



Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare i Falu kommun

År 2014

”Hälsa är en resurs och den har ett stort värde i det dagliga livet. Hälsa är en helhet av fysisk, psykisk, social och andlig hälsa. Hälsa kan ses som välbefinnande, tillräcklig funktionsförmåga och som en balanserad växelverkan mellan individen och miljön. Du kan påverka din hälsa genom olika val i vardagen. Hälsa föds genom samarbete och det är du, näromgivningen och samhället som tillsammans bär ansvaret.”

Datum och ansvarig för innehållet

2014-01-31

Tuulikki Lehtonen

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
1. Övergripande mål och strategier	5
1.2 Övergripande Mål	5
1.2.1 Delmål.....	5
1.3 Strategier	5
2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
3. Struktur för uppföljning/utvärdering	6
4. Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet 2014	7
4.1 Avvikelser/jämförelser.....	8
4.2 Fall	10
4.3 Externa avvikelser	11
4.4 Synergi	11
5. Uppföljning genom egenkontroll	12
6. Samverkan för att förebygga vårdskador	12
7. Riskanalys	13
8. Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	14
9. Klagomål och synpunkter	14
10. Sammanställning och analys	15
11. Samverkan med den enskilde och anhöriga.....	15
12. Resultat.....	16
12.1 Strukturmått.....	16
12.2 Processmått	17
12.3 Resultatmått	18
13. Övergripande mål och strategier för 2015 och för kommande år	23
Ord- och begreppsdefinitioner	25
Litteraturreferenser	26
Länkar till kunskapssammanställningar, riktlinjer och vårdprogram	26
Databaser som ger vetenskapliga kunskapsunderlag	27
Vårdappar, som är CE märkta och gratis	27

Sammanfattning

Den 1 januari 2011 trädde en ny lag om patientsäkerhet i kraft. Syftet med den nya lagen är att minska vårdskadorna och därmed höja patientsäkerheten i vården. Hög patientsäkerhet är ett grundläggande krav och en kvalitetsfråga. En patient som har kontakt med kommunens representanter ska känna sig trygg och säker. Medarbetarna ska kunna utföra sitt arbete med rätt förutsättningar och metoder så att en säker vård och omsorg kan ges. Vårdgivaren är skyldig att driva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Patientsäkerhetsberättelsen är den årliga resultatbeskrivningen hur säkerheten i vården har förbättrats och vilka åtgärder man har vidtagit för kontinuerliga förbättringar (SOSFS 2011:9 7 kap.3 §). Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Begreppet patientsäkerhet är ett vedertaget begrepp, såväl internationellt som i Sverige. Det innebär att människor ska skyddas mot vårdskada. Även om begreppet patientsäkerhet känns en aning främmande i de verksamheter som inte styrs av hälso- och sjukvårdslagen(HSL) kan vårdskador ändå uppkomma både inom de kommunala verksamheter som styrs av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade(LSS) och/eller socialtjänstlagen(SOL).

Under året 2014 har omvårdnadsförvaltningen, Falu kommun arbetat för en patientsäker vård på olika nivåer och med olika yrkesgrupper. Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar i vård- och omsorgsboende, (Sol, LSS, psykiatriboenden), korttidsvård, hemsjukvård, dagverksamhet upp till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Landstinget har läkaransvaret.

Inom omvårdnadsförvaltningen i Falu kommun har följande metoder och åtgärder vidtagits under 2014 för att öka patientsäkerheten:

- Ökad medvetenhet om patientsäkerhetsarbete. Årets tema har varit värdegrund och värdighetsgarantier. Värdegrunden är förutsättning för en god och säker omvårdnad
- Ökad kunskap om att rapportera avvikelser av olika grad. Under året 2014 rapporterades 4587 avvikelser. Avvikelse rapportering ses som en metod på patientsäkerhetsarbete. Det stora antalet avvikelser beror dels på att medarbetarna har lärt sig att använda den nya rapporteringsmetoden i verksamhetssystemet samt den ökade medvetenheten om god och säker vård.
- Arbetet med nationell e-Hälsa och arbetet med nationella kvalitetsregister och deras rekommendationer. Dokumentationen sker enligt gällande lagar. Falu kommun är ansluten på NPÖ, nationell patientöversikt som konsument.
- Djupare kompetens bland hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonalen. Medarbetareutbildning har pågått från hösten 2013 och fortsätter året 2015 tills alla cirka 1000 medarbetare har fått utbildningen.
- Utvärdering av Verksamhetshandboken som innehåller aktuella rutiner och instruktioner för hela omvårdnadsverksamheten har skett. Innehållet baseras på evidens. Rutiner och instruktioner har reviderats och nya rutiner har skrivits för hemsjukvården.
- Målsättning att göra riskbedömningar om munhälsa, fall, undernäring och trycksår för patienter som ger samtycke för detta. Vid identifierad risk sätts åtgärder in och dessa följs kontinuerligt upp. Registrering sker i Senior Alert.

