



Patientsäkerhetsberättelse för Omsorgsnämnden i Hylte kommun

År 2015

Hyltebruk 2016-01-28

Cecilia Harley
Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Innehåll

Sammanfattning.....	1
Inledning.....	2
Vad är patientsäkerhet?.....	2
Ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	2
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.....	3
Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet 2016-2018.....	3
Övergripande mål.....	3
Övergripande strategier.....	3
Utvecklingsmål för Omsorgsnämndens patientsäkerhetsarbete 2016-2018.....	3
Samverkan.....	4
Ny överenskommelse om hemsjukvården.....	4
Samverkan med Närsjukvården.....	4
Samverkan med Hallands sjukhus i Halmstad.....	4
Beslutsstöd.....	4
Vårdskada.....	5
Nationella kvalitetsregister.....	5
Senior Alert.....	6
Trycksår.....	8
Munhälsa.....	9
Fall.....	9
Fallprevention.....	10
Träning och rehabilitering.....	11
Rehabilitering.....	11
Svenska palliativ registret.....	11
BPSD-registret.....	12
NPI.....	13
Avvikelse.....	13
Läkemedelshantering.....	14
Uppföljning - Läkemedel.....	15
Läkemedelsutbildning inför eventuell delegering.....	16
Avvikelse till sjukhus.....	16
Punktprevalensmätningar.....	17
Basala hygienrutiner och klädregler.....	17
Nattfasta.....	18
Vårdrelaterade infektioner – VRI.....	19
Journalgranskning.....	20

Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver hur vårdgivaren dvs Omsorgsnämnden, under föregående år arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården.

Strukturer för korrekt rapportering och uppföljning av vårdskador är fortfarande under uppbyggnad. Det tar bl a tid att implementera nya rapporteringsrutiner. Flera av de tidigare övergripande målen och utvecklingsmålen för patientsäkerhetsberättelsen har inte kunnat följas upp pga svårigheter med korrekt rapportering. Nya mål förslås därför att gälla fr.o.m. 2016.

Samverkan mellan olika vårdgivare och verksamheter för hälso- och sjukvården är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Formerna för samverkan regleras ff a i olika samverkansdokument.

Arbetet med de nationella kvalitetsregistren Senior Alert, Svenska Palliativ registret och BPSD-registret fortsatte under 2015, för att på ett systematiskt sätt fortsätta förbättra kvaliteten på omsorgen och hälso- och sjukvården. Resultaten från Senior Alert visar att verksamheterna står sig mycket bra i jämförelse med landets övriga kommuner när det gäller riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar. Hylte kommun är näst bäst i Halland.

Trycksår är en av de vanligaste vårdskadorna. Trycksår orsakar stort lidande för patienten och en ökad arbetstydgd för medarbetarna. Vid mätning hösten 2015 noteras att andelen patienter med trycksår var 5,7 % mot 6,7 % vid mättillfället 2014. Ett fortsatt intensivt förebyggande arbete med fokus på en god basal omvårdnad, är nödvändigt för att fortsätta minska andelen trycksår.

Antalet rapporterade fall utan skada långsamt ökat sedan 2013. 2015 inträffade 791 registrerade fall. Vid 5 fall fick patienten fraktur. 2 av dessa var höftfrakturer. Antal fall med fraktur som följd varierar något år från år, men trenden visar att det inträffat färre fall med frakturer under senare år. Resultaten över tid kan tolkas som att det fallpreventiva arbetet får positiva effekter för patienterna. Ordinerad träning till patienterna måste genomföras av omsorgspersonalen för att uppnå sitt syfte.

NPI är ett verktyg som är utvecklat för att mäta frekvens och svårighetsgrad av beteendesyntom vid olika demenssjukdomar. Resultaten för 2015 visar att NPI minskat med ca 2/3 vilket innebär att patienter med demens och demensliknande sjukdomar uppvisar färre och mildare BPSD-syntom. För att ytterligare förbättra för patienter med BPSD, måste alla medarbetare arbeta efter den upprättade handlingsplanen under dygnets alla timmar, veckans alla dagar.

Verksamheterna har fortsatt att förbättra arbetet med vården vid livets slut. Sjuksköterske-teamet har uttryckt behov av att också kunna skatta andra syntom än smärta. Andra kvalitetssäkrade och evidensbaserade skattningsskalor ska provas under 2016.

Analysen av avvikelserna visar att det, liksom tidigare år, är läkemedel som inte blir överlämnade vid rätt tidpunkt som rapporteras mest. Fokus på förbättringsarbetet bör läggas på en översyn och ev. förändring av arbetsrutinerna med hjälp av TES-planeringsverktyg. Enhetscheferna bör ta ett större ansvar för att TES-planeringen är korrekt ifylld och används.

Resultaten från mätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler visar att följsamheten fortsätter att förbättras. Målet med en 100 % följsamhet har ännu inte uppnåtts.

Nattfastemätningen hösten 2015 visar ett medelvärde på 11,25 timmar. Medelvärdet innebär inte att flertalet patienter har en nattfasta på närmare 11 timmar. 76 % av patienterna har en längre nattfasta än 11 timmar, i några fall 15-16 timmar.

Kommunens särskilda boenden och gruppboendestäder deltog 2015, för 3:e gången i en punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner- HALT¹. Resultatet visar att 3 % (4 personer) hade en bekräftad infektion (1,8 %, 2 personer, 2014). I riket var motsvarande andel 2 % (3,6 %, 2014). En ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är en viktig del av det förebyggande arbetet mot vårdrelaterade infektioner.

¹ HALT= Healthcare associated infections in long term care settings

Inledning

Meningen med en patientsäkerhetsberättelse är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara upprättad senast den 1 mars varje år.

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver hur vårdgivaren under föregående år arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. Patientsäkerhetsberättelsen ska även redogöra för resultat som uppnåtts under föregående år.

Vad är patientsäkerhet?

Patientsäkerhet betyder att skydda patienter från att skadas när de får vård. I Sverige är de medicinska resultaten av vården bättre än i många andra länder. Skador i vården är trots detta och trots ett intensivt förbättringsarbete fortfarande ett stort problem.

Vissa skador i vården går inte att undvika. Om behandlingen innebär en större nytta för patienten än den skada behandlingen orsakar får det kanske accepteras. Ett vanligt exempel på detta är en operation. Sedan finns det andra skador i vården som hade kunnat undvikas. Dessa skador kallas undvikbara vårdskador.

Sedan 2011 finns en patientsäkerhetslag som reglerar hur patientsäkerheten ska säkerställas. Patientsäkerhetslagen gäller all vård, som utförs i landstingens/regionernas och i kommunernas regi. Lagen gäller oavsett om utföraren är en offentlig eller privat utförare.

Enligt föreskriften² om systematiskt kvalitetsarbete inom vård och omsorg ska patientsäkerhetsarbetet vara långsiktigt och systematiskt.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Vårdgivaren (Omsorgsnämnden) är ytterst ansvarig för patientsäkerheten.

Omsorgschefen tillika verksamhetschef (§ 29 HSL³) och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har tillsammans det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet.

Enhetscheferna ansvarar för att fastställda riktlinjer och rutiner är kända och följs av alla medarbetare och att nya medarbetare får den introduktion som krävs, för att de ska kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett säkert sätt. I enhetscheferna ansvar ingår också att se till, att resursanvändning och bemanning är optimal för att kunna uppnå en god och säker vård.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls och att rapportera risker och negativa händelser.

Omsorgspersonal med delegering för hälso- och sjukvårdsuppgifter är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal när de utför dessa uppgifter. De har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som styr den kommunala hälso- och sjukvården. Omsorgspersonalen ska också aktivt medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och negativa händelser. I övrigt räknas deras arbete som socialtjänst.

² SOSFS 2011:9= Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

³ HSL = Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763)

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Omsorgsnämnden, i sin roll som vårdgivare och den som bedriver socialtjänst och verksamhet enligt LSS samt kommunal hälso- och sjukvård och hemsjukvård, ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Bestämmelserna i föreskriften *SOSFS 2011:9 – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* ska tillämpas i verksamheter som omfattas av:

- 3 kap 3 § socialtjänstlagen (2001:453) och
- 6 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) och
- 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
- 3 kap patientsäkerhetslagen (2010:659)

Ett ledningssystem är ett stöd för att systematiskt och fortlöpande utveckla, följa upp och säkra kvaliteten i verksamheten. Det gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt.

Uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet ska ske genom intern kontroll och egenkontroll.

Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet 2016-2018

3 kap. 1 § PSL⁴ och 3 kap. 1 § SOSFS 2011:9⁵

Övergripande mål

- Ingen patient ska komma till skada eller utsättas för risk för skada i vårdarbetet.
- Alla medarbetare ska arbeta för att öka patientsäkerheten och minska antalet undvikbara vårdskador.

Övergripande strategier

Ett systematiskt patientsäkerhetsarbete ska bedrivas för att minska undvikbara vårdskador. Alla medarbetare ska:

- Arbeta hälsofrämjande för att förebygga vårdskador
- Arbeta för att öka patienternas och deras anhörigas delaktighet i patientsäkerhetsarbetet
- Arbeta med kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling

Utvecklingsmål för Omsorgsnämndens patientsäkerhetsarbete 2016-2018

- Minska andelen undvikbara vårdskador med 10 %
- Öka andelen utförda åtgärder i enlighet med upprättade rehabiliterings- och träningsplaner.
- Nattfastan ska vara maximalt 11 timmar för 100 % av de boende på särskilt boende, om inte särskilda skäl finns till att den är längre.
- Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler ska vara 100 %.
- Vid väntade dödsfall som sker i "kommunens säng"⁶ ska samtliga patienter, under vården vid livets slut, ha erbjudits symtomskattning.

