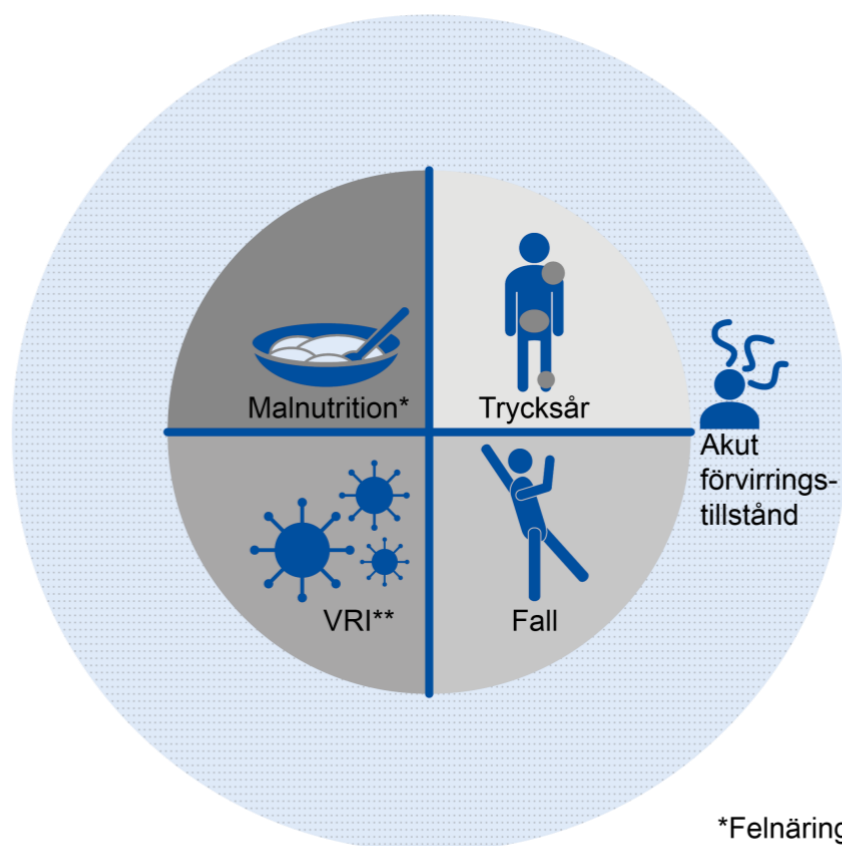


Systematiskt patientsäkerhetsarbete inom omvårdnad och rehabilitering vid länets sjukhus och sjukstugor

Länsgemensamt systematiskt och standardiserat arbetssätt inom områdena; akut förvirringstillstånd, vårdrelaterade infektioner (VRI), fall, trycksår, malnutrition och ohälsa i munnen



*Felnäring/undernäring
**Vårdrelaterade infektioner

Vid inskrivning på sjukhus riskerar patienten en ökad försämring av kroppens funktioner och av den kognitiva förmågan. Patientens tillstånd kan snabbt ändras under vårdtiden, t.ex. 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.

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/vårdnivå.

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 grupperns 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.

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 arbetsätt 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.

Patientsäkerhetsrund 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.

Innehållsförteckning

Centrala begrepp.....	1
Innehållsförteckning.....	1
1. Bakgrund.....	2
2. Uppdrag.....	2
2.1 Mål 2	
2.2 Modellens struktur	2
3. Systematiskt patientsäkerhetsarbete inom omvårdnad och rehabilitering	3
3.1 Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024	3
Patienten som medskapare.....	4
3.2 Förslag på övergripande aktivitet och åtgärd oberoende av riskområde	6
3.3 Systematiskt arbetssätt för att minska risken för att patienten drabbas av vårdskada	7
3.4. Läns gemensam dokumentation av förebyggande patientsäkerhetsarbete	8
3.5. Klinisk helhetsbedömning	9
4. Förslag på aktiviteter och åtgärder för att minska risken för att patienten drabbas av vårdskada per riskområde.....	10
4.1.1 Akut förvirringstillstånd (delirium)	11
4.1.2 Förslag på prioriterade riskområden för att förebygga akut förvirringstillstånd.....	12
4.2.1 Vad är en vårdrelaterad infektion?.....	15
4.2.2 Förslag på prioriterade områden för att förebygga vårdrelaterade infektioner.....	16
4.3.1 Fallskador	21
4.3.2 Förslag på prioriterade riskområden för att förebygga fall	22
4.4.1 Vad är ett trycksår?.....	26
4.4.2 Förslag på prioriterade riskområden för att förebygga uppkomst av trycksår.....	27
4.5.1 Malnutrition och ohälsa i munnen	30
4.5.2 Förslag på prioriterade områden för att förebygga malnutrition och ohälsa i munnen.....	31
5. Bilagor.....	35
5.1 Informationsfolder "Din trygghet på sjukhus"	35
5.2 Information om Delirium för närstående/familj	35
5.3 Grundläggande information till sjukvårdspersonal om Delirium	35
5.4 "Akut förvirring hos äldre"	35
5.5 Nu-DESC skattningsskala.....	35

1. Bakgrund

I regionplanen 2020-2023 beskrivs Region Västerbottens mål inom tre områden; Hållbart samhälle, God och jämlik hälso- och sjukvård samt Jämlik och attraktiv region. I målet för God och jämlik vård beskrivs en nära, tillgänglig och personcentrerad vård i hela länet. Detta förutsätter en utveckling där invånare, patient och närstående upplever trygghet, inflytande och partnerskap.

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. Cirka 100 000 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 t.ex. vid förändrat hälsotillstånd och/eller när faktorer i omgivningen förändras.

2. 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. Underlag är Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet från Socialstyrelsen, lagar och föreskrifter samt rapporter som tagits fram av SKR.

2.1 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

2.2 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 trygghet på sjukhus". 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, se bilaga 1.

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

3. Systematiskt patientsäkerhetsarbete inom omvårdnad och rehabilitering

3.1 Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024

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

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**.

I figur 1 beskrivs vägen till ett aktivt förbyggande patientsäkerhetsarbete i tre steg.



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.

Patienten 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 egen vård på alla nivåer och aktivt bidra till en säkrare vård.

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. Som stöd för språkstöd/tolk finns information linda, se:

<http://linda.vll.se/service-och-stod/patienttjanster/tolk/spraktolktjanster>

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 patienters 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.

Länk till Socialstyrelsen, Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6564.pdf>

SKR har tillsammans med representanter från regioner och kommuner tagit fram ett nationellt ramverk för strategiskt patientsäkerhetsarbete.

Målet med det nationella ramverket är att det ska vara ett användbart och levande verktyg i arbetet på alla nivåer med att öka patientsäkerheten.

Ramverket ska; visa helhet och sammanhang, tydliggöra vad som behövs för att öka patientsäkerheten och fungera som stöd vid prioritering av det fortsatta arbetet.

Ramverket innehåller tre viktiga perspektiv för att skapa förutsättningar för en säker hälso- och sjukvård;

- Patientfokuserad
- Kunskapsbaserad
- Organiserad

Länk till SKRs Nationella ramverk för patientsäkerhet nedan

<https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/systematisktpatientsakerhetsarbete/nationelltramverkfor/patientsakerhet.3707.html>

God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. SOU 2020:19

<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2020/04/sou-202019/>

3.2 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

Omvårdnads- och rehabiliterings- personal	Utförs av	Avdelnings-, klinik- och sjukhusnivå	Uppföljning och åtgärder
<p>Ronden genomförs på avdelningen/enheten för att upptäcka eventuella risker i miljön som kan leda till vårdskada för patient samt att åtgärda dessa.</p> <p>Inspektionen fokuserar främst på de utrymmen där patienter vistas, d.v.s. vårdssalar, toaletter, matsal, korridorer och träningsutrymmen.</p> <p>Kartlägg vilka utrymmen som ska inspekteras.</p> <p>Dokumentera de brister som upptäcks på avdelningen/enheten. Åtgärda omgående det som är möjligt att åtgärda.</p> <p>Nytt datum för nästa rond planeras av avdelningschef tillsammans med de personer som utfört ronden.</p> <p>Uppföljning planeras av de åtgärder som skall åtgärdas i samband med eller så snart som möjligt efter genomförd rond.</p> <p>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.</p>	<p>Minst två personer i en mix från olika yrkes-kategorier som avdchef utser ex. usk, ssk, ft/sg, at etc.</p>	<p>Ronden genomförs minst en gång per år utifrån verksamhetens behov på avdelnings- chefs initiativ.</p> <p>Utarbeta och tydliggöra rutiner gällande identifiering av riskpatienter samt att åtgärder i form av förebyggande insatser sätts in.</p> <p>Vid varje ny rond byts en person ut så att alla så småningom ska ha deltagit.</p> <p>Analysera dokumentation för eget lärande/ egenkontroll.</p>	<p>Riktad till patient och närstående</p> <p>Uppföljning och utvärdering av patienten och ev. närståendes upplevelse under vårdtiden.</p> <p>Identifiera framgångsfaktorer som inverkar positivt på patient-tillfredsställelse.</p> <p>Riktad till vårdpersonal</p> <p>Återkoppla resultat från genomförda ronder. Rapporteras och diskuteras på APT.</p> <p>Riktad till avdelning och klinik</p> <p>Redovisning och utvärdering av genomförda mätningar av det förebyggande arbete.</p>

3.3 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 1 nedan.

