



Redovisning

Uppdaterad 2022-04-10

Patientsäkerhets- berättelse

2021

Patientsäkerhetsberättelsen gäller för: Vård och omsorgsförvaltningens kommunala hemsjukvård och rehabilitering

Dokumentansvarig: Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering

Diarienummer: VON/2022:57

Innehåll

Inledning.....	4
Sammanfattning.....	5
Del 1: Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	6
Engagerad ledning och styrning.....	6
Övergripande mål och strategier för 2021.....	6
Öka patientsäkerheten genom att standardisera bedömningen av patienters vitala parametrar, vid försämring i patientens hälsotillstånd.	6
Öka patientsäkerheten genom att ha en fastställd struktur för hur informationsöverföringen och kommunikationen ska gå till.....	6
Öka patientsäkerheten genom att säkerställa att rätt åtgärder sätts in vid blåsdysfunktion.....	7
Öka patientsäkerheten genom att minska risken för ohälsa i munnen hos äldre.....	9
Öka patientsäkerheten genom att skapa en plan på ledningsnivå för införandet av rehabiliterande förhållningssätt.....	10
Öka patientsäkerheten genom att utveckla arbetet med rehabiliteringsplan på individnivå, minst 10 rehabiliteringsplaner ska skapas under 2021.....	10
Organisation och ansvar.....	11
Vård och omsorgsnämndens ansvar.....	11
Verksamhetschefens ansvar.....	11
Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Medicinskt ansvarig för rehabilitering.....	11
Enhetschef hälso- och sjukvårdslagen (HSL).....	12
Enhetschefer Socialtjänstlagen (SoL).....	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar.....	12
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	13
Informationssäkerhet.....	14
Informationssystem inom hälso- och sjukvård.....	14
En god säkerhetskultur.....	15
Riskområden inom kommunal hälso- och sjukvård är:.....	15
Vanligaste riskområdena.....	15
Risk vid vård och bemötande av personer med demenssjukdom.....	16
Patientsäkerhet och arbetsmiljö.....	16
Adekvat kunskap och kompetens.....	17
Patienten som medskapare.....	17
Del 2: Agera för säker vård.....	18

Strategier mål och egenkontroller	18
Tillförlitliga, säkra system och processer	18
Öka kunskap om inträffade vårdskador	23
Avvikelse rapporter enligt lex Maria	23
Utredning av händelser	23
Bakomliggande orsaker	24
Identifiering av riskområden	24
Läkemedel.....	24
Fall	25
Tillförlitliga och säkra system och processer	25
Läkemedelssäkerhet	25
Samverkan vid in och utskrivning på sjukhus	25
Nationella och regionala riktlinjer/metoder.....	26
Medicintekniska produkter	26
Säker vård här och nu	26
Riskhantering	26
Stärka analys, lärande och utveckling	27
Avvikelse	27
Klagomål och synpunkter	28
Klagomål och synpunkter	28
Beslut utifrån fördjupad granskning av IVO	28
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	28
Nulägesanalys av patientsäkerhet.....	29
Del 3 Mål, strategier och utmaningar för kommande år	30
Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet	30
Prioriterade områden utifrån analysverktyg	30
Resultat från analys och prioriteringar	31
Målsättningar för patientsäkerhetsarbetet 2022/23	34
1. Minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.	34
2. Arbeta utifrån en fastställd struktur vid informationsöverföring mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal.	34
3. En god inkontinensvård inom den kommunala hälso- och sjukvården.	34
4. Arbeta utifrån en fastställd struktur vid utredning inför beslut om användandet av eventuella skyddsåtgärder.	34
5. Minska antalet vårdskador relaterat till fall.	34

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik.

Patientsäkerhetsberättelsen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa: Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Sammanfattning

Den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för är en stor och viktig del av hälso- och sjukvården och ökar i betydelse och omfattning. För att möta utmaningar som en allt mer avancerad vård i hemmet, snabbare utskrivning från slutenvård, omställning till nära vård, ökad andel äldre och kroniskt sjuka behöver kommunernas patientsäkerhetsarbete utvecklas och stärkas i enlighet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

I årets patientsäkerhetsarbete har vi använt oss utav en mall som stämmer väl överens med den nationella handlingsplanen, agera för säker vård.

Fokus och personella resurser har även under 2021 varit riktat mot att minska smittspridning mot Covid-19.

Patientsäkerheten har under 2021 ökat genom b.l.a. att patientens vitala parametrar mäts utifrån vedertaget instrument. Förbättring av informationsöverföring mellan olika yrkesfunktioner enligt fastställd struktur har delvis påbörjats men behöver utvecklas. Arbetet med basala utredningar vid blåsdysfunktion är påbörjats och antalet munhalsbedömningar har ökat markant. Det proaktiva patientsäkerhetsarbetet gällande rehabiliterande förhållningssätt har påbörjats och fortgår under 2022 genom Medskaparprojektet.

Det finns en väl inarbetad samverkan för att förebygga vårdskador i olika forum mellan Region Värmland och kommunerna. En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur, vård och omsorgsförvaltningen arbetar aktivt med att identifiera risker på alla nivåer i organisationen. De vanligaste riskerna har identifierats och beskrivs i ledningssystemet för kvalitet och genom inrapporterade avvikelserapporter.

En rad åtgärder och egenkontroller har genomförts för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Det handlar om hantering av avvikelser, samordning och informationsdelning mellan aktörer, minska risk för specifika vårdskador, användande av vedertagna instrument och register, medicintekniska produkter och hjälpmedel och att förutse variationer och störningar i närtid.

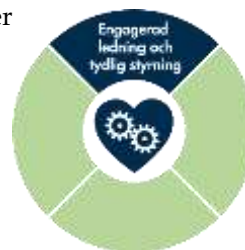
Inträffade vårdskador och vidtagna åtgärder återrapporteras till arbetsgrupperna för att öka kunskap om inträffade vårdskador. Genom att öka medvetenheten och kunskapen, inom hela förvaltningen, om vilka risker som finns för vårdskador blir vården säkrare. Ökad kunskap om patientsäkerhet och hur man kan jobba förebyggande minskar risken för vårdskador.

För att stärka patientsäkerhetsarbetet har Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) tagit fram ett analysverktyg. En nulägesanalys har genomförts (första kvartalet 2022) med hjälp av analysverktyget för hälso- och sjukvården i Forshaga kommun och handlingsplan tagits fram för kommande år.

