Vårdpreventivt arbete vid risk för fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen, blåsöverfyllnad och vårdrelaterad urinvägsinfektion

Bakgrund

Region Norrbottens vision är att ingen patient ska drabbas av en undvikbar vårdskada [1] under sin vårdperiod och målet är att succesivt minska antalet vårdskador.

Vårdpreventivt arbete syftar till att tidigt upptäcka patienter med risk för vårdskador och att snabbt sätta in förebyggande åtgärder. Denna anvisning omfattar riskområdena nedan och du kan snabbt hitta i dokumentet via länkarna;

- Fall
- Trycksår
- Undernäring (mallnutrition)
- Ohälsa i munnen
- Blåsöverfyllnad/urinretention
- Vårdrelaterad urinvägsinfektion (VUVI)

Fall är en händelse då en person oavsiktligt hamnat på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller inte. Som fall räknas även när en person rullar ur sängen eller glider ner på golvet från en stol.

Trycksår är en lokal skada i hud och/eller underliggande vävnad, vanligtvis över benutskott, som är ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv. Tryck uppstår när kroppstyngd mot underlaget ger upphov till lokal syrebrist som leder till vävnadsskada samt/eller av skada i muskelceller där ben möter muskelvävnad.

Trycksår kan uppstå på alla delar av kroppen och det är inte ovanligt att en person har mer än ett trycksår. Det kan förekomma att patienter har trycksår innan patienten kom till hälso- och sjukvården. Oavsett vilket är det viktigt att upptäcka trycksåren och planera för behandlande åtgärder.

Undernäring (malnutrition) uppstår när en person under lång tid förbrukar mer energi eller andra näringsämnen än vad hon får i sig. Undernäring är ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen orsakar mät-

[1] Vårdskada är skada på patient som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården

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

Ohälsa i munnen uppstår lätt vid sviktande hälsa. Svårigheter att sköta sin egen munvård, olika sjukdomstillstånd och vissa läkemedel ökar risken för bristande munhälsa. Ohälsa i munnen kan leda till lunginflammation, smärta, blodförgiftning, undernäring och försämrad livskvalitet.

Blåsöverfyllnad/urinretention drabbar ett stort antal patienter i samband med sjukhusvård. På grund av att olika sjukdomstillstånd ökar risken för svårigheter att tömma urinblåsan. Om urintömningsbesvären leder till en överfylld urinblåsa kan detta orsaka framtida svårigheter att tömma eller att lagra urin.

Vårdrelaterad urinvägsinfektion (VUVI) är en av de vanligaste vårdrelaterade infektionerna och orsakas ofta av kvarliggande urinkatetetrar (KAD). VUVI leder till ökad sjuklighet, dödlighet, förlängd vårdtid och ökade kostnader. Då kvarliggande urinkateter (KAD) är den dominerade orsaken till VUVI bör förebyggande åtgärder främst inriktas mot att skärpa indikationer för insättning av KAD, begränsa tiden för behandling och prioritera andra former för blåstömning.

Lagrum och styrande förutsättningar

- SFS 2010:659 Patientsäkerhetslagen
- SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet
- HSLF-FS 2017:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete

Syfte

Tidigt identifiera patienter med risk för fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen, blåsöverfyllnad, vårdrelaterad urinvägsinfektion och förebygga att vårdskada uppstår eller förvärras.

