



Fallprevention

Revisionsrapport

Sammanfattning

Syftet med granskningen är att bedöma om Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det finns tillräckliga förutsättningar för verksamheten att förebygga fallskador.

Vår sammanvägda bedömning är att Hälso- och sjukvårdsnämnden till stor del tillsett att det finns sådana förutsättningar.

Utveckling av fallpreventionen har tidigare varit ett prioriterat område i Hälso- och sjukvårdsnämndens mål för patientsäkerhetsarbetet. Som ett resultat av detta finns det en övergripande struktur och organisering av arbetet som bygger på evidens och beprövad erfarenhet. Vi bedömer dock att verksamheten behöver fortsatt stöd för att kunna upprätthålla och klara kraven på strukturerad fallprevention i det dagliga arbetet. Framförallt behöver arbetet med strukturerade riskutredningar, journaldokumentation och informationsöverföring utvecklas.

Utifrån de utvecklingsbehov som framkommit i granskningen rekommenderar vi att Hälso- och sjukvårdsnämnden:

- ▶ säkerställer att det fallpreventiva arbetet utvecklas, framförallt avseende genomförande av strukturerade fallriskutredningar, journaldokumentation och informationsöverföring.

Vi rekommenderar även att det fallpreventiva arbetet för alla typer av vårdverksamheter beaktas och tydliggörs i den regiongemensamma rutinen *Fallprevention*.

Innehållsförteckning

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Bakgrund | 4 |
| 2 | Syfte, revisionsfråga och avgränsning | 4 |
| 3 | Revisionskriterier | 4 |
| 4 | Metod..... | 5 |
| 5 | Resultat av granskningen..... | 5 |
| 5.1 | Är det förebyggande arbetet organiserat?..... | 5 |
| 5.2 | Bygger det förebyggande arbetet på evidens och beprövad erfarenhet? ... | 7 |
| 5.3 | Är det förebyggande arbetet personcentrerat?..... | 8 |
| 5.4 | Är patientsäkerhetsarbetet systematiskt?..... | 9 |
| 6 | Revisionell bedömning | 13 |

1 Bakgrund

Totalt i Sverige beräknas cirka 100 000 patienter drabbas årligen av vårdskador inom den somatiska specialistvården. Den vanligaste skadetyper är vårdrelaterade infektioner, men även läkemedelsskador, trycksår och fallskador är vanliga.

Regionens revisorer har under 2017 granskat patientsäkerhetsarbetet avseende vårdskador, främst avseende vårdrelaterade infektioner och trycksår. Revisorerna bedömde att Hälso- och sjukvårdsnämnden inte tillsett att tillräckliga åtgärder vidtagits inom det förebyggande arbetet. Bland annat hade det nationellt antagna infektionsverktyget inte implementerats. En uppföljande granskning avseende verksamhetsåret 2018 visade att ett antal åtgärder initierats och att förekomsten av trycksår minskat. I övrigt hade genomförandet i praktiken skett i relativt begränsad omfattning. Nämnden har i mars 2019 antagit en handlingsplan mot vårdrelaterade infektioner.

Revisorerna har i sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt att det finns en risk för att otillräckliga åtgärder vidtas i det förebyggande patientsäkerhetsarbetet. Revisorerna bedömde att patientsäkerhetsarbetet är fortsatt angeläget att granska, med inriktning mot fallskador. Granskningsuppdraget ingår i revisionsplanen avseende 2019 års verksamhet.

2 Syfte, revisionsfråga och avgränsning

Syftet med granskningen är att bedöma om Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det finns tillräckliga förutsättningar för verksamheten att förebygga fallskador.

Granskningen är inriktad mot nedanstående revisionsfrågor.

- Är det förebyggande arbetet tydligt organiserat?
- Bygger det förebyggande arbetet på evidens och beprövad erfarenhet?
- Är det förebyggande arbetet personcentrerat?
- Är patientsäkerhetsarbetet systematiskt?

Granskningen är avgränsad till den somatiska slutenvården.

3 Revisionskriterier

Resultatet av granskningen kommenteras och bedöms med stöd av kommunallagen, hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Det nationella ramverket för patientsäkerhet utgör även en utgångspunkt för granskningen.