Vid ankomst/inskrivning

En noggrann klinisk helhetsbedömning görs av patientens hälsotillstånd för att bl.a. 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.
- ✓ Fortlöpande förebygga och behandla hälsotillstånd och symtom som kan innebära ökad risk för vårdskada.
- ✓ Bedömning upprepas vid behov under vårdtiden t.ex. 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.

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 t.ex. 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.

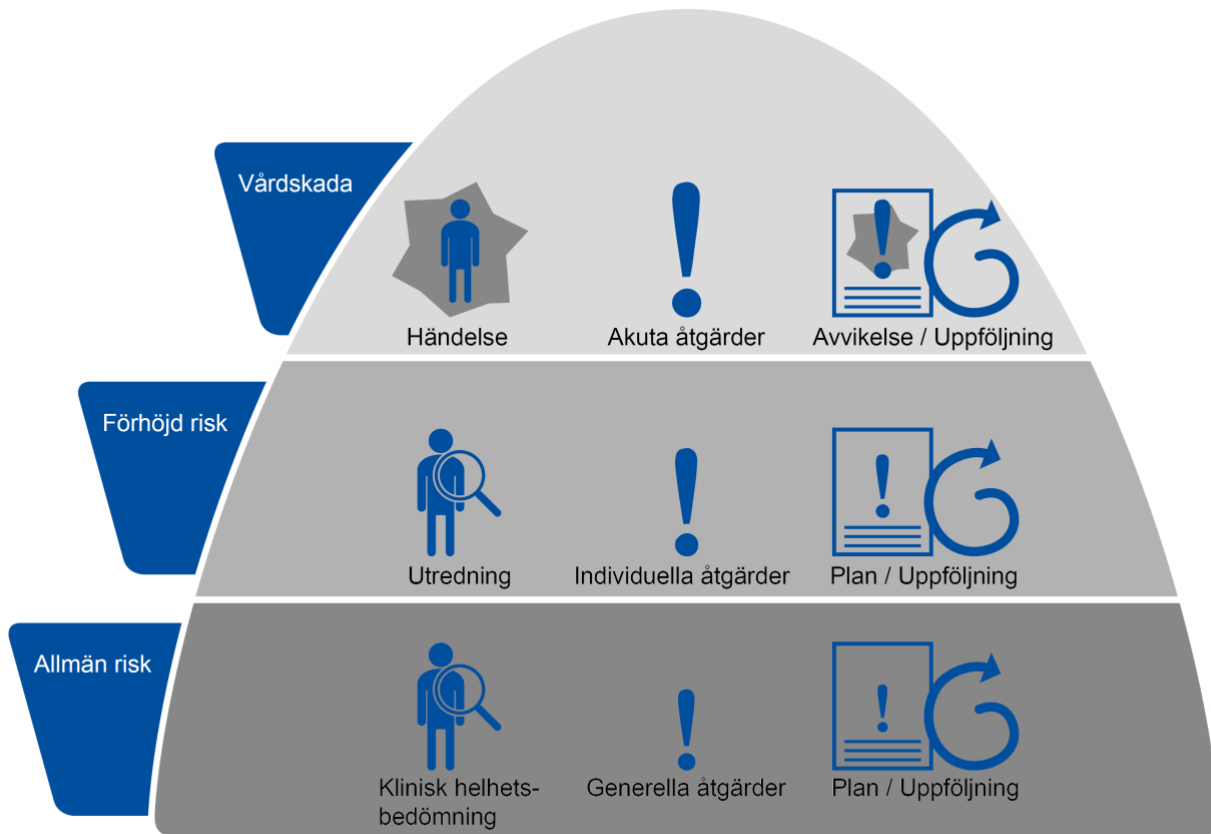
Utredning ska genast inledas för att förebygga ny vårdskada.

Varför inträffade händelsen/skadan?

- ✓ utlösande faktorer?
- ✓ medicinska orsaker eller omvårdnadsproblem?

Individanpassade och skadeförebyggande åtgärder sätts in.

När en vårdskada inträffar har samtliga yrkeskategorier ansvar att rapportera detta i 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.



Figur 1. 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.*

3.4. Läns gemensam dokumentation av förebyggande patientsäkerhetsarbete

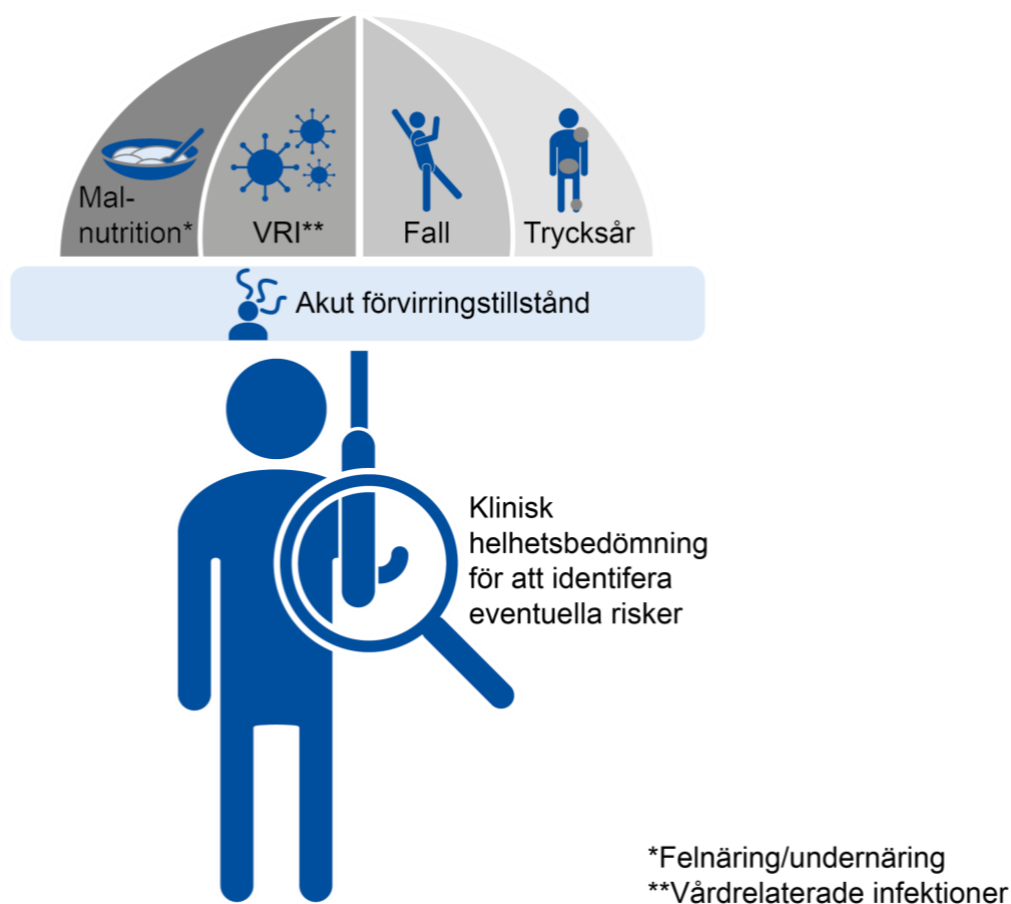
Riskbedömningens olika delar ska dokumenteras i patientens journal. För att underlätta arbetet med journaldokumentation har det tagits fram landstingsgemensamma sökord. Dokumentation inom områdena akut förvirringstillstånd, vårdrelaterade infektioner, fall, trycksår och malnutrition och ohälsa i munnen ska dokumenteras i NCS Cross. Sökorden finns i anteckningstyp *Riskbedömning*.

3.5. 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 bl.a. 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/vårdnivå. Antal riskområden och allvarlighetsgrad varierar från patient till patient och kan även snabbt förändras, som symboliseras i nedanstående figur 2.

I samband med akut sjukdom och inskrivning på sjukhus riskerar, ffa 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 mm. Patientens tillstånd kan därför snabbt ändras under vårdtiden. Detta ska alltid uppmärksammas och ingå i omvårdnads- och rehabiliteringspersonalens kliniska helhetsbedömningen.



Figur 2. Omvårdnads- och rehabiliteringspersonalens kliniska helhetsbedömning

4. 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.

Arbetsätt för att förebygga:

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

4.1 Arbetssätt för att förebygga akut förvirringstillstånd (delirium)

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

Orsak

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**

Det är viktigt att delirium upptäcks. Till hjälp för att upptäcka delirium finns olika skattningsskalor.

Ett exempel är Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC – se bilaga). 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 etc.

