

Den vårdpreventiva processen, vårdriktlinje

Riskbedömning

En strukturerad riskbedömning ska genomföras snarast efter ankomst. Enbart en riskbedömning med skala räcker inte utan riskbedömningen måste kombineras med klinisk bedömning.

- Använd ett strukturerat bedömningsinstrument tillsammans med klinisk erfarenhet.
- Planera relevanta förebyggande åtgärder.
- Ta fram omvårdnadsplan och följ upp åtgärder.
- Upprepa sedan riskbedömningen så regelbundet och så ofta som patientens tillstånd kräver.
- Dokumentera och kommunicera resultatet av bedömning genom hela vårdkedjan.

En strukturerad riskbedömning ska göras inom samtliga fyra områden: fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen.

Alla professioner inom sjukvården har ett ansvar för att minska antalet uppkomna trycksår och att arbeta preventivt för att förebygga fall och fallskador, undernäring, ohälsa munnen under vårdtiden. Detta ska alltid göras **oavsett ålder**.

Verksamheter ska ha identifierat och beskrivit sina målgrupper för vårdprevention. Målgrupper för riskbedömning kan bland annat vara personer som har nedsatt allmäntillstånd, nedsatt rörelse- och aktivitetsförmåga, hög ålder, är sängliggande eller rullstolsburen, har nedsatt känsel, känslig och skör hud eller redan ett befintligt trycksår.

Följande riskbedömningsinstrument ska användas:

- Trycksår: Modifierad Norton
- Hudbedömning: Inspektera och bedöm huden och klassificera eventuella trycksår
- Undernäring: Tre riskfaktorer för undernäring
- Fall: Två riskfaktorer för fall
- Munhälsa: ROAG

Bedömningsinstrument och blanketter finns på senioralert.se.

Längd

Aktuell längd ska finnas på alla patienter. Mäts i stående eller liggande med hjälp av mätsticka. Information om längdmätning finns på sida Praktiska verktyg - Senior alert.

Vikt

Patienten ska vägas vid in- och utskrivning. Information om vägning finns på sida Praktiska verktyg - Senior alert.

Delaktighet

Medvetandegör patient, närstående och berörd personal om patientens riskområden.

Ha en dialog med samt erbjud patient och närstående skriftlig information angående risker och vårdpreventiva åtgärder. Till hjälp finns folder "Din säkerhet på sjukhus samt "Goda vanor". Det finns mycket patienten kan göra själv för att förebygga en vårdskada.

Bakomliggande orsaker

Inför planering om vilka vårdpreventiva åtgärder som är relevanta är det viktigt att personal tillsammans med patienten värderar varför en risk finns. Utgå från patientens anamnes och egna berättelse.

Förebyggande åtgärder

Om risk/risker finns ska personcentrerade relevanta vårdpreventiva åtgärder planeras och genomföras omgående efter gjord riskbedömning. Utgå från Generell Vårdplan (GVP) fall/trycksår/nutrition/munhälsa.

Förebyggande åtgärder finns beskrivna i Vårdhandboken och i Senior alert.

Se vidare under varje specifikt område.

Utvärdering av insatta åtgärder

Varje yrkesgrupp följer löpande upp de insatta vårdpreventiva åtgärder som de har ansvar för under vårdtiden.

Rutiner i samband med utskrivning av patienter med risk:

- Ta ny vikt
- Gör ny inspektion och bedömning av huden
- En samlad uppföljning av vilka åtgärder som blivit utförda samt dess effekter
- Utvärdera mål i Generell Vårdplan, GVP

Överrapportering till annan vårdgivare

När patienten skrivs ut till annan vårdgivare ska överrapportering ske (om ett samtycke ges). Då avseende:

- Risker och inte bara riskpoäng
- Utförda förebyggande åtgärder
- Ange uppkomna händelser; fall, trycksår, viktnedgång och ohälsa i munnen
- Rekommendera fortsatta åtgärder vid behov
- Överrapportering ska ske i omvårdnadsepikrisen