



# Rapport

## Granskning av förekomsten av riskbedömningar i vården

Uppföljningsgranskning

Oslo 2015-12-16

Rapporten är framtagen för uppdragsgivare och svarar endast på syfte med detta uppdrag. Alla annan användning och distribution görs på uppdragsgivarens ansvar och risk. BDO vill ej kunna göras ansvarig gentemot en tredjepart.

## FÖRORD

BDO har av revisorerna i Landstinget Dalarna fått i uppdrag att genomföra en granskning med syfte att bedöma om hälso- och sjukvården i sitt förebyggande arbete på ett ändamålsenligt sätt tillämpade SKL:s vägledning avseende riskbedömningar för trycksår, fall och undernäring.

Vårt arbete och våra bedömningar grundar sig på dokumentanalys och intervjuer med 16 ledningspersoner inom slutenvården och hemsjukvården. Intervjupersonerna har valts ut i samråd med revisionskontoret.

Vårt arbete bedöms vara ett rådgivningsuppdrag där vi utifrån genomfört arbete sammanfattar, fördjupar och begrundar våra analyser i en rapport med förslag på åtgärder och områden för vidare utvecklingsarbete. Vårt arbete är genomfört med en begränsad tidsram och inom en bestämd tidsperiod. Omfattningen och analysen som är gjord måste ses i ljuset av detta. Vi kan inte gå i god för att alla relevanta förhållanden är upptäckta och analyserade.

Granskningen har genomförts med stöd av underkonsult Attensum AB, Joakim Eriksson, jur kand., Med. dr. Robert Sinclair och leg. sjuksköterska och lic. i medicinsk vetenskap Britt-Louise Suneson.

Vi vill tacka samtliga personer som medverkat i uppdraget.

För BDO AS



Direktör  
Öyvind Sunde

## Sammanfattning

### Iakttagelser och slutsatser

Revisorerna i Landstinget Dalarna genomförde med hjälp av BDO under år 2012 en granskning med syfte att bedöma om hälso- och sjukvården i sitt förebyggande arbete på ett ändamålsenligt sätt tillämpade SKL:s vägledning (respektive socialstyrelsens rekommendationer) avseende riskbedömningar för trycksår, fall och undernäring. BDO har nu fått i uppdrag att följa upp den föregående granskningen.

Syftet med granskningen har varit att ge underlag för att kunna bedöma om landstingsstyrelsen (Styrelsen) efter föregående granskning vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att öka förekomsten av riskbedömningar i hälso- och sjukvården. Utgångspunkten, liksom i den förra granskningen, har varit registrering, riskbedömningar och åtgärder för målgruppen i Senior alert.

Vi har i granskningen besvarat följande revisionsfrågor:

- Vilka åtgärder har vidtagits i organisationen med anledning av de rekommendationer och synpunkter som lämnades vid föregående granskning?
- Har vidtagna åtgärder varit effektiva och bidragit till en ökad förekomst av riskbedömningar?
- Har styrelsens intentioner om uppföljning och rapportering verkstälts på ett ändamålsenligt sätt?

Sedan den förra granskningen har Styrelsens hälso- och sjukvårdsledning (Ledningen) vidtagit bl.a. följande åtgärder:

- Genomfört flera utbildningar i handhavande av registret Senior Alert för 1:a linjens chefer och medarbetare.
- Bekostat inköp av trycksårsförebyggande madrasser, positionskuddar, halksockor och annat nödvändigt material för att kunna arbeta förebyggande.
- Genomfört materialdemonstrationer så att riskförebyggande material används på rätt sätt.
- Genomfört PPM (Punkt Prevalens Mätningar) inom slutenvården samt startat lokala förbättringsarbeten.

Vi menar att de viktigaste rekommendationerna till åtgärder i huvudsak har genomförts men att arbete återstår.

På grund av en osäkerhet med bl.a. registreringen av vårdskadorna trycksår, fall och undernäring är det inte möjligt att uttala sig om antalet av dessa vårdskador har minskat. Vi har dock noterat att antalet riskbedömningar i Senior Alert har ökat sedan 2013 och 2014 men är fortfarande inte mer än 25 procent av de som skulle ha riskbedömts enligt Senior alert.

Ledningen har arbetat för att strukturera patientsäkerhetsarbetet och tilldelat resurser för utrustning. Det finns goda exempel där avdelningar arbetar på ett föredömligt sätt men även kliniker/avdelningar som arbetar med riskbedömningar men inte i full utsträckning, d.v.s. samtliga äldre blir inte riskbedömda. Det finns därför fortfarande potential att förbättra antalet riskbedömningar.

Trots vissa brister anser vi att vidtagna åtgärder har varit delvis effektiva och att de har bidragit till fler genomförda riskbedömningar i Senior alert sedan 2013 och 2014.

När det gäller uppföljningen och återrapporeringen omfattar inte uppföljningen enligt vår bedömning om alla i målgruppen har blivit riskbedömda och hur många åtgärder som är vidtagna. Det innebär exempelvis att 20 patienter kan ha registrerats i Senior Alert men det framgår inte av återrapporeringen att det exempelvis borde ha varit 40 patienter som skulle ha registrerats. Vidare

kan det i uppföljningen framgå att åtgärd har vidtagits beträffande de 20 patienterna men inte att fler åtgärder beträffande dessa inte har vidtagits. Därför saknas enligt vår mening fortfarande viktiga delar i uppföljningen och återrapporteringen. Konsekvensen blir att landstinget enligt vår mening inte kan garantera lika vård för patienterna.

