtinfarkt, proppar i lungorna eller olika infektioner. Andra exempel som kan orsaka delirium är urinstämning, förstoppning, olämpliga läkemedel och efter operation.

Vem får Delirium?

Vem som helst kan få delirium. Människor med olika hjärnsjukdomar, som stroke och demens, och hos de med hög ålder, har dock ökad risk att utveckla delirium.

Är delirium detsamma som demenssjukdom?

Demenssjukdomar utvecklas oftast långsamt och är sällan botbara. Ett delirium däremot utvecklas oftast under kort tid och behandlas orsaken är det övergående.

Om det kan gå över, vad är då grejen?

Människor som drabbas av delirium har en kraftigt ökad risk för andra komplikationer, somtrycksår, fallolyckor, näringsbrist och att dö i förtid. Hälften av alla fallolyckor på sjukhus drabbar patienter som har delirium. Om inte orsaken upptäcks och behandlas utvecklar personen ofta en permanent hjärnskada och inte sällan en demenssjukdom. Ett delirium är mycket stressande och skrämmande för den som drabbas, då de ofta drabbas av mardrömsliknande upplevelser. Även närstående kan bli oroad och ha svårt att förstå vad som har hänt.

Hur vanligt är delirium?

Efter en höftoperation drabbas mer än hälften av delirium och på en medicinavdelning drabbas var fjärde. Delirium är ännu vanligare inom intensivvården och hos människor med demenssjukdom.

Hur kan delirium behandlas?

Delirium är botbart om bakomliggande orsakerna behandlas.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Visst vet sjukvårdspersonal vad ett delirium är?

Tyvärr upptäcker sjukvårdspersonalen inte att patienterna har delirium och ibland blandar de ihop tillstånden med demenssjukdomar.

Vad kan jag göra vid en episod av delirium?

Sök medicinsk hjälp omedelbart: delirium kan vara ett tecken på akut, allvarlig sjukdom som snabbt måste utredas och behandlas samt skydda personen från ytterligare påfrestningar.

Under ett pågående delirium, se till att:

- lämna inte personen ensam
- syn- och hörselhjälpmedel används
- god näringstillförsel
- säker fysisk aktivitet
- underlätta normal dygnsrytm
- sällskap med en välbekant person för att skapa trygghet
- orientera personen till tid, rum och situation



Information om Delirium



Vad är Delirium?

Delirium är ett annat ord för akut förvirringstillstånd som är orsakat av något som snabbt kan skada hjärnan. Ett delirium karakteriseras av olika symptom som till exempel: nedsatt koncentrationsförmåga, påverkat minne, hallucinationer och vanföreställningar och en störd dygnsrytm. Delirium startar ofta plötsligt och kan variera över dygnet eller från en dag till en annan.



Vad orskar Delirium?

Delirium kan orsakas av sjukdomar som direkt eller indirekt kan påverka hjärnan. Exempel på vanliga sjukdomar är stroke, hjärtinfarkt, proppar i lungorna eller olika infektioner. Andra exempel som kan orsaka delirium är urinstämma, förstoppning, olämpliga läkemedel och efter operation.



Vem får delirium?

Vem som helst kan få delirium. Människor med olika hjärnsjukdomar, som stroke och demens, och hos de med hög ålder, har dock ökad risk att utveckla delirium.



Är delirium detsamma som demenssjukdom?

Demenssjukdomar utvecklas oftast långsamt och är sällan botbara. Ett delirium däremot utvecklas oftast under kort tid och behandlas orsaken är det övergående.



Om det kan gå över, vad är då grejen?

Människor som drabbas av delirium har en kraftigt ökad risk för andra komplikationer, som trycksår, fallolyckor, näringsbrist och att dö i förtid. Hälften av alla fallolyckor på sjukhus drabbar patienter som har delirium. Om inte orsaken upptäcks och behandlas utvecklar personen ofta en permanent hjärnskada och inte sällan en demenssjukdom. Ett delirium är mycket stressande och skrämmande för den som drabbas, då de ofta drabbas av mardrömsliknande upplevelser. Även närstående kan bli oroad och ha svårt att förstå vad som har hänt.