Omfattning

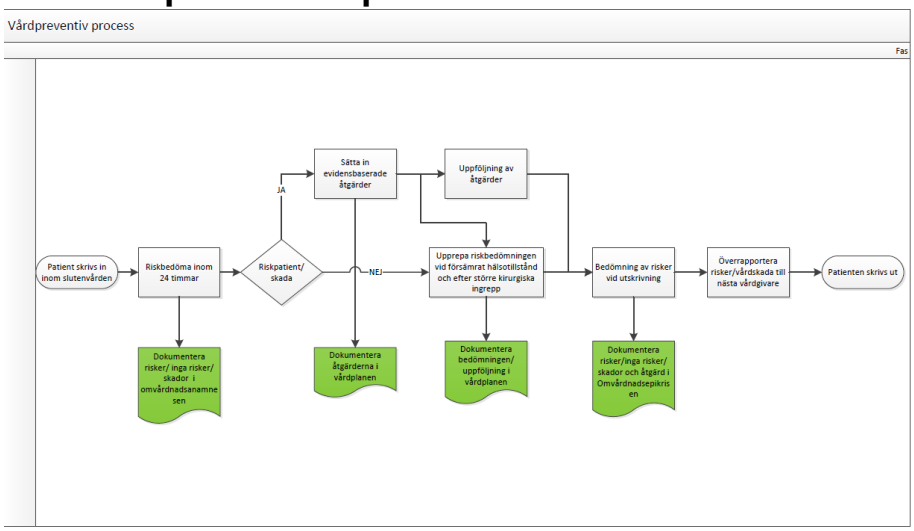
Denna anvisning omfattar alla inneliggande patienter som har sjukdom/hälsotillstånd som ökar risken för vårdskada samt de patienter som är 70 år eller äldre. Bedömningsinstrument ska användas för att göra en strukturerad bedömning.

Roller/Ansvarsfördelning

Verksamhetschef ansvarar för att lokala rutiner upprättas så att patienter/patientgrupper med risk identifieras, riskbedömningar utförs och relevanta åtgärder vidtas inom verksamheten. Verksamhetschefen har även ansvar att det finns rutiner för att leda och följa upp det vårdpreventiva arbetet.

Tjänstgörande sjuksköterska/undersköterska ansvarar för att riskbedömning genomförs och att relevanta åtgärder sätts in samt att dessa utvärderas.

Den vårdpreventiva processen



Se processbeskrivning i separat dokument

Fall

En fallhändelse är då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller inte. Det innebär att det inte bara är när någon snubblar eller halkar som anses som fall, utan även när någon rullar ur sängen eller glider ner på golvet från en stol/säng.

En fallskada definieras som fysisk skada av fall som inträffat under sjukhus-/vårdtillfället. Både fallhändelse och fallskada ska rapporteras som en avvikelse i IT-stödet Synergi.

Fallskadan ska betraktas som undvikbar bl. a. om:

- fallriskbedömning och riskidentifiering inte utförts.
- adekvata förebyggande individuella åtgärder inte vidtagits eller uppföljning och justering av insatta åtgärder inte gjorts.
- relevanta biverkningar av läkemedel inte uppmärksammats och behandlingen justerats på adekvat sätt.
- nutrition, vätsketillförsel och elektrolytkontroll inte varit adekvat
- förebyggande åtgärder inte vidtagits i den fysiska vårdmiljön trots att den innehåller allmänna, förutsägbara risker.

Fallriskbedömningen genomförs med hjälp av bedömningsinstrument på de patienter som har sjukdom/hälsotillstånd som innebär ökad risk för fall samt på de patienter som är 70 år eller äldre.

Bedömningen inleds med två obligatoriska frågor (se åtgärdspaket ”Fall och fallskador”);

- Fall och fallskador: Åtgärder för att förebygga (Sveriges Kommuner och Landstings åtgärdspaket)

Jakande svar på någon av frågorna visar på risk för fall och relevanta åtgärder ska sättas in. Vid osäkerhet över vilka de bakomliggande orsakerna är till ökad risk fall ska en utvidgad fallriskbedömning genomföras med hjälp av bedömningsinstrument:

- Downton Fall Risk Index (DFRI) för fall

Vid ankomst/inskrivning

Riskbedömning samt preventiva åtgärder för fall genomförs direkt vid patientens inskrivning/ankomst till slutenvård. Riskbedömningen ska dokumenteras inom 24 timmar i journal samt överrapporteras. Om riskbedömningen upplevs svårbedömd så bör sjuksköterska och undersköterska utföra den tillsammans och vid behov fråga efter hjälp av annan profession.

Vid skyddsåtgärder som larm via sensor/matta/madrass, grind eller grensele ska patientens samtycke inhämtas och dokumenteras. Om samtycke inte medges dokumenteras detta i journal.