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 är att:

Minska andelen akut förvirrade 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 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.

4.1.2 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.**

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 t.ex. 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	Utförs av	Avdelnings-, klinik- och sjukhusnivå	Uppföljning och åtgärder
<p>Vid ankomst/inskrivning. Bedöm patientens kognitiva förmåga.</p> <p>Om personen bedöms ha kognitiv svikt bör ställningstagande göras för om minnesutredning ska utföras.</p> <p>Fråga patienten, dennes anhöriga eller tidigare vårdgivare: "Har du/patienten varit förvirrad under det senaste året?"</p> <p>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)</p> <p>Aktivitet Förebyggande insatser planeras och genomförs och följs upp i samråd med patient och ev. närstående.</p> <p>Individanpassade förebyggande åtgärder sätts in.</p> <p>Utvärdera om och hur åtgärderna har genomförts och om de har haft önskad effekt.</p> <p>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.</p> <p>Om patienten utvecklat delirium ska individanpassade åtgärder sättas in och utvärderas.</p> <p>Kunskap och utveckling Ge patient och ev. närstående individuell anpassad information (se informationsblad om delirium för till familj/anhörig nedan) om delirium och hur de kan medverka till att förebygga syndromet. Aktivt följa upp om behov finns av kompletterande/förtydligande information.</p>	<p>Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde.</p> <p>Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde.</p> <p>Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde.</p>	<p>Utarbeta och tydliggör rutiner gällande bedömning av delirium, identifiering av riskpatienter samt att åtgärder i form av förebyggande insatser sätt in.</p> <p>All personal har grundläggande kompetens om vikten av ett systematiskt förebyggande arbetssätt.</p> <p>Introduktion till ny personal och studenter om verksamhetens rutin/arbetsätt för att systematiskt förebygga delirium.</p> <p>Kompetens uppehålls för att underlätta det förebyggande arbetet för delirium, genom tex internutbildning.</p> <p>Möjliggöra att medarbetarna får kontinuerlig utbildning om systematiskt förebyggande arbete.</p> <p>Analysera dokumentation för eget lärande/egenkontroll.</p>	<p>Riktad till patient och närstående Uppföljning och utvärdering av patienten och ev. närståendes upplevelse under vårdtiden.</p> <p>Identifiera framgångsfaktorer som inverkar positivt på patienttillfredsställelse.</p> <p>Riktad till vårdpersonal Stöd till personal angående patientsäkerhetsarbetets värde.</p> <p>Regelbunden internutbildning.</p> <p>Eget ansvar att nyttja lärande landsting för sin kompetensutveckling.</p> <p>Återkoppla resultat från genomförda mätningar och uppföljningar av förebyggande arbete.</p> <p>Uppföljning i medarbetarsamtal och arbetsplatsträffar.</p> <p>Riktad till avdelning och klinik Redovisning och utvärdering av genomförda mätningar av förebyggande arbete.</p>

Bilagor:

Informationsblad om Delirium Personal och patient/anhörig

Akut förvirring hos äldre (från demenscentrum)

Nu-DESC skattningsskala

4.2 Arbetssätt för att förebygga vårdrelaterade infektioner (VRI)

4.2.1 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 är att

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 trygg med att alla följer aktuella riktlinjer för att minimera risken för VRI

4.2.2 Förslag på prioriterade områden för att förebygga vårdrelaterade infektioner

❖ Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Omvårdnads- och rehab personal	Utförs av	Avdelnings-, klinik- och sjukhusnivå	Uppföljning och åtgärder
<p>Samtliga medarbetare ska arbeta efter basala hygienrutiner och klädregler.</p> <p>Filmen "basala hygienrutiner", på lärande landsting, ska alla medarbetare se.</p>	<p>Hygien-ombud avdchef m.fl.</p> <p>Avd chef</p>	<p>Mäta följsamhet och identifiera brister minst två gånger årligen. Ta fram åtgärdsplan. Fungerande rutin för att genomföra och återföra mätningar.</p> <p>Avsätta arbetstid för att se filmen.</p>	<p>Återkoppla resultat på APT/avd möten. Utbildning. Utvärdera insatta åtgärder. Följsamhet och åtgärder dokumenteras i patientsäkerhetsberättelsen.</p> <p>Följ upp på medarbetarsamtal.</p>
<p>Patienten ges broschyren "Rena händer för hälsans skull", fråga upp om patienten förstått innehållet.</p>	<p>ssk/usk</p>	<p>Tillse att broschyrer finns på avd. Se till att förutsättningar för patientens handdesinfektion finns på flera ställen.</p>	<p>Följ upp på APT hur det fungerar. Mäta under perioder hur många broschyrer som delats ut.</p>
<p>Öka patientdelaktighet gällande personalens handhygien</p>	<p>ssk/usk</p>	<p>Avsätta tid för hygienombud att periodvis dela ut enkät gällande personal och följsamhet till handhygien och sedan sammanställa.</p>	<p>Resultat av enkäter följas upp på APT. Ny enkätomgång efter insatta åtgärder. Dokumenteras i patientsäkerhetsberättelsen.</p>
<p>Vårdhygien som stående punkt på avd. möten/APT.</p>	<p>Hygien-ombuden kan hålla i punkten.</p>	<p>Avsätta tid på möten och tid för förbättringsarbeten.</p>	<p>Följ delaktighet i vårdhygieniskt förbättringsarbete på medarbetarsamtal.</p>

❖ Identifiera och förebygga vårdrelaterade infektioner på den egna arbetsplatsen

Omvårdnads- och rehab personal	Utförs av	Avdelnings-, klinik- och sjukhusnivå	Uppföljning och åtgärder
Delta i punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner (slutenvård)	Utsedda personer	Avsätta tid. Skapa rutin för att utföra mätningen och följa upp resultaten.	Återföra resultatet på APT/avd möten. Identifiera vilka VRI som är vanligast på egna enheten - initiera egen åtgärdsplan Dokumentera i patientsäkerhetsberättelsen.
Ta ut rapporter från infektionsverktyget för att identifiera och följa VRI lokalt.	Utsedda personer	Utbilda utsedda personer. Avsätta tid för datauthämtning.	Återkoppla resultat på APT/avd möten. Skapa åtgärdsplaner. Följ upp. Dokumentera i patientsäkerhetsberättelsen antal VRI/100 vårddagar och antal kateterdagar/100 vårddagar.
Riskbedömning för VRI, identifiera riskfaktorer för VRI på den egna enheten	All + ny omv.pers	Utbilda all personal	Återkoppla resultat på APT/avd möten. Skapa åtgärdsplaner. Följ upp. Dokumentera i patientsäkerhetsberättelsen
<i>Nedan följer exempel på åtgärder för att minska risken för kateterrelaterad-vri..</i>			
Dagligt ställningstagande till KAD vara eller icke vara.	ssk	Tydliggöra rondrutin gällande kvarliggande urinvägskateter. Använd checklista Katetersmarta sjuksköterskor.	Kateterdagar kan följas via Infektionsverktyget. Beskrivs i patientsäkerhetsberättelsen.
Alla urinvägskatetrar ska dokumenteras under in/utfarter i patientjournalen.	All + ny omv.pers	Stickprovskontroll för korrekt registrering i journal. Tydliggöra rutin.	Redovisa resultat från stickprovskontroll på APT. Behövs åtgärder?
All personal ska ha sett filmen i vårdhandboken om att sätta urinvägskateter och för	avd chef	Avsätta tid för att se filmen på arbetstid.	Följ upp på medarbetarsamtalet.

<p>nyanställda ska den ingå i inskolningen.</p> <p>Det ska finnas läkarordination på urinvägskateter som sätts.</p> <p>Tidig mobilisering av patienten.</p> <p>Dokumentera centrala infarter under in/utfarter i patientjournalen.</p> <p>Alla sjuksköterskor ska ta del av vårdhandbokens kapitel om centrala kärlkatetrar och Läns gemensamma rutiner för centrala infarter inom Region Västerbotten i ledningssystem</p> <p>Införa rondkort Antibiotika smarta sjuksköterskor/ katetersmarta sjuksköterskor</p>	<p>Läkare</p> <p>Alla</p> <p>Alla</p> <p>Avd chef</p> <p>ssk</p>	<p>Tydliggöra rutin.</p> <p>Förmedla kunskap om vikten av mobilisering för att motverka VRI.</p> <p>Fungerande rutin för dokumentation på avdelningen</p> <p>Avsätta arbetstid för detta</p> <p>Fungerande rutin kring kateter-användning och dokumentation på avdelningen</p>	<p>Följ via infektionsverktyget.</p> <p>Följ upp på sjuksköterskemöten</p> <p>Återkoppla resultat på APT/avd möten</p>
--	--	--	--

❖ **Utbildning och följsamhet till checklistor/PM/riktlinjer**

Omvårdnads- och rehab personal	Utförs av	Avdelnings-, klinik- och sjukhusnivå	Uppföljning och åtgärder
Använda VRI-appen för att träna förståelse av vad som är en riskfaktor för VRI	ssk/ usk	Tas upp på utbildningstillfälle/temadag/inskolning	Fråga upp på medarbetarsamtal om appen använts.
Lära sig att hitta i Region Västerbottens ledningssystem	Avd chef eller utsedd person	Information på APT	Följ upp APT/avdmöten
Kunskap om/följa aktuella checklistor/PM/riktlinjer.	ssk/ usk	Vid uppdatering tydliggöra VRI - aspekten i checklistorna ex. skriftliga städinstruktioner till samtliga lokaler, såromläggning, hantering av katetrar.	Vid uppdatering av eller skapande av checklistor.
Egenkontroll av vårdhygienisk standard	usk/ssk/avd chef/hygieombud	Avsätta tid för usk/ssk/avdchef/hygieombud. Hjälpa till att åtgärda påvisade brister. Göra åtgärdsplan på identifierade brister. Hygieombud bör ha en arbetsbeskrivning och få tid avsatt för vårdhygieniskt arbetet	Återkoppling på avd.möte/APT, kontakt med vårdhygien efter varje egenkontroll.