⁴ PSL = patientsäkerhetslag (SFS 2010:659)

⁵ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

⁶ Personer med kommunal hälso- och sjukvård och hemsjukvård som avlider på särskilt boende, gruppboende, korttidsboende eller i ordinärt boende.

Samverkan

Samverkan mellan olika vårdgivare och verksamheter för hälso- och sjukvård är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Formerna för samverkan regleras i olika samverkansdokument.

Ny överenskommelse om hemsjukvården

Vid nyåret 2015 började en ny överenskommelse om Hemsjukvård att gälla i Halland. Dock trädde överenskommelsen inte i kraft förrän den 7 april, detta för att förändringarna vad gäller patientsansvar skulle kunna genomföras på ett lugnt och strukturerat sätt.

Det nya avtalet har inneburit att det är kommunens legitimerade personal som bedömer om patienten har behov av kommunal hemsjukvård. Tidigare var detta beslut bundet till insatsen enligt SoL om personlig vård. Med en snabb blick tillbaka, har det nya avtalet inneburit en ökad tydlighet när det gäller vilka patienter som har rätt till kommunal hemsjukvård och vilka som inte har det. Det var inledningsvis dock vissa oklarheter vad gäller patienter med rätt till åtgärder från arbetsterapeut. Under året har det mesta av detta klarats ut i bästa samförstånd mellan kommunens och Närsjukvårdens arbetsterapeuter. En ökad arbetsbelastning på sjuksköterskorna har noterats då en nygammal patientgrupp med stora och svårläkta bensår tillkommit. Omläggningar sker flera gånger i veckan och är mycket tidsödande. Detta är en patientgrupp som inte funnits i den kommunala hemsjukvården på flera år.

Sedan överenskommelsen om hemsjukvård trädde i kraft har uppföljning också skett av ska enstaka hembesök, dvs hembesök till personer som inte har kommunal hemsjukvård. Tidigare har besök av denna typ på dagtid, vardagar hanterats av närsjukvården distriktssköterskor. Sedan den 7 april har sjuksköterskorna i kommunens hemsjukvård gjort 295 besök till 112 unika personer. Besöken har varit av både planerad och akut karaktär.

Samverkan med Närsjukvården

En god samverkan mellan närsjukvården och då framför allt mellan läkarna och kommunens hälso- och sjukvård är en av förutsättningarna för att kommunens hälso- och sjukvård ska vara av god kvalitet. Samverkan fungerar för det mesta bra.

Verksamhetschefen för vårdcentralerna i Hylte kommun, enhetschefen för sjuksköterske-teamet och enhetschefen för kommun-rehab samt MAS har under 2015 träffats ca en gång per månad för dialog om hur implementeringen av den nya överenskommelsen om hemsjukvård har gått.

Samverkan med Hallands sjukhus i Halmstad

I samverkan mellan medicinskt ansvariga sjuksköterskor i södra Halland (Laholm, Halmstad, Hylte och Falkenberg) bjuds chefläkarna från sjukhuset och den offentligt drivna närsjukvården, Regionens ansvarige för vårdvalsmodellen, som har kontakt med de privata utförarna samt utvecklingschefen för Region Halland till möten 4 gånger per år.

Fokus på dessa möten är patientsäkerhet och hur den ska kunna förbättras i vårdens övergångar.

Beslutsstöd

Sjuksköterskan ska kunna göra bedömningar av en patients hälsotillstånd för att ensam, eller tillsammans med läkare, besluta om lämplig vårdform och/eller behandling. Sedan januari 2015 har sjuksköterskorna i Hallands 6 kommuner använt ett sk beslutsstöd för att få stöd i att avgöra var den fortsatta vården bäst ska ske. Beslutsstödet är ett verktyg, som ska användas när den enskildes hälsotillstånd hastigt försämrats. Syftet är att bedömningen av patientens tillstånd ska bli

strukturerad och systematisk, patienten ska få vård på optimal vårdnivå och informationsöverföring till nästa vårdgivare ska säkras.

Utfallet för 2015 visar att det gjordes 223 stycken Checklista Beslutsstöd. 163 patienter fortsatte att vårdas i ordinärt eller på särskilt boende. I flera fall beslutade läkare tillsammans med sjuksköterska om att patienten skulle stanna kvar i sitt boende och få behandling där. Ca 25 % av patienterna skickades till sjukhus och av dem blev 94,5 % inlagda för vård.

Eftersom sjuksköterskan ska kunna göra bedömningar av en patients hälsotillstånd utan ett bedömningsverktyg är det inte möjligt att säga vem eller vilka patienter som skulle åkt till sjukhus om sjuksköterskorna inte gjort den strukturerade bedömningen. Men i samtal med sjuksköterskorna framkommer att beslutsstödet gett dem "råg i ryggen" att lita på den egna bedömningen och det har gjort att de underlättat i kommunikationen med läkare. Sannolikt har användandet av beslutsstödet inneburit att flera patienter sluppit den ansträngande resan till sjukhus och i stället fått vård i sitt hem.

Den månatliga uppföljningen av beslutsstödet fortsätter och en regional totalredovisning för 2015 kommer att presenteras längre fram i vår.

Vårdskada

Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Allvarliga vårdskador eller risk för en sådan ska alltid anmälas enligt Lex Maria.

Exempel på vad som kan vara en vårdskada:

- fallskador eller andra olyckshändelser i samband med vård
- infektioner
- trycksår
- felaktigt ordinerade eller utlämnade läkemedel
- fördröjda, felaktiga eller uteblivna behandlingar

Vårdskada som inte går att undvika är till exempel ett operationssår efter en blindtarmsoperation. Blir det däremot en infektion i såret är detta en undvikbar vårdskada, som ska hanteras som en avvikelse.

Under 2015 har en lex Maria anmälan lämnats till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och en internutredning enligt lex Maria har genomförts. Den utredningen föranledde inte någon anmälan till IVO.

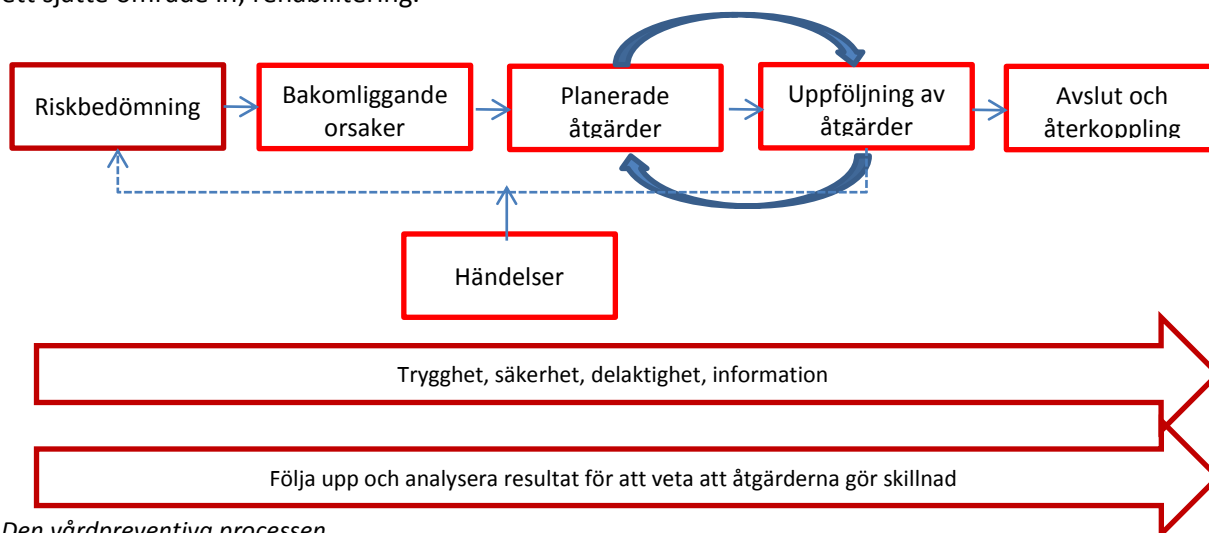
Nationella kvalitetsregister

Det finns mer än 100 olika nationella kvalitetsregister i Sverige. Kvalitetsregistren ger möjligheter till lärande, ett ständigt förbättringsarbete och de ger underlag till forskning.

Omsorgsnämndens verksamheter är anslutna till tre kvalitetsregister; Senior Alert, Svenska Palliativ registret och BPSD-registret. Målet med att delta i registren är att vården och omsorgen successivt ska förbättras och de utgör därför en viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet.

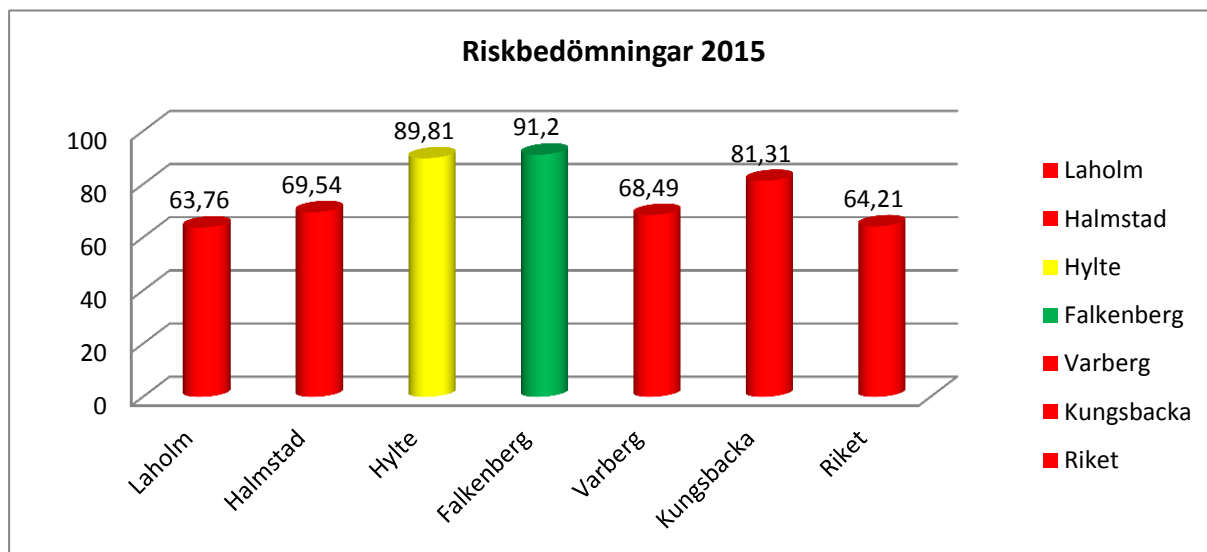
Kvalitetsregistret Senior Alert används som hjälpmedel för att få ett systematiskt arbetssätt i det förebyggande arbetet för att undvika vårdskador och för att verksamheterna på ett enkelt sätt ska kunna följa sina resultat.