Åtgärder vid risk för fall

Innan insättning av åtgärd måste vårdgivaren överväga ifall åtgärden medför någon risk. Nedan presenteras förslag på användbara generella åtgärder hämtade från Senior alerts åtgärdsförslag:

- information om att vara försiktig vid förflyttning och begära hjälp vid förflyttning.
- anpassa miljö och personliga hjälpmedel (exempelvis nära till toalett, larmsignal, glasögon, skor, halksockor, gånghjälpmedel, sänggrindar, belysning, sladdar på golvet).

Om möjligt placera patienten i vårdrummet, nära plats där personal ofta vistas/passerar ex sjuksköterskeexpedition för att optimera tillsynsbehov.

- regelbundna toalettbesök.
- mobilisera patienten regelbundet med promenader.

Information

Patient och närstående ska informeras om genomförd riskbedömning och vidtagna åtgärder av ansvarig sjuksköterska eller undersköterska.

Patient som har drabbats av en vårdskada ska informeras om;

- att det inträffat en händelse som har medfört en vårdskada.
- vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.
- möjligheten att anmäla klagomål till verksamheten/Patientnämnden.
- möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799), Patientförsäkringen (LÖF) eller från läkemedelsförsäkringen.
- patientnämndernas verksamhet

Dokumentation

Dokumentationen sker i patientens vårdadministrativa journal (VAS). Lägg upp längd och vikt i VD10, så kommer det automatiskt in i formuläret PA15 där man kan se BMI. Vikt ska registreras en gång/vecka om inte annat ordineras.

- Genomförd fallriskbedömning dokumenteras i VAS omvårdnadsanamnes (OVA) enligt separat rutin.

Insatta åtgärder dokumenteras i VAS omvårdnadsjournal där en vårdplan upprättas. Delmål kan anges som innebär förväntat resultat. Vårdplanen ska ge en bild av vad omvårdnaden ska fokuseras på under vårdtillfället och insatta åtgärder.

- Åtgärder som satts in under vårdtiden dokumenteras under sökordet ”Åtgärdskod”.

Vid länge vårdtid än två veckor, vid markanta förändringar av hälsotillstånd samt inför utskrivning genomförs en ny riskbedömning i syfte att optimera överrapportering till annan vårdgivarnivå.

Rapportera patientens risker och insatta omvårdnadsåtgärder till nästa vårdnivå genom att dokumentera;

- fallriskbedömning och åtgärd i omvårdnadsepikris (OVE) enligt separat rutin samt i Life Care/vårdplan.
- uppgift om den information som har lämnats till patienten ska antecknas i patientjournalen.

Trycksår

Trycksår kategori 1-4 samt trycksår kategori ”Icke klassificerbart” och ”Misstänkt djup hudskada”, som uppkommer under sjukhusvård ska betraktas som en undvikbar skada. Händelsen ska avvikelserapporternas i IT-stödet Synergi. Trycksår som uppkommer t ex till följd av gips, ortos eller protes ska oftast betraktas som en undvikbar skada.

Riskbedömningen genomförs med hjälp av bedömningsinstrumenten på de patienter som har sjukdom/hälsotillstånd som innebär ökad risk för vårdskada samt på de patienter som är 70 år eller äldre.

Bedömningsinstrument:

- Modifierad Nortonskala- (trycksår)

Vid ankomst/inskrivning

Riskbedömning samt preventiva åtgärder för trycksår genomförs direkt vid patientens inskrivning/ankomst till slutenvård. Hudbedömning sker via inspektion av utsatta kroppsdelar vid ankomsten till enheten. Detta bör göras visuellt men kan även göras genom att fråga patienten om detta anses mer lämpligt med tanke på patientens integritet.

- Utför riskbedömning utifrån Modifierad Norton skala.
- Personer med Nortonpoäng 20 och lägre löper risk att få trycksår. För dessa personer måste minst två relevanta åtgärder sättas in.