Del 1: Grundläggande förutsättningar för säker vård

Engagerad ledning och styrning

För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

Övergripande mål och strategier för 2021

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Öka patientsäkerheten genom att standardisera bedömningen av patienters vitala parametrar, vid försämring i patientens hälsotillstånd

Hur? Genom att använda bedömningsinstrumentet NEWS.

Uppföljningsmetod; Journalgranskning/Stickprovskontroll två gånger per år.

Resultat; Journalgranskning visar att bedömningsinstrumentet NEWS ändvänder vid försämrat allmäntillstånd. Såväl som vid påvisad Covid-19 infektion som vid försämrat allmäntillstånd av annan orsak. Målet är väl uppfyllt.

Öka patientsäkerheten genom att ha en fastställd struktur för hur informationsöverföringen och kommunikationen ska gå till

Hur? Genom att använda SBAR, som är ett sätt att kommunicera strukturerat i vården, i alla led.

Uppföljningsmetod: Journalgranskning/Stickprov två gånger per år.

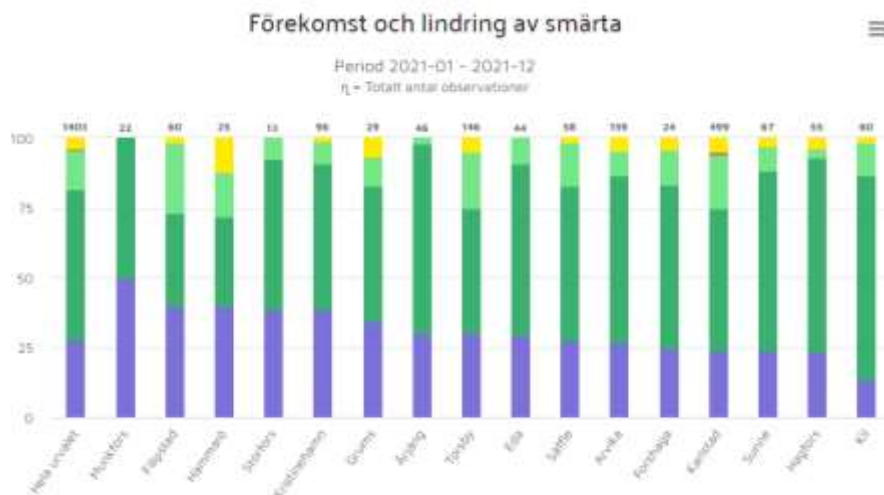
Resultat; Journalgranskning visar att sjuksköterskor vid informationsöverföring till Regionen använder sig utav SBAR. Vid informationsöverföring mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterskor används inte SBAR. Målet är delvis uppfyllt.

Öka patientsäkerheten genom en enhetlig metod vid dokumentation och skattning av smärta samt vid utvärdering av behandlingsåtgärd.

Hur? Genom att alltid använda ett validerat instrument (VAS, Abbey Pain Scale): Vid bedömning av smärta vid vård i livets slut. Vid bedömning av alla patienter där smärta kan förväntas.

Uppföljningsmetod: Ta fram statistik över antal registreringar i Palliativa registret två gånger per år.

Resultat;



Forshaga kommun; Förekom ej är 25%, helt smärtlindrad 58,3 %, delvis 12,5% och vet ej 4,2.

Vid journalgranskning går det inte utläsa om vedertagna instrument har används. Målet delvis uppföljt.

Öka patientsäkerheten genom att säkerställa att rätt åtgärder sätts in vid blåsdysfunktion

Hur? Alla patienter med blåsdysfunktion ska få en basalutredning och blanketten "Riskanalys vid blåsdysfunktion" ska användas.

Uppföljningsmetod: Ta fram statistik för antal registreringar i Senior Alert två gånger per år.

Resultat; Ett antal basala utredningar har genomförts på Lintjärn och i hemtjänstgrupp fem. Arbetet har inte kommit igång på övriga enheter. Målet är delvis uppfyllt.

Öka patientsäkerheten genom att minska risken för ohälsa i munnen hos äldre

Hur? Genom att under 2021 införa munhälsobedömningar med munhälsoinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide)

Uppföljningsmetod: Antal registreringar i Senior Alert en gång per år.

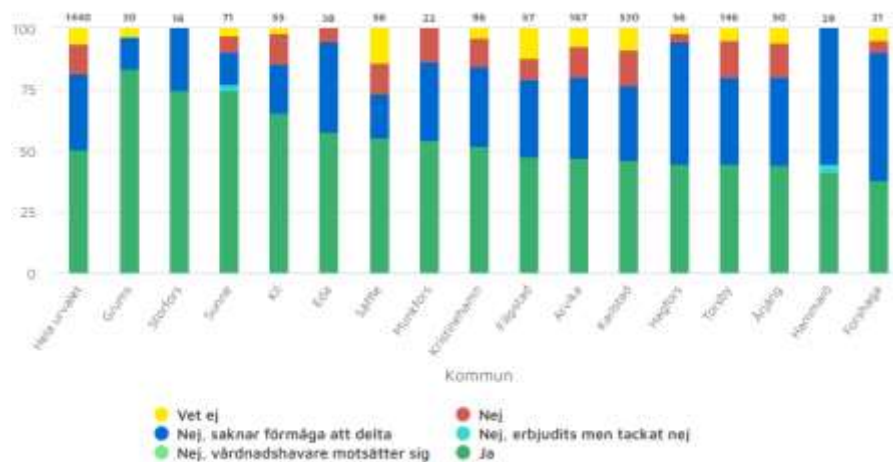
Resultat; På våra särskilda boenden har totalt 23 bedömningar genomförts. Målet är väl uppfyllt.

Göra patienten och deras närstående förutsättningar för valfrihet och delaktighet om var, hur och med vilket livsinnehåll som han eller hon vill leva den sista tiden av sitt liv.

Hur? Genom att erbjuda brytpunktssamtal i ett tidigt skede.