Vill du veta mera?

Vårdhygiens hemsida

www.regionvasterbotten.se/vardhygien

Här hittar du information om:

- Basala hygienrutiner
- Städ rutiner/ "gula kortet"
- Klädregler
- Vårdhygienisk introduktion till nyanställda inom vården
- Städinstruktion i vårdlokaler
- Vårdbädd och sängbord: rengöring och desinfektion
- Multiresistenta bakterier
- Mätningar
- Utbildningar och förbättringsarbeten; inkluderar VRI-appen och åtgärds paket från

SKR

Vårdhandboken

www.vardhandboken.se

Nätbaserat lärande via "lärande landsting" (filmer)

- Basala hygienrutiner
- Städning-vårdpersonal-patientnära ytor (under revision 2020)
- Städning av operationssal

4.3 Arbetsätt för att förebygga fall

4.3.1 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 t ex infektioner, förvirringstillstånd, inaktivitet, förskrivning av vissa läkemedel m.m. 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	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	En <i>fallriskvärdering</i> som syftar till att avgöra om patienter har allmän eller förhöjd fallrisk. Om patienten har förhöjd risk görs en <i>fallriskutredning</i> 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	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.
Patientsäkerhetsrund	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 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 patientsäkerhetsrund 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 **Kontaktperson**, Sofie Tängman, verksamhetsutvecklare och sjukgymnast, Hälso- och sjukvårdsförvaltningens stab, sofie.tangman@regionvasterbotten.se

Målet är att

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 trygg med att omhändertagandet sker på bästa sätt.

4.3.2 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.

❖ **Bedömning och utredning av fallrisk.**

Omvårdnads- och rehab personal	Utförs av	Avdelnings-, klinik- och sjukhusnivå	Uppföljning och åtgärder
<p>Bedömning av fallrisk görs vid ankomst till ny vårdinrättning inom 24 timmar.</p> <p>Fallriskutredning ska omedelbart inledas för alla patienter som via riskvärderingen bedömts ha en förhöjd fallrisk.</p> <p>Identifiera aktuella fallriskfaktorer och patientens behov av stöd och hjälp (t.ex. orolig väntan på hjälp, måltidssituation, toalettbesök, nattlig förvirring, smärta, rädsla för fall).</p> <p>Åtgärder exempelvis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rullator vid sängen - Nattpampa - Tillse att patienten har halksockar/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. <p>Upprepa riskbedömningen vid behov</p> <p>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 följ upp eventuella förändringar i patientens hälsotillstånd, symtom och individuella behov.</p> <p>Informera Ge patient och ev. 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.</p>	<p>Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde.</p> <p>Arbeta i team om möjlighet finns.</p> <p>All personal.</p> <p>Arbeta i team om möjlighet finns.</p>	<p>Rutin för riskbedömning ska finnas.</p> <p>Fallförebyggande arbetssätt ska ingå i introduktionen för all ny personal och studenter.</p> <p>Använd egenkontroll gällande antal fall, allvarlighetsgrad åtgärder/dokumentation.</p>	<p>Riktad till patient och närstående Uppföljning och utvärdering av patienten och ev. närståendes upplevelse under vårdtiden.</p> <p>Identifiera framgångsfaktorer som inverkar positivt på patienttillfredsställelse.</p> <p>Riktad till vårdpersonal Stöd till personal angående patientsäkerhetsarbetets värde. Regelbunden internutbildning.</p> <p>Eget ansvar att nyttja lärande landsting för sin kompetensutveckling. Återkoppla resultat från genomförda mätningar uppföljningar av fallförebyggande arbete. Uppföljning i medarbetarsamtal och APT.</p> <p>Riktad till avdelning och klinik Redovisning och utvärdering av genomförda mätningar av fallförebyggande arbete.</p>

❖ Fallhändelseutredning när patient har fallit.

Omvårdnads- och rehab personal	Utförs av	Avdelnings-, klinik- och sjukhusnivå	Uppföljning och åtgärder
<p>Registrering och analys av orsaker till de fall som sker under vårdtiden ska göras på ett systematiskt sätt.</p> <p>Rapportera och dokumentera inträffad fallhändelse;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). <p>Med dokumentationen som stöd görs en strukturerad fallhändelseutredning för att identifiera och åtgärda eller kompensera för aktuella fallriskfaktorer.</p> <p>Fallhändelseutredningen påbörjas snarast efter fallet och Individanpassade fall och skadeförebyggande åtgärder sätts in.</p> <p>Vid överflyttning till annan vårdenheter. Rapportera fallrisk/fallriskfaktorer samt vidtagna åtgärder.</p> <p>Kunskap och utveckling Ge patient och ev. närstående individuell anpassad information. Aktivt följa upp om behov finns av kompletterande/förtydligande information.</p>	<p>Samtliga yrkeskategorier.</p> <p>Samtliga yrkeskategorier.</p> <p>Samtliga yrkeskategorier.</p>	<p>Rutiner gällande fallhändelseutredning för att säkerställa att åtgärder i form av förebyggande insatser sätts in.</p> <p>All personal har grundläggande kompetens om vikten av ett systematiskt fallförebyggande arbetssätt.</p> <p>Introduktion till ny personal och studenter om verksamhetens rutin/arbetssätt för att systematiskt förebygga fall.</p> <p>Främja att god kompetens uppehålls för att underlätta det fallförebyggande arbetet, genom t ex internutbildning.</p> <p>Möjliggöra att medarbetarna får kontinuerlig utbildning om systematiskt fallförebyggande arbete.</p> <p>Analysera dokumentation för eget lärande/egenkontroll.</p>	<p>Riktad till patient och närstående Uppföljning och utvärdering av patienten och ev. närståendes upplevelse under vårdtiden. Identifiera framgångsfaktorer som inverkar positivt på patienttillfredsställelse.</p> <p>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.</p> <p>Riktad till avdelning och klinik Redovisning och utvärdering av genomförda mätningar av fallförebyggande arbete.</p> <p>Ex på forum Daglig styrning eller liknande, rond, teamträffar "Gröna korset", APT.</p>

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

Omvårdnads- och rehabiliterigs personal	Utförs av	Avdelnings-, klinik- och sjukhusnivå	Uppföljning och åtgärder
<p>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.</p> <p>Inspektionen fokuserar främst på de utrymmen där patienter vistas, d.v.s. vårdssalar, toaletter, matsal, korridorer och träningsutrymmen.</p> <p>Kartlägg vilka utrymmen som ska inspekteras.</p> <p>Dokumentera de brister som upptäcks på avdelningen/enheten.</p> <p>Åtgärda omgående det som är möjligt att åtgärda.</p> <p>Nytt datum för nästa patientsäkerhetsrund planeras av avdelningschef tillsammans med de personer som utfört rondan.</p> <p>Uppföljning planeras av de åtgärder som skall åtgärdas i samband med eller så snart som möjligt efter genomförd patientsäkerhetsrund.</p> <p>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.</p>	<p>Minst två personer i en mix från olika yrkeskategorier som avdelningschef utser ex undersköterska, sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut.</p>	<p>Ronden genomförs minst en gång per år utifrån verksamhetens behov på avdelningschefs initiativ.</p> <p>Utarbeta och tydliggör rutiner gällande identifiering av riskpatienter samt att åtgärder i form av förebyggande insatser sätt in.</p> <p>Vid varje ny miljörund byts en person ut så att alla så småningom ska ha deltagit.</p> <p>Analysera dokumentation för eget lärande/egenkontroll.</p>	<p>Riktad till patient och närstående Uppföljning och utvärdering av patienten och ev. närståendes upplevelse under vårdtiden.</p> <p>Identifiera framgångsfaktorer som inverkar positivt på patienttillfredsställelse.</p> <p>Riktad till vårdpersonal Återkoppla resultat från genomförda patientsäkerhetsrunder rapporteras och diskuteras på APT.</p> <p>Riktad till avdelning och klinik Redovisning och utvärdering av genomförda mätningar av fallförebyggande arbete.</p>

Vill du veta mera?