Om riskbedömningen upplevs svårbedömd så bör sjuksköterska och undersköterska utföra den tillsammans och vid behov fråga efter hjälp av annan profession.

Åtgärder vid risk för trycksår Norton <20p

Innan insättning av åtgärd måste övervägande ske ifall åtgärden medför någon risk.

- Tryckavlastande madrass/dyna. Överväg om patienten behöver en kudde under knän och smalben för att avlasta hälarna.
- Vändschema/lägesändring i säng/stol, bedöm lämplig intervalltid.
- Kontrollera hudkostymen, en gång per dag eller oftare.
- Håll huden ren, torr och mjuk.
- Tillgodose och följa upp närings och vätskebehovet.

Information

Patient och närstående ska informeras om genomförd riskbedömning och vidtagna åtgärder av ansvarig sjuksköterska eller undersköterska.

Patient som har drabbats av en vårdskada ska informeras om;

- att det inträffat en händelse som har medfört en vårdskada.
- vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.
- möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg.
- möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799), Patientförsäkringen (LÖF) eller från läkemedelsförsäkringen.
- patientnämndernas verksamhet.

Informationen ska lämnas till en närstående till patienten, om patienten begär det eller inte själv kan ta del av informationen.

Dokumentation

Resultatet av riskbedömningen ska dokumenteras under ankomststatus på bedömningsunderlaget.

Dokumentationen sker i patientens vårdadministrativa journal (VAS). Lägg upp längd och vikt i VD10, så kommer det automatiskt in i PA15 där man kan se BMI. Vikt ska registreras en gång/vecka om inte annat ordineras.

Dokumentation av hud och riskbedömning i journalen ska ske inom 24 timmar av den sjuksköterska eller undersköterska som utför riskbedömningen.

- Genomförd riskbedömning dokumenteras i VAS omvårdnadsanamnes (OVA) enligt separat rutin.

Insatta åtgärder dokumenteras i VAS omvårdnadsjournal där en vårdplan upprättas. Delmål kan anges som innebär förväntat resultat. Vårdplanen ska ge en bild av vad omvårdnad ska fokuseras på under vårdtillfället och vilken omvårdnad patienten ska ha.

- Åtgärder som satts in under vårdtiden dokumenteras under sökordet ”Åtgärdskod”.

Vid länge vårdtid än två veckor, vid markanta förändringar av hälsotillstånd samt inför utskrivning genomförs en ny riskbedömning i syfte att optimera överrapportering till annan vårdgivare.

Rapportera patientens risker och insatta omvårdnadsåtgärder till nästa vårdnivå genom att dokumentera;

- bedömning och åtgärd i omvårdnadsepikris (OVE) enligt separat rutin samt i Life Care/vårdplan.
- uppgift om den information som har lämnats till patienten ska antecknas i patientjournalen

Undernäring

Patienter under 70 år är underviktiga om BMI är mindre än 20. Patienter över 70 år är underviktiga om BMI är mindre än 22.

Riskbedömningen genomförs på de patienter som har sjukdom/hälsotillstånd som innebär ökad risk för undernäring samt på de patienter som är 70 år eller äldre. Risk för undernäring föreligger vid en eller flera av riskfaktorerna och då ska relevanta åtgärder sättas in.

Hjälp för riskidentifiering och riskbedömnings av undernäring:

- Undernäring - Åtgärder för att förebygga (Sveriges Kommuner och Landstings åtgärdspaket)

Vid osäkerhet över vilka de bakomliggande orsakerna är till ökad risk för undernäring ska en utvidgad riskbedömning genomföras;

- Mini Nutritional Assessment (MNA) för nutrition

Åtgärder vid risk för undernäring

Innan insättning av åtgärd måste övervägande ske ifall åtgärden medför någon risk.

- Vikt: Samtliga patienter vägs en gång per vecka. Dokumentera vikten i VD 10.
- Mat- och vätskeregistrering: Om patienten inte får i sig tillräckligt i samband med mat- och vätskeregistrering måste intaget kompletteras med extra dryck, mellanmål, kvällsmål, tänk på att bryta nattfastan som inte får vara längre än 11 timmar.
- Sondmat eller parenteral nutrition enligt läkarens ordination.
- Mellanmål: Servera energirika mellanmål.