Alla steg i den vårdpreventiva processen registreras i Senior alert. I den vårdpreventiva processen ingår att göra riskbedömningar och att sätta in åtgärder för personer med risk inom följande fem områden; fall, trycksår, nutrition, munhälsa och blåsdysfunktion/inkontinens. Under våren 2016 läggs ett sjätte område in; rehabilitering.

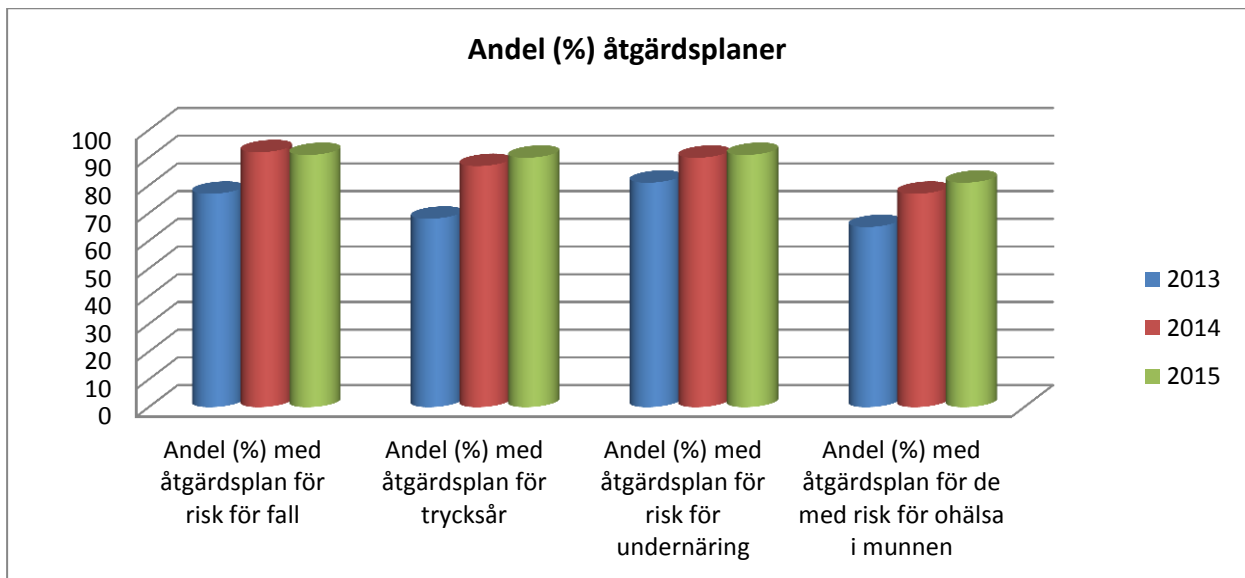


Den vårdpreventiva processen

Det regionala och lokala målet för andel riskbedömningar för personer > 65 år är satt till 90 %. Resultatet 2015 för omsorgsnämndens verksamheter hamnade på 89,81 % vilket innebär att målet inte riktigt nåddes. Men i jämförelse med övriga kommuner i Halland och riket ligger Hylte väl till. Resultatet för 2015 visar att Hylte är näst bäst i Halland.

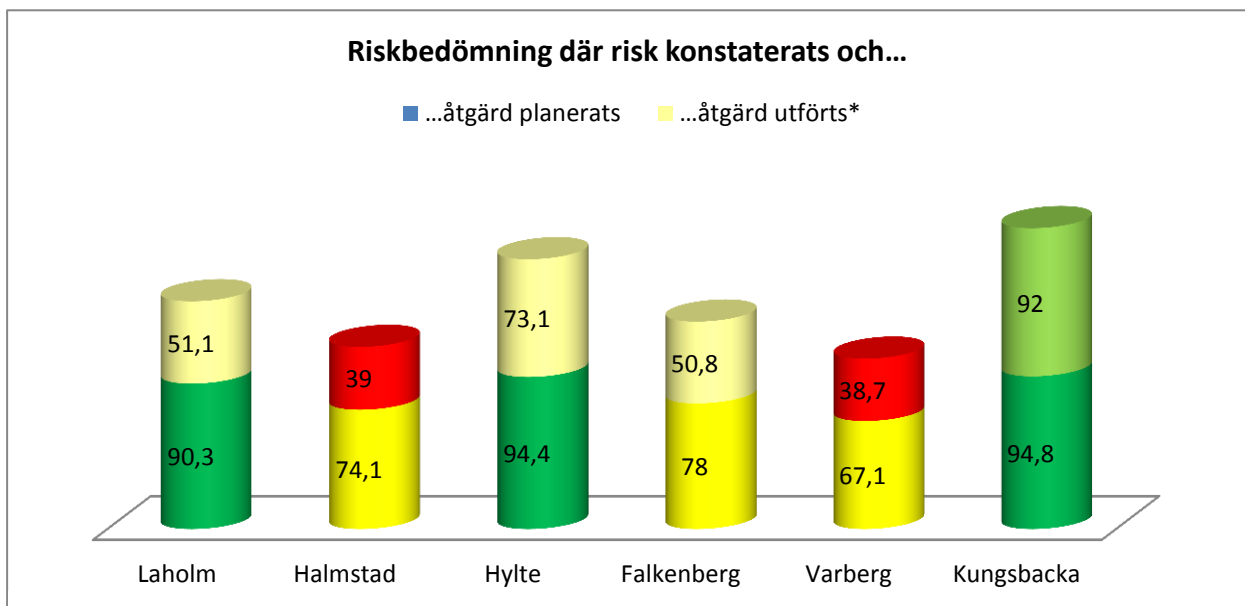


Riskbedömningar2015 (medelvärde). Riskbedömningarna omfattar fall, trycksår, nutrition, munhälsa och blåsdysfunktion/inkontinens.



Andel personer med åtgärdsplaner vid bedömning att risk för fall, trycksår, undernäring och/eller risk för ohälsa i munnen föreligger

Arbetet med riskbedömningar och upprättandet av åtgärdsplaner fungerar bra i verksamheterna. Det finns ingen verksamhet som "sticker ut" som vare sig bättre eller sämre. Resultatet över åren 2013-2015 visar att det hela tiden sker en utveckling och att allt fler personer med bedömd risk också får en åtgärdsplan upprättad. Åtgärdsplanerna följs upp på Vård- och omsorgsplaneringsmöten (VOP).



*För att åtgärder ska räknas som utförda krävs att dessa registrerats senast 6 månader efter aktuell riskbedömning

I den regionala mål- och handlingsplanen 2015 för det preventiva arbetet anges att 80 % av de med bedömd risk ska ha fått insatt förebyggande åtgärder och samma mål gäller för genomförda åtgärder. Målet för insatta åtgärder nåddes, men verksamheterna har en liten bit kvar för att nå upp till målet när det gäller utförda åtgärder.

Resultaten tyder på att det preventiva arbetet enligt Senior Alert till stor del är förankrat i omsorgsnämndens verksamheter, men det finns fortfarande utrymme för förbättringar.

Att se sammanhang och börja kommunicera kring det preventiva arbetet är en vinst för den enskilda individen. På sikt kommer förhoppningsvis detta också visa sig genom ett ökat välbefinnande och ett friskare åldrande oavsett vad siffrorna i statistiken visar.

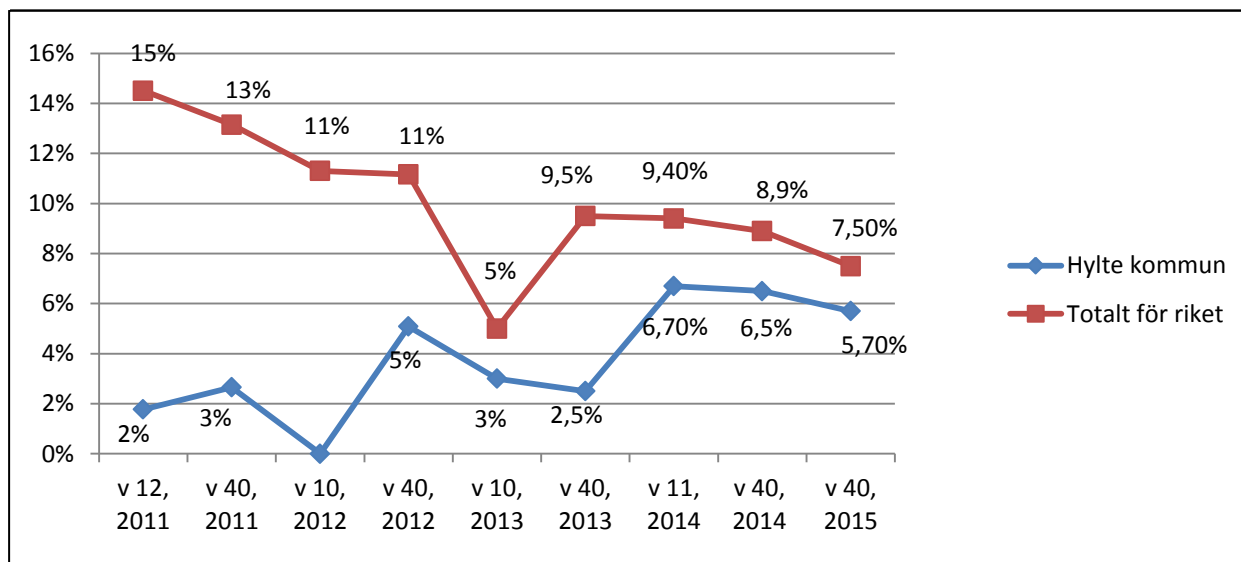
Förslag på åtgärder

- Fortsätta utbildningar i hälsofrämjande arbetsätt för att uppnå målen för det preventiva arbetet.
- Fortsätta att utveckla arbetsformerna för det hälsofrämjande arbetsättet genom bl a vård- och omsorgsplaneringsmöten.
- Fortsätta förbättra registreringarna av planerade och genomförda åtgärder i kvalitetsregistret.