Länkar;

Sveriges kommuner och regioner

<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-628-6.pdf?issuusl=ignore>

4.4 Arbetssätt för att förebygga uppkomst av trycksår

4.4.1 Vad är ett trycksår?

Ett trycksår kan uppkomma på grund av olika orsaker. Den gemensamma faktorn är att blodcirkulationen i ett område har försämrats på grund av tryck. 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: sårdjup okänt. Fullhudsskada täckt av död vävnad, nekros och/eller sårskorpa. Sårdjupet går inte att avgöra.

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

Riskbedömning: Observera särskilt utsatta patientgrupper som t ex. personer med ryggmargsskador, inkontinensproblematik, sängliggande och rullstolsburna 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.

Modellen innehåller tre prioriterade riskområden för bedömning och utredning för att förebygga uppkomst av trycksår;

- ❖ hudinspektion
- ❖ mat 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 ifråga 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 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 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.

4.4.2 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.

Observera särskilt patienter som:

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

Görs vid ankomst till ny vårdinrättning och fortlöpande under vårdtiden.

För de 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

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 rehab personal	Utförs av	Avdelnings-, klinik- och sjukhusnivå	Uppföljning och åtgärder
<p>❖ Hudinspektion Daglig inspektion av hudkostym, leta efter rodnader, är huden svampig, hård, värmeökad eller kallare än normalt. Ta hjälp av bedömningsinstrument t ex. Modifierad Nortonskala.</p> <p>Avlastning, tryckreducerande madrass och stoldyna, genom lägesändring på kuddar för att förändra belastningen. Ofta räcker det med en 30 gradig vinkelposition. Observera individuella förutsättningar. <i>Kom ihåg avlastning av hämlarna.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontinuerliga lägesändringar, vid behov använda vändschema. - Hålla huden torr, mjuk och smidig. <p>❖ Mat och näring Tillgodose och följ upp närings- och vätskebehov. Vid behov kontakta dietist.</p> <p>❖ Aktivitet - immobilisering Gör patienten delaktig i mobiliseringen/förflyttning.</p> <p>Minimera skjuvning och friktion vid lägesändringar och i sittande position.</p> <p>Vid behov ta kontakt med fysio- och arbetsterapeut.</p> <p>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.</p> <p>Följ upp om behov finns av kompletterande/förtydligande information.</p>	<p>usk, ssk</p> <p>usk, ssk, at ft/sg</p> <p>Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde</p> <p>Arbeta i team om möjlighet finns</p> <p>Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde</p>	<p>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.</p> <p>Främja att god kompetens uppehålls och möjliggöra att medarbetare får kontinuerlig utbildning.</p> <p>Patientbroschyr för att främja egenvård.</p> <p>Regelbundna trycksårsmätningar.</p>	<p>Riktad till patient och närstående Uppföljning och utvärdering av patienten och ev. närståendes upplevelse under vårdtiden. Identifiera framgångsfaktorer som inverkar positivt på patienttillfredsställelse</p> <p>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 punktprevalensmätningar. Redovisning och utvärdering av trycksårsmätning.</p> <p>Riktad till avdelning och klinik Redovisning och utvärdering av genomförda mätningar av det förebyggande arbetet.</p> <p>Uppföljning i medarbetarsamtal och arbetsplatsträffar.</p>

Vill du veta mera?

Vårdhandboken: <http://www.vardhandboken.se/Texter/Trycksar/oversikt/>

Riskbedömning med tex Modifierad Nortonskala: <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/hud-och-sar/trycksar/riskbedomning/>

Sveriges kommuner och Regioner:

<https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningtrycksar.5208.html>

4.5 Arbetssätt för att förebygga malnutrition och ohälsa i munnen

4.5.1 Malnutrition och ohälsa i munnen

Ungefär 20–25 procent av patienterna inom den akuta slutenvården är undernärda och ytterligare cirka 25 procent av patienterna äter för lite för att kunna bibehålla ett normalt nutritionsstatus. 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 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.

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)

Riskbedömning. I samband med inskrivning riksbedöms patienter för att identifiera risk för undernäring. Patienter med risk för undernäring ska då genast få preventiva åtgärder insatta.

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

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 ska genomgå omfattande kirurgiska ingrepp bör även 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 ifråga 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 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
- ✓ 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.

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

Alla patienter ska riskbedömas inom ett dygn efter inskrivning.

Vid ankomst/inskrivning

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

Fråga patienten, dennes anhöriga eller tidigare vårdenheter om:

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

Mät längd och vikt och räkna ut Body Mass Index. 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.
- ✓ Identifiera bakomliggande orsaker.
- ✓ 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.

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 rehab personal	Utförs av	Avdelnings-, klinik- och sjukhusnivå	Uppföljning och åtgärder
<p>Riskbedömning av;</p> <p>❖ 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.</p> <p>❖ Kostintag Registrera hur mycket patienten äter och dricker. Upprepa registrering om intaget är lågt trots åtgärder. Kontakta dietist vid behov.</p> <p>❖ * Ohälsa i munnen I dialog med patient dagligen utreda om det finns besvär från munnen.</p> <p>Åtgärder</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anamnes och daglig observation av magfunktionen - kontakta dietist vid behov. - Möjliggör en bra sittställning vid måltiden, helst sittande vid bord - kontakta arbetsterapeut vid behov. - När patienten inte täcker sitt energibehov, berika maten och erbjud lämpliga näringsdrycker. - Om det inte räcker - och patienten har en brukbar tarm, överväg sondnäring. - När tarmen inte fungerar - ge parenteral nutrition. - Anpassa miljön så att måltiden blir lugn och trivsam. - Anpassa portionsstorlek samt "restaurangtänk" med trevligt upplagd mat samt använda anpassade bestick och tallrikar. - Anpassa efter personens ork och förmåga (ex synskada, neglekt, etc). Vila före maten, placering av glas, använd kontraster, vrida tallriken så maten kan uppmärksammas. <p>Åtgärder följs upp regelbundet</p>	<p>Samtliga yrskategorier utifrån sitt ansvarsområde</p> <p>usk, ssk</p> <p>usk, ssk</p> <p>usk, ssk</p> <p>Arbeta i team om möjlighet finns</p> <p>Samtliga yrskategorier utifrån sitt ansvarsområde</p>	<p>Utarbetade rutiner ska finnas för:</p> <p>När och hur en patients närings-tillstånd ska utredas.</p> <p>Hur malnutrition ska <u>förebyggas</u> och <u>behandlas</u>.</p> <p>Rutiner bör även finnas för:</p> <p>När en patients munhälsostatus ska utredas.</p> <p>Hur bristande munhälsa ska förebyggas och behandlas.</p> <p>Hur kontakten med tandvården ska fungera.</p> <p>Säkerställa en god måltidsordning som erbjuder mellanmål och som innebär att nattfastan inte överskrider 11 timmar.</p> <p>Använd gärna mätetal och analysera regelbundet.</p> <p>Redovisa utvärdering samt ge förbättringsförslag.</p> <p>Framja att god kompetens uppehålls för att underlätta det förebyggande och behandlande arbetet, genom t ex kontinuerlig internutbildning.</p>	<p>Riktad till patient och närstående Uppföljning och utvärdering av patienten och ev. närståendes upplevelse under vårdtiden.</p> <p>Identifiera framgångsfaktorer som inverkar positivt på patienttillfredsställelse.</p> <p>Patientbroschyr för att främja bedömd egenvård.</p> <p>Riktad till vårdpersonal Stöd till personal angående patientsäkerhetsarbetets värde.</p> <p>Regelbunden internutbildning.</p> <p>Återkoppla resultat från genomförda mätningar samt uppföljning av förebyggande arbete.</p> <p>Uppföljning i medarbetarsamtal.</p> <p>Eget ansvar, nyttja lärande landsting för kompetensutveckling.</p> <p>Återkoppla resultat från punktprevalensmätningar.</p>

<p>Vikt <i>minst</i> en gång per vecka samt vid utskrivning.</p> <p>Kunskap och utveckling</p> <p>I dialog med patient och närstående förklaras och diskuteras risker och åtgärder för att förhindra och behandla undernäring . Uppmuntra till egenvård.</p>	<p>usk, ssk</p> <p>Samtliga yrkeskategorier utifrån sitt ansvarsområde</p>	<p>Tillse att alla nyanställda får utbildning.</p> <p>Utökat samarbete med dietister och logopedier.</p>	<p>Riktad till avd och klinik</p> <p>Redovisning och utvärdering av genomförda mätningar av det förebyggande arbetet.</p> <p>Uppföljning i medarbetarsamtal och APT.</p>
---	--	--	---

Länkar

Nutrition

Screeningsinstrument för riskbedömning

MNA (Mini Nutritional Assessment-Short form). <http://www.mna-elderly.com/>

Länsgemensamma rutiner för Nutritionsbehandling

<http://linda.vll.se/vard/mat-pa-sjukhus/nutrition>

SGA (Subjektive global assessment) www.hfsnatverket.se/@/File/Get/?id=1436&download=1

Minimal Eating Observation Form

<https://www.nllplus.se/upload/IB/Ig/hse/Kvalitet/Genombrott/V%C3%A5rdprevention/Arbetsmaterial/Observationsformul%C3%A4r%20%C3%A4tandet.pdf>

Checklista vid sväljproblem

<https://www.nestlehealthscience.com/health-management/gastro-intestinal/dysphagia/eat-10>

Ta gärna hjälp av ROAG bedömningsinstrument. <https://vimeo.com/32202278>

5. Bilagor

- 5.1 Informationsfolder "Din trygghet på sjukhus"**
- 5.2 Information om Delirium för närstående/familj**
- 5.3 Grundläggande information till sjukvårdspersonal om Delirium**
- 5.4 "Akut förvirring hos äldre" (Demenscentrum)**
- 5.5 Nu-DESC skattningsskala**

Din trygghet på sjukhus



Välkommen till oss!