- Arbetat för att ge palliativ vård enligt LCP (Liverpool Care Pathway) vilket kan beskrivas som en standardvårdplan för att kvalitetssäkra vården i livets slut. Registrering sker i Palliativa registret.
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har fortsatt. Åtta enheter är granskade 2014. Läkemedelsgenomgångar genomförs regelbundet på alla vård- och omsorgsboende enligt Läkemedelskommitténs rekommendationer.
- Användandet av skyddsåtgärder har utvärderats. Infektioner och riskfaktor för infektioner har mätts under mars månad. Några stickprov är tagna under en dag i november
- Hygienrund har gjorts på hemsjukvårdens lokaler. Hygieninstruktioner följs aktivt från Vårdhandboken.
- Samverkansavtal om läkarmedverkan har utvärderats.
- Riskbedömning och handlingsplan ur patientsäkerhetsperspektiv inom LSS, Vård- och omsorgsboende samt Hemsjukvård har gjorts före och efter semesterperioden 2014 samt före kommande skid-VM.
- Samverkan och dialog mellan kommunen, primärvården och landstinget har fördjupats genom gemensamma träffar och riskanalyser. Kvalitets- och utvecklingsenheten och patientsäkerhetsavdelningen (Falun lasarett) har utvärderat hemsjukvården genom att göra en kartläggning av patientens väg genom vårdkedjan. (ref). Samverkansprojekt med Grycksbo vårdcentral påbörjades november 2014.
- Ny metod, händelseanalys för granskning av hälso- och sjukvårdens innehåll har används som stöd för utredningsarbete.
- Rehabilitering inom hemsjukvården har utökats med 5 tjänster från juni 2014, syftet är att öka rehabiliteringsinsatserna för mer självständiga och oberoende patienter genom systematiskt arbete med rehabilitering i hemmet enligt "Falun modellen"
- Rutinen för teamträffar har uppdaterats och medarbetare ska prioritera att medverka på dessa för ökad samverkan kring patienten/kunden.

Inspektionen för vård och omsorg gjorde planerad inspektion för hälso- och sjukvården i omvårdnadsförvaltningen under hösten 2014. Rapport från denna inspektion har inte kommit än.

En av hörnpelarna i arbetet med att förbättra verksamhetens kvalitet och säkerhet är att systematiskt identifiera, rapportera, analysera, åtgärda, återföra och utvärdera resultat och avvikelser i vården. Säkerhetskultur går att mäta med hjälp av olika verktyg. Syftet är att identifiera en organisations styrkor och svagheter och de områden där ett intensifierat förbättringsarbete behövs. Inom omvårdnadsförvaltningen i Falun är vi på god väg.

De delmålen som är beskrivna är inte uppnådda på tillfredställande sätt. Följsamheten att uppnå 100 % registrering av palliativa registret, användning av NPÖ, standardvårdplan samt 0-trycksår har inte skett. Under året 2014 har dock nya metoder tagits i bruk för att kunna uppnå de delmålen som är uppsatta. Vi har flera olika instrument som hjälper medarbetarna att mäta och se resultaten.

Det viktiga under de kommande åren är att kunna åtgärda och förändra verksamheten genom ständiga förbättringar. Registreringar av avvikelser är grunden och visar de brister och svagheter som hälso- och sjukvård samt omvårdnaden innehåller. Utifrån avvikelser kan vi ställa frågor till oss själva; Finns det tillräckligt med resurser? Vilka är de preventiva åtgärder som kan vidtas innan det hinner bli en avvikelse? Vilka är de bakomliggande orsakerna runt avvikelser och anmälningar? Kan vi avsätta tid för att diskutera hur vi arbetar idag och hur vi kan förändra tillsammans? Hur är kulturen på arbetsplatsen, vilka värderingar råder? Hur sker informationsöverföringen inom omvårdnadsförvaltningen? Har vi samma mål? Vad vet vi om patienternas behov och erfarenheter?