Uppföljningsmetod: Ta fram statistik över antal registreringar i Palliativa registret två gånger per år

Resultat;



Antalet registrerade dödsfall i palliativa registret är lågt jmf med andra kommuner. Brytpunktssamtal genomförs i sent palliativt skede vilket medför att patienten inte kan vara delaktig. Uppföljningsmetoden är ej optimal. Vid journalgranskning på våra särskilda boenden finns dokumenterat att brytpunktssamtal genomförts tillsammans med patienten och/eller närstående. Beslut om vårdnivå finns också dokumenterat. Målet är delvis uppfyllt.

Öka patientsäkerheten genom att skapa en plan på ledningsnivå för införandet av rehabiliterande förhållningssätt

Hur?

Genom projektet "Medskapar projektet" som ska leda fram till Forshagamodellen, har verksamheten fått möjlighet att införa ett rehabiliterande förhållningssätt.

Verksamheten har identifierat ett behov av att arbeta mer rehabiliterande. Införandet av rehabiliterande förhållningssätt har varit ett delprojekt i Medskaparprojektet, vilket syftar till att medborgaren ska kunna få stöd i att bibehålla så många av sina funktioner och förmågor så länge som möjligt. Det handlar även om att skapa delaktighet och ge brukaren tid att delta efter bästa förmåga att utföra vardagliga aktiviteter. För att öka medarbetarnas kunskap om ett rehabiliterande förhållningssätt får de genomgå utbildning i InfoCaption, samt handledning av delprojektledare för rehabiliterande förhållningssätt samt leg. rehabiliteringspersonal under projektet gång.

Uppföljningsmetod: Uppföljningsmetod ännu ej fastställt.

Resultat;

En testgrupp där medarbetarna inom vård- och omsorgsförvaltningen och brukarna har varit delaktiga i Medskaparprojektet och skapat första steget till att skapa Forshagamodellen där rehabiliterande förhållningssätt är en av flera delar. Den förändringsstrategi medarbetarna har valt för att kunna öka möjligheten till att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt hos brukarna syftar till att låta medarbetarna själva studera den egna verksamheten för att sedan i en experimenterafas testa nya arbetsmetoder, mått, roller och ansvar. I sista delen, normaliserfasen, får medarbetare vara med att införa det nya systemet i praktiken hos brukare. Medskaparprojektet är ett pågående projekt som sträcker sig över 2022, inget fastställt resultat är ej ännu möjligt.

Öka patientsäkerheten genom att utveckla arbetet med rehabiliteringsplan på individnivå, minst 10 rehabiliteringsplaner ska skapas under 2021

Hur? Erbjud patient en rehabiliteringsplan med individuell målsättning i samband med behov av rehabiliterande hälso- och sjukvårdsinsatser.

Uppföljningsmetod: Journalgranskning

Resultat; Vid journalgranskning går det inte utläsa antalet upprättade rehabiliteringsplaner. Vid intervjuer framkommer att fler rehabiliteringsplaner har upprättats än tidigare år även om antalet inte går att fastställas. Uppföljningsmetoden ej optimal. Målet delvis uppfyllt.

Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Ansvar för ett effektivt och preventivt patientsäkerhetsarbete vilar på vårdgivaren. Samtliga medarbetare har också en skyldighet att medverka i och bidra till att patientsäkerheten utvecklas och behålls.

Vård och omsorgsnämndens ansvar

Nämnden är ansvariga för att:

- Ledningssystem för kvalitet finns för verksamheten
- Fastställa verksamhetens övergripande mål för kvalitet
- Kontinuerligt följa upp och utvärdera målen

Nämnden är högst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet och säkerställer att chefer och medarbetare har den kompetens, ansvar och befogenheter som krävs för att bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamheten ansvarar för:

- att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten
- att målen formuleras så att de är mätbara samt att de uppnås
- uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården
- att den medicinskt ansvariga sjuksköterskan, medicinskt ansvariga för rehabilitering får möjlighet att fullfölja sina uppgifter på ett tillfredsställande sätt

Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan/den medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAS/MAR) har en central roll i arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS/MAR ska biträda verksamhetschefen i arbetet med att utarbeta och utvärdera verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

MAS/MAR har ansvar för att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa verksamhetens arbete med kvalitet och patientsäkerhet genom:

- att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följa upp att de efterlevs
- att det finns rutiner, riktlinjer och instruktioner för hälso- och sjukvårdsverksamheten
- följa upp att hälso- och sjukvårdspersonal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten

Enhetschef hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Enhetschefen för HSL ska tillse att hälso- och sjukvårdspersonal har den kompetens, tar det ansvar och har de befogenheter som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Enhetschefen samverkar med verksamhetschef och MAS/MAR.

Enhetschefer Socialtjänstlagen (SoL)

Ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva säker vård och omsorg. Enhetschefers ansvar är även att se till att rutiner följs, att avvikelser dokumenteras, följs upp och analyseras.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Den legitimerade personalen och även vård- och omsorgspersonalen är skyldig till att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte rapportera till vårdgivaren risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Samverkan med andra kommuner och anslutna enheter inom Region Värmland sker genom:

- Länsövergripande och lokalt nätverk för MAS/MAR med tillhörande arbetsgrupper
- Regelbundna samverkansmöten med Centralsjukhuset i Karlstad
- Styrgrupp för inkontinensfrågor, avtalsgrupp för nutritionsfrågor m.m.
- Avtalsgrupp för samverkan mellan kommunerna i Värmland och Region Värmland
- Nätverk för hjälpmedelsfrågor i Värmland
- Sortimentgrupper/riktlinjegrupper för hjälpmedel i Värmland
- Samverkansavtal för ansvarsfördelning avseende vissa produkter, vissa apoteksvaror samt livsmedel för särskilda näringsändamål
- Samverkan med vårdcentralen i Forshaga
- Samverkan med Folktandvården
- Kontinuerlig samverkan med läkemedelsenheten inom Region Värmland
- Nätverksträffar i Region Värmlands regi gällande BPSD -, och Svedem.
- Utökad samverkan med Region Värmland angående Covid 19. Regionens Särskilda Sjukvårdsgrupp, Smittskydd och vaccinsamordnare. Digitala möten varje vecka.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Utgångspunkter i kommunens arbete med informationssäkerhet är framförallt lagar, förordningar, föreskrifter och avtal samt kommunens egna krav.