Hur vanligt är delirium?

Efter en höftoperation drabbas mer än hälften av delirium och på en medicinavdelning drabbas var fjärde. Delirium är ännu vanligare inom intensivvården och hos människor med demenssjukdom.



Hur kan delirium behandlas?

Delirium är botbart om bakomliggande orsakerna behandlas.



Visst vet sjukvårdspersonal vad ett delirium är?

Tyvärr upptäcker sjukvårdspersonalen inte att patienterna har delirium och ibland blandar de ihop tillstånden med demenssjukdomar.

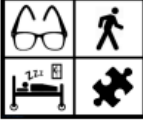


Vad kan jag göra vid en episod av delirium?

Sök medicinsk hjälp omedelbart: delirium kan vara ett tecken på akut, allvarlig sjukdom som snabbt måste utredas och behandlas samt skydda personen från ytterligare påfrestningar.

Under ett pågående delirium, se till att:

- lämna inte personen ensam
- syn- och hörselhjälpmedel används
- god näringstillförsel
- säker fysisk aktivitet
- underlätta normal dygnsrytm
- sällskap med en välbekant person för att skapa trygghet
- orientera personen till tid, rum och situation



iDelirium.org
Awareness Education Engagement
@iDelirium_Aware

Bild på information om delirium till anhöriga

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Bilaga 2. Grundläggande information till sjukvårdspersonal om Delirium

Informationen nedan är hämtad från dokumentet Grundläggande information till sjukvårdspersonal som visas i bild på sidan 53:

Vad är Delirium?

Delirium är ett annat ord för akut förvirringstillstånd som är orsakat av något som snabbt kan skada hjärnan. Ett delirium karakteriseras av olika symptom som till exempel: nedsatt koncentrationsförmåga, påverkat minne, hallucinationer och vanföreställningar och en störd dygnsrytm. Delirium startar ofta plötsligt och kan variera över dygnet eller från en dag till en annan.

Vad orsakar Delirium?

Delirium kan orsakas av sjukdomar som direkt eller indirekt kan påverka hjärnan. Exempel på vanliga sjukdomar är stroke, hjärtinfarkt, proppar i lungorna eller olika infektioner. Andra exempel som kan orsaka delirium är urinstämma, förstoppling, olämpliga läkemedel och efter operation.

Vem får delirium?

Vem som helst kan få delirium. Människor med olika hjärnsjukdomar, som stroke och demens, och hos de med hög ålder, har dock ökad risk att utveckla delirium.

Är delirium detsamma som demenssjukdom?

Demenssjukdomar utvecklas oftast långsamt och är sällan botbara. Ett delirium däremot utvecklas oftast under kort tid och behandlas orsaken är det övergående.

Om det kan gå över, vad är då grejen?

Människor som drabbas av delirium har en kraftigt ökad risk för andra komplikationer, som trycksår, fallolyckor, näringsbrist och att dö i förtid. Hälften av alla fallolyckor på sjukhus drabbar patienter som har delirium. Om inte orsaken upptäcks och behandlas utvecklar personen ofta en permanent hjärnskada och inte sällan en demenssjukdom. Ett delirium är mycket stressande och skrämmande för den som drabbas, då de ofta drabbas av mardrömsliknande upplevelser. Även närstående kan bli oroad och ha svårt att förstå vad som har hänt.

Hur vanligt är delirium?

Efter en höftoperation drabbas mer än hälften av delirium och på en medicinavdelning drabbas var fjärde. Delirium är ännu vanligare inom intensivvården och hos människor med demenssjukdom.

Hur kan delirium behandlas?

Delirium är botbart om bakomliggande orsakerna behandlas.