Information

Patient och närstående ska informeras om genomförd riskbedömning och vidtagna åtgärder av ansvarig sjuksköterska eller undersköterska.

Patient som har drabbats av en vårdskada ska informeras om;

- att det inträffat en händelse som har medfört en vårdskada.
- vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.
- möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg.
- möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799), Patientförsäkringen (LÖF) eller från läkemedelsförsäkringen.
- patientnämndernas verksamhet.

Dokumentation

Resultatet av riskbedömningen ska dokumenteras under ankomststatus på bedömningsunderlaget.

Dokumentationen sker i patientens vårdadministrativa journal (VAS). Lägg upp längd och vikt i VD10, så kommer det automatiskt in i PA15 där man kan se BMI. Vikt ska registreras en gång/vecka om inte annat ordineras.

Dokumentation av hud och riskbedömning i journalen ska ske inom 24 timmar av den sjuksköterska eller undersköterska som utför riskbedömningen.

- Genomförd riskbedömning dokumenteras i VAS omvårdnadsanamnes (OVA) enligt separat rutin.

Insatta åtgärder dokumenteras i VAS omvårdnadsjournal där en vårdplan upprättas. Delmål kan anges som innebär förväntat resultat. Vårdplanen ska ge en bild av vad omvårdnad ska fokuseras på under vårdtillfället och vilken omvårdnad patienten ska ha.

- Åtgärder som satts in under vårdtiden dokumenteras under sökordet ”Åtgärdskod”.

Vid länge vårdtid än två veckor, vid markanta förändringar av hälsotillstånd samt inför utskrivning genomförs en ny riskbedömning i syfte att optimera överrapportering till annan vårdgivare.

Rapportera patientens risker och insatta omvårdnadsåtgärder till nästa vårdnivå genom att och dokumentera;

- bedömning och åtgärd i omvårdnadsepikris (OVE) enligt separat rutin samt i Life Care/vårdplan.
- uppgift om den information som har lämnats till patienten ska antecknas i patientjournalen.

Munhälsa

Riskbedömning för munhälsa ska utföras på alla patienter där munvård utförs. De patienter som har risk för undernäring och patienter över 70 år ska erbjudas att få sin munhälsa riskbedömd.
Bedömningsinstrument;

- ROAG munvårdsbedömning.

Riskbedömning samt preventiva åtgärder för munhälsa genomförs i anslutning till övrig riskbedömning vid patientens inskrivning/ankomst till slutenvård. Riskbedömningen ska dokumenteras inom 24 timmar i journal samt överrapporteras.

Om riskbedömningen upplevs svårbedömd så bör sjuksköterska och undersköterska utföra den tillsammans och vid behov fråga efter hjälp av annan profession.

Åtgärder vid risk för ohälsa i munnen

Innan insättning av åtgärd måste vårdgivaren överväga ifall åtgärden medför någon risk.

Ge patienten förutsättningar att sköta sin munhälsa själv, när detta inte är möjligt ska munvården utföras av vårdpersonal. För patienter som har tendens att samla mat i munnen är det viktigt att få skölja ur munnen efter varje måltid.

- Börja med läppvård,
- Borsta tänderna, om patienten inte kan skölja munnen torka ur med fuktig muntork.
- Håll slemhinnorna fuktiga använd rikligt med saliversättning, Zendium saliva fuktgel eller munspray med olja. Vichyvatten kan användas på muntork som törstsläckare, upprepas ofta.
- Utför eventuell protesvård.
- Svampinfektion i munnen kan behandlas lokalt med Mycostatin enligt ordination.

Information

Patient och närstående ska informeras om genomförd riskbedömning och vidtagna åtgärder av ansvarig sjuksköterska eller undersköterska.