Med informationssäkerhet avses att säkerställa informationens:

- **Riktighet:** Att information inte kan förändras vare sig av obehöriga, av misstag eller på grund av funktionsstörning. Informationen ska vara tillförlitlig, korrekt och fullständig.
- **Sekretess:** Att innehållet i dokument, information och handlingar inte görs tillgängliga eller avslöjas för obehörig.
- **Spårbarhet:** Att i efterhand entydigt kunna härleda specifika aktiviteter eller händelser till ett identifierat objekt, användare, skrivare, dator eller system/program. Det ska gå att se vem som tagit del av informationen, vilka förändringar som har skett och av vem dessa har utförts.
- **Tillgänglighet:** Att information och informationstillgångar kan utnyttjas efter behov, i förväntad utsträckning och inom önskad tid utifrån de krav som ställs på verksamheten.

Informationssäkerhet är en integrerad del av kommunens verksamhet. Forshaga kommun har en övergripande informationssäkerhetspolicy som ska ange mål och inriktning samt styra kommunens informationssäkerhetsarbete. Alla som hanterar informationstillgångar har ett ansvar att upprätthålla informationssäkerheten. All hälso- och sjukvårdsdokumentation sker i verksamhetssystemet Treserva. Dokument förvaras i låsta dokumentskåp.

Informationssystem inom hälso- och sjukvård

Det finns rutiner för loggkontroll och dokumentationsgranskning inom hälso- och sjukvårdens verksamhet. Genom systematisk logguppföljning i verksamhetssystemet Treserva samt i systemet för sammanhållen journalföring, Nationell Patientöversikt (NPÖ) samt Cosmic LINK säkerställer verksamheten trovärdigheten gentemot den enskilda vårdtagaren att eventuell obehörig åtkomst till dokumenterade patientuppgifter kontrolleras.

- Vård och omsorg använder digitala signeringslistor och e-recept från leverantören Alfaecare. Inloggning för legitimerad personal sker med SITHS kort och överlämningspersonals behörighet styrs av delegeringar och enheten de arbetar på. Inloggning sker med personnummer och lösenord.
- Inloggning till Guide OneMed, Senior Alert och Svevac sker med SITHS kort

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



Fel kan inträffa i verksamheten, medarbetarna ska känna att det kan rapportera avvikelser på ett tryggt och säkert sätt. Avvikelser ska analyseras och resultat återkopplas till verksamheterna för förbättringsarbete. Det är viktigt att alla medarbetare vet vad patientsäkerhet innebär och vilka de vanligaste riskerna är. Strategin för 2021 och för 2022 är att sätta upp mål kopplat till riskområden.

Riskområden inom kommunal hälso- och sjukvård är:

Vanligaste riskområdena

- Kommunikation och information
- Undernäring
- Läkemedel
- Fall
- Trycksår
- Infektioner och smittspårning
- Fördröjd utebliven eller felaktigt utförd vård och behandling
- Medicintekniska produkter

Ovanstående riskområden beskrivs i 2021 och 2022 års ledningssystem för kvalitet som processer (en process är en serie aktiviteter som är kopplade mot ett bestämt mål). Aktiviteterna skall vara åtgärder som minskar risk för vårdskador.

Vård och omsorgsförvaltningen arbetar aktivt med att identifiera risker på alla nivåer i organisationen. Risker identifieras och beskrivs i ledningssystemet för kvalitet och genom inrapporterade avvikelserapporter. En god säkerhetskultur innebär även att alla som arbetar inom den kommunal hälso- och sjukvården är medvetna och vaksamma om vilka risker som finns. Omvårdnadspersonalen rapporterar till legitimerad personal via de rutiner som finns för informationsöverföring och uppmärksammas på de risker som finns.

Vår värdegrund ska genomsyra vårt förhållningssätt till varandra och patienter. Hur man betar sig mot varandra påverkar synen på hur vi hanterar risker och avvikelser. Chefer, MAS och MAR har ett särskilt ansvar för att patientsäkerhetsfrågor tas på allvar och hanteras aktivt. Om en patient drabbas av vårdskada tas det omhand direkt för att minska skadeverkningar. Inblandad personal, närstående och patienten får stöd i nära anslutning till det inträffade. Inträffade händelser utreds och återkopplas till verksamheterna för att lära utav de som skett.

Risk vid vård och bemötande av personer med demenssjukdom

Att bemöta personer med demenssjukdom som har ångest, oro och utmanade beteende kan vara svårt. Det finns risk för att begränsningsåtgärder sätts in i onödan. Orsaker till beteendemässiga och psykiska symtom behöver identifieras. För att förstå vad bakomliggande orsaker ska en skattning i BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) göras. Den mynnar sedan ut i en bemötandeplan. SveDem (Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demens) användas för att:

- Kunna förbättra och utveckla vården av personer med demenssjukdom samt
- Skapa förutsättningar för en likvärdig vård.

Under året har vi utbildat fler BPSD administratörer. Dementsteamet har haft handledning till personal i enskilda ärenden. BPSD registreringar följs upp mer frekvent på säbo.

Patientsäkerhet och arbetsmiljö

Vård i hemmet består i allt högre grad av avancerad hemsjukvård. Det innebär att behovet av medicinsk utrustning, kompetens och hjälpmedel har ökat. Både arbetsmiljön och patientsäkerheten påverkas när vården bedrivs i den enskildes hem. Arbetsmiljö och patientsäkerhet påverkar i sin tur varandra men tillhör olika lagrum.

Det finns mycket att vinna på att jobba integrerat med arbetsmiljö och patientsäkerhetsfrågor menar forskare (IVL Svenska miljöinstitutet). Vård och omsorgsförvaltningen kan dra lärdomar utav de studier som bedrivs i sitt arbete kring dessa frågor.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Vård och omsorgsförvaltningen har en kompetensutvecklingsplan för alla medarbetare. Schemaläggning sker i ett schemalägningsprogram som styrs av grafer med b.l.a. lägsta bemanning för säker vård.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Patienten och hans närstående bör, om de vill, engageras och bli delaktiga i flera delar av patientsäkerhetsarbetet. Det är särskilt viktigt när vården bedrivs i patientens hem. Patientens självbestämmande och integritet måste alltid respekteras. Patientens delaktighet är nödvändig men betyder dock inte att ansvaret för patientens vård och behandling förändras.

Vid utredning av klagomål och synpunkter samt internutredningar enligt lex Maria involveras närstående. Vid vård i livets slut är alltid patienten och/eller den närstående delaktigt.