Vi bedömer därför att styrelsens intentioner om uppföljning och rapportering endast verkställts på ett delvis ändamålsenligt sätt.

Sammanfattningsvis anser vi att styrelsen har vidtagit ändamålsenliga åtgärder men att dessa inte förefaller ha fått full genomslagskraft än och heller inte är tillräckliga.

## Rekommendationer

Mot denna bakgrund rekommenderar vi landstingsstyrelsen att tillse följande:

- ✓ Ge Enheten för medicinsk kvalitet och patientsäkerhet i uppdrag att stödja och utveckla arbetet med riskbedömning och registret Senior alert.
- ✓ Uppdra till Ledningen att införa lämpliga standardiserade åtgärder för samtliga områden i syfte att säkerställa en god och lika vård för alla patienter över 65 år.
- ✓ Inför rapportering månadsvis för den andel patienter som inte riskbedöms.
- ✓ Ge verksamhetscheferna i uppdrag att månadsvis följa upp statistiken i Senior Alert samt återkoppla till verksamheten.
- ✓ Utse någon eller några med uppgift att kontakta Nationella programmet för datainsamling <http://www.kvalitetsregister.se/projekt/nationellaprogrammetfordatainsamlingnpdi.387.html> och dess kontaktperson för att klargöra förutsättningar för att överföra registerdata från journal till register.
- ✓ Standardisera arbetssättet för riskbedömning, använd t ex bärbar dator vid registrering och journalmall/aktivitetsplan för att kunna klicka i de standardiserade åtgärderna. Sparar tid för personalen och garanterar en god och lika vård för patienten.
- ✓ I samband med den genomlysning som pågår i Landstinget Dalarna bör även bristen på riskbedömning och andel vårdskador som uppstår finnas med i analysen.

## Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Iakttagelser och slutsatser .....	3
Rekommendationer .....	4
Innehållsförteckning.....	5
1. Inledning.....	6
1.1. Bakgrund .....	6
1.2. Om Senior alert .....	7
1.3. Syfte .....	7
1.4. Revisionsfrågor .....	7
1.5. Revisionskriterier .....	8
1.6. Metod och begränsningar.....	8
2. Vilka åtgärder har vidtagits i organisationen med anledning av föregående granskning? .....	9
2.1. Beskrivning.....	9
2.2. Bedömning .....	10
3. Har vidtagna åtgärder varit effektiva och bidragit till en ökad förekomst av riskbedömningar? .....	10
3.1. Beskrivning.....	10
3.2. Bedömning .....	12
4. Har styrelsens intentioner om uppföljning och rapportering verkställts på ett ändamålsenligt sätt? .....	15
4.1. Beskrivning.....	15
4.2. Bedömning .....	15
5. Svar på ytterligare frågor .....	15
6. Avslutning .....	16

# 1. Inledning

## 1.1. Bakgrund

Revisorerna i Landstinget Dalarna genomförde med hjälp av BDO under år 2012 en granskning med syfte att bedöma om hälso- och sjukvården i sitt förebyggande arbete på ett ändamålsenligt sätt tillämpade SKL:s vägledning (respektive socialstyrelsens rekommendationer) avseende riskbedömningar för trycksår, fall och undernäring.

Den föregående granskningen visade på att arbetet med riskbedömningar inte i alla delar bedrevs ändamålsenligt och effektivt. Som exempel genomfördes riskbedömningar endast för ca 20 % av de patienter, äldre än 65 år, som lades in i slutenvården. I granskningen ifrågasattes också de metoder som tillämpades för implementering av riskbedömningar i vården. Likaså redovisades olika förhållanden med anknytning till riskbedömningar, som exempel att effekterna av införandet av kvalitetsregistret "Senior alert" uteblivit. I BDO:s granskningsrapport rekommenderades att Landstingsstyrelsen genomförde följande:

- Inskärper vikten av ett tydligt engagemang från landstingsledning och ledning på övriga nivåer i arbetet att genom riskbedömningar minska förekomsten av trycksador eller trycksår, undernäring och fallskador med fokus på säkerhet och förebyggande insatser.
- Säkerställer ett standardiserat genomförande genom landstingsgemensamma riktlinjer för riskbedömningar avseende trycksador eller trycksår, undernäring och fallskador där erfarenheter från väl fungerande verksamheter tas tillvara.
- Ser till att all personal som ska hantera registrering, analyser och uttag av utdata får erforderlig utbildning och träning.
- Säkerställer att rutiner för regelbunden uppföljning av resultat av genomförda riskbedömningar införs på samtliga nivåer i landstingets verksamhet.
- Noggrant följer utvecklingen av förekomst av trycksador eller trycksår, undernäring och fallskador.
- Tar initiativ till utformning av en standardiserad vårdplan för patienter med risk för trycksador eller trycksår, undernäring och fallskador.
- Tillser att medel finns för inköp av utrustning som kan behövas för att minska risken för trycksador eller trycksår, undernäring och fallskador.
- Säkerställer effektiva kommunikationsvägar till kommunerna för överföring av information om patienter med risk för trycksador eller trycksår, undernäring och fallskador.

Revisorerna rekommenderade landstingsstyrelsen att i det fortsatta arbetet beakta dessa rekommendationer.