Medan du är hos oss gör vi vårt bästa för att din sjukhusvistelse ska bli så bra som möjligt. Här får du konkreta tips och råd om vad du kan göra för att din vård och behandling ska bli trygg och säker.

Du är alltid välkommen att fråga oss om du undrar över något eller om något oroar dig. Vi är här för att hjälpa dig.



Viktig information om dig

För av vi ska kunna hjälpa dig på bästa sätt under din vårdtid berätta om:

- dina tidigare erfarenheter av vården
- det är något du vill att vi ska känna till om dig ex sömnsvårigheter, nedsatt syn och hörsel
- du är överkänslig eller allergisk mot något
- du har frågor om din vård eller din behandling
- det är något som oroar dig
- något verkar vara fel
- du inte förstår den information du får.



Dina läkemedel

- Berätta vilka läkemedel du tar och när. Visa gärna aktuell lista över dina läkemedel om du har en sådan.
- Säg till om du inte vet varför du ska ta dina läkemedel.
- Har du frågor om dina läkemedel, tala med en läkare eller sjuksköterska på avdelningen.

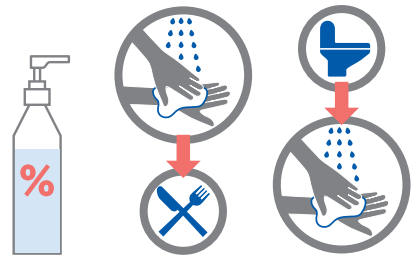




Skydda dig själv och andra mot smitta

God hygien och rena händer skyddar mot infektioner.

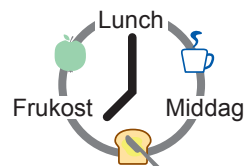
- Berätta för oss om du har kräcks eller har diarré.
- Tvätta dina händer ofta med tvål, vatten och handsprit. Tvätta dem alltid innan du äter och efter toalettbesök.
- Använd pappersnäsduk när du snyter dig.
- Nys eller hosta i armvecket.
- Berätta för oss om du nyligen varit utomlands.



Den viktiga maten

Vid sjukdom är det vanligt att känna sig svag, ha mindre matlust och förlora vikt. Mat och dryck är viktig för ditt tillfrisknande och för att du inte ska tappa din nuvarande förmåga. Berätta för oss om:

- dina matvanor och vad du tycker om att äta
- du är hungrig eller törstig mellan måltiderna
- du känner dig illamående eller har problem med magen
- du har besvär i munnen t.ex. muntorrhet, smärta eller sår
- du behöver hjälp med att sönderdela maten eller annan hjälp vid måltid t.ex. sitta bekvämt.





Förebygg fallolyckor

Vid sjukdom ökar risken att falla. Berätta för oss om du:

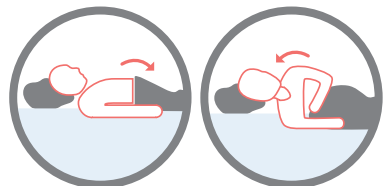
- har fallit under det senaste året
- har svårt att hålla balansen och/eller är rädd att falla
- har nedsatt syn
- använder några hjälpmedel
- känner dig yr eller ostadig när du ska upp och gå
- behöver följebesök eller stöd av personal t.ex. när du ska gå på toaletten nattetid.



Förebygg trycksår

Om du sitter eller ligger i samma ställning ökar risken för att huden skadas. Även små lägesändringar gör stor nytta. Berätta för oss om du:

- har sår sen tidigare
- sitter eller ligger obekvämt
- får ont t.ex. på hälar eller i rygglut
- behöver hjälp att ändra ställning eller röra på dig.





Akut förvirring

När du blir inskriven på sjukhus ökar risken för att du kan bli förvirrad. Det kan bero på flera olika orsaker t.ex. sjukdom, läkemedel, medicinsk behandling, efter sövning, ny miljö m.m. Förvirring kan komma plötsligt och kan pågå under några timmar eller dagar. Det finns alltid en orsak till varför någon blir förvirrad, det kan drabba vem som helst och det kan behandlas. Därför är det viktigt att du berättar för oss personal eller dina närstående, så att du kan få hjälp med de besvär du upplever t.ex:

- om du tidigare varit förvirrad när du vårdats på sjukhus
- du inte ”känner igen dig själv”
- du vet inte var du är eller varför du är på sjukhuset
- du känner dig mer orolig eller tröttare än vanligt
- du upplever obehagliga syn- eller hörselupplevelser.



När det är dags att lämna sjukhuset

Innan utskrivning behöver du veta vad som kommer att hända och vem som ansvarar för vad när du lämnat sjukhuset. Tänk igenom vad du vill ta upp och skriv gärna ner dina frågor så kommer du lättare ihåg att ställa dem. Eller be någon om hjälp att skriva ner frågorna åt dig. Se till att du får både muntlig och skriftlig information om:

- vem du ska kontakta om du har frågor eller om ditt tillstånd förändras
- nya och eventuella förändringar av din vård och behandling t.ex. hur och varför du ska ta dina läkemedel.

Berätta gärna för oss om dina upplevelser under vårdtiden.





Vill du läsa mer? Besök 1177.se





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 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, 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 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.



Visst vet sjukvårdspersonal vad ett delirium är?

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

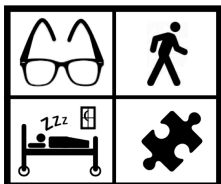


Vad kan jag göra vid en episod av delirium?

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



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 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, 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 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.



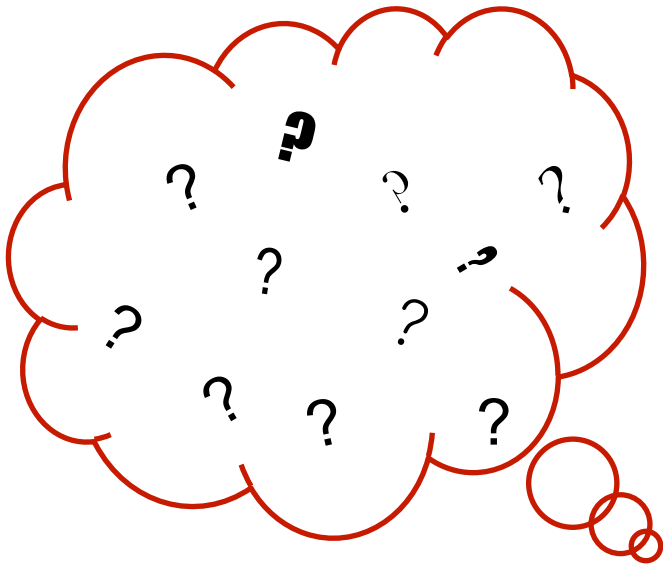
Hur kan delirium upptäckas och behandlas?

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. 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.



Vad är ett akut förvirringstillstånd?

Ett akut förvirringstillstånd innebär en störning i hjärnans normala aktivitet och uppkommer inom loppet av ett dygn och kan variera i intensitet, ofta är det värst nattetid. Tillståndet går i regel över på några timmar till några dagar men kan under tiden vara mycket påfrestande för både patient och närstående och ställa höga krav på sjukvårdspersonal.

Personer med akut förvirringstillstånd har svårt att koncentrera sig, förstå var de är någonstans och varför. Även minnet kan akut försämrats och de kan till exempel få svårt att känna igen närstående. Talet kan, precis som tankeverksamheten, vara osammanhängande och de kan både få för sig och se saker som inte är på riktigt. En felaktig verklighetsuppfattning kan leda till oro hos förvirrade personer. Om de upplever sin situation på avdelningen som hotfull eller skrämmande kan de ibland försöka ta sig ifrån avdelningen eller blir högljuda och aggressiva. Vissa personer är mer tillfreds och kan gå runt och plocka med saker eller prata med personer de tror är närvarande medan andra är sängliggandes och mer stilla.