Medskaparprojektet som pågår inom vård- och omsorg ligger i linje med arbetet som bedrivs i nära vård. MAS, MAR och SAS är kommunens kontaktpersoner för nära vård och deltar i utbildningar och samverkansmöten med övriga kommuner och Regionen.

Del 2: Agera för säker vård

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.



Strategier mål och egenkontroller

Fokusområde	Tema	Egenkontroll/Åtgärder
Öka kunskap om inträffade vårdskador	Avvikelse rapportering	Uppföljning av inrapporterade avvikelser kontinuerligt av enhetschef. Uppföljning på APT.
	Utredning efter vårdskador och andra avvikelser samt återkoppling till berörda.	MAS/MAR utreder vårdskador eller risk för vårdskador. Sammanställning kvartalsvis.
	Minimera effekten av negativa händelser	Uppföljning att omedelbara åtgärder satts in. Stöd till inblandade och information till närstående.
	Mätning och sammanställning av information om vårdskador	Uppföljning och sammanställning fyra gånger per år.
	Mätning och sammanställning av information om vårdskador i vårdens övergångar	Uppföljning och sammanställning. Patientnämnd och Region Värmland en gång per år
Tillförlitliga, säkra system och processer	Processer och aktiviteter definierade i ledningssystem för kvalitet.	-Årlig uppföljning och revidering av lokala rutiner. -Årlig revidering av ledningssystemet för kvalitet, uppdateras utifrån nationella vårdprogram och riktlinjer.

<p>Samordning och informationsdelning mellan aktörer</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Årlig uppföljning och revidering av lokala rutiner gällande informationsöverföring. - Årlig uppföljning av statistik gällande utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. -Kontroll av säkerhet gällande aktuella läkemedelslistor och behandlingsordinationer. -Kontinuerliga samverkansträffar med vårdcentralen. -Kvalitetsgranskning gällande läkemedelsrutiner inom äldreomsorg i samverkan med MAS, Kils kommun. -Samverkan Central Värmland angående skyddsmedel. -Samverkan med central vaccinationsenhet. -Samverkan med Smittskydd Värmland. -Samverkan med Region Värmland angående provtagning Covid-19.
<p>Förebyggande arbete för att minska risker för specifika vårdskador</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Riskbedömningar och preventiva åtgärder utifrån registreringar i kvalitetsregister (senior alert, palliativa registret, BPSD, SveDem). - Årlig läkemedelsgenomgång. -Punktprevalensmätningar gällande basala hygien- och klädrutiner. -Riskbedömningar i ledningssystemet för kvalitet
<p>Verktyg, metoder och arbetssätt för ett patientsäkert arbete</p>	<p>SBAR, NEWS, VAS, Abbey pain scale</p>

	<p>Medicinteknik, medicintekniska produkter, hjälpmedel och välfärdsteknik</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Årlig säkerhetskontroll av medicintekniska produkter. -- -Regelbundet underhåll och rekonditionering av hjälpmedel. -Kontinuerlig utbildning i förflyttningsteknik där hjälpmedel inkluderas. - Årlig samverkan och revidering av riktlinjer med regional hjälpmedelsverksamhet. -Avvikelsehantering gällande hjälpmedel. -Uppföljning av individens hjälpmedelsförskrivning i Sesam2. -Årlig besiktning av lyftar. Besiktning vartannat år av vårdsängar. Besiktning av lyftselar var 6 månad.
	<p>Ändamålsenliga vårdmiljöer</p>	<p>Anpassad hemmiljö för att upprätthålla god patientsäkerhet och arbetsmiljö. Följs upp via avvikelser och tillbud.</p>
<p>Säker vård här och nu</p>	<p>Förmåga att förutse variationer och störningar i närtid</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Riskbedömningar relaterat till patientsäkerhet och bemanning (leg. personal och delegerad personal). -Riskbedömning vid utskrivning från hälso- och sjukvård. -Riskbedömningar vid värmebölja. -Riskbedömningar angående tillgång av skyddsmaterial, läkemedel och hjälpmedel.
	<p>Situationsanpassning</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Dagliga prioriteringar av dagligt arbete. -Riskanalys för avbrott i informationssystem. -Riskanalys för leveransproblem av viktiga hjälpmedel och läkemedel.

	Dagligt patientsäkerhetsarbete	-Daglig avstämning inom professionen. -Följsamhet till rutiner för informationsöverföring internt mellan olika professioner. -Uppföljning av avvikelser relaterat till informationsöverföring.
	Säker arbetsmiljö	-Nära dialog med enhetschefer gällande arbetsmiljö och patientsäkerhet.
	Säker bemanning	-Nära dialog med enhetschefer gällande schemaläggning och bemanningsplanering relaterat till patientsäkerhet.
	Granskning och kontroll av patientsäkerhet inom organisationen och hos andra vårdgivare.	-Tydliggörande av medicinska ledningens (MAS/MAR) ansvar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. -Närvaro vid förvaltningsledning.
Stärka analys, lärande och utveckling	Uppföljning av patientsäkerhet genom insamling och sammanställning av data från flera källor	Senior Alert, BPSD, Svenska palliativregistret, Öppna jämförelser, KKIK, HALT, PPM, PBHK, klagomålshantering, analys av statistik vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.
	Analys som möjliggör lärande	Redovisning av avvikelser till verksamhet.
	Lärande från analyser och det egna arbetet	Revidering av rutiner, skapande av nya rutiner och arbetssätt.
	Spridning av kunskap och lärdomar	Ta del av avvikelser från andra enheter. Spridning av omvärldsbevakning av MAS/MAR till enhetschefer och övrig personal.

Öka riskmedvetenhet och beredskap	Beredskap och planering av risker på lång sikt	Omvärldsbevakning av kompetensbehov.
	Omvärldsbevakning ur ett patientperspektiv	Deltagande i träff med Värmlands MAS:ar och regionens smittskydd, vaccinationsenhet, patientsäkerhetskommittén. Nätverksträffar med hjälpmedelsservice samt Värmlands kommuner. Samverkan med Karlstad och Örebro universitet. Samverkan i MAS/MAR nätverk.
	Färdighetsträning och simulering för ökad beredskap	Metod- och färdighetsträning på kommunövergripande nivå.

