



Ansvarig för riktlinje medicinskt ansvarig sjuksköterska	Gäller från 2018-07-16
Cecilia Linde cecilia.linde@solna.se	Revideras 2020-07-16

Riskbedömningar, åtgärder, uppföljning av fall, munhälsa, undernäring och trycksår samt registrering i Senior alert. Riskbedömning skyddsåtgärd

Innehåll

Systematik.....	2
Senior Alert.....	2
Utvecklingsarbete för riskbedömningar och registrering i Senior alert.	3
Ansvarsområden.....	3
Fallriskbedömning.....	4
Fallolyckor och rapportering	5
Tips för att förebygga fallolyckor.....	5
Riktlinjer för att förebygga trycksår	6
Riskbedömning trycksår	6
Riktlinjer för att förebygga undernäring.....	7
Riskbedömning undernäring.....	8
Riktlinje munhälsa	8
Riskbedömning munhälsa	9
Avvikelse rapportering till Solna stads MAS	9
Riktlinje skyddsåtgärder.....	9

Att förebygga fall, undernäring, trycksår samt arbeta för god munhälsa är viktiga områden för äldre och sköra. Senior Alert bygger på ett förebyggande arbetssätt med tre grundtankar vilka är systematik, struktur med ett tydligt resultat.

Dessa områden är kopplade till varandra. En person med dålig munhälsa äter sämre vilket kan leda till undernäring. En undernärd person har lättare att falla och få en höftfraktur vilket kan leda till större risk att utveckla trycksår. Dessa risker finns för patienter/boende inom olika verksamheter oavsett huvudman. De evidensbaserade instrumenten för riskbedömning tillsammans med evidensbaserade åtgärder hämtade från vårdprogram skapar en struktur att arbeta efter.

Systematik

Samtliga patienter/boende på vård- och omsorgsboende (vid behov genomförs även riskbedömningar inom LSS) riskbedöms genom evidensbaserade instrument som

- Modifierade Norton skalan som är ett bedömningsinstrument som visar risk för att utveckla trycksår.
- SF-MNA (Short form-Mini Nutritional Assessment) bedömer risk för felnäring/undernäring (utökad MNA är möjligt att välja till).
- Downton Fall Risk Index (DFRI) bedömer fallrisk.
- ROAG vid -munhälsobedömning

Vid inflyttning till särskilt boende ska riskbedömningar genomföras och dokumenteras inom 7 dygn. Insatta åtgärder skall följas upp regelbundet och ny riskbedömning genomförs var 6:e månad samt vid behov.

Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och medverkar till utvecklandet av nya förebyggande arbetssätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård oavsett vem som tillhandahåller vården.

Teamarbetet överbryggas gränser och främjar kontinuiteten i hälso- och sjukvården.

En nationell och gemensam databas skapar förutsättningar för att utvärdera vården och omsorgen samt att jämföra olika enheters arbete med att förebygga och behandla skador.

Registret erbjuder möjligheter att utforma nya arbetssätt. Genom att ta tillvara och använda insamlad data kan verksamheten stärkas, förbättras, utveckla och värdera vårdens och omsorgens kvalitet. Senior alert erbjuder en ny dimension för kompetensutveckling för personal inom vård och omsorg.

Senior alert är ett webbaserat register som är åtkomligt via inloggning på internet.

www.senioralert.se

Utvecklingsarbete för riskbedömningar och registrering i Senior alert.

Omvårdnadsförvaltningens ledningsgrupp beslutade att registrering i kvalitetsregistret Senior Alert skulle införas på alla vård- och omsorgsboende i Solna stad den 1 februari 2011

Alla vård- och omsorgsboende ska skapa en lokal rutin för hur teamarbete med att utföra riskbedömningar för fall, nutrition, trycksår och munhälsa ska genomföras. I den lokala rutinen ska det även framgå hur registrering i Senior Alert ska genomföras.