Trycksår

Trycksår är en av de vanligaste vårdskadorna. Trycksår orsakar stort lidande för patienten och en ökad arbetstydgd för medarbetarna. Sedan mätningarna började våren 2011 (kommunen deltog inte i mätningen våren 2012) har andelen patienter med trycksår ökat. Vid mätningen hösten 2015 noteras att trenden med ökning av antalet trycksår förhoppningsvis är bruten eftersom andelen patienter med trycksår var 5,7 % hösten 2015 mot 6,7 % vid mättillfället 2014.

Det krävs ett fortsatt intensivt preventivt arbete med stort fokus på det basala omvårdnadsarbetet, för att fortsätta minska frekvensen av trycksår.



Resultat från trycksårsmätningar 2011-2015 (mätning gjordes inte v 10, 2012)

Förslag på åtgärder

- Omsorgspersonalen ansvarar för att dagligen, i samband med personlig omvårdnad, kontrollera patienternas hud och meddela ansvarig sjuksköterska så snart förändringar i huden noteras.
- 100 % av identifierade riskpatienter ska ha vidtagna åtgärder för trycksårsprevention och åtgärderna ska följas upp.
- Utbildning till all omsorgspersonal i förebyggande och hälsofrämjande arbetsätt.
- Alla trycksår ska registreras som avvikelser i avvikelssystemet, händelseanalyser ska göras och åtgärder sättas in och följas upp.

Munhälsa

En bristande munhälsa är många gånger orsak till andra sjukdomstillstånd så som hjärtproblem och olika typer av övre och nedre luftvägsinfektioner. Dessutom ger bristande munhälsa ofta smärta i munnen som gör att den drabbade inte vill äta.

I kvalitetsregistret Senior Alert ingår redovisning av antalet munhälsobedömningar och åtgärder som vidtas vid brister i munhälsan.

Enhetscheferna ansvarar för att se till att medarbetarna har tillräcklig kompetens för att på ett korrekt sätt hjälpa omsorgstagarna med munhygien.

Förslag till åtgärder:

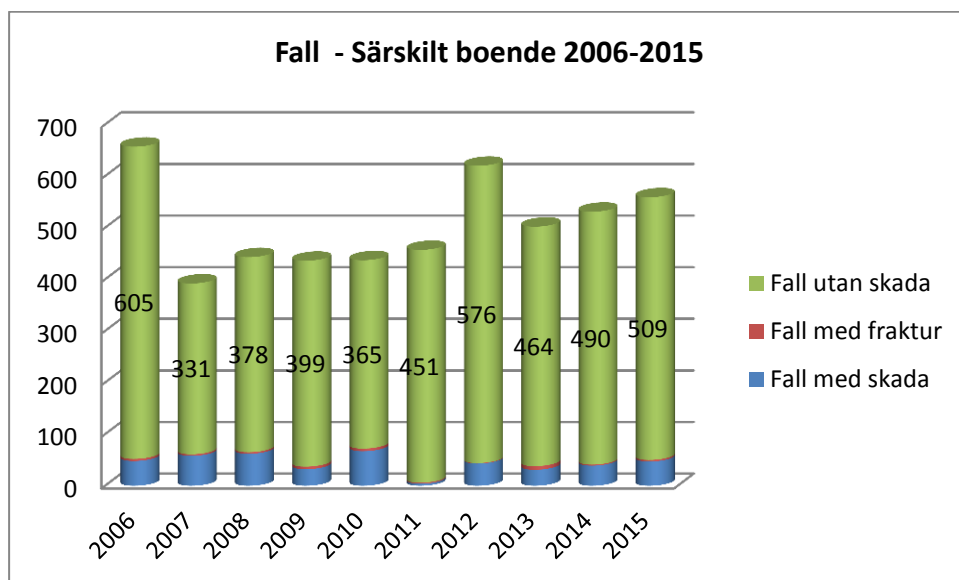
- Utredda behov av kompetensförstärkning till omsorgspersonalen, när det gäller basal omvårdnad inklusive munvård.

Fall

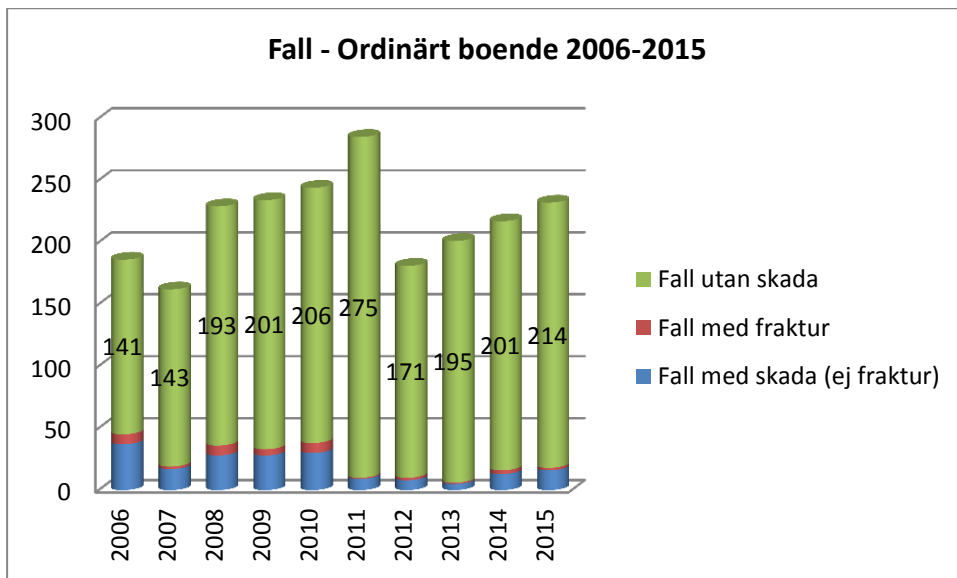
Vid riskbedömningar i Senior Alert identifieras de personer där det föreligger risk för fall. Genom olika åtgärder t ex borttagning av mattor och annan ommöblering, balans- och gångträning, halksockar, höftskyddsbyxor, rätt gånghjälpmedel och läkemedelsgenomgångar i samarbete med Närsjukvårdens läkare, arbetar verksamheterna för att minska antalet fall. Insatta åtgärder ska följas upp och utvärderas på Vård och omsorgsplanerings-möten.

Antalet rapporterade fall har långsamt ökat sedan 2013. Det är antalet fall utan skada som ökar. I stort sett alla fall rapporteras som avvikelser, även de där omsorgstagaren bara glidit ur stol eller säng utan att egentligen ha fallit. Någon begränsning av vilken typ av fall som ska rapporteras är inte aktuellt, eftersom det är bättre med en viss överrapportering än en underrapportering.

I Omsorgsnämndens verksamheter 2015 inträffade 791 registrerade fall (509 i särskilt boende, korttidsboende och gruppboende, 214 i ordinärt, se tabeller nedan). 741 stycken (ca 93,5 %) fall innebar ingen skada på den som föll. Vid 5 fall fick patienten fraktur; 2 på särskilt boende, 1 på korttidsboende och 2 i ordinärt boende. 2 stycken var höftfrakturer.



Antal fall på särskilt boende, fr o m 2013 inkluderas också korttidsboende samt gruppboende LSS

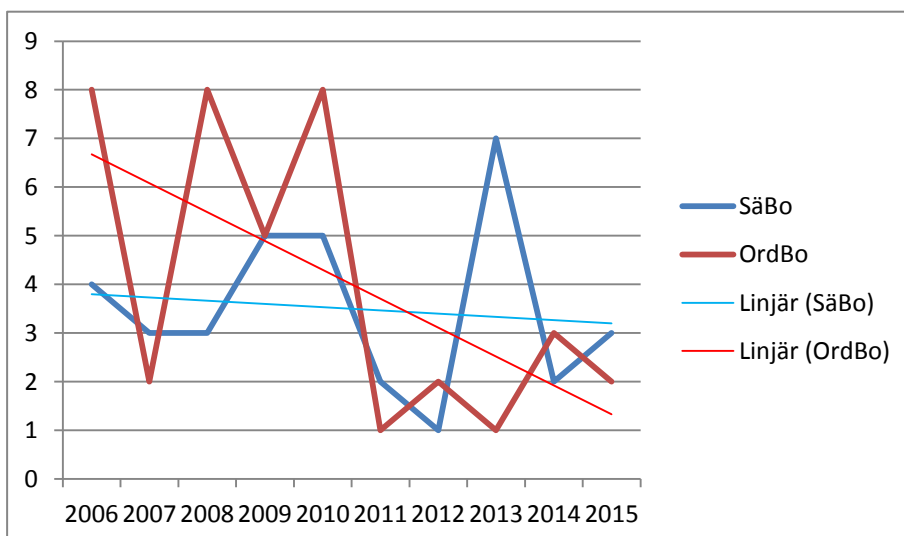


Antal fall i ordinärt boende

Fallprevention

Kommun-Rehab erbjuder personer i både ordinärt och särskilt boende speciellt anpassad balansträning för att minska risken för fall. Träning rekommenderas efter bedömning av fysioterapeut. I takt med att de som flyttar in i särskilt boende blir allt sjukare och skörare är träning av olika slag A och O för att förbättra och om möjligt återfå en bättre balans för att förebygga fall.