Lätta symptom på förvirring är svårt för sjukvårdspersonal att upptäcka. Om du som närstående märker något av ovanstående – säg till personalen så att de kan, om möjligt, förhindra att symptomen förvärras.

Akut förvirring hos äldre

Varför uppstår ett akut förvirringstillstånd?

Ett akut förvirringstillstånd uppstår när hjärnan utsätts för påfrestande som inte klarar av. Det kan röra sig om infektioner, smärta, hjärtinfarkt, stroke eller stora operationer, men även enkla saker såsom förändrad läkemedelsdosering, miljöombyte, sömnbrist, förstoppning, överfylld urinblåsa eller bristande kost- och vätskeintag. Inte sällan är det en kombination av orsaker som bidrar till förvirringen.

Ett akut förvirringstillstånd behöver inte uppstå samtidigt som en bakomliggande sjukdom utan kan komma någon eller några dagar in i sjukdomsförloppet.

Äldre personer eller personer som har en tidigare hjärnskada såsom stroke, Parkinson eller demenssjukdom löper en större risk för att utveckla förvirringstillstånd. Även yngre personer kan drabbas av akut förvirring, särskilt vid allvarlig sjukdom som kräver intensivvård.

Vad finns det för behandling?

I första hand behandlas en utlösande sjukdom eller tillstånd. Ibland kan läkemedelslistan behöva justeras.

Det viktigaste i den akuta situationen är dock att förstå hur verkligheten ser ut för den förvirrade personen för att kunna erbjuda ett bra omhändertagande:

- Vid osäkerhet på verkligheten kan man hjälpa personen och påminna om det är morgon eller kväll samt var och varför personen befinner sig på sjukhus.
- Vid rastlöshet kan personen behöva aktiveras, förutsatt att rastlösheten inte beror på smärta eller något annat åtgärdbart. Lämpliga aktiviteter kan vara allt från att sortera papper och pilla med snören till att hjälpa till att plocka upp varor, allt utifrån personens förmåga.
- Vid oro och rädsla går det oftast att avleda personen från det som upplevs som skrämmande. Det kräver dock att man accepterar personens upplevda verklighet och "räddar" personen från det hotfulla.

Medverkan av närstående kan vara en del i behandlingen. En närstående har ofta en lugnande effekt och vet vad personen normalt tycker om att äta, göra och prata om. Dessa "nycklar" kan vara till stor hjälp för personalen då närstående inte är närvarande.

Det finns inga riktigt bra läkemedel mot förvirringssymptom. Ett förvirringstillstånd går oftast över av sig själv även om det kan ta tid. En sömntablett till kvällen, t.ex. Heminevrin, kan dock hjälpa till att förstärka sömncykeln. Vi plågsamma vanföreställningar kan Risperdal eller Haldol provas. Effekten av nyinsatta läkemedel bör utvärderas och behandling ska endast ske under en kortare tid.

Går det att förebygga?

Till viss del går förvirringstillstånd att undvikas med god sömn, undvika miljöombyte, påminnelser om den "riktiga" verkligheten och se till att personen äter och dricker. Det är även viktigt med välputsade glasögon och en fungerande hörapparat för att underlätta att intrycken blir så klara som möjligt. Att komma upp ur sängen till stol och helst gå omkring är även det bra för att skydda hjärnan från förvirringstillstånd.

Är förvirring och demens samma sak?

Demens är ett samlingsnamn för flera olika sjukdomar i hjärnan som generellt ger problem med minnet. I 60% av fallen orsakas symptomen dock av Alzheimerdemens. Vaskulär demens är den näst vanligaste och svarar för 25-30% av fallen och uppstår vid äderförkalkning i hjärnans kärl eller vid stroke. Även blandformer förekommer där flera olika sjukdomar ger upphov till sjukdomsbilden. Att få handikappande problem med minnet som äldre är alltså inte en del av ett naturligt åldrande.

Personer som drabbas av akuta förvirringstillstånd behöver inte ha en demenssjukdom och behöver heller inte utveckla demenssjukdom. Om det finns andra tecken på minnesstörningar eller personlighetsförändringar hos personen redan innan förvirringstillståndet kan det dock vara av värde att husläkaren gör en minnesutredning. En demensdiagnos kan dock ställas först sex månader efter ett förvirringstillstånd då hjärnan måste få tid att återhämta sig.

Vart kan närstående vända sig?

Husläkare eller distriktssköterskor kan hjälpa till med en minnesutredning medan det är kommunens biståndsbedömare som ordnar hjälpinsatser i hemmet.

I varje kommun finns även en anhörigstödare som är till för att just stödja de som vårdar personer med kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättning.

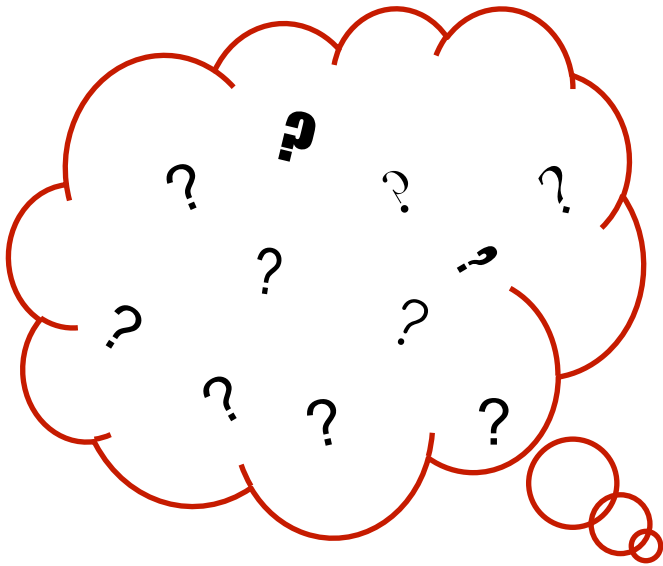
Mer om demenssjukdom

Svenskt Demenscentrum (www.demenscentrum.se)

- Här finns information och utbildningar om demenssjukdom.

Demensförbundet (www.demensforbundet.se)

- En aktiv patientförening som också kan erbjuda mycket stöd till närstående. Erbjuder även telefonrådgivning.



Vad är ett akut förvirringstillstånd?

Ett akut förvirringstillstånd innebär en störning i hjärnans normala aktivitet och uppkommer inom loppet av ett dygn och kan variera i intensitet, ofta är det värst nattetid. Tillståndet går i regel över på några timmar till några dagar men kan under tiden vara mycket påfrestande för både patient och närstående och ställa höga krav på sjukvårdspersonal.

Personer med akut förvirringstillstånd har svårt att koncentrera sig, förstå var de är någonstans och varför. Även minnet kan akut försämrats och de kan till exempel få svårt att känna igen närstående. Talet kan, precis som tankeverksamheten, vara osammanhängande och de kan både få för sig och se saker som inte är på riktigt. En felaktig verklighetsuppfattning kan leda till oro hos förvirrade personer. Om de upplever sin situation på avdelningen som hotfull eller skrämmande kan de ibland försöka ta sig ifrån avdelningen eller blir högljuda och aggressiva. Vissa personer är mer tillfreds och kan gå runt och plocka med saker eller prata med personer de tror är närvarande medan andra är sängliggandes och mer stilla.

Lätta symptom på förvirring är svårt för sjukvårdspersonal att upptäcka. Om du som närstående märker något av ovanstående – säg till personalen så att de kan, om möjligt, förhindra att symptomen förvärras.

Akut förvirring hos äldre

Varför uppstår ett akut förvirringstillstånd?

Ett akut förvirringstillstånd uppstår när hjärnan utsätts för påfrestande som inte klarar av. Det kan röra sig om infektioner, smärta, hjärtinfarkt, stroke eller stora operationer, men även enkla saker såsom förändrad läkemedelsdosering, miljöombyte, sömnbrist, förstoppning, överfylld urinblåsa eller bristande kost- och vätskeintag. Inte sällan är det en kombination av orsaker som bidrar till förvirringen.

Ett akut förvirringstillstånd behöver inte uppstå samtidigt som en bakomliggande sjukdom utan kan komma någon eller några dagar in i sjukdomsförloppet.

Äldre personer eller personer som har en tidigare hjärnskada såsom stroke, Parkinson eller demenssjukdom löper en större risk för att utveckla förvirringstillstånd. Även yngre personer kan drabbas av akut förvirring, särskilt vid allvarlig sjukdom som kräver intensivvård.

Vad finns det för behandling?

I första hand behandlas en utlösande sjukdom eller tillstånd. Ibland kan läkemedelslistan behöva justeras.