Patient som har drabbats av en vårdskada ska informeras om;

- att det inträffat en händelse som har medfört en vårdskada.
- vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.
- möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg.
- möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799), Patientförsäkringen (LÖF) eller från läkemedelsförsäkringen.
- patientnämndernas verksamhet.

Dokumentation

Dokumentationen sker i patientens vårdadministrativa journal (VAS). Lägg upp längd och vikt i VD10, så kommer det automatiskt in i PA15 där man kan se BMI. Vikt ska registreras en gång/vecka om inte annat ordineras.

Dokumentation av munhälsa och riskbedömning i journalen ska ske inom 24 timmar av den sjuksköterska eller undersköterska som utför riskbedömningen.

- Genomförd riskbedömning dokumenteras i VAS omvårdnadsanamnes (OVA) enligt separat rutin.

Insatta åtgärder dokumenteras i VAS omvårdnadsjournal där en vårdplan upprättas. Delmål kan anges som innebär förväntat resultat. Vårdplanen ska ge en bild av vad omvårdnad ska fokuseras på under vårdtillfället och vilken omvårdnad patienten ska ha.

- Åtgärder som satts in under vårdtiden dokumenteras under sökordet ”Åtgärdskod”.

Vid länge vårdtid än två veckor, vid markanta förändringar av hälsotillstånd samt inför utskrivning genomförs en ny riskbedömning i syfte att optimera överrapportering till annan vårdgivare.

Rapportera patientens risker och insatta omvårdnadsåtgärder till nästa vårdnivå genom att dokumentera;

- bedömning och åtgärd i omvårdnadsepikris (OVE) enligt separat rutin samt i Life Care/vårdplan.
- uppgift om den information som har lämnats till patienten ska antecknas i patientjournalen.

Blåsöverfyllnad/urinretention

Att övervaka urinblåsans volym är en viktig omvårdnadsåtgärd för att förebygga vårdskador orsakade av övertänjning av urinblåsan. Om patienten får en bestående blåsmuskelskada på grund av övertänjning, finns idag ingen medicinsk eller kirurgisk åtgärd som kan återställa urinblåsans funktion.

Blåsöverfyllnad/urinretention är en fyllnad av urinblåsan med ≥ 500 ml vid minst två tillfällen under vårdtiden eller ett tillfälle med ≥ 1000 ml. Händelsen ska avvikelserapporternas i IT-stödet Synergi.

Bedömning risk för blåsöverfyllnad/urinretention och åtgärder

Var alltid observant om patienten beskriver ospecifika smärtor eller obehag i nedre delen av buken. Innan insättning av åtgärd måste vårdgivaren överväga ifall åtgärden medför någon risk.

Urinretention och blåsöverfyllnad diagnostiseras genom blåsscanning efter att patienten fått tillfälle att tömma blåsan. Om tillgång till bladderscanner inte finns eller vid misstanke att den mäter fel (t.ex. gynekologisk cysta, achites mm) ska urintappning övervägas.

Observera; Patienter som genomgår operation har en ökad risk för blåsöverfyllnad och urinretention. Smärta, stress och sängläge försvårar urintömningen och många patienter har stora blåsvolymer redan innan operationsstart. För att förebygga överfyllnad av urinblåsan bör alla patienter blåsövervakas i samband med operation. Risk för postoperativ urinretention föreligger hos alla patienter oavsett ålder men vid vissa ingrepp är risken högre. Läs mer i Vårdhandboken kapitlet ” Blåsövervakning i samband med operation”

Allmän risk	
Situation	**Åtgärder**
• Tecken på avflödeshinder eller tidigare blåstömningsbesvär som kan påverka urinering. • Kognitiv svikt (med eller utan förvirring). • Immobilisering (framförallt vid sängläge). • Drog- och alkoholpåverkan (framförallt vid medvetslöshet). • Diabetes mellitus, även nydebuterad. • Akut buksjukdom, inklusive förstoppning. • Neurologisk sjukdom, inklusive TIA (Transitorisk Ischemisk Attack) och stroke. • Läkemedel som påverkar urinblåsan, till exempel opiater och antikolinerigika. • Kronisk smärta. • Ålder över 75 år	Ultraljudskontroll med blåsscanner efter miktion: • Om residualurin <200 mL och besvärsfrihet, ingen ytterligare kontroll. • Om residualurin >200 mL, övergå till hög risk