Trosa kommun (<http://www.svt.se/nyheter/regionalt/sormland/aldre-i-trosa-erbjuds-traning-i-hemmet>) har importerat en modell från Danmark som bl a innebär att arbetsterapeuter och fysioterapeuter redan på ett tidigt stadium (t ex när den enskilde ansöker om ett trygghetslarm) gör hembesök för att bedöma behov av understödjande hjälpmedel och träning för att den enskilde ska behålla sin självständighet. För att kunna införa arbetsmodellen har Trosa anställt fler arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Tillgång till legitimerade arbetsterapeuter och fysioterapeuter i tillräcklig omfattning är mycket viktigt för att genom effektiva förebyggande åtgärder kunna minska risken för fall.



Antal fall med fraktur

Antal fall med fraktur som följd, varierar något år från år, men trenden visar att det framför allt i ordinärt boende inträffat färre fall med frakturer under senare år. Även på särskilt boende är trenden något nedåtgående, vilket är positivt. Resultaten över tid kan tolkas som att det fallpreventiva arbetet får positiva effekter för patienterna.

Träning och rehabilitering

Förutom att träning och andra rehabiliterande åtgärder är viktiga för att förbättra eller behålla självständigheten hos patienterna, är de också betydelsefulla komponenter för att minska riskerna för fall. Det är därför mycket viktigt att omsorgspersonalen hjälper patienterna att utföra den ordinerade träningen

Det förekommer att ordinerad träning inte blir utförd enligt rehabiliteringsplanen, men statistiken har förbättrats något i jämförelse med tiden före införandet av TES-planeringsverktyg. 2014 rapporterades 38 avvikelser rörande utebliven träning. 2015 rapporterades 22 avvikelser. Sannolikt rapporteras inte alla tillfällen när träning inte utförs. Avvikelseypen förekommer i alla verksamheter. Enhetscheferna har ett stort ansvar för att hjälpa sina medarbetare planera arbetet med hjälp av planeringsverktyget TES för att all träning ska bli utförd.

Förslag på åtgärder:

- Enhetscheferna bör ge stöd till sina medarbetare vid planeringen av arbetsuppgifterna över dagen med hjälp av planeringsverktyget TES.
- Enhetscheferna bör ta ett större ansvar för att TES-planeringen används och är korrekt ifylld.
- Verksamheter bör fortsätta utveckla det hälsofrämjande och fallförebyggande arbetet så att det blir en del i det dagliga omvårdnadsarbetet genom bl a utbildning i hälsofrämjande arbetsätt.
- Utreda möjligheten och lägga fram förslag på hur "Danmarks-modellen" ska kunna införas i Omsorgsnämndens verksamheter.

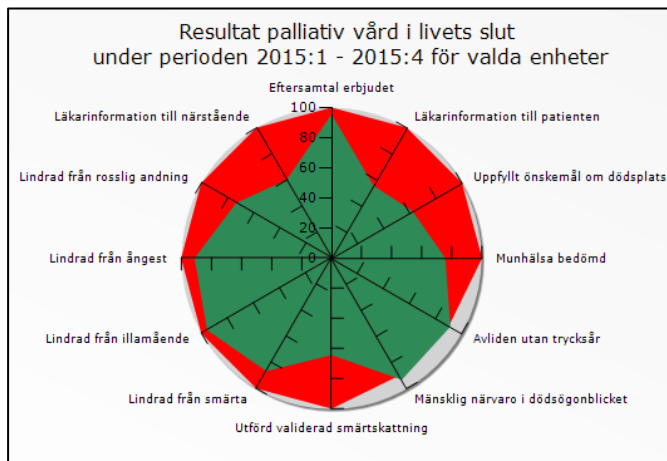
Rehabilitering

Omsorgsnämndens utvecklingsmål 2013-2015, att 100 % av de som flyttar in på särskilt boende eller kommer till korttidsboende ska bedömas av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast inom 3 arbetsdagar samt vid behov ha fått en individuell rehabiliteringsplan upprättad dagen efter bedömningen har inte uppnåtts.

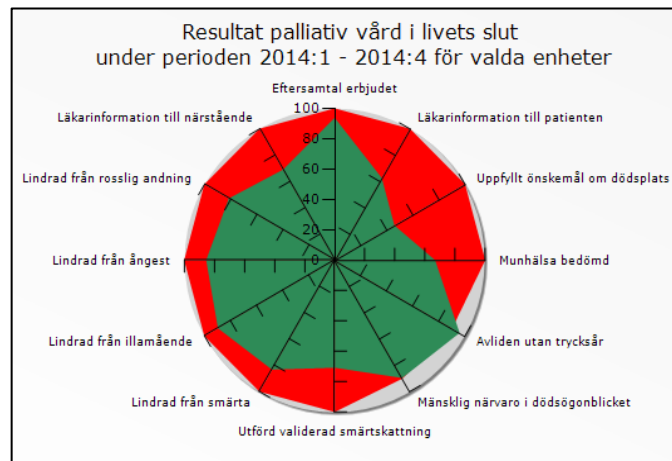
Målet är inte väl formulerat och kan inte uppnås eftersom det saknas verktyg för uppföljning. Förslag på nytt utvecklingsmål för rehabiliterande verksamhet finns under "Utvecklingsmål 2016-2018".



Oavsett sjukdom är målet med att följa upp vården vid livets slut genom registrering i Svenska Palliativ registret, att kvalitetssäkra vården och omsorgen så att alla som dör en väntad död och deras närstående/anhöriga, ska känna trygghet genom att de är informerade om situationen och att patientens smärta, illamående, ångest och andra symtom är lindrade.



Palliativindikatorer 2015 för Hylte kommun



Palliativindikatorer 2014 för Hylte kommun

Omsorgsnämndens utvecklingsmål för vård vid livets slut 2013-2015 är att 100 % av de som vårdas vid livets slut ska erbjudas validerad smärtskattning. Målet går inte att nå i kommunen eftersom ansvaret för registreringarna i registret delas mellan Region Halland om kommunen.

De kommuninnevånare som avlider på sjukhus ska registreras av sjukhuspersonalen och det sker inte riktigt i samma utsträckning som i kommunen. Målet behöver revideras och förslag på nytt mål finns ovan bland *Utvecklingsmål 2016-2018*.

Flera av indikatorerna visar på en liten förbättring jämfört med 2014. Men det finns fortfarande utrymmen för fortsatt förbättring. Sjuksköterske-teamet diskuterar bl a om det finns ett annat verktyg att använda vid symtomskattning eftersom en del av den smärta, som bedöms och behandlas, inte är fysisk och kanske då inte heller ska behandlas med smärtstillande samt att andra symtom såsom t ex illamående, matleda, orkeslöshet och nedstämdhet inte mäts genom ett validerat skattningsinstrument. Vilken metod teamet kommer att välja redovisas i nästa års Patientsäkerhetsberättelse.

Förslag till åtgärder:

- Fortsätta förbättra vården vid livets slut för att uppnå en stabil och kvalitetssäkrad vård.
- Fortsätta med utbildning i palliativ vård till all omsorgspersonal.
- Sjuksköterske-teamet bör ta fram skattningsinstrument för att bättre kunna skatta fler symtom än smärta vid vård vid livets slut.



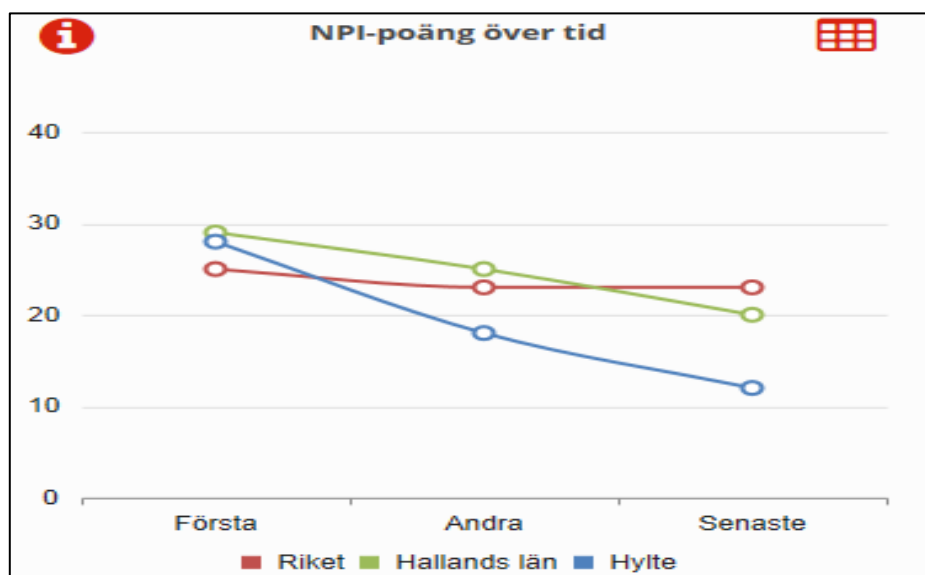
BPSD drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vård- och omsorgspersonal.

Demenssamordnarna och övriga medarbetares arbete med personer med demenssjukdom syftar till att minska BPSD och öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom. Detta sker genom att skattningar av beteendemässiga och psykiska symtom görs. Därefter upprättas en bemötandeplan/handlingsplan. Efter den inledande skattningen utförs återkommande uppföljningar av handlingsplanen för att utvärdera och eventuellt justera åtgärderna utifrån förändrade behov och förutsättningar, för att uppnå en personcentrerad vård och omsorg. För att åtgärderna ska få

planerad effekt är det oerhört viktigt att alla medarbetare följer den upprättade handlingsplanen och att det sker dygnet runt, veckans alla dagar, vilket inte alltid sker.