Hur kan delirium upptäckas och behandlas?

I de flesta fall är delirium fortfarande odiagnostiserat vilket leder till bristfällig vård. Tyvärr har inte all sjukvårdspersonal tillräckligt mycket kunskap om delirium. För att upptäcka delirium bör ett screeningsinstrument användas systematiskt.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Vad kan jag göra vid en episod av delirium?

Upptäck det och kalla det delirium. Behandla akuta orsaker omgående. Optimera patientens fysiologiska parametrar som till exempel blodtryck, saturation, vätske- och saltbalans och adekvat näringstillförsel. Optimera syn och hörsel. Mobilisera patienten. Lämna patienten aldrig ensam. Skapa en lugn och trygg miljö, gärna med hjälp av närstående. Underlätta normal dygnsrytm. Kommunicera diagnosen för patienten och deras familjer.



Grundläggande information till sjukvårdspersonal



Vad är Delirium?

Delirium är ett annat ord för akut förvirringstillstånd som är orsakat av något som snabbt kan skada hjärnan. Ett delirium karakteriseras av olika symptom som till exempel: nedsatt koncentrationsförmåga, påverkat minne, hallucinationer och vanföreställningar och en störd dygnsrytm. Delirium startar ofta plötsligt och kan variera över dygnet eller från en dag till en annan.



Vad orskar Delirium?

Delirium kan orsakas av sjukdomar som direkt eller indirekt kan påverka hjärnan. Exempel på vanliga sjukdomar är stroke, hjärtinfarkt, proppar i lungorna eller olika infektioner. Andra exempel som kan orsaka delirium är urinstämma, förstoppning, olämpliga läkemedel och efter operation.



Vem får delirium?

Vem som helst kan få delirium. Människor med olika hjärnsjukdomar, som stroke och demens, och hos de med hög ålder, har dock ökad risk att utveckla delirium.



Är delirium detsamma som demenssjukdom?

Demenssjukdomar utvecklas oftast långsamt och är sällan botbara. Ett delirium däremot utvecklas oftast under kort tid och behandlas orsaken är det övergående.



Om det kan gå över, vad är då grejen?

Människor som drabbas av delirium har en kraftigt ökad risk för andra komplikationer, som trycksår, fallolyckor, näringsbrist och att dö i förtid. Hälften av alla fallolyckor på sjukhus drabbar patienter som har delirium. Om inte orsaken upptäcks och behandlas utvecklar personen ofta en permanent hjärnskada och inte sällan en demenssjukdom. Ett delirium är mycket stressande och skrämmande för den som drabbas, då de ofta drabbas av mardrömslika upplevelser. Även närstående kan bli oroade och ha svårt att förstå vad som har hänt.



Hur vanligt är delirium?

Efter en höftoperation drabbas mer än hälften av delirium och på en medicinavdelning drabbas var fjärde. Delirium är ännu vanligare inom intensivvården och hos människor med demenssjukdom.



Hur kan delirium behandlas?

Delirium är botbart om bakomliggande orsakerna behandlas.



Hur kan delirium upptäckas och behandlas?

I de flesta fall är delirium fortfarande odiagnostiserat vilket leder till bristfällig vård. Tyvärr har inte all sjukvårdspersonal tillräckligt mycket kunskap om delirium. För att upptäcka delirium bör ett screeningsinstrument användas systematiskt.



Vad kan jag göra vid en episod av delirium?

Upptäck det och kalla det delirium. Behandla akuta orsaker omgående. Optimer patientens fysiologiska parametrar som till exempel blodtryck, saturation, vätske- och saltbalans och adekvat näringstillförsel. Optimer syn och hörsel. Mobilisera patienten. Lämna patienten aldrig ensam. Skapa en lugn och trygg miljö, gärna med hjälp av närstående. Underlätta normal dygnsrytm. Kommunicera diagnosen för patienten och deras familjer.