1. Övergripande mål och strategier

(SOSFS 2010:659, 3kap.1§ och SOSFS 2011:9, 3kap.1§)

1.2 Övergripande Mål

- Främja en hög patientsäkerhet, god vård samt nöjda patienter och närstående.
- Preventivt arbete
- Värna om en öppen och god vårdmiljö, tydliga roller, tydlig och visionärt ledarskap som skapar kunskapen att identifiera risker för vårdskador.
- Utveckla system för information och återkoppling som gynnar lärande, förändring och kontinuerlig uppföljning av och återkoppling till verksamheten.
- Kostnadseffektivt arbetssätt.

1.2.1 Delmål

- Säker avvikelserapportering och hantering med åtgärdsfokusering
- 100 procent följsamhet till LCP (Liverpool Care Pathway). En värdig död för våra patienter.
- 100 procent följsamhet till registrering i Palliativa registret och Senior Alert.
- 100 procent användning av NPÖ (Nationell Patient Översikt)
- Säkra läkemedelshantering och minska läkemedelsavvikelser. Fortsätta att använda instrumentet för bedömning av olämpliga läkemedel och använda de alternativa förslagen
- Förebygga vårdrelaterade infektioner
- Minska riskerna för fall och undernäring
- 0-tolerans på trycksår

1.3 Strategier

- Medvetenhet om patientsäkerhetskulturen.
- Utbildning för blivande utbildare för fortsatta arbetet med att öka följsamheten av riktlinjer i den palliativa vården hos alla medarbetare
- Öka följsamheten till Senior Alert inom riskområden, fall, trycksår, munhälsa och undernäring genom att öka riskmedvetenhet hos alla medarbetare.

- Öka kunskapen om allvarliga risker och händelser inom läkemedelsområdet genom följsamhet till lokala läkemedelsrutiner och instruktioner
- Öka följsamheten till basala hygienrutiner genom egenkontroll
- Öka följsamheten till forskrivningsriktlinjer för hjälpmedel och rutiner kring hjälpmedelhantering
- Ett systematiskt och preventivt fallriskarbete

2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

(SOSFS 2010:659, 3kap.9§ och SOSFS 2011:9, 7kap.2§ p1)

Vårdgivaren är ansvarig för patientsäkerhetsarbetet och skall fastställa mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god och säker vård. Detta innebär att den ska tillgodose särskilt patientens behov av trygghet, lätt tillgänglighet, självbestämmande, oberoende och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvården har ett övergripande ansvar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen ska ansvara för att det medicinska omhändertagandet av patienten tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet och god vård och att samverkan och samordning med andra enheter fungerar på ett för patienten tillfredställande sätt, och att personalens kompetens upprätthålls. Verksamhetschefen fastställer former för fortlöpande samråd med MAS/MAR i frågor som gäller kvalitet och säkerhet samt i frågor angående verksamhetens struktur och resursanvändning.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)/ och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar ytterst för att patienten ska ges en god och säker vård. De ansvarar för att författningsbestämmelser och andra regler följs och att det finns direktiv och instruktioner som verksamheten kräver. De ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet och att samverkan och samordning med vårdresurser inom och utanför den egna verksamheten fungerar på ett för patienterna tillfredställande sätt.

3. Struktur för uppföljning/utvärdering

(SOSFS 2011:9, 3kap.2§)

MAS/MAR utreder och gör anmälan enligt Lex Maria om en patient drabbats av eller utsätts för risk för allvarlig vårdskada eller har fått en vårdskada samt anmäler det till den nämnd som är ytterst ansvarig för hälso- och sjukvårdsverksamheten.

MAR utreder brister och skador som sker i samband med medicintekniska produkter och anmäler negativ händelse och tillbud till Läkemedelsverket.

MAS/MAR sammanställer avvikelserapportering och rapporterar till ledningen och till nämnden samt återkopplar till övrig verksamhet.

MAS sammanställer vårdrelaterade infektioner och riskfaktorer 1 gång per år och rapporterar till nämnd och återkopplar till övrig verksamhet.

MAR ansvarar för rapportering av risk för fallskador eller vårdskador av fall.

MAS/MAR ansvarar för att det finns tydliga rutiner och instruktioner inom hälso- och sjukvårdsområdet.

MAS/MAR sammanställer statistik över vidtagna skyddsåtgärder inom vård- och omsorgsboende.

MAS/MAR gör en årlig kontroll av att hälso- och sjukvårdsdokumentation innehåller anamnes, vårdplaner och uppdaterat aktuellt i verksamhetsystemet..