NPI⁷

NPI är ett verktyg som är utvecklad för att mäta beteendesymtom vid olika demenssjukdomar. Demenssamordnarna skattar frekvens och svårighetsgrad av t ex vanföreställningar, hallucinationer, agitation, depression, ångest, eufori, apati mm och i dialog med omsorgspersonal (och eventuellt anhöriga) upprättas en handlingsplan med olika åtgärder för att minska patientens BPSD-symtom, dvs. få lägre NPI-poäng.



Diagrammet ovan visar på en mycket positiv utveckling vad gäller minskningen av beteendesymtom. NPI har minskat i medelvärde över tid med 2/3. Skattningar och uppföljningar av handlingsplanen sker i samverkan mellan Demenssamordnare, enhetschef, berörd omsorgspersonal och legitimerad personal.

Förslag till åtgärder:

- Alla enhetschefer och medarbetare inom äldreomsorgen ska gå webbutbildningen Demens ABC.
- Enhetschef ansvarar för att upprättade handlingsplaner för demensvården av enskild patient följs under dygnets alla timmar, veckans alla dagar.

Avvikelser

En avvikelse är det när "något inte blev som det var tänkt".

Avvikelserapportering är en grundläggande del i patientsäkerhetsarbetet (och i omsorgsarbetet) för att kunna minska antalet undvikbara vårdskador (och risk för missförhållanden).

Avvikelserapportering via verksamhetssystemet startade inom äldreomsorgen redan 2005 under senare år har även medarbetarna inom funktionshinderområdet och socialpsykiatri i ökande omfattning börjat rapportera inträffade avvikelser.

⁷ Neuropsychiatric Inventory

Det var från början mycket fokus på vem som gjort fel och inte så mycket på varför det blev fel i samband med analysen av varför en avvikelse inträffat. Generellt sätt har detta fokus flyttats från vem till varför och det är förmodligen en bidragande orsak till att antalet rapporterade avvikelser stadigt ökat.

Antal avvikelser	2013	2014	2015
Totalt	1409	1489	1536
HSL	1205	1266	1247
SoL	201	196	271
LSS	3	27	18

Antal rapporterade avvikelser HSL, SoL och LSS 2013-2015

I de allra flesta fall inträffar en avvikelse pga av olika sk organisatoriska orsaker; t ex brister i arbetsrutiner, arbetstidscheman som inte överensstämmer med faktiska behov i verksamheten och/eller oklar ansvarfördelning. För att kunna se vad det är som gör att det inträffar en avvikelse måste händelsen genomlysas systematiskt och en åtgärdsplan upprättas för att försöka förhindra att liknande händelser inträffar igen.

Under senhösten 2015 fick samtliga enhetschefer en genomgång av hur avvikelseprocessen ser ut och hur man ska upprätta en händelseanalys samt också hur det ska dokumenteras och följas upp. Det finns sannolikt behov av ytterligare repetition under våren 2016 för att detta arbetssätt fullt ut ska användas.

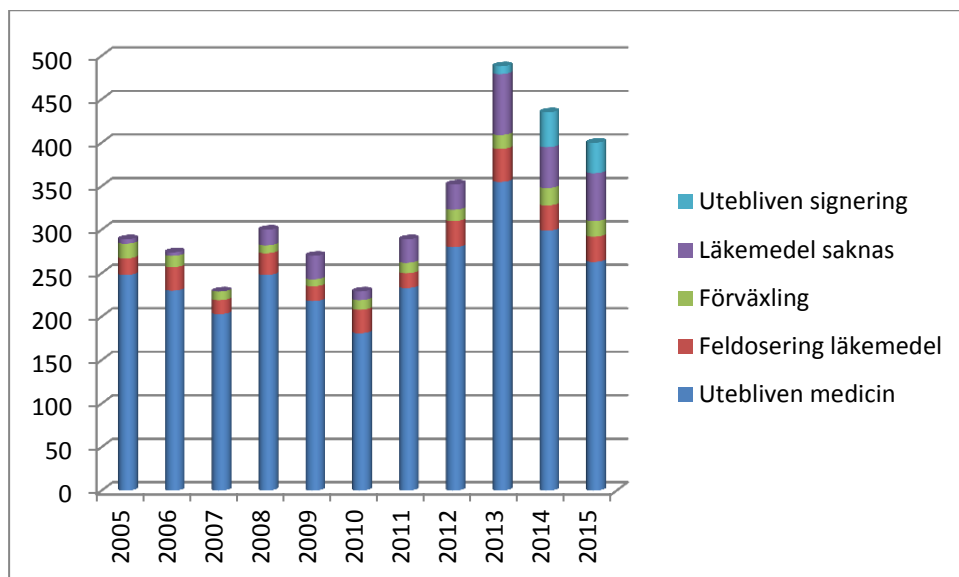
Dessvärre finns det fortfarande, med stor säkerhet, en skillnad mellan de avvikelser som faktiskt inträffar och de som rapporteras. Ju mindre fokus på vem som orsakat avvikelsen och ju mer på varför avvikelsen inträffade man har i hanteringen av avvikelser desto fler medarbetare vågar sannolikt rapportera uppkomna fel och brister och desto större blir möjligheterna till förändringar som kan leda till kvalitetsförbättringar. Det finns små "öar" i verksamheten där "syndabocks"-tänkandet fortfarande råder. Med mer utbildning och ett tydligare fokus på händelsen och inte på vem som gjort fel, kommer förhoppningsvis gapet mellan inträffad avvikelse och rapporterad avvikelse minska framöver.

Förslag till åtgärder:

- Erbjud fortsatt utbildning/handledning till samtliga enhetschefer och medarbetare (kvalitetshandledare) i avvikelshantering innefattande: processtyrning/kartläggning, rapportering, risk- och händelseanalys, åtgärder samt uppföljning.

Läkemedelshantering

Flertalet av de patienter som har rätt till kommunal hälso- och sjukvård och hemsjukvård får hjälp med att hantera sina läkemedel. Det kan vara allt från tabletter som ska överlämnas till ögondroppar och salvor som ska appliceras. Åtgärderna utförs till stor del av omsorgspersonal som mottagit delegering för läkemedelshantering av ansvariga sjuksköterskor.



Avvikelser läkemedelshantering 2006-2015

Liksom tidigare år är den vanligaste avvikelsen vid läkemedelshantering att medarbetarna missat att ge en läkemedelsdos. Den som rapporterat avvikelsen för "utebliven medicin" har kontaktat tjänstgörande sjuksköterska så att åtgärder kunnat vidtas för att minska risken för patienten.

Under våren 2015 infördes TES-planeringssystem på särskilt boende. I förra årets patientsäkerhetsberättelse uttrycktes förhoppning om att det efter införandet av TES skulle synas en minskning av antalet avvikelser som rörde "utebliven medicin".

I en jämförelse 2015 mellan det första och det andra halvåret är antalet rapporterade läkemedelsavvikelser "utebliven medicin" under det 1:a halvåret 138 st och under det 2:a halvåret 125 st. Det visar alltså en tendens till att antalet avvikelser vad gäller utebliven medicin minskar, men en fortsatt uppföljning måste göras, för att se om denna trend håller i sig också under en längre tid.

Förslag till åtgärder:

Fortsatt arbete för att använda TES-planeringsverktyg i förbättringsarbetet för att patienter/omsorgstagare ska få den hjälp och det stöd de behöver.

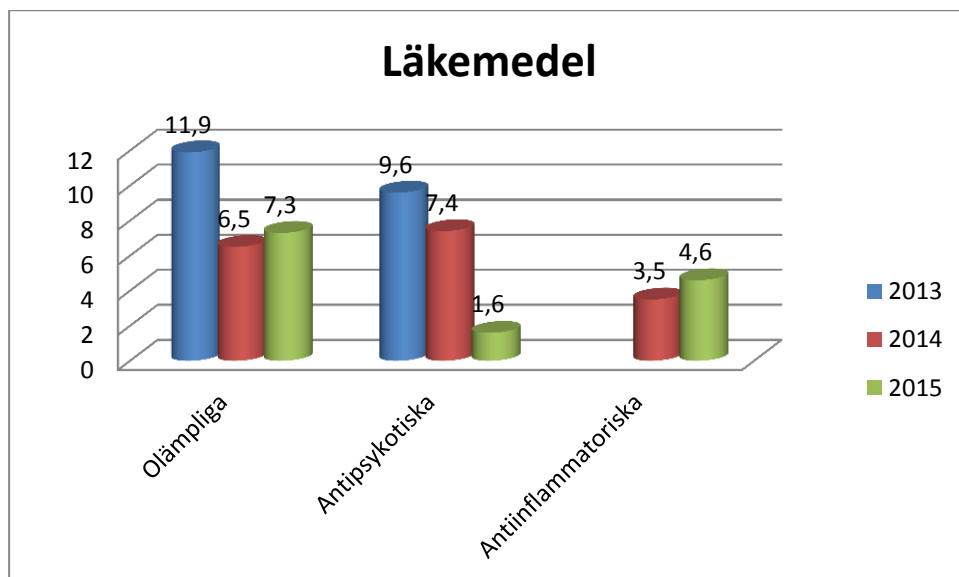
Uppföljning - Läkemedel

När man blir äldre sker förändringar i kroppen, som påverkar både läkemedlens omsättning - d.v.s. hur de tas upp, fördelas, bryts ned och utsöndras - och deras verkan på kroppen. Det gör att risken för biverkningar av sk normaldosering ökar när man blir äldre.