Bild på information om delirium till sjukvårdspersonal

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Bilaga 3. Nu-DESC skattningsskala

Nedan anges informationen som visas i bilden på sidan 55:

Svenska versionen av Nu-DESC (The Nursing Delirium Screening Scale)

1. I slutet av varje arbetspass, dokumentera förekomst eller frånvaro av de fem olika symtomen på delirium.
2. Använd följande definitioner:
 - a) Desorientering/förvirring: Verbala eller beteendemässiga symtom som tyder på att personen inte är orienterad till tid och rum eller förväxlar en person med en annan eller feltolkar personerna i omgivningen.
 - b) Inadekvat beteende: Inadekvat beteende i relation till situationen; tex personen drar ut kanyler, katetrar eller tar bort förband eller försöker ta sig ur säng när det är kontraindicerat.
 - c) Inadekvat kommunikation: Inadekvat kommunikation i relation till situationen; tex osammanhängande, obegripligt eller meningslöst tal.
 - d) Illusioner/ hallucinationer: Ser eller hör saker som inte existerar; feluppfattning/misstolkning eller förvanskning av synintryck.
 - e) Psykomotorisk förlångsamning: Fördröjd reaktion, få eller inga spontana reaktioner/ eller svar; till exempel när man stimulerar patienten får man ingen reaktion (oväckbar) och/ eller reaktionen är mycket fördröjd

3. Hur man kodar de fem symtomen:

0= symtomet förekommer aldrig under skiftet

1=symtomet förekommer under någon del av skiftet, men av lindrig grad

2= symtomet förekommer under någon del av skiftet, och var mycket uttalade eller störande

Sedan följer en bild på tabell för dokumentation av Nu-DESC där screening görs dag (D), kväll (K) och natt (N).

D= dagpass (8-16), K= kvällspass (13-21), N= nattpass (21-07). Datum anges för varje skattning.

Bedömning görs utifrån följande symtom:

Desorientering

Inadekvatbeteende

Inadekvatkommunikation

Illusioner/hallucinationer

Psykomotorisk förlångsamning

Summan sammanräknas efter varje bedömning.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.



Svenska versionen av Nu-DESC (The Nursing Delirium Screening Scale)

1. I slutet av varje arbetspass, dokumentera förekomst eller frånvaro av de fem olika symtomen på delirium.
2. Använd följande definitioner:
 - a) Desorientering/förvirring: Verbala eller beteendemässiga symtom som tyder på att personen inte är orienterad till tid och rum eller förväxlar en person med en annan eller feltolkar personerna i omgivningen.
 - b) Inadekvat beteende: Inadekvat beteende i relation till situationen; tex personen drar ut kanyler, katetrar eller tar bort förband eller försöker ta sig ur säng när det är kontraindicerat.
 - c) Inadekvat kommunikation: Inadekvat kommunikation i relation till situationen; tex osammanhängande, obegripligt eller meningslöst tal.
 - d) Illusioner/ hallucinationer: Ser eller hör saker som inte existerar; feluppfattning/misstolkning eller förvanskning av synintryck.
 - e) Psykomotorisk förlångsamning: Fördröjd reaktion, få eller inga spontana reaktioner/ eller svar; till exempel när man stimulerar patienten får man ingen reaktion (oväckbar) och/ eller reaktionen är mycket fördröjd
3. Hur man kodar de fyra symtomen:
 0= symtomet förekommer aldrig under skiftet
 1=symtomet förekommer under någon del av skiftet, men av lindrig grad
 2= symtomet förekommer under någon del av skiftet, och var mycket uttalade eller störande

Datum																					
Arbetspass:	D	K	N	D	K	N	D	K	N	D	K	N	D	K	N	D	K	N	D	K	N
Desorientering																					
Inadekvat beteende																					
Inadekvat kommunikation																					
Illusioner/ hallucinationer																					
Psykomotorisk förlångsamning																					
Summa																					

D= dagpass (8-16), K= kvällspass (13-21), N= nattpass (21-07)

Utvecklad och baserad på forskning om delirium bland patienter med höftfraktur, Confusion Rating Scale (CRS) av M. A. Williams et al, 1988, förnyad version av Gaudreau et al 2005. Översatt till svenska av B Olofsson & Y Gustafson 2008.