Landstingsstyrelsen angav i sin återkoppling 2013-09-02, § 89, att arbetet med "Senior alert" och riskbedömningar bör följas upp årligen inom verksamheterna och rapporteras till den egna personalen, ledningen för hälso- och sjukvården samt kommunerna.

Mot denna bakgrund beslutade revisorerna att följa upp föregående granskning.

Uppdraget har tillfallit BDO som har anlitat underkonsult Attensum AB, Med. dr. Robert Sinclair och leg. sjuksköterska och lic. i medicinsk vetenskap Britt-Louise Suneson samt jur.kand. Joakim Eriksson, att genomföra granskningen med BDO som uppdragsansvarig.

## 1.2. Om Senior alert

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) hade år 2012 träffat en överenskommelse om utveckling av vården och omsorgen om de mest sjuka äldre med stöd av bl.a. statliga medel. Målgruppen var personer 65 år och äldre med omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom.

Det grundläggande kravet för att landsting och kommuner skulle få del av de statliga medlen var att det i länet fanns en struktur för ledning och styrning i samverkan. Huvudmännen skulle vidare ha fattat beslut om att införa ett ledningssystem för kvalitet som motsvarar kraven i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

De medel som avsattes för 2012 och framåt skulle huvudsakligen fördelas enligt en prestations- och resultatbaserad modell där krav och mål successivt höjs. Den prestationsbaserad ersättning kunde lämnas med 15 mkr till landstingen för registrering och riskbedömning i kvalitetssystemet Senior Alert.

Av den föregående granskningen år 2012 framgår:

*”Registreringen i Senior alert visar om det finns ett systematiskt preventivt arbetssätt. Vi har därför i denna granskning utnyttjat tillämpningen av Senior alert i Landstinget Dalarna som indikator för i vilken utsträckning relevanta åtgärder för riskbedömningar implementerats i landstingets verksamheter.”*

Tidigare har enligt den nationella överenskommelsen ”Bättre liv för sjuka äldre” respektive klinik fått ersättning i relation till hur många riskbedömningar som gjorts. ”Bättre liv för sjuka äldre” avslutades 2014. I samband med detta överfördes ansvaret för det vårdpreventiva arbetet från Hälso- och sjukvårdsavdelning till Enheten för medicinsk kvalitet.

## 1.3. Syfte

Syftet med granskningen har varit att ge underlag för att kunna bedöma om styrelsen efter föregående granskning vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att öka förekomsten av riskbedömningar i hälso- och sjukvården i enlighet med SKL:s vägledningar och Socialstyrelsens rekommendation om riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring.

Vi kommer i denna granskning därför följa upp vilka åtgärder som har vidtagits sedan den förra granskningen med hänsyn till syfte, revisionsfrågor och med Senior Alert som indikator på motsvarande sätt som vid förra granskningen. Målgruppen är liksom vid den tidigare granskningen personer 65 år och äldre.

## 1.4. Revisionsfrågor

Granskningen skall besvara följande revisionsfrågor:

- Vilka åtgärder har vidtagits i organisationen med anledning av de rekommendationer och synpunkter som lämnades vid föregående granskning?
- Har vidtagna åtgärder varit effektiva och bidragit till en ökad förekomst av riskbedömningar?
- Har styrelsens intentioner om uppföljning och rapportering verkställts på ett ändamålsenligt sätt?

BDO kommer även att besvara följande underfrågor till ovanstående revisionsfrågor:

- Hur följer enheten upp att samtliga patienter 65 år och äldre riskbedöms?
- Hur stor andel av de patienter som enligt föreskrifterna skall riskbedömas blir verkligen dokumenterat riskbedömda?
- Har samtliga patienter med risk erhållit förebyggande åtgärder?
- Finns skriftliga riktlinjer för vilka åtgärder som skall vidtas vid risk för respektive område, fall, undernäring och trycksår?
- Hur följs resultaten upp och vilka åtgärder vidtas?
- Finns standardiserade vårdplaner för patienter med risk?
- Finns skillnader i resultat mellan enheter? I så fall vilka samt varför?
- Hur ofta sker återkoppling av resultat till enhet/klinik och av vem?
- Vem ansvarar för resultaten på respektive nivå, enhet/klinik, sjukhusnivå och landstingsnivå?
- Vilka dokument om arbetssätt finns? Används de?
- Är Senior Alert införd i hela vårdkedjan?

### 1.5. Revisionskriterier

Följande revisionskriterier har tillämpats:

- Patientsäkerhetslagen
- Socialstyrelsens rekommendation om riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring
- Socialstyrelsens systematiska kvalitetsystem enligt lagkrav SOSFS 2011:9,
- Landstinget Dalarnas rapportering till SKL:s Uppföljning av systematiskt förbättringsarbete avseende riskanalys, egenkontroll samt klagomål och synpunkter i vård och omsorg om äldre
- Landstinget Dalarnas Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare, år 2014
- SKL:s uppföljning, PPM-trycksår v 10 2015
- Landstinget Dalarnas Slutrapport: "BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE"- ETT LÅNGSIKTIGT FÖRBÄTTRINGSARBETE ÅR 2010- 2014

### 1.6. Metod och begränsningar

Som framgår ovan är denna en uppföljande granskning av granskningen från 2012. Revisionsfrågorna kommer att besvaras utifrån förutsättningarna som angavs gällande Senior alert vid den förra granskningen.