MAS/MAR följer upp verksamhetsystemet och följer upp patientuppgifternas kvalitet och ändamålsenlighet. MAS/MAR granskar utdelade behörigheter och att loggkontroller genomförs enligt lagen.

4. Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet 2014

(SOSFS 2010:659, 3kap.10§ p1-2)

- Patientsäkerhetsarbete med nationella kvalitetsregister, Senior Alert, Palliativa registret och BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) registret har fortsatt. Utbildning av personal på ett nytt boende har skett. Hemsjukvården har varit med och planerat 2015 års deltagande. Nyckelpersoner har nominerats.
- Implementering av ROAG (Revised Oral Assessment Guide) munbedömningsinstrument i kombination med Senior Alert i verksamheten har pågått. Målet har varit dels att öka antalet registreringar dels att arbeta fram ett strukturerat arbetssätt.
- Utbildningsinsatser. Sjuksköterskor har deltagit i ett antal fortbildningsdagar i ämnen som smärta, palliativ vård m.m. Nutritions- och kostombud har fått fortbildning inom respektive område vid flera tillfällen.
- Inkontinensvården har kvalitetssäkrats inom vård- omsorgsboenden. Ett nytt vårdprogram är på gång.
- Avvikelsehantering. Införande av avvikelsehanteringsmodul gällande HSL avvikelser i verksamhetsystemet och implementering i verksamheten har skett. På APT samt på teamträffarna har avvikelser gått igenom. Omvårdnadspersonalen har fått personlig genomgång i avvikelsehantering. Hemtjänstens utbildning av verksamhetsystem har pågått under hela året.
- Läkemedel. Genomförande av systematiska läkemedelsgenomgångar i samverkan med landstinget har skett enligt avtalet. Pascal (IT-stöd för läkemedel), har utvecklats för att vara mera användarvänligt.
- Hygien. Rådgivande smittskyddsround ha genomförts i hemsjukvårdens nya lokaler tillsammans med hygiensjuksköterska från Landstinget Dalarna.
- Hjälpmedel. På rehabiliteringsenheten sker fortsatt arbete i styrgrupp hjälpmedel med regelbundna träffar för samsyn kring bedömningar samt genomgång och uppdatering av forskrivningsriktlinjer och hjälpmedelshantering. Utbildning/ information till alla AT och SG via kollegor, MAR och enhetschef.
- Rehabiliteringspersonal ingår i sortimentsgrupper, deltar i temadagar och utbildningar för att ha rätt kompetens vid forskrivning av hjälpmedel.