Användningen av *olämpliga läkemedel* (långverkande lugnande läkemedel, vissa smärtstillande läkemedel och psykofarmaka), adekvat användning av *antipsykotiska läkemedel* och användning av *antiinflammatoriska läkemedel* till personer över 75 år följs upp årligen.

Samtliga läkemedel i gruppen "olämpliga läkemedel" kan ge yrsel, förvirring och illamående i biverkan. I gruppen "antiinflammatoriska läkemedel" ingår t ex vanliga smärtstillande läkemedel så som t ex Ipren, Diklofenak m fl som kan påverka njurfunktionen och utlösa eller förvärra hjärtsvikt.

Det innebär dock inte att dessa läkemedel inte alls ska användas till äldre, de ska dock förskrivas med återhållsamhet och uppföljning är extra viktig.



Uppgifter om antiinflammatoriska läkemedel saknas 2013.

Diagrammet på sidan ovan, visar att ff a användningen av antipsykotiska medel minskat. Kopplas detta resultat till resultatet i minskning av NPI-poäng visar det att demens-teamets arbete med utbildning och handledning till omsorgspersonalen samt de upprättade handlingsplanerna vid BPSD har mycket god effekt på minskad användning av dessa läkemedel.

Förslag på åtgärder:

- Enhetscheferna bör se till att medarbetarna alltid följer upprättade handlingsplaner för att minska bl a BPSD-symtom.

Läkemedelsutbildning inför eventuell delegering

I mars 2015 publicerades en webbaserad utbildning i läkemedelshantering "Jobba säkert med läkemedel". Utbildningen omfattar 5 kapitel och tar ca 2 timmar att genomföra. Efter genomgången utbildning gör man ett individuellt, skriftligt test. Under 2015 har nästan all omsorgspersonal genomfört utbildningen och deras omdömen om utbildningen är i stort positiv vilket gör att utbildningen fr o m januari 2016 ska ligga till teoretiskgrund inför en eventuell delegering av läkemedelshantering.

Förslag till åtgärder:

- För att få en ökad säkerhet och likvärdighet i delegeringsförfarandet bör MAS upprätta en checklista som sjuksköterskorna ska använda inför en eventuell läkemedelsdelegering.

Avvikelse till sjukhus

Det finns stora risker i vårdens övergångar och det är viktigt att alla följer de överenskommelser som finns och de rutiner som är upprättade hos varje huvudman för att övergången ska blir så säker som möjligt. Under 2015 inträffade det främst avvikelser som orsakades av att sjukhusets personal inte följt de utskrivningsrutiner som finns, t ex att inte skicka med patienten korrekta och tydliga läkemedelsordinationer, att inte upprätta korrekta omvårdnadsepikriser eller att inte skicka med patienten nyinsatta läkemedel enligt överenskommelser.

Under ett år åtgår det mycket tid både för sjuksköterskorna i kommunen och för sjuksköterskorna på sjukhuset för att reda ut de avvikelser som uppstår när utskrivningsprocessen från sjukhuset inte

följs. Läkarna på Vårdcentralerna i kommunen blir också ofta involverade för att rätta till bristerna i bl a läkemedelsordinationer så att inga patienter ska drabbas.

Det läggs därför också mycket fokus på avvikelser i vårdens övergångar på de patientsäkerhetsmöten MASar i södra Halland har med bl a chefläkarna från sjukhuset i Halmstad och Närsjukvården.

Region Halland kommer under 2016 att arbeta med att förbättra utskrivningsprocessen för att minska patientsäkerhetsriskerna i vårdens övergångar.

Punktprevalensmätningar

Punktprevalensmätning (PPM) innebär att på en viss dag eller vid en viss tidpunkt mäta och rapportera specifika data t ex följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, antal trycksår, längden på nattfastan eller antal vårdrelaterade infektioner.

Basala hygienrutiner och klädregler

Sedan 2010 deltar verksamheterna inom äldreomsorgen i punktprevalensmätningar (nationella och regionala) av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Resultaten har kontinuerligt redovisats för Omsorgsnämnden. Under 2015 har också verksamheter inom LSS deltagit.

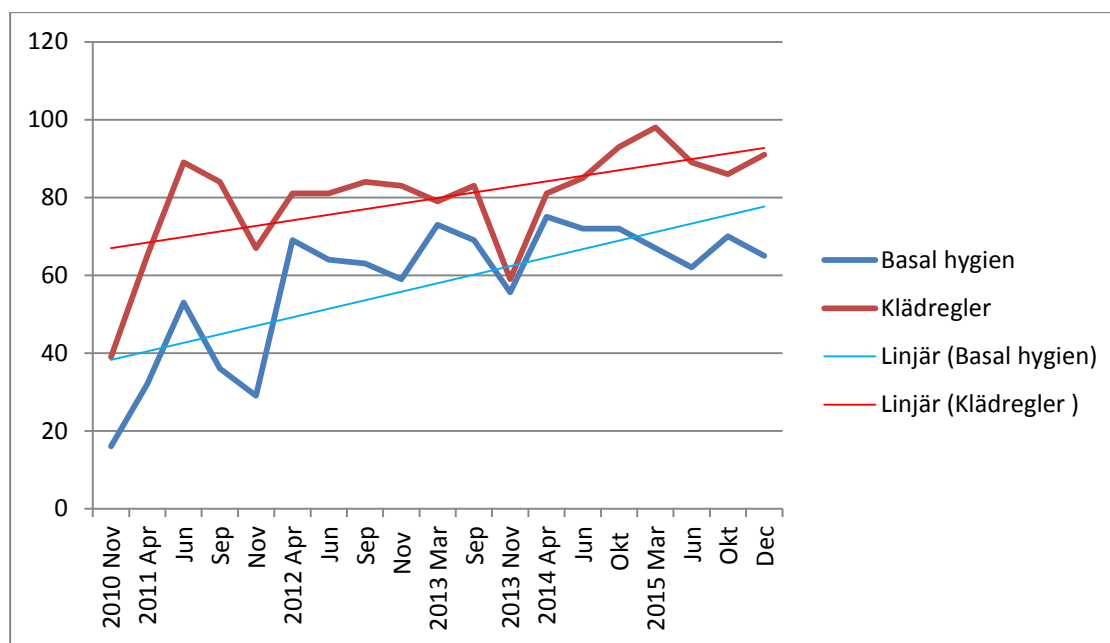
1 januari, 2016 utvidgades förskriften om basal hygien till att också omfatta verksamhet enligt SOL och LSS och inte som tidigare endast hälso- och sjukvårdande verksamheter.

Basala hygienrutiner innebär att medarbetarna:

- Före och efter att de hjälpt en patient, spritar av sina händer med handsprit. Tvättar händerna med tvål och vatten görs när händerna blivit smutsiga och när en person med virusorsakad magsjuka vårdas.
- Använder handskar och platsförkläde korrekt

Klädregler innebär att medarbetarna:

- Har kortärmad arbetsdräkt
- Är utan ringar, armband, klockor och hand- och armskenor (orthoser)
- Har korta, omålade naglar
- Har långt hår (och skägg) uppsatt



Punktprevalensmätning följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, nov 2010 -.

Sedan den första mätningen i november 2010 har resultaten sakta, med vissa små dippar emellanåt, men säkert förbättrats. I vissa verksamheter är nu följsamheten till klädreglerna 100 % medan ingen

verksamhet nått 100 % i följsamheten till de basala hygienrutinerna. Samma tendens ses i de nationella mätningarna, som sedan 2014 endast genomförs på våren. Omsorgsnämndens utvecklingsmål om att följsamheten ska vara 100 % nåddes inte under 2015. Punktprevalensmätningar kommer fr o m våren 2016, som förut i Region Hallands regi, att genomföras 2 ggr/år mot 4 ggr under tidigare år.

Förslag till åtgärder:

- Enhetschef ansvarar för att eventuellt tillsammans med Hygiensköterska från Vårdhygien i Halmstad upprätta lokala handlingsplaner med åtgärder för att Omsorgsnämndens utvecklingsmål att följsamheten ska vara 100 % till basala hygienrutiner och klädregler ska nås senast 2016.

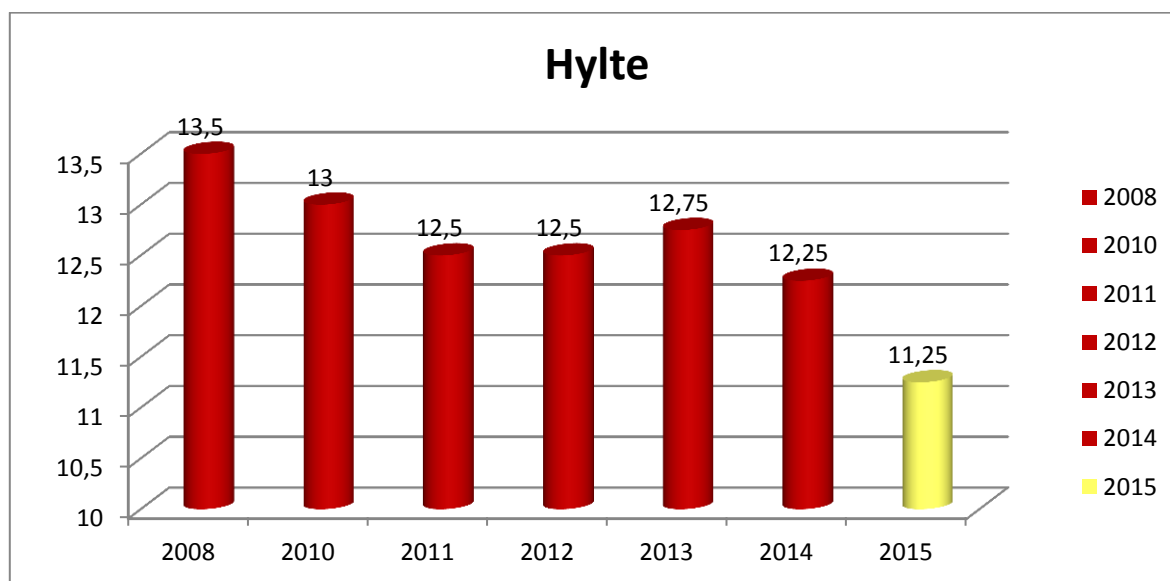
Nattfasta

Omsorgsnämnden har som ett mål för patientsäkerhetsarbetet beslutat att nattfastan inte ska överstiga 11 timmar för personer som bor på särskilt boende, om inte särskilda skäl finns att den är längre. Särskilda skäl kan vara t ex variationer i de boendes dagsform, tillfällig sjukdom, fest på eftermiddagen/kvällen så de boende helt enkelt inte är hungriga senare på kvällen.