Granskningen har genomförts utifrån ovanstående revisionskriterier och regelverk. Dokumenten har analyserats och 16 intervjuer har genomförts med ledningspersoner inom slutenvården och hemsjukvården. Intervjupersonerna har valts ut i samråd med revisionskontoret.

Samtliga revisionsfrågor har ställts till samtliga intervjuade personer. De har efter intervjuerna tillställs en sammanfattning av respektive intervju. De intervjuade har därefter tillställts ett utkast av hela rapporten för faktaavstämning.

BDO har vid möte med revisorerna den 29 september 2015 haft en delavstämning.



## 2. Vilka åtgärder har vidtagits i organisationen med anledning av föregående granskning?

### 2.1. Beskrivning

Av intervjuerna och slutrapporten "BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE"- ETT LÅNGSIKTIGT FÖRBÄTTRINGSARBETE ÅR 2010- 2014 framgår att Hälso- och Sjukvårdsledningen (nedan Ledningen) har arbetat med att höja kompetensen hos chefer och medarbetare för fall, trycksår och undernäring. Bl.a. har Ledningen vidtagit följande åtgärder:

- Genomfört flera utbildningar i handhavande av registret Senior Alert för 1:a linjens chefer och medarbetare.
- Bekostat inköp av trycksårsförebyggande madrasser, positionskuddar, halksockor och annat nödvändigt material för att kunna arbeta förebyggande.
- Genomfört materialdemonstrationer så att riskförebyggande material används på rätt sätt.
- Genomfört PPM mätningar inom slutenvården samt startat lokala förbättringsarbeten.
- Utbildning
- Aktiviteter där väl fungerande kliniker/avdelning redovisat sitt arbetssätt
- Uppmärksammat aktivitetsdagen

Landstingsstyrelsen har även för att förebygga vårdskador formulerat följande mål i patientsäkerhetsberättelsen:

Riskförebyggande arbetssätt/preventivt arbete

*Struktur mål:*

- Handlingsplan finns på verksamhetsnivå för att minska fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Senior Alert används. Punktprevalensmätningar görs 2 ggr/år.

*Processmål:*

- Riskbedömningar genomförs på alla patienter samt åtgärder vidtas och dokumenteras i patientens journal.

*Resultatmål:*

- Vårdpreventionsarbetet ska leda till att ingen händelse som går att undvika skall uppstå under vårdtiden gällande fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen.

Följande rekommenderade åtgärder har dock inte genomförts av Ledningen:

- Säkerställande av ett standardiserat genomförande genom landstingsgemensamma riktlinjer för riskbedömningar avseende trycksador eller trycksår, undernäring och fallskador där erfarenheter från väl fungerande verksamheter tas tillvara. Det har enligt uppgift vid faktagranskningen genomförts aktiviteter i Ludvika, Avesta och Mora men det är enligt vår uppfattning endast Medicinklinikens avdelning 28 som både har standardiserade åtgärder och en rutinmässig granskning var tredje månad för att säkerställa att alla patienter fått rätt åtgärder.
- Initiativ till utformning av standardiserade vårdplaner för samtliga områden.
- Säkerställande av att rutiner för regelbunden uppföljning av resultat av genomförda riskbedömningar införs på samtliga nivåer i landstingets verksamhet.

## 2.2. Bedömning

Som framgår ovan har flera åtgärder vidtagits av Ledningen sedan den förra granskningen vilket är positivt. Det återstår trots det ett antal åtgärder som vi har rekommenderat. Vi saknar bl.a. ett standardiserat genomförande genom landstingsgemensamma riktlinjer avseende rutiner för att mäta vilket antal patienter i målgruppen som inte har riskbedömts i Senior Alert. En sådan rutin torde inte vara komplicerad att upprätta, se exempel nedan:

Enligt vad som framkommit av intervjuerna tas statistik ut varje månad ur Senior Alert. Av denna statistik framgår hur många i målgruppen som har riskbedömts under perioden. För att besvara frågan hur många som inte har riskbedömts kan antal riskbedömningar jämföras med statistik för månadsbeläggning för målgruppen. Differensen utgör de personer över 65 år och äldre som inte har riskbedömts. Det är denna differens mellan antal riskbedömda och antal inlagda som vi menar skall avvikelser rapporteras.

Sammanfattningsvis menar vi att vissa rekommenderade åtgärder har vidtagits men att flera viktiga åtgärder återstår att göra. Vi återkommer till detta i våra rekommendationer i denna granskning.

## 3. Har vidtagna åtgärder varit effektiva och bidragit till en ökad förekomst av riskbedömningar?

### 3.1. Beskrivning

#### 3.1.1. Inledning

Av svaret på revisionsfrågan ovan framgår att Ledningen har vidtagit följande åtgärder:

- Genomfört flera utbildningar i handhavande av registret Senior Alert för 1:a linjens chefer och medarbetare.
- Bekostat inköp av trycksårspåbyggande madrasser, positionskuddar, halksockor och annat nödvändigt material för att kunna arbeta förebyggande.
- Genomfört materialdemonstrationer så att riskförebyggande material används på rätt sätt.
- Genomfört PPM mätningar inom slutenvården samt startat lokala förbättringsarbeten.
- Ledningen har formulerat mål för arbetet.