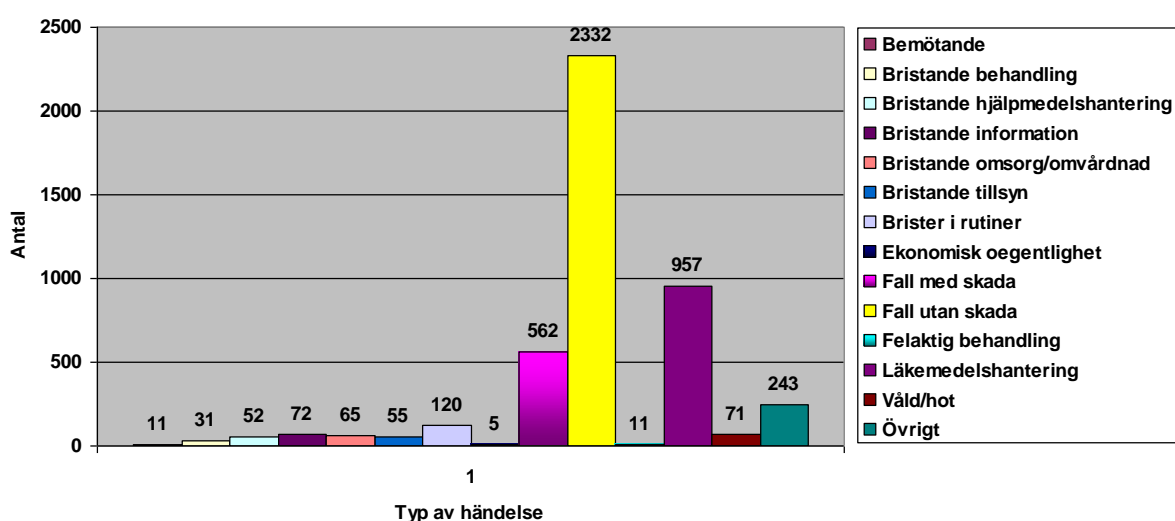
- Nutrition. Kvalitetsuppföljning av nutritionsriktlinjer på alla vård- och omsorgsboenden har genomförts. Dietisten har ansvarat för detta.
- Mätning av riskfaktorer och vårdrelaterade infektioner har gjorts i mars månad samt några stickprover under november i alla vård- och omsorgsboenden. Punktprevalensmätning av trycksår och fall genomfördes i alla vård- och omsorgsboende samt i kortidsenheterna i september 2014. Mätning över användandet av skyddsåtgärder har gjorts på nya enheten Kårebacken.
- Kommunrehab anordnade under 2014 olika förflyttningsutbildningar och grundutbildning i hantering av personliftar om 60 platser erbjöds och 34 personer genomförde utbildning. Utbildning för nya ryggombud och påbyggnadsutbildning genomfördes av 16 personer. I utbildning ”förflyttning upp från golv” deltog 20 personer och allmän förflyttningsutbildning riktat till Gruvrisgårdens personal hölls för 16 personer.
- Besiktning av medicintekniska produkter har skett enligt avtal med LD Hjälpmedel.
- Kontroll av medicintekniska behandlingshjälpmedel har skett enligt avtal med medicin teknik.
- MAS träffar sjuksköterskorna två gånger per termin med deltagande på ca 90%.
Innehållet syftar till att ge ökad kunskap om evidensbaserad omvårdnad och etik.
MAR träffar arbetsterapeuter och fysioterapeuter/ sjukgymnaster i motsvarande omfattning.
- MAS/ MAR har deltagit på APT samt träffat enheterna kontinuerligt för att bevaka patientsäkerheten
- Kvalitetsrevision på alla vård- och omsorgsboenden genomförs i april/maj varje år. Uppföljningen utgår från de av omvårdnadsnämnden beslutade kvalitetskriterierna och sker genom en enkätbaserad egenkontroll. Utifrån resultatet beslutas om fördjupning inom vissa områden. Under 2014 besöktes Norshöjdens vård- och omsorgsboende. Under året användes också flera andra uppföljningsmetoder.
Fokusgruppsintervjuer: där följdes demensomvårdnad, matsedel och måltidssituation samt vård vid livets slut upp. Resultaten lämnades sedan vidare till förbättringsarbete på olika sätt.
Processkartläggning kombinerat med observationsstudier genomfördes för att följa patientens väg genom slutenvård, primärvård och hemsjukvård. Resultatet har lämnats vidare till ansvariga för verksamheten inom både kommun och landsting.
Analys av undvikbar slutenvård och återinläggning inom 30 dagar. Hemtjänstens gruppledare fyllde under en månad i ett antal parametrar i samband med att en kund åkte till lasarettet vilka sedan analyserades för att hitta orsaker och samband kring USV och Å30. Resultatet har redovisats och överlämnats till ansvariga inom både kommun och landsting

4.1 Avvikelser/jämförelser

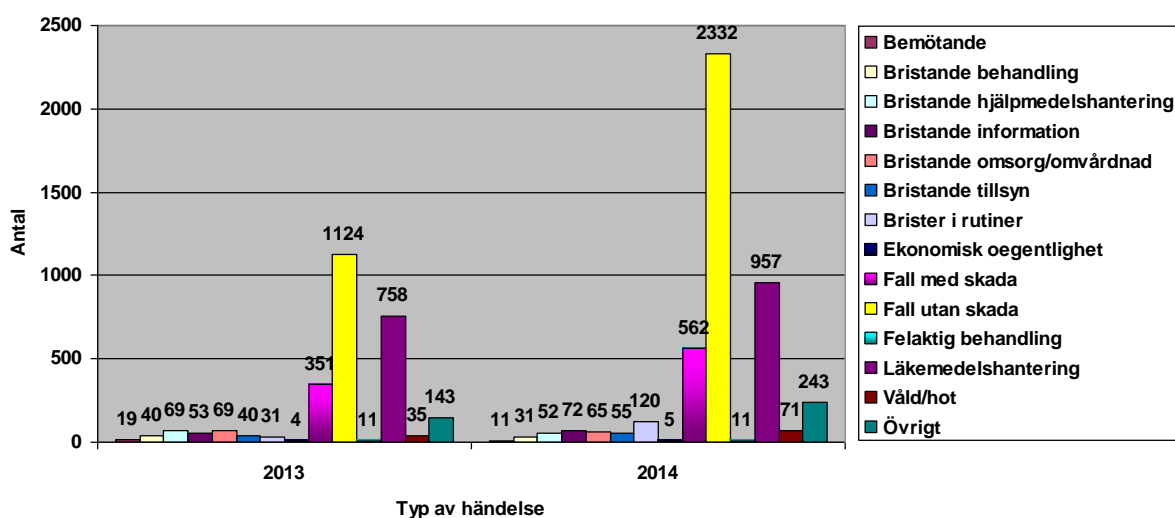
En markant ökning av avvikelser enligt HSL/SOL har skett i förhållande till 2013. Registrerade avvikelser under året är 4587 stycken. En viktig förklaring till den stora ökningen av antal avvikelser är att alla hemtjänstgrupper under 2014 har börjat använda avvikelshanteringssystemet.