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivare bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Motsvarande bestämmelse om det systematiska kvalitetsarbetet som helhet finns i Hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska tillämpas i arbetet.

Sverige Kommuner och Regioner (SKR) har under senare år utvecklat olika stöd för regioner och kommuner avseende patientsäkerhetsarbetet och olika skadeområden, bland annat kring fallprevention.¹ SKR har också inlett ett samarbete med Vårdhandboken² med målsättningen att kunskapsunderlagen successivt ska integreras och ersättas med aktuella texter i Vårdhandboken.

4 Metod

Granskningen har genomförts med hjälp av intervjuer, dokumentstudier och stickprov i journalsystemet. Granskningen på verksamhetsnivå har genomförts vid tre vårdavdelningar, fördelat på tre olika länsverksamheter och de tre sjukhusen. Intervjuer har genomförts med berörda verksamhetschefer, enhetschefer och medarbetare. Uppgifter har även inhämtats från verksamheten Kvalitet och patientsäkerhet inom Regionledningsförvaltningen.

Revisionsrapporten har kvalitetssäkrats enligt gällande rutiner, vilket bland annat innebär att ett utkast till rapport har överlämnats för saklighetskontroll till de intervjuade och övriga uppgiftslämnare liksom regiondirektören.

5 Resultat av granskningen

I syfte att besvara revisionsfrågorna har ett antal underfrågor av betydelse för granskningen identifierats utifrån lagstiftningen och det aktuella kunskapsstödet. Våra iakttagelser rörande dessa frågor framgår i det följande.

5.1 Är det förebyggande arbetet tydligt organiserat?

5.1.1 Har verksamheten fastställt processer/rutiner för att förebygga och minska risken för fallskador? Innefattar rutinerna både generella åtgärder och individuella åtgärder för fallprevention?

Det nationella ramverket för patientsäkerhet anger bland annat att verksamheten ska utarbeta och använda standardiserade processer/rutiner för att förebygga och minska risk för vårdskador. Motsvarande krav framgår också av Socialstyrelsens föreskrifter.³ Basen i det förebyggande arbetet är flera generella åtgärder avsedda för samtliga patienter på en enhet. Dessa bör alltid vid behov kompletteras med individuella åtgärder.⁴

Regiondirektören har fastställt en gemensam rutin/regel för alla verksamheter i regionen avseende fallprevention.⁵ Av rutinen framgår exempel på generella och individuella åtgärder för fallprevention. Enligt rutinen ska en initial fallriskbe-

¹ Åtgärder för att förebygga fall och fallskador (2011), Nationellt ramverk för patientsäkerhet (2015), Strategi för hälsa 2022 (2017), Nationell kraftsamling för att minska fallskador hos äldre (2019)

² Vårdhandboken är en öppen digital tjänst som produceras av Inera AB.

³ SOSFS 2011:9, 4 kap. 2 §

⁴ Vårdhandboken, Fallprevention - Åtgärder på sjukhus

⁵ Fallprevention, styrdokumentnummer 335242. Styrdokumentets giltighetstid löpte ut 2020-02-07, revidering av styrdokumentet pågår vid tiden för granskningen.

dömning genomförs i samband med upptagning av anamnes eller vid ankomst-samtal. Vid en bedömd förhöjd risk ska en strukturerad fallriskutredning genomförs. Så snart patientens tillstånd eller faktorer i omgivningen förändras ska förnyade bedömningar göras. Effekten av de åtgärder som sätts in ska utvärderas.

Enligt den regiongemensamma rutinen är det viktigt att varje verksamhet anpassar åtgärderna utifrån den egna patientgruppen och vårdformen. I regionens dokumenthanteringssystem har vi kunnat finna att totalt två enheter inom specialistvården har fastställda rutiner avseende fallprevention.⁶

De granskade vårdavdelningarna tillämpar den regiongemensamma rutinen och en regiongemensam lathund i fickformat som utarbetats utifrån rutinen. Vårdavdelningarna har inte dokumenterat processen eller arbetsrutinerna närmare.

5.1.2 Har verksamheten fördelat ansvaret för det förebyggande arbetet?

Enligt Vårdhandboken har vårdteamets samlade kompetens stor betydelse för att förebygga fall och fallskador. Det är också viktigt att ansvaret fördelas för att undvika att individen ”hamnar mellan stolarna”.⁷ Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.⁸ Den regiongemensamma rutinen berör inte hur ansvaret ska fördelas eller dokumenteras.

Enligt de intervjuade ska inskrivningssköterskan initiera fallriskutredningar och fallpreventiva åtgärder i samband med inskrivning eller snarast därefter. Det fallpreventiva arbetet ska utföras av vårdteamen, av en sjuksköterska tillsammans med en undersköterska. Ansvaret har inte dokumenterats i de granskade verksamheterna i form av arbetsbeskrivningar, rutinbeskrivningar, checklistor eller liknande. Vid en av de granskade verksamheterna har en ledningssjuksköterska mer övergripande arbetsuppgifter kring bland annat fallpreventionen på vårdavdelningen.

Kommentar

Enligt de intervjuade är det fallpreventiva arbetet en naturlig del av vårdteamets dagliga arbetsuppgifter. Vi har dock inte uppfattat att någon har ett uttalat sammanhållet ansvar eller att det är tydliggjort hur ansvaret för det fallpreventiva arbetet ska överföras mellan vårdteamen. Informationsöverföringen mellan vårdteamen och kvalitetssäkringen av det fallpreventiva arbetet försvåras av bristfällig dokumentation i journalsystemet (avsnitt 5.4).

5.1.3 Har verksamheten rutiner för överföring och inhämtning av fallriskbedömningar och preventiva åtgärder vid övergångar mellan vårdavdelningar och olika vårdnivåer?

Det nationella ramverket för patientsäkerhet anger bland annat att verksamheten ska skapa rutiner för god kommunikation mellan verksamhetens olika delar samt

⁶ Följande tre söksträngar har använts i dokumenthanteringssystemet: ”fallprevention”, ”Downton Fall Risk Index” och ”Senior Alert”. De två enheterna är Strokeavdelning 25B i Sundsvall och Psykiatrisk avdelning 52B i Sundsvall, enheterna ingår inte bland de granskade vårdavdelningarna.

⁷ Vårdhandboken, Fallprevention - Teamarbete och ansvar

⁸ 3 kap. 9 §

vid övergångar. Enligt den regiongemensamma rutinen ska upprättade riskbedömningar och åtgärdsplaner alltid följa patienten vid övergång till annan vårdgivare.

Enligt SKR ökar utlokalisering av patienter påtagligt risken för vårdskador,⁹ enligt den senaste nationella rapporten är frekvensen vårdskador 60-70 procent högre för utlokaliserade patienter.¹⁰

De intervjuade uppger att informationsöverföring avseende fallprevention inte fungerar tillfredställande mellan olika enheter inom specialistvården. Enligt uppgift lämnar den kommunala hälso- och sjukvården generellt inte sådan information. Oavsett om informationen följer med patienten ska vårdteamen dock göra förnyade bedömningar.

Kommentar

Informationsöverföringen vid övergångar mellan vårdavdelningar och olika vårdnivåer försvåras av bristfällig dokumentation i journalsystemet (avsnitt 5.4).

5.2 Bygger det förebyggande arbetet på evidens och beprövad erfarenhet?

5.2.1 Har regionen beslutat att tillämpa kunskapsstödet från Vårdhandboken och Sveriges Kommuner och regioner?

Det nationella ramverket för patientsäkerhet anger bland annat att verksamheten ska arbeta utifrån evidensbaserade kunskapsunderlag och riktlinjer.¹¹ Vårdhandboken innehåller nationella kliniska riktlinjer, inklusive metoder och verktyg, för hur vården bäst kan utföras utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Syftet med Vårdhandboken är att säkerställa god och säker vård på lika villkor i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen. Vårdhandboken produceras av Inera AB.

Regionens övergripande rutin för fallprevention utgår från och hänvisar till Vårdhandboken och SKR:s skrift Åtgärder för att förebygga fall och fallskador.

Den regiongemensamma rutinen förordar i likhet med Vårdhandboken bedömningsinstrumentet *Downton Fall Risk Index (DFRI)* som förstahandsval vid fallriskutredningar. Vårdhandboken ger också exempel på flera bedömningsinstrument, bland annat *Fall Risk Assessment Tool (FRAT)* som kan användas för screening på exempelvis akutmottagning och vårdcentral.

Kommentar

Enligt vår mening är den regiongemensamma rutinen i första hand anpassad för det fallpreventiva arbetet vid vårdavdelningar. Vi ser därför en risk för att riktlinjen inte tillämpas i andra verksamheter som mottagningar och hälsocentraler. Vi rekommenderar därför att det fallpreventiva arbetet för alla typer av vårdverksamheter beaktas och tydliggörs i den regiongemensamma rutinen.

⁹ En utlokaliserad patient definieras enligt Socialstyrelsen som ”en inskriven patient som vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten”.

¹⁰ Sveriges Kommuner och Regioner, Markörbaserad journalgranskning – skador i somatisk vård, januari 2013-december 2019.

¹¹ Sidan 6

5.2.2 Tillämpar verksamheten evidensbaserade kunskapsunderlag och riktlinjer?

Enligt de intervjuade ska vårdteamen använda en blankett för riskutredning avseende trycksår, undernäring och fall som har utarbetats av det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Blanketten är utformad utifrån Downton Fall Risk Index (DFRI) när det gäller fallrisker. Enligt uppgift rapporterar inte regionens verksamheter till kvalitetsregistret annat än undantagsvis, däremot används blanketten frekvent.

De intervjuade ser stora fördelar med att använda bedömningsblanketten från Senior Alert eftersom frågorna hänger ihop och hanteras i ett sammanhang, framförallt påverkar nutritionen fallriskbedömningen och risken för trycksår. Ledningen ser dock en risk för att bedömningarna inte utförs på ett strukturerat sätt, i enlighet med modellen. En av verksamheterna överväger därför att byta till en annan modell som används i en närliggande verksamhet.

5.2.3 Har berörd vårdpersonal fått utbildning/närmare information om tillämpningen av kunskapsstödet?

Enligt de intervjuade finns det ett återkommande behov av utbildning i strukturerad fallriskutredning och journaldokumentation. Nyanställda medarbetare och inhyrd personal behöver information om avdelningens rutiner och det finns ett behov att hålla kunskaperna levande för befintliga medarbetare.

Kompetensutvecklingen organiseras i varierad utsträckning i de granskade avdelningarna. Gemensamt är återkommande information och återkoppling av avvikelser vid arbetsplatsträffar och introduktionsutbildning för nya medarbetare. En avdelning genomför också på förekommen anledning en relativt omfattande utbildning under 2019-2020 med hjälp av länsverksamhetens avvikelssamordnare.

De intervjuade ser behov av ett utbildningspaket avseende strukturerad fallriskutredning med Downton Fall Risk Index (DFRI) och dokumentation i regionens journalsystem. De ser gärna att regionen producerar egna webbutbildningar anpassade för (i deras fall) vårdavdelningar. Den webbutbildning som finns tillgänglig kring fallprevention på intranätet idag har producerats av en annan region och upplevs vara för allmänt hållen för verksamhetens behov.

5.3 Är det förebyggande arbetet personcentrerat?

5.3.1 Har verksamheten rutiner för patienternas och de anhörigas delaktighet i det fallpreventiva arbetet?

Enligt patientlagen ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.¹² Det nationella ramverket för patientsäkerhet anger bland annat att verksamheten ska identifiera och förebygga risker utifrån patientens erfarenheter och synpunkter. Patienterna ska också samtycka till skyddsåtgärderna i det fallpreventiva arbetet.¹³

¹² 5 kap. 1 §

¹³ Vårdhandboken – Fallprevention - Begränsnings- och skyddsåtgärder

Enligt de intervjuade genomförs fallriskutredning och insättning av åtgärder i dialog och överenskommelse med patienter och anhöriga. Ledningen menar dock att verksamheten har en lång väg att gå innan vården kan anses vara personcentrerad i dess egentliga mening. Enligt deras erfarenhet behöver förhållningssätt och rutiner utvecklas i grunden utifrån principerna för ett partnerskap mellan patient och vårdgivare. Nuvarande journalsystem uppges inte stödja en sådan utveckling då en överkommen hälsoplan/vårdplan inte kan följa patienten genom hela vårdkedjan som ett levande dokument.

5.4 Är patientsäkerhetsarbetet systematiskt?

5.4.1 Har verksamheten fastställt mål för det fallpreventiva arbetet?

Utgångspunkten för ett systematiskt kvalitetsarbete är att klargöra lagstiftningens och verksamhetens krav och mål för arbetet.¹⁴

Hälso- och sjukvårdsnämnden har fram till 2017 fastställt ett övergripande mål i sitt styrkort avseende fallrelaterade avvikelser. Målsättningen hade koppling till de prioriterade satsningsområdena i nämndens mål för patientsäkerhetsarbetet. Enligt de intervjuade fanns det också vid den tiden mål för fallpreventionen i styrkortet på verksamhetsnivå. En av de granskade vårdavdelningarna arbetar utifrån en målsättning att minska antalet fall, mot bakgrund av en kraftig ökning under 2015. Avvikelsesamordnarna har också erfarenhet av att allvarliga avvikelser leder till tydliga mål och åtgärder i verksamheten.

Enligt de intervjuade är målsättningen i dag att följa den regiongemensamma rutinen att riskbedöma alla patienter över 65 år och patienter med neurologiska eller kognitiva sjukdomstillstånd. Vid en av avdelningarna uttrycker enhetschefen dessutom en nolltolerans mot fall.

5.4.2 Har verksamheten fastställt processer/rutiner för att förebygga och minska risken för fallskador?

Se avsnitt 5.1.1.

5.4.3 Genomför och dokumenterar verksamheten initiala fallriskbedömningar?

En obligatorisk åtgärd enligt Vårdhandboken är att genomföra initiala fallriskbedömningar för alla patienter över 65 år och andra vuxna som har neurologiska eller kognitiva sjukdomar.¹⁵

Av den regiongemensamma rutinen framgår att fallriskbedömningar ska genomföras och dokumenteras i journalen. Bedömningarna ska journalföras på ett standardiserat sätt med stöd av fasta termer i enlighet med de dokumentationsanvisningar som hör till rutinen. Dokumentationen möjliggör på detta sätt sökningar av utförda respektive ej utförda bedömningar i journalsystemet.

¹⁴ SOSFS 2011:9, 2 kap. 1 §

¹⁵ Vårdhandboken – Fallprevention - Riskbedömning

Enligt rutinen ska riskpatienter identifieras genom att fråga patienten om hon/han fallit någon gång det senaste året samt genom att vårdpersonalen ställer sig själv frågan om de tror att det finns risk för att patienten kan ramla under vårdtiden om inga åtgärder sätts in. Om svaret är ja på någon av frågorna ska en strukturerad fallriskutredning genomföras.

I syfte att verifiera det fallpreventiva arbetet har en journalgranskning genomförts med stöd av enhetschef/avvikelsesamordnare.¹⁶ I det granskade stickprovet har initiala fallriskbedömningar inte dokumenterats.

5.4.4 Genomför och dokumenterar verksamheten fallriskutredningar med stöd av ett bedömningsinstrument?

Enligt Vårdhandboken ska en strukturerad fallriskutredning genomföras för alla patienter som identifierats i den initiala riskbedömningen. Den regiongemensamma rutinen förordar i likhet med Vårdhandboken bedömningsinstrumentet *Downton Fall Risk Index (DFRI)* som förstahandsval vid fallriskutredningar (se avsnitt 5.2).

Av den regiongemensamma rutinen framgår att fallriskutredningarna ska genomföras och dokumenteras i journalen tillsammans med uppgifter om insatta åtgärder. Riskutredningarna och åtgärderna ska journalföras på ett standardiserat sätt med stöd av fasta termer i enlighet med de dokumentationsanvisningar som hör till rutinen. Dokumentationen möjliggör på detta sätt sökningar av utförda respektive ej utförda riskutredningar och insatta åtgärder.

I syfte att verifiera det fallpreventiva arbetet har en journalgranskning genomförts med stöd av enhetschef/avvikelsesamordnare. I det granskade stickprovet hade strukturerade fallriskutredningar (DFRI) och insatta åtgärder dokumenterats för fyra av tio patienter vid en av vårdavdelningarna. Dokumentation var i dessa fall mer utförlig än de regiongemensamma anvisningarna då även delpoängen för de underliggande bedömningarna redovisades. Vid de andra två vårdavdelningarna saknades motsvarande dokumentation i stickprovet.

5.4.5 Utvärderar verksamheten om åtgärderna har genomförts och om de har haft avsedd effekt?

Enligt Vårdhandboken ska de fallpreventiva åtgärderna utvärderas.¹⁷

Av den regiongemensamma rutinen framgår att verksamheten ska utvärdera hur åtgärderna har genomförts och om de haft avsedd effekt. Verksamheten ska också revidera bedömningen av vilka åtgärder som behöver vidtas så snart patientens tillstånd eller faktorer i omgivningen har förändrats.

Vid en av vårdavdelningarna uppges att insatta åtgärder ska utvärderas och omprövas vid förändrat tillstånd, men alltid efter någon dag. Verksamheten har dock

¹⁶ Stickprovet består av 10 patienter äldre än 65 år som var inskrivna vid respektive vårdavdelning i början av vecka 45, 2019, urvalsmetoden innebär att patienterna hade skrivits in vid olika tillfällen.

¹⁷ Vårdhandboken – Fallprevention - Riskbedömning

svårt att klara denna målsättning. Vid de andra vårdavdelningarna uppger de intervjuade att utvärdering av de insatta åtgärderna inte genomförs på ett strukturerat sätt.

I syfte att verifiera det fallpreventiva arbetet har en journalgranskning genomförts med stöd av enhetschef/avvikelsesamordnare. I det granskade stickprovet har utvärderingar eller förnyade utredningar inte dokumenterats.

5.4.6 Rapporteras och utreds alla tillbud och negativa händelser i avvikelse-systemet?

Enligt Vårdhandboken ska en förnyad riskutredning genomföras när ett fall inträffar och händelsen ska rapporteras i avvikelse-systemet som tillbud/negativ händelse.¹⁸

Avvikelsehanteringen regleras i en regiongemensam riktlinje, vidare har en regiongemensam rutin fastställts avseende handläggning av fallavvikelser.¹⁹

De tre vårdavdelningarna verkar inom skilda medicinska områden varför jämförelser av antalet fallavvikelser får göras med försiktighet. Avdelningarna är dock jämförbara avseende antalet vårdplatser. Vi noterar att såväl antalet rapporterade fallavvikelser som antalet totalt rapporterade avvikelser varierar mellan avdelningarna. Gemensamt för de tre vårdavdelningarna är att fallavvikelserna står för minst hälften av avvikelserna inom avvikelseområdet *vårdprocess - omvårdnad*. Alla granskade avvikelser utom två har utretts och avslutats. De två avvikelserna rapporterades i december.

De intervjuade bedömer att det är lätt för medarbetarna att rapportera avvikelser och att rapporteringsgraden generellt sett är hög. De bedömer att i princip alla fallavvikelser som leder till fysisk skada hos patienten rapporteras (negativa händelser), däremot varierar rapporteringsgraden när det gäller tillbud (fall utan skada). Under 2019 har rapporteringen vid de tre vårdavdelningarna i huvudsak bestått av tillbud och negativa händelser med allvarlighetsgrad *mindre* och *måttlig*. Vid en av vårdavdelningarna har tre fallavvikelser rapporterats med allvarlighetsgrad *betydande*. Se exempel nedan från de granskade vårdavdelningarna.

Exempel på rapporterat tillbud med allvarlighetsgrad mindre

"Patient har försökt ta sig till toaletten under natten och ramlat efter ett par steg. Hittas av personal sittandes på golvet efter att granne larmat."

Exempel på rapporterad negativ händelse med allvarlighetsgrad måttlig

"Det larmar inne på salen, undertecknad går dit. På sängen till höger sitter en skärrad patient och pekar på golvet där en annan patient ligger undangömd under draperiet och endast benen är synliga. Patienten på sängen berättar att den andra patienten gått och ramlat, försökt ta sig upp och ramlat igen och att det smällde kraftigt. Förutom sår på vänster knä som omlägges så kan ej några andra skador ses."

¹⁸ Vårdhandboken – Fallprevention - Riskbedömning

¹⁹ Avvikelsehantering i Region Västernorrland, styrdokumentsnummer 321932 och Fall/fallskador – registrering för handläggare i Platina, styrdokumentsnummer 318126

Exempel på rapporterad negativ händelse med allvarlighetsgrad betydande

"Patienten ramlade när hon klev ur sängen, rumskamraten larmade och undersköterskan gick för att svara på larmet. När hon kommer in har patienten slagit i huvudet och fått ett jack invid tinningen på höger sida. Undersköterskan larmar då och jag kommer in till dem. Hon har då fått upp patienten i sängen. Vi stoppar blödning och undersöker efter andra skador. Upptäcker att pupiller är olikstora, samt höger har "konstig" form/större. Söker medicinjour som kommer och gör undersökning på patienten."

Vi har i granskningen tagit del av de nio händelseanalyser och internutredningar som slutförts under 2019 inom specialistvården som helhet avseende fall med allvarlighetsgrad *katastrofal*.²⁰ De bakomliggande orsakerna bedömdes i huvudsak vara brister kring:

- följsamhet till rutinen för fallprevention (strukturerad riskutredning, förnyad riskutredning vid förändrat tillstånd och journaldokumentation),
- informationsöverföring (inom och mellan avdelningar),
- arbetsbelastning
- osäkerhet kring avdelningens rutiner (framförallt hyrpersonal)

Motsvarande orsaker framkommer också av avvikelseutredningarna vid de granskade vårdavdelningarna.

5.4.7 Återkopplar verksamheten resultatet av genomförda avvikelseutredningar och händelseanalyser?

Enligt regionens riktlinje är syftet med att rapportera avvikelser att dra lärdom av händelserna och att med förebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen. Varje enskild avvikelse och den samlade mängden avvikelser kan bli underlag till ett lärande och förbättringar av verksamhetens processer. Återföring ska göras på arbetsplatsträffar och utbildningar. Enhetschefen ansvarar för att återkoppla ärenden på arbetsplatsträffar och till länsverksamhetschef/verksamhetschef.

Enligt de intervjuade återkopplar enhetscheferna fallhändelserna och avvikelseutredningarna återkommande vid arbetsplatsträffar. Återkoppling vid arbetsplatsträff ingår i princip alltid som en del av de åtgärder som framkommer av de granskade avvikelseutredningarna.

5.4.8 Utvärderar verksamheten det fallpreventiva arbetet som helhet utifrån lagstiftningen och verksamhetens krav och mål för arbetet?

För de tre granskade vårdavdelningarna finns gemensamma avvikelsehandläggare för respektive länsverksamhet. Avvikelsehandläggarna rapporterar löpande till enhetschef samt bistår med uppföljning av avvikelserna. Vid en av länsverksamheterna genomför avvikelsehandläggaren en journalgranskning varje månad och rapporterar till respektive enhetschef. Vid en annan länsverksamhet följer ledningsgruppen fallprevention, basala hygien- och klädregler samt standardiserade vårdförlopp månadsvis genom verksamhetens styrtavla. Vid den tredje länsverksamheten sammanställer avvikelsehandläggaren årsrapporter.

²⁰ De utredda fallhändelserna inträffade under perioden 2017-05-31--2019-04-11.

6 Revisionell bedömning

Vår sammanvägda bedömning är att Hälso- och sjukvårdsnämnden till stor del tillsett att det finns förutsättningar för verksamheten att förebygga fallskador.

Utveckling av fallpreventionen har tidigare varit ett prioriterat område i Hälso- och sjukvårdsnämndens mål för patientsäkerhetsarbetet. Som ett resultat av detta finns det en övergripande struktur och organisering av arbetet som bygger på evidens och beprövad erfarenhet. Vi bedömer dock att verksamheten behöver fortsatt stöd för att kunna upprätthålla och klara kraven på strukturerad fallprevention i det dagliga arbetet. Framförallt behöver arbetet med strukturerade riskutredningar, journaldokumentation och informationsöverföring utvecklas.

Är det förebyggande arbetet tydligt organiserat?

| Kontrollfrågor | Bedömning | Kommentar |
|---|-----------|--|
| Har verksamheten fastställt processer/rutiner för att förebygga och minska risken för fallskador? (5.1.1) | Ja | Regiongemensam rutin finns som vårdavdelningarna tillämpar. Arbetsrutinerna är däremot ej dokumenterade. |
| Har verksamheten fördelat ansvaret för det förebyggande arbetet? (5.1.2) | Ja | Arbetet ska utföras av vårdteamen. Ansvarsfördelningen är ej dokumenterad. |
| Har verksamheten rutiner för överföring och inhämtning av fallriskbedömningar och preventiva åtgärder vid övergångar mellan vårdavdelningar och olika vårdnivåer? (5.1.3) | Nej | Uppges inte fungera tillfredställande mellan olika vårdavdelningar och vårdnivåer. |

Bygger det förebyggande arbetet på evidens och beprövad erfarenhet?

| Kontrollfrågor | Bedömning | Kommentar |
|--|-----------|--|
| Har regionen beslutat att tillämpa kunskapsstödet från Vårdhandboken och Sveriges Kommuner och regioner? (5.2.1) | Ja | Den regiongemensamma rutinen utgår från det nationella kunskapsstödet. |
| Tillämpar verksamheten evidensbaserade kunskapsunderlag och riktlinjer? (5.2.2) | Ja | Downton Fall Risk Index (DFRI) tillämpas. |
| Har berörd vårdpersonal fått utbildning/närmare information om tillämpningen av kunskapsstödet? (5.2.3) | Ja | Organiseras i varierad utsträckning. Webbaserat utbildningspaket om Downton Fall Risk Index (DFRI) och journaldokumentation efterfrågas. |

Är det förebyggande arbetet personcentrerat?

| Kontrollfråga | Bedömning | Kommentar |
|--|-----------|---|
| Har verksamheten rutiner för patienternas och de anhörigas delaktighet i det fallpreventiva arbetet? (5.3.1) | Ja | Uppges ske i enlighet med regiongemensam rutin. Ledningen anser dock att verksamheten har en lång väg att gå innan vården kan anses vara personcentrerad. |

Är patientsäkerhetsarbetet systematiskt?

| Kontrollfrågor | Bedömning | Kommentar |
|--|-----------|--|
| Har verksamheten fastställt mål för det fallpreventiva arbetet? (5.4.1) | Ja | Mål uppges finnas på enhetsnivå. Gemensamt mål är att följa den regiongemensamma rutinen. |
| Har verksamheten fastställt processer/rutiner för att förebygga och minska risken för fallskador? (5.4.2) | Ja | Regiongemensam rutin finns som vårdavdelningarna tillämpar. Arbetsrutinerna är däremot ej dokumenterade. |
| Genomför och dokumenterar verksamheten initiala fallriskbedömningar? (5.4.3) | Nej | Initiala fallriskbedömningar dokumenteras i begränsad utsträckning. |
| Genomför och dokumenterar verksamheten fallriskutredningar med stöd av ett bedömningsinstrument? (5.4.4) | Nej | Strukturerade fallriskutredningar med Downton Fall Risk Index (DFRI) dokumenteras i begränsad utsträckning. |
| Utvärderar verksamheten om åtgärderna har genomförts och om de har haft avsedd effekt? (5.4.5) | Nej | Utvärderingar och förnyade utredningar med Downton Fall Risk Index (DFRI) dokumenteras i begränsad utsträckning. |
| Rapporteras och utreds alla tillbud och negativa händelser i avvikelssystemet? (5.4.6) | Ja | Rapporteringsgraden bedöms vara hög. |
| Återkopplar verksamheten resultatet av genomförda avvikelseutredningar och händelseanalyser? (5.4.7) | Ja | Återkoppling uppges ske regelbundet vid enheternas arbetsplatsträffar. |
| Utvärderar verksamheten det fallpreventiva arbetet som helhet utifrån lagstiftningen och verksamhetens krav och mål för arbetet? (5.4.8) | Ja | Avvikelsehandläggarna bistår enhetschef och verksamhetschef med uppföljningar och utvärderingar. |

Utifrån de utvecklingsbehov som framkommit i granskningen rekommenderar vi att Hälso- och sjukvårdsnämnden:

- ▶ säkerställer att det fallpreventiva arbetet utvecklas, framförallt avseende genomförande av strukturerade fallriskutredningar, journaldokumentation och informationsöverföring.

Vi rekommenderar även att det fallpreventiva arbetet för alla typer av vårdverksamheter beaktas och tydliggörs i den regiongemensamma rutinen *Fallprevention*.

Anders Emnegard
 Certifierad kommunal revisor