#### 3.1.2. Utbildning

När Senior alert började användas tillsattes enligt de intervjuade, processledare som svarade för utbildning i registeranvändning i Senior alert. Processledarna hade dock ett tidsbegränsat uppdrag och när det upphörde fick, enligt uppgift, avdelningspersonalen svara själva för utbildningen i Senior Alert. Det har enligt de intervjuade tagit tid från vårdarbetet och skapat frustration hos personalen. Därför är det enligt uppgift få avdelningar som har haft tillräckligt med tid för att lära upp bl.a. sommarvikarierna. Registreringen i Senior Alert har på flera avdelningar enligt uppgift vid intervjuerna därför i princip legat helt nere under sommaren.

#### 3.1.3. Material och utrustning m m

Vid den föregående granskningen 2012 noterades att utrustning som krävdes för att kunna utföra ett förebyggande arbete saknades för områdena Fall, Trycksår och Nutrition.

Materialdemonstrationer ges vanligtvis av leverantören då utrustning levereras.

### 3.1.4. PPM

PPM mätningar har initierats och drivits av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). SKL sammankallar till en nationell mätning/år som sker under våren. Tidigare har mätningarna skett två gånger per år. Landstinget har dock valt att fortsätta genomföra mätningarna även under hösten. Mätningarna sker både höst och vår på avdelningsnivå till skillnad mot tidigare då de genomfördes på nationell nivå.

### 3.1.5. Mål

Landstingsstyrelsen har även för att förebygga vårdskador formulerat följande mål i patientsäkerhetsberättelsen:

Risikförebyggande arbetssätt/preventivt arbete

*Strukturmål:*

- Handlingsplan finns på verksamhetsnivå för att minska fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Senior Alert används. Punktprevalensmätningar görs 2 ggr/år.

*Processmål:*

- Riskbedömningar genomförs på alla patienter samt åtgärder vidtas och dokumenteras i patientens journal.

*Resultatmål:*

- Vårdpreventionsarbetet ska leda till att ingen händelse som går att undvika skall uppstå under vårdtiden gällande fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen.

### 3.1.6. Utveckling och support

Det finns enligt de intervjuade ett önskemål hos personalen om att kunna vända sig till och få stöd från t ex Enheten för medicinsk kvalitet för frågor kring riskbedömning och registrering i Senior Alert. I princip samtliga avdelningar som intervjuades nämner vilken stor hjälp man har fått av Enheten för medicinsk kvalitet när det gäller registrering av vårdskador i systemet Synergi. Enheten arbetar på Ledningens uppdrag men det framkommer delade uppfattningar vid intervjuerna huruvida enheten har ett motsvarande uppdrag avseende Senior alert. Enheten för medicinsk kvalitet har uppgett att enheten har ett uppdrag att stödja och utveckla ett risikoförebyggande arbetssätt som innefattar tidig riskbedömning men att deras uppdrag avseende Senior Alert är oklart eftersom de menar att det ytterst är verksamhetens uppdrag och ansvar. Oavsett denna oklarhet har Enheten för medicinsk kvalitet enligt uppgift börjat med nätverksträffar där man kan ta upp frågor avseende Senior Alert.

### 3.1.7. Kritik mot Senior alert

Många av de intervjuade är kritiska mot Senior Alert eller åtminstone hur det används. Kritiken gäller främst behovet av att registrera samma värden flera gånger. Flertalet avdelningar har enligt de intervjuade haft rutinen att när patienten läggs in använda en blankett för att fylla i parametrarna för Senior alert, därefter behöver dessa parametrar läggas in i registret och som tredje steg skall samma värden registreras i journalen. Flertalet avdelningar registrerar därför samma värden tre gånger. På många vårdavdelningar har man därför valt att sätta in blanketten med ifyllda värden i en pärm för att läkarsekreterare skall lägga in uppgifterna i datorn i mån av tid. Konsekvensen har enligt de intervjuade blivit att många registreringar inte kommer med i statistiken. Flera avdelningar planerar att införa bärbara datorer för att åtminstone minska ett steg för personalen. Ett fåtal avdelningar har lagt in en mall/aktivitetsplan med de förutbestämda

standardiserade åtgärderna och då kan man klicka in åtgärderna. Det förutsätter att avdelningen beslutat att använda sig av standardiserade åtgärder d.v.s. man har kommit överens om att vid risk skall alltid förutbestämda åtgärder vidtas. Hittills är det endast ett fåtal avdelningar som infört standardiserade åtgärder. De övriga avdelningarna har enligt uppgift låtit personalen själv bestämma vilka åtgärder som skall vidtas. Det har fått till följd enligt de intervjuade att patienter har fått olika behandling, vilket också bekräftas av avdelningsföreståndarna. De avdelningar som har infört standardiserade åtgärder upplever enligt de intervjuade att samtliga patienter nu får de åtgärder som det finns behov av.

Senior Alert har även kritiserats enligt de intervjuade för att vissa parametrar inte ingår vid registreringen. Exempelvis saknas parametern om att en patient tidigare har haft ett trycksår i vården. Sådana omständigheter torde enligt de intervjuade öka risken för nya trycksår. Trots det saknas den parametern i den nuvarande riskbedömningen i Senior Alert.