Cirka 21 % av alla avvikelser gäller läkemedelshantering. Fall utan skada är den mest dominerande avvikelserna.(2332) En ökning av övriga avvikelser under 2014 kan också ses. Målet för 2014 var att öka avvikelserrapportering och det målet har vi nått. Avvikelser berör främst fördröjd eller utebliven undersökning/behandling, beroende på brister i dokumentation och rapportering, glömd medicin, fördröjd smärtlindring, utebliven smärtskattning, våld och hot, fördröjd vård och behandling, bristande rutiner, bristande hjälpmedelshantering, bristande information. Avvikelser har hanterats av områdesansvarig sjuksköterska, enhetschef och omvårdnadspersonal på APT i syfte att åtgärda avvikelserna och minska riskerna för vårdskador. Betydande och katastrofala avvikelser har skickats till MAS/MAR för utredning och åtgärder. På grund av den stora mängden avvikelser samt ett nytt avvikelssystem har inte rutinen och instruktionen vad gäller återkoppling och åtgärder följts fullt ut.

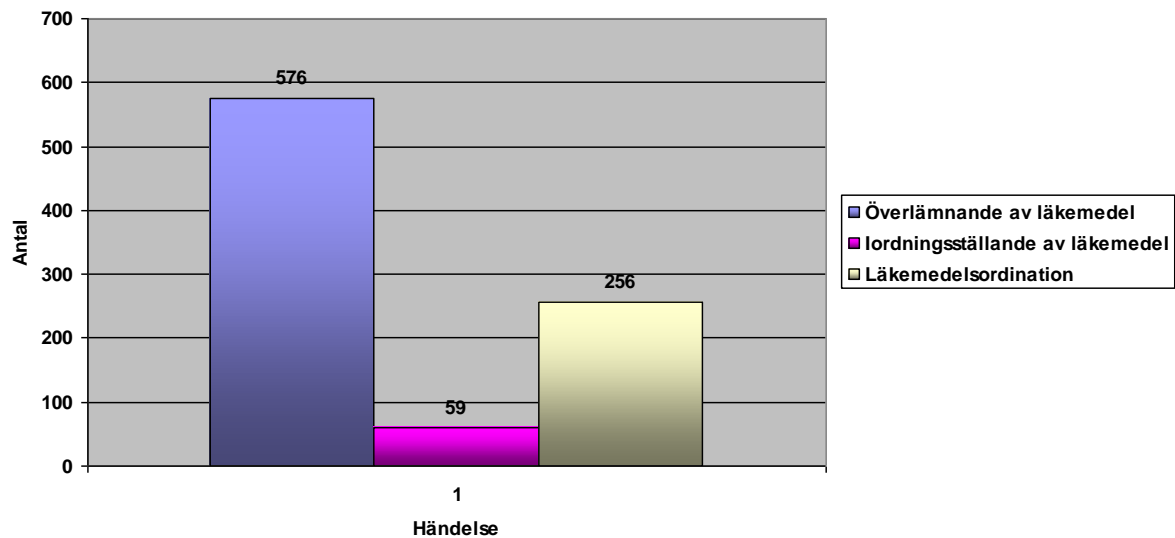
Avvikelser 2014



Avvikelser 2013-2014



Avvikelser läkemedelshantering 2014



4.2 Fall

Fall utan skada. En händelse då en person oavsiktligt och plötsligt hamnar på golvet eller marken. Fallet har inte gett upphov till skada.

Fall med skada. En händelse då en person oavsiktligt och plötsligt hamnar på golvet eller marken. Fallet har gett upphov till skador på vävnad t.ex. blåmärken, skrubbsår, öppet sår vrickning, stukning eller fraktur

Rapporteringen av fall med eller utan skada i vård- och omsorgsboende har ökat med ca 100 stycken till 2332. Registrerade fall med skada har minskat något.