Öka kunskap om inträffade vårdskador



SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40
3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Lex Maria rapporter som utretts under 2021				
Misstänkt vårdskada	Utredning av händelse	Misstänkt allvarlig vårdskada	Utökad utredning	Allvarlig vårdskada Anmälan till IVO
Datum				
mar-21	Ja	Ja	Ja	Nej
mar-21	Ja	Ja	Ja	Ja
maj-21	Ja	Ja	Nej	Nej
aug-21	Ja	Ja	Ja	Nej
sep-21	Ja	Ja	Ja	Ja
dec-21	Ja	Nej	Nej	Nej
okt-21	Ja	Ja	Ja	Nej

Sammanställning av avvikelserapporter som lett till utredningar.

Avvikelse rapporter enligt lex Maria

Händelser som har eller kunnat medföra vårdskada utreds av MAS och/eller MAR och återkopplas till verksamheten. Allvarlighetsgrad och konsekvens av händelsen avgör om en anmälan till IVO ska ske. När en allvarlig händelse inträffat får MAS/MAR direkt kännedom om händelsen via meddelande funktionen i verksamhetssystemet eller muntligt från närmsta chef. Det gör att vårdskador upptäcks i rimlig tid. En första analys av avvikelserapporter görs av enhetschef och/eller legitimerad personal när denne får kännedom om händelsen det kan ske vid månadsvisa sammanställningar eller via meddelande funktionen i verksamhetssystemet.

MAS/MAR sammanställer avvikelser kvartalsvis och gör stickprovskontroller hur avvikelser har analyserats.

Utredning av händelser

Sju händelser har bedömts som så allvarliga att de har utredds vidare. Utav dessa sju har två anmälts till IVO.

Bakomliggande orsaker

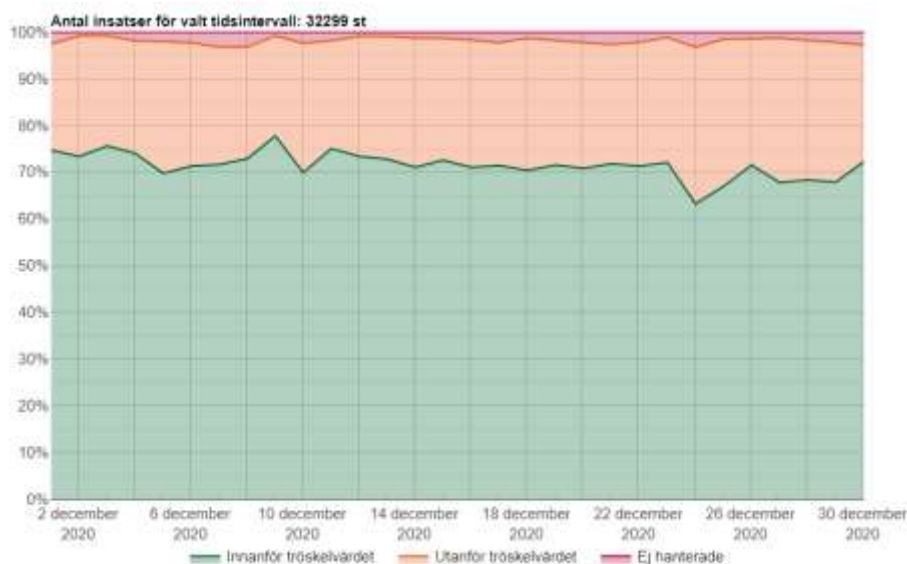
Vid flera av händelserna har bristande informationsöverföring och kommunikation varit en bidragande orsak. För att detta ska kunna undvikas har rutiner revideras och åtgärder vidtagits. Vid alla informationsöverföring skall SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuell situation, Rekommendation). Vid bedömning av vitala parametrar och smärta ska vedertagna bedömningsinstrument användas (VAS, Abbey pain scale, NEWS).

Identifiering av riskområden

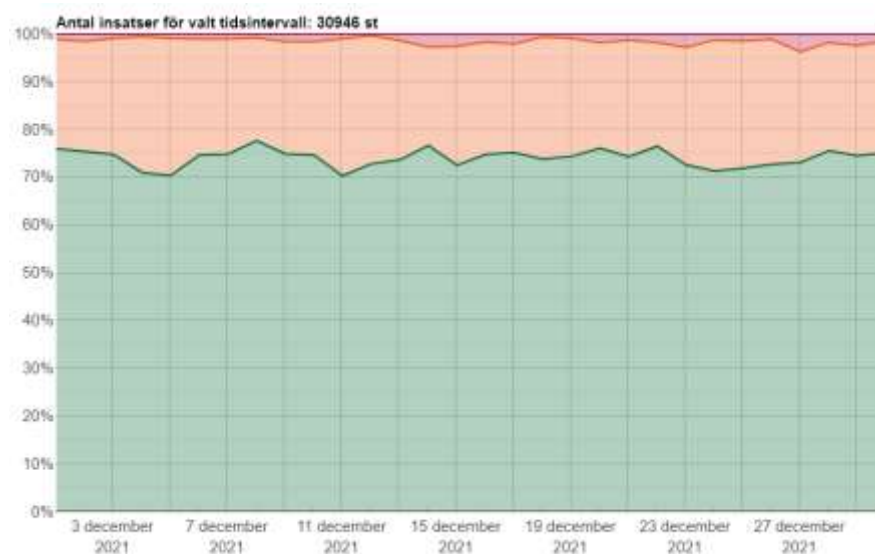
De allra vanligaste avvikelserna är inom området är fall och läkemedel.

Läkemedel

Avvikelser för läkemedel hanteras främst i verktyget Alfa e-CareSignIt.



Statistik över hanterade läkemedel inom vård- och omsorg december 2020.



Statistik över hanterade läkemedel inom vård- och omsorg december 2021.

Ej hanterade läkemedel har sjunkit från 1,9% till 1,6 procent. Omvårdnadsboende, mindre hemtjänstgrupper och personlig assistans ligger runt 1%. Demensboende och större hemtjänstgrupper ligger runt 2%.