### **3.2. Bedömning**

#### **3.2.1. Utbildning**

Vid den förra granskningen rekommenderades att öka utbildningsinsatserna för både registrering i Senior Alert samt arbetssätt i det förebyggande arbetet. Det gavs också exempel på att Infektionskliniken kunde användas för lärande, både gällande registrering och arbetssätt. Patienter med risk fordrar ett flertal åtgärder för att förhindra att patienten får trycksår, faller eller blir undernärd. Därför är det viktigt att besluta vilka åtgärder som skall vidtas för alla patienter med risk för t ex trycksår: Upprätta aktivitetsplan, anpassad madrass, daglig hudinspektion, slätt underlag i säng. Den enskilde medarbetaren ska inte själv besluta vilken/vilka åtgärder som skall vidtas.

Det har under faktagranskningen framkommit att ett flertal utbildningar har genomförts under åren. Systemägaren för Senior alert har bjudits in vid ett tillfälle vad gäller utbildning i registrering och uttag av statistik. Medicinklinikens vårdavdelning i Ludvika har enligt uppgift medverkat och delgett sitt strukturerade förebyggande arbetssätt. Även akutmottagningen i Mora har enligt uppgift medverkat vid utbildningar.

#### **3.2.2. Material och utrustning m m**

Vid den tidigare granskningen saknades enligt granskningen den utrustning som krävdes för att kunna utföra ett förebyggande arbete för områdena Fall, Trycksår och Nutrition. Idag finns enligt vår bedömning en samstämmighet kring att det är viktigt att uppmärksamma dessa områden och man är positiv till införandet. Vidare har personalen fått tillgång till hjälpmedel som underlättar arbetet med att förhindra vårdskador. Idag, uppger flera intervjuade, har samtliga enheter rätt utrustning för arbetet. Dock saknas delvis funktionella rörelselarm för att förhindra fallolyckor. Vi bedömer att åtgärderna har varit ändamålsenliga och bör på ett effektivt sätt ha bidragit till ökad förekomst också av riskbedömningarna.

Materialdemonstrationer ges av leverantören då utrustning levereras. Vi ser denna åtgärd huvudsakligen som en naturlig konsekvens av inköp av utrustning.

#### **3.2.3. PPM**

Det är enligt vår mening positivt att landstinget även på eget initiativ utför den ytterligare mätningen under hösten och att resultatet framgår på avdelningsnivå.

### 3.2.4. Mål

Det är positivt att ledningen formulerat mål för arbetet att förebygga vårdskador. Målen är formulerade utifrån ett bredare perspektiv än Senior alert exempelvis avseende målgruppen. Det innebär ur ett Senior alert perspektiv att målen möjligen inte är tillräckligt distinkta.

### 3.2.5. Utveckling och support

Riskbedömning och preventiva åtgärder i Senior Alert baseras idag på ålder. Vid faktagranskningen har framkommit att varken diagnos eller ålder kan enskilt vara indikator för riskbedömning. Det handlar enligt uppgift om att riskbedöma och göra en individuell bedömning oavsett ålder eller diagnos.

Vi menar att det rimliga är att basera riskbedömningen och åtgärderna i Senior Alert i första hand på den nationella rekommendationen, vilket innebär att det baseras på ålder, nämligen 65 år och uppåt. Det kan alltid förekomma särskilda omständigheter som innebär att även personer under 65 år behöver en riskbedömning. Men ålder som utgångspunkt för registrering och riskbedömning i Senior Alert anser vi som i huvudsak tillräckligt.

Man måste vidare ställa frågan hur ändamålsenligt det är att varje avdelning själv skall utveckla sina rutiner kring riskbedömning.

Vid faktagranskningen framkom uppfattningen att det är av stor vikt att avdelningarna själva behöver jobba med HUR arbetet med riskbedömningar skall gå till men att Enheten för Medicinsk kvalitet finns som stöd till linjen i dessa frågor.

Enligt vår bedömning leder ett avdelningsindividuellt ansvar för utveckling av rutiner till olika arbetssätt och därmed olika framgång, förutom att det tar tid från själva vården. Genom att tillåta samtliga avdelningar att utarbeta ett eget arbetssätt så kan man inte garantera en god och säker vård till samtliga patienter. Som alltid behöver en standardisering vägas mot risk för eventuell ineffektivitet i unika fall. Vi menar dock att fördelarna med en standardisering avseende registrering, riskbedömningar och åtgärder i Senior Alert skulle vara till nytta för patienterna och verksamheten. Vi har exempelvis under granskningen funnit bra exempel på arbetssätt för att förhindra vårdskador vid Infektionskliniken och Medicinklinikens avdelning 28. Dessa arbetar genom att alla riskbedöms vid inskrivningssamtalet och registreras i Senior Alert Vidare tillämpar de standardiserade åtgärder så samtliga riskpatienter får lika vård. Var tredje månad gör man en egen granskning - har alla riskbedömts, har alla fått rätt åtgärder? Detta görs på aktuella inneliggande patienter. Vilket enligt vår mening är ett strukturerat och bra arbetssätt. Enligt uppgift vid faktagranskningen finns det fler verksamheter som arbetar på ett liknande sätt men uppgifter om dessa har vi inte haft tillgång till under granskningen.