I ordinärt boende har registrering av avvikelse påbörjats under hösten 2013 och avvikelser om fall uppgår för 2014 till 1174 stycken varav 252 fall med skada. Den övervägande största delen av fallen sker oövervakat vid egen förflyttning. Ca 20 % av fallen är enligt rapportering fall med skada. De vanligaste skadorna är skrubbsår, blåmärken. Utav de registrerade 562 fall med skada har 57 stycken angiven typ av skada, varav 10 registrerade frakturer. Den siffran förefaller vara låg och troligen har många fler frakturer uppkommit vid fall. Detta ger en signal om en svårighet att bearbeta och komplettera information i avvikelssystemet.

Som tidigare kan man se att ett mindre antal personer står för många av fallen, det vill säga att dessa personer ramlar väldigt många gånger trots insatta åtgärder som läkemedelsgenomgång, larm och fallskyddsbyxor.

Åtgärder har angivits i ca 25 % av fallen.

De vanligaste angivna åtgärderna vid fall är övrigt ca 300 och diskussion med berörd personal 113 st, brist i bemanning 9 st och brist handledning/ utbildning 13 st.

De flesta fallen sker i sovrummet 43 % i vård- och omsorgsboende och 33 % i ordinärt boende. Utomhus sker 1 % av fallen i vård- och omsorgsboende och 6 % i ordinärt boende.

Det förebyggande arbetet med Senior Alert har ökat medvetenheten om fall hos personalen.

4.3 Externa avvikelser

En ökning av det totala antalet externa avvikelser kan ses 2014. Avvikelserna till sjukhuset berör utskrivningar från sjukhuset, ofullständiga eller felaktiga läkemedelsordinationer eller att läkemedel saknas helt, brist i bedömning och förskrivning av primärt hjälpmedelsbehov, bristfällig medicinskt information, bristande vårdbegäran, ingen vårdplanering och fel behandlingar. Vid samverkansmöte med Primärvården och sjukhuset tas avvikelserna upp i syfte att minska dessa och hitta åtgärder för mer säker vård och sammanhållen vårdkedja. De flesta avvikelserna skickades från hemsjukvården och hemtjänsten till sjukhuset och primärvården.

Statistik

2012 30 avvikelser skickades till Falu lasarett+ primärvården. Avslutade med återkoppling 16 avvikelser.

2013 18 avvikelser skickades till Falu lasarett + primärvården. Avslutade med återkoppling 13 avvikelser.

2014 57 avvikelser skickades till Falu lasarett + primärvården varav 10 stycken avseende rehabilitering och hjälpmedel. Nästan alla är avslutade med återkoppling. Apoteket Ab fick 5 kända avvikelser och transport(ambulans, sjuktransport) fick 3 avvikelser.

4.4 Synergi

Synergi är namnet på Landstinget Dalarnas avvikelserrapporteringsystem. Under 2014 inkom synergirapporter till Falukommun fördelade enligt nedan. Flertalet av klagomålen berörde försummelse framför allt brister i omvårdnaden. Varje klagomål har diskuterats med berörd part och justeringar i rutiner eller diskussioner med medarbetarna har skett. Möjligen finns det ett mörkertal då många klagomål löses direkt och inte blir registrerade.

Statistik

2012 är 5 synergirapport mottagna och åtgärdade med återkoppling till aktuell avdelning

2013 är 22 synergirapporter från vårdcentralerna och 14 synergirapporter mottagna från sjukhuset.

2014 är 11 synergirapporter mottagna från sjukhuset. Återkoppling med telefonsamtal eller vårdplanering har skett för att förändra och förbättra.

Vårdcentraler skickade 6 synergirapporter, som gällde informationsbrist, missade prover samt omärkta provrör. Rutin för detta har skrivits och följsamheten utav rutinen har skett till nästa 100 %.

Obesvarade synergier som kommit till hemsjukvården 2014. Dessa synergier har tagits emot i början på 2014 för händelser som inträffat i slutet av 2013.

Från slutenvården har det inkommit 4 synergier.

Från primärvården:

Svårigheter att nå fram på telefon 3 st

Fel runt provtagning 3 st

PK - provtagning 3 st

Problem runt tolkningsföreträde 2 st

Vårdbegäran/HSV-patient/ hembesökspatient 13 st = 26 st.