Fall

År 2020 var antalet fall 821 och antalet fall 2021 var 772. Inom varje enhet finns det icke undvikbara fall. Främst finns dessa på våra demensboenden. Personer som faller ofta har kognitivsvikt och/eller neurologiska sjukdomar. Personerna följs regelbundet upp via fallriskbedömningar i Senior Alert för att upptäcka och synliggöra förhöjd risk att falla relaterat till sjukdom. Det fallförebyggande arbetet pågår ständigt i verksamheten, åtgärder som att skapa trygga vårdmiljöer, hjälpmedelsförskrivningar samt arbete med larm- och skyddsåtgärder är exempel på fallförebyggande insatser.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejaskas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Läkemedelssäkerhet

Inom Region Värmland finns det både en läkemedelskommitté och ett läkemedelscentrum. Båda har i uppdrag att genom en rad olika aktiviteter verka för en rationell, säker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning i hela vårdkedjan. Läkemedelsrekommendationer finns för de mest sjuka äldre, fördjupade läkemedelsgenomgångar tillsammans med farmaceut, ansvarig läkare och patientansvarig sjuksköterska har genomförts i ordinärt boende. På särskilt boende sker förenklad läkemedelsgenomgång vid inflyttning och vid förnyelse av dosrecept. Hantering av läkemedel inom den kommunala vården sker enligt de riktlinjer och rutiner som fastställs av läkemedelsenheten. Läkemedelslista för aktuella läkemedelsordinationer, för patienter där läkemedelsövertag skett, nås genom Cosmic Messenger.

Samverkan vid in och utskrivning på sjukhus

Cosmic Link används vid utskrivningsplanering från slutenvård och vid framtagande av en samordnad individuell plan (SIP). Planeringen sker utifrån gemensam riktlinje för samverkan vid utskrivning.

Nationella och regionala riktlinjer/metoder

För att kunna arbeta utifrån bästa kunskapsläge använder hälso- och sjukvården i Forshaga kommun Vårdhandboken.se. Syftet med Vårdhandboken är att säkerställa god och säker vård på lika villkor. Vårdhandboken bygger på Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SOL) och bidrar till att de nationella målen för hälso- och sjukvården ska uppnås. Webbsidan ger riktlinjer för arbetet inom hälso- och sjukvården så att kvaliteten och säkerheten i vården kan behållas och vidareutvecklas i hela landet. På regionalnivå hämtas information och riktlinjer från Region Värmlands vårdgivarwebb.

Medicintekniska produkter

För att säkerställa medicintekniska produkters säkerhet sker årlig service och underhåll av OneMed AB.

Gällande medicintekniska produkter inom hjälpmedelsverksamheten har vård- och omsorg egna hjälpmedelstekniker som utför fortlöpande rekond och service samt årliga besiktningar av specifika hjälpmedel. Värmlands kommuner i samverkan med regionen, hjälpmedelsservice, utför gemensam upphandling gällande de hjälpmedel som ska ingå i kommunens bassortiment.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Genom att öka medvetenheten och kunskapen, inom hela förvaltningen, om vilka risker som finns för vårdskador blir vården säkrare. Ökad kunskap om patientsäkerhet och hur man kan jobba förebyggande minskar risken för vårdskador.

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

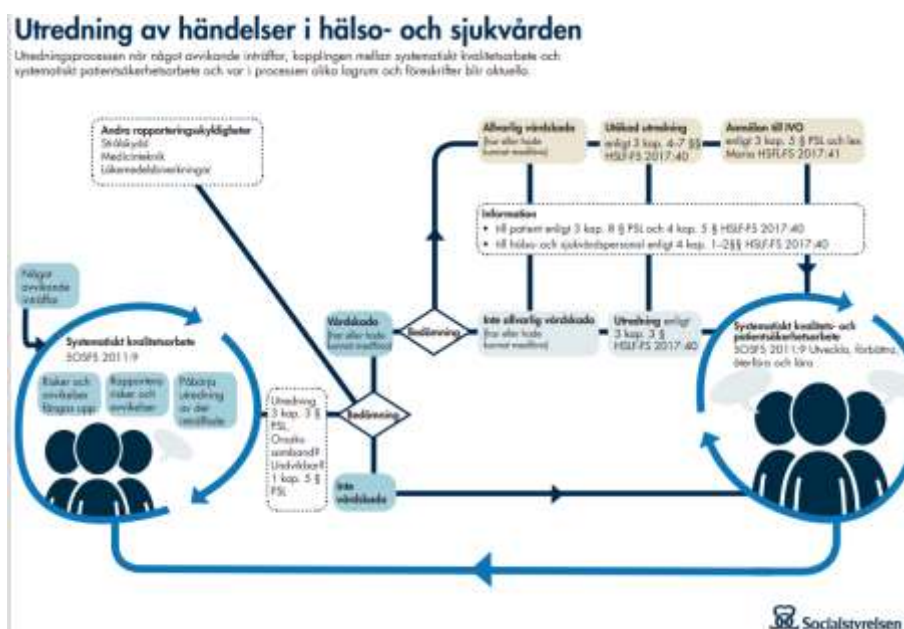
Riskbedömningar görs i ledningssystemet för kvalitet och utifrån sannolikhet och konsekvens genomförs åtgärder. Risker rapporteras även in i avvikelshanteringssystemet.

Stärka analys, lärande och utveckling



Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

Analys och lärande sker främst genom lex Maria utredningar, återkoppling av avvikelser till verksamheten. Uppföljning av mål 2021 har skett genom nationella register och journalgranskningar.



Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Avvikelsesrapporter HSL 2021	
Område	Antal
Brister i informationsöverföring	5
Dokumentation/handläggning	1
Fall	772
Hjälpmedel	46
Läkemedelshantering	468
Teknisk utrustning/miljö	11
Trycksår	3

Personal skriver avvikelserapporter i verksamhetssystemet. Beroendes på vilket område det gäller ställs avvikelsemottagare till enhetschef eller legitimerad personal.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter kommer till verksamheten, via patientnämnden, Inspektionen för vård och omsorg, Region Värmland och via förvaltningens klagomål och synpunktshantering.

Under 2021 har inga klagomål inkommit från externa samverkansaktörer. Några klagomål har inkommit via förvaltningens klagomål och synpunktshantering. De flesta har kunnat lösas via samtal med den klagande. Ett klagomål har bedöms som allvarlig vårdskada och lämnats över till IVO för ytterligare handläggning.

Beslut utifrån fördjupad granskning av IVO

I februari 2021 kom beslut utifrån IVO:s granskning av om äldre på särskilt boende har fått vård och behandling utifrån individuella behov vid misstänkt eller konstaterad covid-19, våren 2020. IVO konstaterade att:

- Det fanns brister i verksamhetens arbetssätt
- Medicinskt ansvarig sjuksköterskas förutsättningar
- Det inte går följa vården på grund av brister i hälso- och sjukvårdsjournalerna

Samtliga påvisade brister är åtgärdade och återkopplade till IVO.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden.

För att kunna arbeta patientsäkert i framtiden behöver flera åtgärder beaktas:

- Kompetensutveckling
- Omvärldsbevakning
- Identifiera och kommunicera risker på lång sikt tillsammans med Region och övriga Värmlands kommuner
- Handlingsplan för beredskap vad det gäller störningar i IT system, lokaler, läkemedel och material.
- Träning och simulering



Nulägesanalys av patientsäkerhet

Omställning till nära vård pågår för fullt i hela landet. Omställningen syftar till en sjukvård och omsorg som utförs med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar. För att stärka patientsäkerhetsarbetet har Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) tagit fram ett analysverktyg. En nulägesanalys har genomförts (första kvartalet 2022) med hjälp av analysverktyget för hälso- och sjukvården i Forshaga kommun och handlingsplan tagits fram för kommande år.

Del 3 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet

Socialstyrelsen har tagit fram en nationell handlingsplan och att samordna och stödja patientsäkerhetsarbetet i landet, *Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024.*

Utifrån den nationella handlingsplanen ska regioner och kommuner ta fram egna handlingsplaner för att etablera principer, prioriteringar och målsättningar för patientsäkerhetsarbetet.

Prioriterade områden utifrån analysverktyg

För att skapa en god och säker vård och omsorg har vård och omsorg använt sig utav ett verktyg specifikt framtaget för ledningar och verksamhetschefer inom kommunerna. Verktyget har hjälpt till att få en struktur på vilka områden som behöver prioriteras inom patientsäkerhet. Verktyget ger också förslag på effektiva insatser som bidrar till en god och säker vård

Resultat från analys och prioriteringar

Fokusområde 4

Område	Tema	Insatser för att möta de identifierade utmaningarna	Ansvar	Uppskattad resurs-åtgång	Effekt	Prio
Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling	Lärande från analyser och det egna arbetet	Redovisa och analysera avvikelser på förvaltningsledningsmöten. Redovisa och analysera allvarliga utredningar enligt lex Maria i förvaltningsledningsgrupp. Återkoppling till berörda.	MAS, MAR och enhetschefer.	Medel	Stor	5
Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling	Spridning av kunskap och lärdomar	Återkoppling av analyserade och utredda händelser på MAS/MAR möten. Återkoppling till involverad personal.	MAS, MAR och enhetschef.	Medel	Stor	5

Fokusområde 5

Område	Tema	Insatser för att möta de identifierade utmaningarna	Ansvar	Uppskattad resurs-åtgång	Effekt	Prio
Fokusområde 5: Öka riskmedvetenhet och beredskap	Beredskap och planering för hantering av risker på lång sikt	Uppdatera befinliga riskanalyser vid låg bemanning r/t till patientsäkerhet och arbetsmiljö. Ta fram krishanteringsplan för hantering av risker på lång sikt.	Förvaltningschef, MAS och MAR	Stor	Stor	4
Fokusområde 5: Öka riskmedvetenhet och beredskap	Färdighets- träning och simulering för ökad beredskap	Krisledningsövningar	Förvaltningschef	Stor	Mycket stor	5

Grundläggande förutsättningar

Område	Tema	Insatser för att möta de identifierade utmaningarna	Ansvar	Uppskattad resurs-åtgång	Effekt	Prio
Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhets arbete	Patient-medverkan i utveckling av processer och arbetssätt	Skapa patientråd inom nära vård och i samverkan med Regionens vårdcentral. Medskapaprojektet, vad är viktigt för dig? Ta tillvara synpunkter från patienter/närstående för att få kunskap om vad vi kan göra bättre, nya processer och aktiviteter.	MAS och MAR. Enhetschefer, leg.personal och omvårdnads personal.	Stor	Mycket stor	5
Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhets arbete	Patientens delaktighet i den egna vården	Skapa patientråd inom nära vård och i samverkan med Regionens vårdcentral. Medskapaprojektet, vad är viktigt för dig?	MAS och enhetschefer, leg.personal samt omvårdnads personal. Enhetschef och kontaktsköterska, vårdcentralen i Forshaga.	Stor	Mycket stor	5
Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhets arbete	Patientperspektiv i analys, lärande och utveckling	Workshops med leg.personal med fokus på patientperspektiv.	MAS och MAR.	Stor	Mycket stor	5

Utöver vad som framkommit vid analys har vård och omsorgsförvaltningen även formulerat ett antal mätbara mål för verksamheten

Målsättningar för patientsäkerhetsarbetet 2022/23

1. Minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.

Hur? Genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD). Observation av BPSD enligt checklista, analys av tänkbara orsaker, åtgärder samt utvärdering av insatta åtgärder

Uppföljning: Mäta antalet registrerade i BPSD register.

2. Arbeta utifrån en faställd struktur vid informationsöverföring mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal.

Hur? Genom att använda SBAR, som ett sätt att kommunicera strukturerat, inom den kommunala hemsjukvården.

Uppföljning: Journalgranskning/stickprov två gånger per år.

3. En god inkontinensvård inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Hur? Genomföra urinläckagemätningar på alla som bor på särskilt boende och har hjälpmedel med hög absorptions grad.

Uppföljning: Journalgranskning på särskilt boende. Statistik över förskrivna hjälpmedel.

4. Arbeta utifrån en fastställd struktur vid utredning inför beslut om användandet av eventuella skyddsåtgärder.

Hur? Genomföra utredningar inför beslut av skyddsåtgärder.

Uppföljning: Stickprov 2 gånger per år

5. Minska antalet vårdskador relaterat till fall.

Hur? Genom att utföra fallriskbedömningar i Senior Alert samt arbeta med fallhändelseutredningar för att finna riskfaktorer för fall med syfte att rätt fallskadeförebyggande åtgärder används.

Uppföljning: Journalgranskning. Statistik över antalet vårdskador relaterat till fall.