Slutligen kan noteras att Enheten för medicinsk kvalitet, trots ansvaret för patientsäkerhet, inte har, som vi har uppfattat vid intervjuerna, haft ett tydligt uppdrag att stödja och utveckla riskbedömning och registrering i Senior Alert. Enheten för medicinsk kvalitet uppger att den har ett uppdrag att stödja och utveckla ett riskförebyggande arbetssätt som innefattar tidig riskbedömning men att deras uppdrag avseende Senior Alert är oklart eftersom de menar att det ytterst är verksamhetens uppdrag och ansvar. De har vidare anfört att det är av stor vikt att avdelningarna själva behöver jobba med Hur arbetet med riskbedömningar skall gå till.

Vi konstaterar att det vid intervjuerna har framgått ett behov av support avseende utveckling och stöd i Senior Alert och att det saknas standardiserade åtgärder och rutiner som torde höja den generella kvalitén på insatserna. Vi menar därför att det är lämpligt att en enhet tar ansvar för utveckling och stöd för riskbedömning och registrering i Senior Alert. Det fråntar inte verksamheterna deras ansvar att använda sig av Senior Alert på rätt sätt. Det är enligt vår mening

en brist att det inte finns ett tydligt ansvar för någon enhet att bistå verksamheterna med Senior Alert.

### **3.2.6. Kritik mot Senior Alert**

De intervjuades kritik mot Senior Alert delas av fler landsting enligt vår erfarenhet. När det gäller att överföra information från register till journal är detta enligt lag förbjudet. Däremot kan man överföra information från journal till register. Enligt systemägaren till Senior alert QULTURUM, har Take Care som är Dalarnas programleverantör inte samverkat med Senior Alerts systemägare, medan andra programleverantörer redan har genomfört förändringen.

### **3.2.7. Effektivitet**

Har andelen vårdskador avseende fall och trycksår minskat?

Vid SKL:s punktprevalensmätning (våren 2015) visade mätningen att av andelen ineliggande patienter i Landstinget Dalarnas hade 15,3 % trycksår. Endast två andra landsting hade, enligt mätningen, sämre resultat. Det skall dock noteras att i mätningen ingår både patienter som inkommit med trycksår och trycksår som uppkommit under vårdtiden.

Tittar man på antalet registrerade fallolyckor i Synergi så registrerades 324 fallolyckor år 2013 och under 2015 har 191 fallolyckor registrerats t o m augusti. När det gäller trycksår registrerades 53 trycksår år 2012 och i år t o m augusti 24 stycken. Det är dock enligt vår mening inte möjligt att dra slutsatser om antalet vårdskador har ökat eller minskat utifrån dessa registreringar eftersom vi inte vet om samtliga vårdskador har blivit registrerade förut respektive nu. Ortopedkliniken är den klinik som har haft flest trycksår registrerade samtidigt som kliniken inte anser sig hinna med att riskbedöma patienter. Geriatriska rehab är den avdelning som registrerat flest fallolyckor. Även om vi inte kan uttala oss om huruvida antalet vårdskador har minskat på grund av osäkerheten i registreringerna är vår uppfattning att de intervjuade har haft inställningen att antalet vårdskador har minskat.

Har antalet genomförda riskbedömningar ökat?

Hur många har blivit riskbedömda? För åren 2013 och 2014 uppgick andelen riskbedömningar till 15 procent men i den föregående granskningen från 2012 bedömdes att cirka 20 procent av antalet patienter som är aktuella för riskbedömning enligt Senior Alert får en sådan behandling.

Av intervjuerna framgår att 14 970 patienter äldre än 65 år som varit inskrivna t o m augusti 2015 har 3 731 blivit riskbedömda. Enligt de intervjuade har dessa fått förebyggande åtgärder för att undvika vårdskada, vilket innebär cirka 25 procent av patienterna. Sannolikt har fler riskbedömningar genomförts än dessa 25 procent men dessa har inte registrerats utan finns i pärmar på respektive avdelning. De som har flest registreringar är Infektionskliniken som fortfarande ligger på första plats och Medicinkliniken. Antalet riskbedömningar torde därför ha ökat sedan 2013 och 2014. Däremot är det svårt att förklara att antalet riskbedömningar sjönk efter 2012.

Sammanfattningsvis menar vi att Ledningen har haft goda intentioner att arbeta för att strukturera patientsäkerhetsarbetet och tilldela resurser för utrustning. Vi menar att mycket har gjorts och det styrks av att frekvensen av riskbedömningar har ökat sedan 2013 och 2014. Där är Infektionskliniken tillsammans med Medicinkliniken goda exempel. Dessa kliniker arbetar också kontinuerligt med förbättringsarbeten. Övriga kliniker som vi har granskat arbetar med riskbedömningar men inte i full utsträckning, d.v.s. samtliga äldre blir inte riskbedömda.

Trots dessa brister anser vi att vidtagna åtgärder har varit delvis effektiva och att de har bidragit till fler genomförda riskbedömningar i Senior alert sedan 2013 och 2014.

## 4. Har styrelsens intentioner om uppföljning och rapportering verkställts på ett ändamålsenligt sätt?

### 4.1. Beskrivning

Av verksamhetsplanen och styrkortet framgår att riskbedömningar och åtgärder med registrering i Senior Alert skall redovisas varje halvår till Hälso- och Sjukvårdsledningen (Ledningen). Återkoppling från Ledningen görs till verksamhetschefer och 1:a linjens chefer i enlighet med Landstinget Dalarnas ledningssystem 2014.