Bild på formulär för skattning av Nu-DESC utvecklad och baserad på forskning om delirium bland patienter med höftfraktur, Confusion Rating Scale (CRS) av M. A. Williams et al, 1988, förnyad version av Gaudreau et al 2005. Översatt till svenska av B Olofsson & Y Gustafson 2008.

Ett utskrivet dokument är endast en kopia. Giltig version finns i ledningssystemet.

Referenser

[Socialstyrelsen Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet](#)

[Patientsäkerhetslag \(2010:659\)](#)

[Regionplan Region Västerbotten](#)

Länkar

Länk till RUGOR på intranätet

[https://vlladmin.sharepoint.com/sites/intranat-halso-och-sjukvard/SitePages/St%C3%A4rka-analys,-I%C3%A4rande-och-utveckling.aspx#regionv%C3%A4sterbottens-utvecklingsgrupp-f%C3%B6r-omv%C3%A5rdnad-och-rehabilitering-\(rugor\)](https://vlladmin.sharepoint.com/sites/intranat-halso-och-sjukvard/SitePages/St%C3%A4rka-analys,-I%C3%A4rande-och-utveckling.aspx#regionv%C3%A4sterbottens-utvecklingsgrupp-f%C3%B6r-omv%C3%A5rdnad-och-rehabilitering-(rugor))

Länk till Vägledande material för att förbättra patientsäkerhet

[Tillförlitliga och säkra system och processer - sida på intranätet](#)

[Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet](#)

[God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. SOU 2020:19](#)

Socialstyrelsen: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>

Fall

Fallskador: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varnskador/varnskador/fallskador/>

Fallförebyggande insatser för äldre: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/fallforebyggande-insatser-for-aldre/>

Nutrition

[Screeningsinstrument för riskbedömning](#)

MNA (Mini Nutritional Assessment-Short form).

[Länsgemensamma rutiner för nutritionsbehandling](#)

[Minimal Eating Observation Form](#)

[Checklista vid sväljproblem](#)

[Munhälsa](#)

Trycksår

[Vårdhandboken](#)

Risker och vårdskador: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-vardskador/vardskador/trycksar/>

[Riskbedömning med tex Modifierad Nortonskala:](#)

[Vårdhygiens hemsida](#)

Delirium

[Skattningsskala: Nu-DESC](#)

[Informationsblad om Delirium Personal och patient/anhörig](#)

[Akut förvirring hos äldre](#)

[Svenskt demenscentrum](#)

Vårdhygien

[Vårdhandboken](#)

[Klädregler](#)

[Basala hygienrutiner](#)

[Vårdhygiens hemsida på RV](#)

[Kunskapsstöd Vårdhygien](#)

Lärande Region

[Lärande Region](#)

Relaterade dokument

[Länsgemensamma rutiner för centrala infarter inom Region Västerbotten](#)

Dokumentinformation

Här anges information om vad som finns i grå ruta, sidhuvud, sidfot och om information angetts om kontrollerade kopior.

Det anges här för att kunna läsas av hjälpmedel för synnedsatta. **Denna information får inte tas bort!**

Information i sidhuvud

Bild på region Västerbottens logga.

Versionsnummer: 99737

Giltigt från och med: 2025-11-13

Giltigt till och med: 2026-11-20

Information i grå ruta på första sidan

Dokumenttyp: Instruktion

Fastställt av: Yvonne E Nygren

Upprättat av: Birgitta E Olofsson

Granskare: Bengt Andersson

Organisation gäller inom: Region Västerbotten

Information i Sidfot

Dokumentnummer: 99737

Kontrollerade kopior