Nattfastan är den tid som går mellan det sista en person äter på kvällen och det första hen äter på morgonen nästa dygn.

Nattfastan för äldre ska inte överstiga 11 timmar. Om nattfastan blir för lång börjar kroppen bryta ner musklerna för att få tillgång till energi, vilket i sin tur leder till viktnedgång och muskelförsvagning som kan leda till en ökad frekvens av fall med skador som följd. Lång nattfasta kan också orsaka orolig nattsömn. Ett litet kvällsmål kan behövas till den som har svårt att komma till ro inför natten, men även till den som vaknar tidigt.

Längden på nattfastan har kontrollerats sedan 2008. Resultaten från mätningarna visar att minskningen av nattfastan har gått långsamt, med flera bakslag, men medelvärdet börjar vid den senaste mätningen att närma sig 11 timmar.

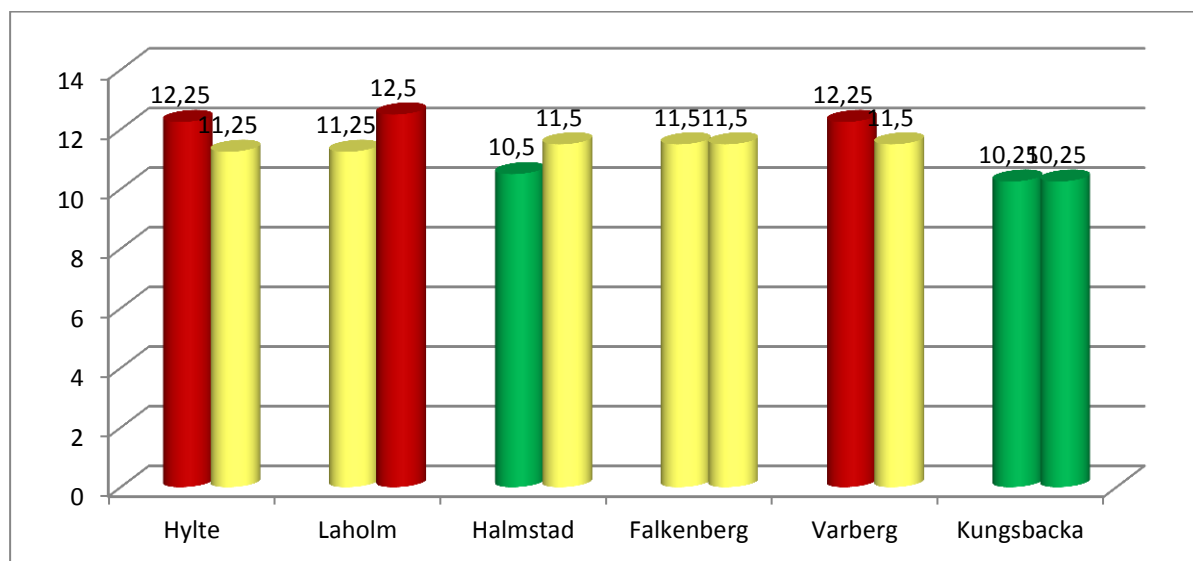


Medellängden på nattfastan 2008-2015

Tyvärr innebär inte medelvärdet att flertalet patienter har en nattfasta på närmare 11 timmar. Den uppmätta nattfastan visar att 76 % av patienterna har en längre nattfasta än 11 timmar, i några fall

ända upp till 15-16 timmar. Patienter med vård vid livets slut och de som själva kan ta mat och dryck ingår inte i redovisningen.

Under hösten 2014 genomfördes en regional nattfastemätning där regionens samtliga 6 kommuner deltog, mätningen upprepades under hösten 2015.



Regional nattfastemätning 2014 + 2015

Förslag på åtgärder:

- Enhetscheferna bör vara delaktig och engagerad i förbättringsarbetet för att minska nattfastan till maximalt 11 timmar för samtliga patienter.
- Nattfastan ska mätas 2 ggr per år (v 13 och v 44).

Vårdrelaterade infektioner - VRI

Kommunens särskilda boenden deltog i september 2015, i HALT, en nationell punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning under ledning av Folkhälsomyndigheten. Mätningen utfördes på 13 395 personer på särskilda boenden och gruppboendestäder över hela landet. I Hylte ingick samtliga särskilda boenden (112 personer) och gruppboendestäder (12 personer).

I mätningen ingår en kartläggning av faktorer avseende risk för att få en vårdrelaterad infektion (VRI) för personer som bor på särskilt boende. Riskfaktorerna ger en bild av aktuellt omvårdnadsbehov. Faktorerna är ålder > 85 år, om patienten har en urinkateter, kärlkateter, trycksår, andra sår, blivit opererad de senaste 30 dagarna, är desorienterad till tid och rum, är sängliggande/rullstolsburen och/eller är inkontinent.

Resultaten från HALT mätningen redovisades 2015 i kvalitetsregistret Senior Alert.

Resultatet från HALT-mätningen visar att 3 % (4 personer) (1,8 %, 2014, 2 personer) av de boende på särskilt boende hade en bekräftad infektion (VRI). I riket var motsvarande andel 2 % (3,6 %, 2014).

Det är svårt att dra några bestämda slutsatser från punktprevalensmätningen. Dock bör verksamheterna uppmärksamma att det är fler personer som vid mättillfället 2015 var drabbade av en vårdrelaterad infektion (urinvägsinfektion och hudinfektion) än vid mätningen 2014.

En ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är den ojämförbart bästa metoden för att minska antalet vårdrelaterade infektioner.

2011 genomförde revisorerna i Halland en granskning av kommunernas arbete med att förebygga och hantera vårdrelaterade och vårdpåverkande infektioner. En uppföljande granskning gjordes i Hylte kommun 2015. Granskningen visade bl a att arbetet med området sedan 2011 har

systematiserats och ingår som en del av omsorgsnämndens övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet.

Förslag på åtgärder:

- Enhetschef ansvarar för att, eventuellt tillsammans med Hygienköterska från Vårdhygien i Halmstad, upprätta lokala handlingsplaner med åtgärder för att omsorgsnämndens utvecklingsmål att följsamheten ska vara 100 % till basala hygienrutiner och klädregler nås under 2016 och därefter upprätthålls.
- Utredda behov av kompetensförstärkning till omsorgspersonalen, när det gäller basal omvårdnad.
- Fortsatt deltagande i HALT-mätningarna under ledning av Folkhälsomyndigheten.

Journalgranskning

I Internkontroll planen ingår att MAS ska granska 10 journaler/år.

2015 fokuserades journalgranskningen på dokumentation och uppföljning av skyddsåtgärder. Tvångsåtgärder är inte tillåtet inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst annat än i specifika fall då de sk tvångslagarna används, t ex lag om vård av unga och lag om psykiatrisk tvångsvård. Eftersom vi inte använder dessa lagrum inom den kommunala hälso- och sjukvården måste vi alltid inhämta den enskilda patientens samtycke innan skyddsåtgärder vidtas. Det finns tydliga rutiner och checklistor upprättade för hur skyddsåtgärder ska hanteras på ett korrekt sätt.

Samtliga journaler där det fanns skyddsåtgärder granskades utifrån kraven i patientdatalagen på att väsentlig information, såsom samtycke från den enskilda, orsak till åtgärden samt uppföljning finns dokumenterat. I de flesta fall finns en tydlig dokumentation om orsak till åtgärden dokumenterad. Samtycket från patienten är också dokumenterat, men det finns en del brister vad gäller dokumenterad uppföljning, vilket måste åtgärdas.

Åtgärderna leg personal ordinerat är framför allt olika passagelarm (dörrlarm), rörelselarm, sänggrindar, bälte i rullstol (läkarordination krävs) eller larmmattor.

Det ska särskilt uppmärksammas att flertalet av de ordinerade åtgärderna inte är hälso- och sjukvårdsåtgärder utan faller under insatser enligt SoL som enhetschef ska bedöma, dokumentera och följa upp i samråd med omsorgstagare, medarbetare och vid behov ansvarig sjuksköterska. Det gäller bl a olika typer av larm; passagelarm (dörrlarm), larmmattor och rörelselarm samt sänggrindar.

Endast 2 av de skyddsåtgärder som ordinerats av leg personal, faller inom ramen för hälso- och sjukvård. Åtgärderna är positioneringsbälte i rullstol (ordinerat av arbetsterapeut och dokumenterat i vårdplan, uppföljning gjord) samt bälte i rullstol där åtgärden är ordinerad av ansvarig läkare (dokumentation finns i vårdplan och uppföljning är gjord).

Det finns behov av att flytta ansvaret för de sociala åtgärderna från sjuksköterskorna till ansvariga enhetschefer.

Förslag till åtgärder:

- MAS bör i en riktlinje tydliggöra ansvarsfördelningen vad gäller beslut, dokumentation och uppföljning av skyddsåtgärder och trygghetsskapande åtgärder.
- MAS bör genom kompetenshöjande utbildning och tydliga rutiner lämna ansvaret för beslut, dokumentation och uppföljning av trygghetsskapande åtgärder till enhetscheferna.