Kontinuerlig uppföljning av riskbedömning sker enligt de intervjuade på avdelningsnivå. Enligt de intervjuade tar avdelningarna med några få undantag ut statistiken varje månad och tar upp det på arbetsplatsträffar.

I Ledningens uppföljning ingår inte enligt uppgift att respektive klinik skall redovisa avvikelser d.v.s. andel patienter som inte har blivit riskbedömda. Vidare framgår inte av uppföljningen eller återrapporteringen hur Ledningen förhåller sig till de kliniker som endast riskbedömer ett fåtal patienter, exempelvis har en ortopedavdelning endast registrerat 2 riskbedömningar på åtta månader.

### 4.2. Bedömning

Det är positivt att det framgår av verksamhetsplan och styrkort att riskbedömningar och åtgärder med redovisning in Senior Alert skall redovisas varje halvår.

Enligt vår bedömning omfattar inte uppföljningen om alla i målgruppen har blivit riskbedömda och hur många åtgärder som är vidtagna. Det innebär exempelvis att 20 patienter kan ha registrerats i Senior Alert men det framgår inte av återrapporteringen att det exempelvis borde ha varit 40 patienter som skulle ha registrerats. Vidare kan det i uppföljningen framgå att åtgärd har vidtagits beträffande de 20 patienterna men inte att fler åtgärder beträffande dessa inte har vidtagits. Därför saknas enligt vår mening fortfarande viktiga delar i uppföljningen och återrapporteringen. Konsekvensen blir att landstinget enligt vår mening inte kan garantera lika vård för patienterna.

Vi bedömer därför att styrelsens intentioner om uppföljning och rapportering endast verkställts på ett delvis ändamålsenligt sätt.

## 5. Svar på ytterligare frågor

Som framgår ovan har BDO haft för avsikt att söka besvara ett ytterligare antal frågor utöver revisionsfrågorna. Även dessa frågor har ställts till samtliga intervjuade. Våra svar får tolkas utifrån de begränsningar som finns i det material, omfattning och avgränsningar som har varit föremål för granskningen.

### Hur följer enheten upp att samtliga patienter 65 år och äldre riskbedöms?

Svar: Statistik från Senior Alert tas ut månadsvis och delges personalen vid arbetsplatsträffar. Genomgången visar att samtliga patienter 65 år och äldre inte riskbedöms.

### Hur stor andel av de patienter som enligt föreskrifterna skall riskbedömas blir verkligen dokumenterat riskbedömda?

Svar: Under de första åtta månaderna 2015 har endast 25 % av de patienter som är 65 år och äldre blivit riskbedömda., se ovan under 3.2.8

**Har samtliga patienter med risk erhållit förebyggande åtgärder?**

Svar: Samtliga riskbedömda patienter har enligt de intervjuade fått åtgärder men det finns ingen statistik på om de fått erforderligt antal åtgärder eller rätt åtgärder.

**Finns skriftliga riktlinjer för vilka åtgärder som skall vidtas vid risk för respektive område. fall, undernäring och trycksår?**

Svar: Det finns skriftligt material men endast ett fåtal arbetsplatser har standardiserade åtgärder.

**Hur följs resultaten upp och vilka åtgärder vidtas?**

Svar: Frågan utgår.

**Finns standardiserade vårdplaner för patienter med risk?**

Svar: Nej.

**Finns skillnader i resultat mellan enheter? I så fall vilka samt varför?**

Svar: De skillnader som vi har noterat är skillnader mellan klinikerna. Enligt uppgift vid intervjuerna har det funnits ett samband mellan de kliniker som har presterat sämre och de intervjuades uppfattning om respektive verksamhetschefs engagemang.

**Hur ofta sker återkoppling av resultat till enhet/klinik och av vem?**

Svar: Enligt de intervjuade sker återkoppling en gång per månad av avdelningsföreståndare till personal och verksamhetschef

**Vem ansvarar för resultaten på respektive nivå, enhet/klinik, sjukhusnivå och landstingsnivå?**

Svar: Enligt de intervjuade är det avdelningsföreståndare, verksamhetschef och ytterst landstingsdirektören.

**Vilka dokument om arbetssätt finns? Används de?**

Svar: Målen finns beskrivna men det saknas fastlagda dokumenterade rutiner om arbetssätt.

**Är Senior Alert införd i hela vårdkedjan?**

Svar: Nej. Enligt uppgift är Senior Alert införd i den specialiserade vården men inte i primärvården och inte i alla kommunens boenden.

## 6. Avslutning

Syftet med granskningen har varit att ge underlag för att kunna bedöma om styrelsen efter föregående granskning vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att öka förekomsten av riskbedömningar i hälso- och sjukvården i enlighet med SKL:s vägledningar och Socialstyrelsens rekommendation om riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring. Vi har funnit att ett antal åtgärder har vidtagits men att resultatet fortfarande inte är tillfredsställande avseende bl.a. antal vårdskador och antal registreringar i Senior Alert. Vidare befinner sig avdelningarna och enheterna på olika nivåer gällande hur långt de har kommit i arbetet. Vi anser att det finns engagemang för frågan men stöd för genomförande såsom standardisering skulle kunna höja flera avdelningars resultat.



Sammanfattningsvis anser vi att styrelsen har vidtagit vissa ändamålsenliga åtgärder men att dessa ännu inte har fått full genomslagskraft än och att det, enligt vår bedömning, fordras fler åtgärder.

-----