- Det är vård- och omsorgsboendets lokala koordinatörer som ger behörig för användare att registrera i Senior alert.
- Vem/vilka som ska registrera i registret ska framgå av den lokala rutinen.
- Riskbedömningar ska göras av ett team som bör bestå av arbetsterapeut, Fysioterapeut/sjukgymnast, sjuksköterska och omvårdnadspersonal, läkare bör medverka när så krävs.
- Riskbedömningar ska göras vid inflyttning till vård- och omsorgsboendet samt vid förändringar i hälsotillståndet, som påverkar risken för fallolyckor, undernäring, trycksår risk för försämrad munhälsa. Uppföljning av insatta åtgärder ska ske regelbundet och ny riskbedömning genomföras minst en gång per halvår.
- Teamet ska formas efter patients/boendes behov. Patienten/boende ska göras delaktig och närstående skall också involveras.

Ansvarsområden

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att:

- Uppmuntra till att utföra riskbedömningar
- Följa upp riktlinjen samt vid behov revidera
- Göra en sammanställning av samtliga fall inom särskilda boende och rapportera till omvårdnadsnämnden via patientsäkerhetsberättelsen.

Verksamhetschefen ansvarar för att:

- Att det finns tillgång till utrustning, personal och lokaler som behövs för att kunna ge

en säker och trygg vård.

- Att personalen har kunskap och kännedom om riskbedömning och arbetar förebyggande.
- Att det finns lokala rutiner kring riskbedömning

Sjuksköterskan ansvarar för att:

- Genomföra riskbedömning när ny boende flyttar in, följa upp insatta åtgärder samt genomföra nya riskbedömningar var 6:e månad eller tidigare vid behov.
- Dokumentera i omvårdnadsjournalen
- Handleda personal
- Registrera i Senior Alert.

Fysioterapeuten/Sjukgymnasten ansvarar för att:

- Medverka vid riskbedömning gör när ny boende flyttar in, följa upp insatta åtgärder samt medverka vid ny riskbedömning var 6:e månad samt vid behov
- Dokumentera i omvårdnadsjournalen
- Handleda personal i fallprevention
- Förskriva hjälpmedel

Arbetsterapeutens ansvarar för att:

- Medverka vid riskbedömning när ny boende flyttar in, följa upp insatta åtgärder samt medverka vid ny riskbedömning var 6:e månad samt vid behov
- Dokumentera i omvårdnadsjournalen
- Förskriva hjälpmedel
- Handleda personal

Undersköterskan/vårdbiträde ansvarar för att:

- Medverka vid riskbedömning , utföra insatta åtgärder samt medverka vid uppföljningar.
- Arbeta förebyggande och medverka i det vårdpreventiva arbetet.
- Kontakta hälso- och sjukvårdspersonal vid förändrat hälsotillstånd hos den boende
- Dokumentera i socialjournal/genomförandeplan.

Fallriskbedömning

- Sjuksköterskan, kontaktperson/omvårdnadspersonal tillsammans med fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut och läkare bildar ett team runt patienten/boende.
- Fallriskbedömning ska göras inom 7 dygn efter inflyttning till särskilt boende, insatta åtgärder ska följas upp regelbundet samt ny riskbedömning genomförs var 6:e månad eller tidigare vid behov tex vid fallolycka eller förändringar i hälsotillståndet.
- Down Fall Risk Index blankett för bedömning av risk för fallskada ska användas och finns i Senior Alert.

- Dokumentation ska göras i Senior Alert och i omvårdnadsjournalen.
- Fallanalys efter fall, ingår i avvikelshantering/avvikelse rapportering.
- Dokumentation av fallanalys ska göras i omvårdnadsjournalen

Fallolyckor och rapportering

- När en boende fallit/ramlat ska kontakt med sjuksköterska alltid tas.
- Personal som upptäcker en fallolycka ska skriva en Avvikelse rapport-Fall som lämnas till sjuksköterskan enligt lokal rutin. Blankett finns på MAS hemsida under hälso- och sjukvårdsrutiner-Avvikelser.
- Fallolycka skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen.
- Tillsammans gör sjuksköterska, paramedicinare och omvårdnadspersonal en fallanalys och vidtar åtgärder för att förebygga ytterligare fallolycka. Läkare ska informeras vid varje fall och medverka i teamarbetet i samband med fallronder som ska ske regelbundet.
- Vid fallolycka som medfört skada som fraktur eller byte av vårdnivå ska verksamhetschefen informera MAS
- MAS beslutar efter fallanalys och internutredning om fallolyckan skall anmälas vidare till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Fallanalys efter fallolycka ingår i avvikelshantering/avvikelse rapportering.
- Dokumentation av fallanalys ska göras i omvårdnadsjournalen

Tips för att förebygga fallolyckor

- Använd halkskydd under mattan alt dubbelhäftande tejp eller ta bort mattan
- Handtag på lämpliga ställen i lägenheten. Vid t.ex. badrumsdörren, duschen och sängen
- Lösa el- och telefonsladdar på golvet fästs med självhäftande lister, stift eller använd sladdvinda
- Stadiga skor. Se upp med snedgångna klackar.
- Hjälpmedel i badrum t.ex. duschpall, halkmatta, handtag.
- Telefon kanske behövs en extra telefon eller sladdlös telefon
- Belysning i lägenheten, flerpunktsbelysning, med god ljusstyrka. Nattbelysning i anslutning till toaletten. Sensorlampa som tänds när någon rör sig i rummet. Timer som startar på kvällen.
- Toalettbesök, kanske kan en fristående toalett eller urinflaska kan underlätta. Färgad plast bakom toalettstolen. Markera toalettdörren och dess handtag samt toaletttringen. Prova att ha toalettlanpan tänd.
- Utprovade hjälpmedel finns tillgängliga. Regelbundna kontroller av hjälpmedel.
- Bedöm behov av toalettassistans samt behov av stöd av regelbundna toalettbesök/toalettschema
- Se över näringsintag finns behov av mellanmål och nattmål

Läkemedelsgenomgång

Läkemedelsgenomgång för att kartlägga om något läkemedel ger den boende en ökad fallrisk. Läkemedelsgenomgång förbereds med hjälp av PHASE och genomförs tillsammans med ansvarig läkare.

Andra hjälpmedel

Används glasögon och hörapparat. Finns behov av nya glasögon

Riktlinjer för att förebygga trycksår

Trycksår är en komplikation och orsakar stort lidande för patienten/boende. Ett trycksår är en lokal skada och ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv. Trycksår kan även uppstå om ett föremål trycker mot huden. Vissa trycksår är i vissa fall oundvikliga på grund av fysiologiska hudförändringar i samband med döendet så kallade Kennedy terminal ulcer . Cirkulationen i huden minskar och i dessa fall kan trycksår vara mycket svårt att undvika trots förebyggande åtgärder.

Skjuv

Skjuv uppstår när olika vävnadslager förskjuts i förhållande till varandra. Skjuv kan uppstå när en persons huvudända höjs och personen glider ned i sängen, detta kan även uppstå i stol eller rullstol. Friktion eller skjuv uppstår när en person dras och inte lyfts i sängen. Det kan även uppstå när en kroppsdel gnids mot underlaget.

Riskbedömning trycksår

Riskbedömning ska göras inom 7 dygn efter inflyttning till särskilt boende, insatta åtgärder ska följas upp regelbundet samt ny riskbedömning genomförs var 6:e månad eller tidigare vid behov tex förändringar i hälsotillståndet.

Riskbedömning genomförs med hjälp av Nortonskalan hudinspektion samt en klinisk bedömning

Dokumentation i omvårdnadsjournal och i Senior Alert

Dokumentation ska göras i omvårdnadsjournalen och i det nationella registret Senior Alert. Riskbedömning, hudinspektion, förebyggande åtgärder och resultat ska dokumenteras och journalföras enligt hälso- och sjukvårdslagen. En korrekt dokumentation är en förutsättning för att kvalitetssäkra insatta åtgärder. Vårdplan ska upprättas vid risk för sår eller vid utvecklat sår. En noggrann beskrivning av trycksårets utseende och fotografi skall ingå i dokumentationen

Trycksår definieras enligt följande:

- Kategori 1 Rodnad som inte bleknar vid tryck (kvarstående missfärgning med hel hud)

- Kategori 2 Delhudsskada (ytlig epitelskada, spricka eller avskavning av huden)
- Kategori 3 Fullhudsskada
- Kategori 4 Djup fullhudsskada

Trycksårsprevention.

Alla personer med risk för trycksår eller med trycksår kategori 1 ska ordinerats en tryckreducerande eller tryckavlastande madrass i sängen och dyna i stol/rullstol. Hälar ska hållas lyfta från underlaget. Glöm inte att kontrollera att örat inte är ”vikt” när personen ligger på sidan.

Vändschema/lägesförändring

Vändschema ska vid behov användas för planerade lägesändringar i säng och stol/rullstol. Lägesändring anses som en av de viktigaste och mest effektiva metoderna för att förebygga trycksår.

Hudvård

Fuktig hud har rapporterats vara en stor riskfaktor för att utveckla trycksår. Håll huden torr, mjuk och smidig.

Nutrition

Ofrivillig viktnedgång, ätsvårigheter och undervikt är faktorer som ska beaktas när risk för trycksår bedöms. Riskbedömning enligt modifierad Nortonskalan, finns i Senior Alert och skall göras vid inflyttning, åtgärder vidtas samt följas upp.

20 poäng = innebär ökad risk för trycksår och en aktiv trycksårsprofylax/skärpt total omvårdnad ska ges.

Information till boende, anhöriga/närstående

Boende och anhöriga/närstående ska vara delaktiga i vården så mycket som det går. Risker för trycksår, åtgärder och behandling ska förklaras och diskuteras.

Information till omvårdnadspersonalen

Det är viktigt att omvårdnadspersonalen är väl informerad och delaktigt i det förebyggande arbetet samt i omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan har ordinerat.

Information till annan vårdgivare

Vid byte av vårdnivå ska det framgå av dokumentation som följer med patienten om förebyggande åtgärder ska upprätthållas eller om patienten har ett trycksår/tryckskada.

Riktlinjer för att förebygga undernäring

Undernäring är enligt socialstyrelsens definition:

Tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och

ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning, funktion eller av en persons sjukdomsförlopp.

Undernäring har allvarliga konsekvenser för äldre och sköra personer varpå det vårdpreventiva arbetet är mycket viktigt då undernäring är lättare att förebygga än att behandla.

Undernäring utvecklas över tid då kroppens reserver minskar när förbrukningen av energi och andra näringsämnen är större än intaget .

Riskbedömning undernäring

Riskbedömning ska göras inom 7 dygn efter inflyttning till särskilt boende, insatta åtgärder ska följas upp regelbundet samt ny riskbedömning genomförs var 6:e månad eller tidigare vid behov tex förändringar i hälsotillståndet.

En specifik rutin för att förebygga undernäring har tagits fram av Solna stad.

Nutritionshandboken ska följas och finns på MAS hemsida under Relaterande dokument.

<https://www.solna.se/sv/familj-omsorg/aldreomsorg/halso-och-sjukvard/medicinskt-ansvarig-sjukskoterska/halso-och-sjukvardsrutiner/>

Dokumentation i omvårdnadsjournal och i Senior Alert

Dokumentation ska göras i omvårdnadsjournalen och i det nationella registret Senior Alert.

Vårdplan ska upprättas vid undernäring eller vid risk för undernäring

Riktlinje munhälsa

En god munhälsa är en viktigt för varje människas välbefinnande och livskvalitet. En frisk munhåla underlättar en fullvärdig nutrition där förmågan att tugga och svälja samt uppleva smaker är viktigt. Munvården måste ses som en del av vården och ingå i den dagliga rutinen. Att hjälpa en person med munhygien bygger på ett stort förtroende där personens egna önskemål styr.

Det är viktigt med mun- och tandvård om man är äldre eller har en funktionsnedsättning. Många har kvar sina egna tänder även när de blir gamla. Det är viktigt att regelbundet kontrollera sin tandhälsa. Alla som bor på särskilt boende har rätt att få en årlig bedömning av munhälsan och annan nödvändig tandvård.

Munvården ska följas upp regelbundet för att i tid upptäcka ett ökat hjälpbehov.

Aktuell dokumentation om munvården ska finnas i den boendes omvårdnadsjournal.

Riskbedömning munhälsa

Riskbedömning ska göras inom 7 dygn efter inflyttning till särskilt boende, insatta åtgärder ska följas upp regelbundet samt ny riskbedömning genomförs var 6:e månad eller tidigare vid behov tex förändringar i hälsotillståndet.

Se rutin Munhälsa på MAS hemsida där även information om tandvårdintyg finns.

<https://www.solna.se/sv/familj-omsorg/aldreomsorg/halso-och-sjukvard/medicinskt-ansvarig-sjukskoterska/halso-och-sjukvardsrutiner/>

Dokumentation i omvårdnadsjournal och i Senior Alert

Dokumentation ska göras i omvårdnadsjournalen och i det nationella registret Senior Alert. Vårdplan ska upprättas vid risk för bristande munhälsa.

Avvikelse rapportering till Solna stads MAS

MAS skickar varje månad ut en webbenkät till verksamhetscheferna för alla vård- och omsorgsboende i Solna. MAS sammanställer avvikelser och redovisar för omvårdnadsnämnden i patientsäkerhetsberättelsen samt fortlöpande via infobrev till verksamheterna under året.

Nationell punktprevalensmätning via SKL

Alla vård- och omsorgsboende skall delta i denna årliga mätning vars syfte är att ligga till grund för utvecklings- och förbättringsåtgärder. Förbättringsarbete är till för att minska förekomsten av trycksår och fallolyckor. Punktprevalens mätningen består av observation, riskbedömning och journalgranskning.

<https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden.4629.html>

Riktlinje skyddsåtgärder

Hälso- och sjukvårdslagen, Socialtjänstlagen och LSS lagstiftningen bygger på frivillighet och innebär att man inte kan vidta åtgärder mot den enskildes vilja. Det innebär att den enskildes säkerhet måste tillgodoses utifrån de bestämmelser som gäller för hälso- och sjukvården, socialtjänsten och LSS lagstiftning. Åtgärder för att förebygga risker ska hanteras som tidigare enligt hälso- och sjukvårdslagen.

När anpassning av omgivningen måste vidtas ska en individuell bedömning göras. Bedömningen ska göras i team och dokumenteras. Dokumentationen skall innehålla:

- 1) Vilka i teamet som genomför riskbedömningen
- 2) Genomgång av orsaker som kan ligga till grund att behov av skyddsåtgärder finns. Till exempel oro nattetid som leder till att behov av skyddsåtgärd sänggrind finns. Har underliggande orsaker till oro undersökts såsom smärta, urinträngning, läkemedelsrelaterad oro, omgivande miljö mm.
- 3) Vilka åtgärder har provats innan skyddsåtgärd blir aktuellt, uppföljning och utvärdering av dessa. Finns det åtgärder som inte testats men bör provas innan användning av skyddsåtgärd blir aktuell.
- 4) Vilken skyddsåtgärd är aktuell och vilka risker finns det i användandet av skyddsåtgärden.
- 5) Hur samtycke inhämtats från den enskilde (samtycke kan inte inhämtas av närstående, god man eller förvaltare)
- 6) Åtgärder som ska vidtas om skyddsåtgärden ej kan användas till exempel vid situation då den enskilde inte samtycker vid användandet
- 7) Hur skyddsåtgärden, eventuella risker, åtgärder och uppföljning om kopplat till detta kommuniceras till berörd personal.
- 8) Finns närstående som bör informeras
- 9) När i tid ska skyddsåtgärden följas upp och utvärderas, vilka i teamet ska delta i utvärderingen.

Vem som ansvarar för vilken del av den individuella bedömningen ska dokumenteras.

Läs:

Meddelandeblad 12/2013 från Socialstyrelsen

Finns att läsa på: www.socialstyrelsen.se

<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2014januari/nyttmeddelandeblodomtvangs-ochskyddsatgarder inomvardochomsorg>

Webbutbildning – för en demensvård utan tvång och begränsning

<http://www.demenscentrum.se/Utbildning/Webbutbildningar1/Nollvision>