Hög risk	
Situation	**Åtgärder**
• Residualurin >200 mL (uppmätt vid första blåsscanningen). • Trauma, svår smärta, immobilisering. • Hinder i urinrör, urinblåsa eller prostata (till exempel tumör). • Medvetandesänkning, medvetslös. • Parenteral vätska i stora doser alternativt diuretika i hög dos. • EDA – smärtlindrande läkemedel i epiduralkateter. • Avslutad KAD-behandling. • Pareser • Förlossning (lokala instruktioner bör följas på grund av risk för felkällor vid blås-scanning). • Operation och anestesi (se Blås-övervakning i samband med operation)	Kontroll av blåstömning enligt schema (se Schema för kontroll av blåstömning). Hög risk avslutas när blåsscanning visar <200 mL vid två efterföljande mätningar

Schema för kontroll av blåstömning, med blåsscanner

Innan mätning ska patienten ges tillfälle att tömma blåsan, om möjligt sittande eller stående i ostörd miljö (gäller för vuxna).

- Målet är att urinvolymen inte ska överstiga 500 mL.
- Schemat ger förslag till åtgärd vid uppmätt residualurin.
- Tidsintervallen gäller endast om patienten inte besväras av urinträngningar alternativt smärtor lokaliserade över urinblåsan.
- Kontroll av blåstömning kan avslutas vid residualurin mindre än 200 mL vid två efterföljande mätningar och patienten är besvärsfri.

Residualurin	Kontroll
100-150 mL	Ny kontroll efter 3 timmar
150-300 mL	Ny kontroll efter 2 timmar
300-400 mL	Ny kontroll efter 1 timme. Vidta åtgärder för att stimulera till blåstömning
>400 mL	Tappning, alternativt KAD

Vid urinvolym > 400 mL ska läkare ta ställning till åtgärd. Intermittent kateterisering bör övervägas i första hand. Därefter ställningstagande till KAD eller suprapubiskateter.

Information

Patient och närstående ska informeras om genomförd riskbedömning och vidtagna åtgärder av ansvarig sjuksköterska eller undersköterska.

Dokumentation av gjorda riskbedömningar och åtgärder gällande blåsöverfyllnad

Dokumentation av riskbedömning ska ske i journalen av den sjuksköterska eller undersköterska som utför riskbedömningen.

- Genomförd riskbedömning dokumenteras i VAS omvårdnadsanamnes (OVA) enligt separat rutin.

Insatta åtgärder dokumenteras i VAS omvårdnadsjournal där en vårdplan upprättas. Delmål kan anges som innebär förväntat resultat. Vårdplanen ska ge en bild av vad omvårdnad ska fokuseras på under vårdtillfället och vilken omvårdnad patienten ska ha.

- Åtgärder som satts in under vårdtiden dokumenteras under sökordet ”Åtgärdskod”.

Vid längre vårdtid än två veckor, vid markanta förändringar av hälsotillstånd samt inför utskrivning genomförs en ny riskbedömning i syfte att optimera överrapportering till annan vårdgivare.

Rapportera patientens risker och insatta omvårdnadsåtgärder till nästa vårdnivå genom att och dokumentera;

- bedömning och åtgärd i omvårdnadsepikris (OVE) enligt separat rutin samt i Life Care/vårdplan.
- uppgift om den information som har lämnats till patienten ska antecknas i patientjournalen.

Vårdrelaterad urinvägsinfektion (VUVI)

Risk för VUVI har patienter som inte kan tömma urinblåsan fullständigt/eller behandlas med urinkateter. VUVI orsakas till 80 procent av behandling med urinkateter. Risken ökar om patienter med inkontinens eller urinretention inte utreds och behandlas korrekt.