Dessa obesvarade synergier har dock påverkat verksamheten så att nya rutiner har skrivits för hemsjukvården och hemsjukvårdens innehåll har diskuterats under APT samt att MAS har haft ett intensivt samarbete med hemsjukvården.

En större händelseanalys har påbörjats tillsammans med patientsäkerhetsavdelningen angående vård av en kvinna med stroke och demens, som blev drabbad av stora brister i vårdkedjan. En anhörig skildrade i ett brev situationen som hans mamma hade hamnat i. Händelseanalysen fortsätter 2015.

5. Uppföljning genom egenkontroll

(SOSFS 2011:9, 5kap.2§, 7kap.2§ p2, SOSFS 2010:659, 3 kap.10§ p1-2)

Egenkontroll betyder att man gör jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister samt mot verksamhetens egna rutiner och instruktioner. Uppföljning och jämförelser sker kontinuerligt.

Även granskning av journaler och annan dokumentation görs kontinuerligt och under 2014 har det skett stickprovsmässigt. MAS/MAR gör kontinuerliga journalgranskningar för alla patienter som har risk för vårdskada eller vårdskada. Avvikelse granskas och återkopplas till enheterna.

Alla enhetschefer på vård- och omsorgsboende får genomföra en egenkontroll om hur väl man uppfyller omvårdnadsförvaltningens kvalitetskriterier. Sektionschefen följer sedan upp svaren och i de fall där man inte uppfyller kraven görs en handlingsplan för att nå upp till dem. Några vård- och omsorgsboenden och hemtjänstgrupper besöks varje år och då genomförs en fördjupad uppföljning. Kvalitets- och Utvecklingsenheten ansvarar för detta.

6. Samverkan för att förebygga vårdskador

(SOSFS 2011:9, 4kap.6§, 7kap.2§ p3)

Samverkan mellan omvårdnadsförvaltningen, primärvården och landstinget har varit komplicerat på grund av kommunalisering av hemsjukvården 07.01.2013. Bristande rutiner och samverkan har påverkat patientsäkerheten. Speciellt patientinformation, läkemedelshantering och rehabilitering och hjälpmedel har varit bristande och flera betydande avvikelser har hanterats och återkopplats till enheterna.

Läkemedelslistorna har varit bristfälliga. Patienter har blivit utan mediciner vid många olika tillfällen.

Vårdplanering, egenvårdsanalys och vårdbegäran har varit bristfälliga och har utgjort risk för god och säker vård för våra patienter. Följande samverkansformer har förekommit under året 2014 för att förbättra patientsäkerheten och ge god och säker vård:

- Gemensamma riskanalyser före sommaren, och före jul. Deltagande på bakjournsmöten. Placering av biståndsbedömare på akuten.
- Kartläggning av patientens väg genom vårdkedjan i den specialiserade vården, primärvården och hemsjukvården i Falun har skett under året.

- Driftsgruppen har samlats för att hantera samverkansfrågor. Uppslutningen till möten har varit varierande. SAM-gruppen har haft möte var 6:e vecka, där har handlingsplan och samverkansfrågor gått igenom.
- SAM-gruppen och driftsgruppen har haft ett gemensamt möte för att ha dialog om samarbete kring hemsjukvården.
- Samverkansprojekt i Grycksbo med primärvården, hemtjänsten, hemsjukvården, rehab samt bistånd. Planerade teamträffar där alla medverkar.
- Samverkansdokument finns mellan landstinget Dalarna och kommunerna i Dalarna gällande ”Samordnad vårdplanering, rutin för samverkan mellan kommunerna och landstinget i Dalarna kring utskrivningsklara patienter.
- Rutin finns för samordnad vårdplanering i hemmet.
- Rutinen för egenvård i Dalarna har reviderats av en arbetsgrupp i region Dalarna.
- Planering av trygg hemgång.
- Avtal med sektionen för vårdhygien, Falu lasarett har tecknats och sektionen har åtagit sig att tillhandahålla vårdhygieniskt service.
- Läkemedelskommittén i Dalarna har reviderat riktlinjer och rutiner för kvalitativ läkemedelshantering i Dalarnas län.
- Samverkansavtal finns med landstinget Dalarna om läkarmedverkan i vård- och omsorgsboende. Där beskrivs respektive vårdgivares ansvarsområde samt läkaransvar och tillgänglighet.
- Avtal har tecknats med Medicinteknik på Falu lasarett för inköp och kontroll av medicinska behandlingshjälpmedel som finns ute i verksamheterna.
- Instruktion har skrivits angående gemensamma ärenden, