



Dokumentnamn Rutin Registrering i senior alert			Sida 1 (2)
Framtagen av Medicinskt ansvariga	Godkänd av	Upprättad 2011-10-05 Uppdaterad 2013 2013 2015 2017 2019 2022	Revideras 2025

Rutin Registrering i Senior alert

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) reglerar tydligt vårdgivarens ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Innan registrering i kvalitetsregistret senior alert, ska den enskilde ges muntlig information, samt skriftligt om det finns önskemål, om vad registreringen innebär och möjligheten att tacka nej.

Samtycke

Hälso- och sjukvårdspersonal ska ge patienten anpassad information om syftet med registrering i kvalitetsregistret och vad registreringen innebär för att efterfråga patientens inställning till personuppgiftsbehandling.

När vuxna personer som inte själva kan ta ställning till personuppgiftsbehandling tas stöd i Direktiv Samtycke till registrering i kvalitetsregister- inte beslutskompetenta vuxna.

Om patienten inte samtycker till registrering i senior alert är det viktigt att beakta patientsäkerheten. Riskbedömning, åtgärds- och uppföljningsplaner upprättas men dokumentationen görs endast i verksamhetssystemet.

Senior alert

Senior alert är ett kvalitetsregister som är tillgängligt via webben där varje person, 65 år eller äldre, registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat.

Ansvar

Legitimerad personal initierar till att riskbedömning utförs, och meddelar omvårdnadspersonal att göra en viktkontroll, längdkontroll samt munhälsobedömning.

Legitimerad personal ansvarar för att åtgärder, uppföljningar och registreringar genomförs samt att dokumentationen om patientens vård och behandling säkerställs.

Detta möjliggörs i teamsamverkan tillsammans med patienten där teamets (leg personal, omvårdnadspersonal samt chef) samlade kompetenser deltar.

Därefter tar legitimerad personal över ansvaret och sköter registreringen i kvalitetsregistret. Vårdplaner upprättas och uppföljningar av åtgärder genomförs.

Vårdplaner ska överföras till genomförandeplanen. Chef kontrollerar att genomförandeplanen är aktuell.

Riskbedömning ska göras inom 7 dagar efter inflyttning till särskilt boende. På korttidsvård/växelvård och på närsjukvårdsplats snarast efter inflyttning utifrån planerad vårdtid och behov, dock senast inom 5 dagar.



För patient med hemsjukvårdinsatser ska riskbedömning göras när patienten har ett varaktigt behov av hemsjukvård. Hemsjukvårdens insatser ska inte vara tillfälliga. Det aktuella hälsotillståndet ska vara av den karaktären att det krävs pågående insatser från kommunen för att möjliggöra att planer och uppföljningar kan genomföras.

Uppföljningsdatum beslutas av legitimerad personal utifrån uppkomna riskfaktorer och beslutade åtgärder. Riskbedömning görs 2 ggr/år eller oftare vid behov. Ny vikt och de observationer som ordinerats tas inför varje riskbedömning och enligt upprättad vårdplan.

Patienten avslutas i senior alert av vårdande enhet när vårdansvaret upphör.

Vid överrapportering till annan vårdgivare, inom kommun eller Region Östergötland, ska risker i senior alert kommuniceras.

Dokumentation

Riskbedömningen och upprättade planer ska dokumenteras i kvalitetsregistret – efter bedömning om personuppgiftsbehandling.

Dokumentation ska göras i patientjournal av legitimerad personal. I journalen dokumenteras genomförd riskbedömning, resultat, åtgärder samt uppföljningsdatum. Specialistkompetenser konsulteras vid behov.

Rapportering av resultat

Varje enhet ska kontinuerligt sammanställa resultat från senior alert. Rekommendation är att regelbundet följa de lokala resultaten i syfte att utveckla kvaliteten och det förebyggande arbetet.