En vårdrelaterad infektion är en infektion som bedöms ha samband med tidigare ingrepp eller behandling oberoende av vårdform eller som debuterar 48 timmar eller mer efter inskrivning i slutenvård eller som debuterar inom 2 dygn efter utskrivning från slutenvård. Händelsen ska avvikelserapporternas i IT-stödet Synergi.

Hjälp för riskidentifiering av patienter med risk för VUVI;

- Var uppmärksam på symtom för patienter som har kateter eller blåsöverfyllning.
- Utvärdera dagligen behovet av (KAD) i sluten vård.
- Vårdrelaterade urinvägsinfektioner - åtgärder för att förebygga (SKL;s åtgärdspaket)

Åtgärder vid VUVI

Vid misstanke om urinvägsinfektion (UVI) kontaktas läkare för fortsatt handläggning, beräknad liggtid för urinvägskatetern och när utvärdering ska ske.

- Vårdrelaterade urinvägsinfektioner - åtgärder för att förebygga (SKL;s åtgärdspaket)
- Ge omvårdnad enligt Vårdhandboken vid behandling med kateter.
- Utvärdera dagligen behovet av (KAD) i sluten vård.

Information

Patient och närstående ska informeras om genomförd riskbedömning och vidtagna åtgärder av ansvarig sjuksköterska eller undersköterska.

Patient som har drabbats av en vårdskada ska informeras om;

- att det inträffat en händelse som har medfört en vårdskada.
- vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.
- möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg.
- möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799), Patientförsäkringen (LÖF) eller från läkemedelsförsäkringen.
- patientnämndernas verksamhet.

Dokumentation av gjorda riskbedömningar och åtgärder gällande VUVI

Dokumentation av riskbedömning ska ske i journalen av den sjuksköterska eller undersköterska som utför riskbedömningen.

- Riskbedömning och åtgärder dokumenteras under sökordet ”Elimination”

Uppföljning och egenkontroll

En viktig del i det systematiska förbättringsarbetet är uppföljning, egenkontroll och analys av inträffade händelser. Mycket viktigt är också regelbunden återkoppling till personalen med summering av antalet händelser, konsekvenser, förebyggande åtgärder samt förändringar över tid.

Avvikelser rapporteras i avvikelsesystemet Synergi

Ett verktyg för uppföljning och underlag för förbättringsarbete är avvikelserapportering[2]. Hälso- och sjukvårdspersonal är ansvarig för att avvikelser

[2] att identifiera och rapportera avvikelser, klarlägga och åtgärda orsakerna, dokumentera detta samt bedöma åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra resultaten

och vårdskador rapporteras när de inträffar eller upptäcks. Medarbetarna ska även ta del av erfarenheter och återkopplingar från avvikelsehanteringen inom verksamheten.

Följande händelser ska avvikelserapporternas;

- Fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen och vårdrelaterad urinvägsinfektion
- Blåsfyllnad med ≥ 500 ml vid minst två tillfällen
- Blåsöverfyllnad med ≥ 1000 ml vid ett tillfälle

Uppföljning av avvikelser ska återkopplas till medarbetarna i berörda verksamheter och rapporteras i ordinarie linjeorganisationen samt redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.

Uppföljning av följsamhet till åtgärder

I regionen genomförs uppföljning av vårdskador genom att ett visst antal journaler granskas varje månad, markörbaserad journalgranskning. Resultaten presenteras på intranät.

På uppföljningsportalen under rubriken Verksamhetsstatistik/Riskbedömningar kan patienter med risk vid in- och utskrivningen samt insatta åtgärder följas upp på region-/division-/verksamhets- och enhetsnivå.

Förslag på fler metoder för uppföljning av följsamhet till åtgärder;

- Egen journalgranskning. Exempelvis kan 5-10 slumpvis utvalda journaler granskas utifrån insatta åtgärder. Redovisa andelen patienter där samtliga åtgärder har utförts.
- Rutinkollen; ett IT-stöd som ger möjlighet för alla att kontrollera hur väl rutinerna följs. Att själv utvärdera sitt arbete med kollegerna är ett bra sätt att förbättra kvaliteten i vården.