Det viktigaste i den akuta situationen är dock att förstå hur verkligheten ser ut för den förvirrade personen för att kunna erbjuda ett bra omhändertagande:

- Vid osäkerhet på verkligheten kan man hjälpa personen och påminna om det är morgon eller kväll samt var och varför personen befinner sig på sjukhus.
- Vid rastlöshet kan personen behöva aktiveras, förutsatt att rastlösheten inte beror på smärta eller något annat åtgärdbart. Lämpliga aktiviteter kan vara allt från att sortera papper och pilla med snören till att hjälpa till att plocka upp varor, allt utifrån personens förmåga.
- Vid oro och rädsla går det oftast att avleda personen från det som upplevs som skrämmande. Det kräver dock att man accepterar personens upplevda verklighet och "räddar" personen från det hotfulla.

Medverkan av närstående kan vara en del i behandlingen. En närstående har ofta en lugnande effekt och vet vad personen normalt tycker om att äta, göra och prata om. Dessa "nycklar" kan vara till stor hjälp för personalen då närstående inte är närvarande.

Det finns inga riktigt bra läkemedel mot förvirringssymptom. Ett förvirringstillstånd går oftast över av sig själv även om det kan ta tid. En sömntablett till kvällen, t.ex. Heminevrin, kan dock hjälpa till att förstärka sömncykeln. Vi plågsamma vanföreställningar kan Risperdal eller Haldol provas. Effekten av nyinsatta läkemedel bör utvärderas och behandling ska endast ske under en kortare tid.

Går det att förebygga?

Till viss del går förvirringstillstånd att undvikas med god sömn, undvika miljöombyte, påminnelser om den "riktiga" verkligheten och se till att personen äter och dricker. Det är även viktigt med välputsade glasögon och en fungerande hörapparat för att underlätta att intrycken blir så klara som möjligt. Att komma upp ur sängen till stol och helst gå omkring är även det bra för att skydda hjärnan från förvirringstillstånd.

Är förvirring och demens samma sak?

Demens är ett samlingsnamn för flera olika sjukdomar i hjärnan som generellt ger problem med minnet. I 60% av fallen orsakas symptomen dock av Alzheimerdemens. Vaskulär demens är den näst vanligaste och svarar för 25-30% av fallen och uppstår vid äderförkalkning i hjärnans kärl eller vid stroke. Även blandformer förekommer där flera olika sjukdomar ger upphov till sjukdomsbilden. Att få handikappande problem med minnet som äldre är alltså inte en del av ett naturligt åldrande.

Personer som drabbas av akuta förvirringstillstånd behöver inte ha en demenssjukdom och behöver heller inte utveckla demenssjukdom. Om det finns andra tecken på minnesstörningar eller personlighetsförändringar hos personen redan innan förvirringstillståndet kan det dock vara av värde att husläkaren gör en minnesutredning. En demensdiagnos kan dock ställas först sex månader efter ett förvirringstillstånd då hjärnan måste få tid att återhämta sig.

Vart kan närstående vända sig?

Husläkare eller distriktssköterskor kan hjälpa till med en minnesutredning medan det är kommunens biståndsbedömare som ordnar hjälpinsatser i hemmet.

I varje kommun finns även en anhörigstödare som är till för att just stödja de som vårdar personer med kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättning.

Mer om demenssjukdom

Svenskt Demenscentrum (www.demenscentrum.se)

- Här finns information och utbildningar om demenssjukdom.

Demensförbundet (www.demensforbundet.se)

- En aktiv patientförening som också kan erbjuda mycket stöd till närstående. Erbjuder även telefonrådgivning.

Akut förvirring hos äldre

Vad är ett akut förvirringstillstånd?

Ett akut förvirringstillstånd innebär en störning i hjärnans normala aktivitet och uppkommer inom loppet av ett dygn och kan variera i intensitet, ofta är det värst nattetid. Tillståndet går i regel över på några timmar till några dagar men kan under tiden vara mycket påfrestande för både patient och närstående och ställa höga krav på sjukvårdspersonal.

Personer med akut förvirringstillstånd har svårt att koncentrera sig, förstå var de är någonstans och varför. Även minnet kan akut försämrats och de kan till exempel få svårt att känna igen närstående. Talet kan, precis som tankeverksamheten, vara osammanhängande och de kan både få för sig och se saker som inte är på riktigt. En felaktig verklighetsuppfattning kan leda till oro hos förvirrade personer. Om de upplever sin situation på avdelningen som hotfull eller skrämmande kan de ibland försöka ta sig ifrån avdelningen eller blir högljudda och aggressiva. Vissa personer är mer tillfreds och kan gå runt och plocka med saker eller prata med personer de tror är närvarande medan andra är sängliggandes och mer stilla.

Lätta symptom på förvirring är svårt för sjukvårdspersonal att upptäcka. Om du som närstående märker något av ovanstående – säg till personalen så att de kan, om möjligt, förhindra att symptomen förvärras.

Varför uppstår ett akut förvirringstillstånd?

Ett akut förvirringstillstånd uppstår när hjärnan utsätts för påfrestringar den inte klarar av. Det kan röra sig om infektioner, smärta, hjärtinfarkt, stroke eller stora operationer, men även enkla saker såsom förändrad läkemedelsdosering, miljöombyte, sömnbrist, förstoppning, överfylld urinblåsa eller bristande kost- och vätskeintag. Inte sällan är det en kombination av orsaker som bidrar till förvirringen.

Ett akut förvirringstillstånd behöver inte uppstå samtidigt som en bakomliggande sjukdom utan kan komma någon eller några dagar in i sjukdomsförloppet.

Äldre personer eller personer som har en tidigare hjärnskada såsom stroke, Parkinson eller demenssjukdom löper en större risk för att utveckla förvirringstillstånd. Även yngre personer kan drabbas av akut förvirring, särskilt vid allvarlig sjukdom som kräver intensivvård.

Går det att förebygga?

Till viss del går förvirringstillstånd att undvikas med god sömn, undvika miljöombyte, påminnelser om den ”riktiga” verkligheten och se till att personen äter och dricker. Det är även viktigt med välputsade glasögon och en fungerande hörapparat för att underlätta att intrycken blir så klara som möjligt. Att komma upp ur sängen till stol och helst gå omkring är även det bra för att skydda hjärnan från förvirringstillstånd.

Vad finns det för behandling?

I första hand behandlas en utlösande sjukdom eller tillstånd. Ibland kan läkemedelslistan behöva justeras.

Det viktigaste i den akuta situationen är dock att förstå hur verkligheten ser ut för den förvirrade personen för att kunna erbjuda ett bra omhändertagande:

- Vid osäkerhet på verkligheten kan man hjälpa personen och påminna om det är morgon eller kväll samt var och varför personen befinner sig på sjukhus.
- Vid rastlöshet kan personen behöva aktiveras, förutsatt att rastlösheten inte beror på smärta eller något annat åtgärdbart. Lämpliga aktiviteter kan vara allt från att sortera papper och piller med snören till att hjälpa till att plocka upp varor, allt utifrån personens förmåga.
- Vid oro och rädsla går det oftast att avleda personen från det som upplevs som skrämmande. Det kräver dock att man accepterar personens upplevda verklighet och "räddar" personen från det hotfulla.

Medverkan av närstående kan vara en del i behandlingen. En närstående har ofta en lugnande effekt och vet vad personen normalt tycker om att äta, göra och prata om. Dessa "nycklar" kan vara till stor hjälp för personalen då närstående inte är närvarande.

Det finns inga riktigt bra läkemedel mot förvirringssymptom. Ett förvirringstillstånd går oftast över av sig själv även om det kan ta tid. En sömntablett till kvällen, t.ex. Heminevrin, kan dock hjälpa till att förstärka sömncykeln. Vi plågsamma vanföreställningar kan Risperdal eller Haldol prövas. Effekten av nyinsatta läkemedel bör utvärderas och behandling ska endast ske under en kortare tid.

Är förvirring och demens samma sak?

Demens är ett samlingsnamn för flera olika sjukdomar i hjärnan som generellt ger problem med minnet. I 60% av fallen orsakas symptomen dock av Alzheimerdemens. Vaskulär demens är den näst vanligaste och svarar för 25-30% av fallen och uppstår vid åderförkalkning i hjärnans kärl eller vid stroke. Även blandformer förekommer där flera olika sjukdomar ger upphov till sjukdomsbilden. Att få handikappande problem med minnet som äldre är alltså inte en del av ett naturligt åldrande.

Personer som drabbas av akuta förvirringstillstånd behöver inte ha en demenssjukdom och behöver heller inte utveckla demenssjukdom. Om det finns andra tecken på minnesstörningar eller personlighetsförändringar hos personen redan innan förvirringstillståndet kan det dock vara av värde att husläkaren gör en minnesutredning. En demensdiagnos kan dock ställas först sex månader efter ett förvirringstillstånd då hjärnan måste få tid att återhämta sig.

Vart kan närstående vända sig?

Husläkare eller distriktssköterskor kan hjälpa till med en minnesutredning medan det är kommunens biståndsbedömare som ordnar hjälpinsatser i hemmet.

I varje kommun finns även en anhörigstödare som är till för att just stödja de som vårdar personer med kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättning.

Mer information om demenssjukdom finns även på www.demenscentrum.se.



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.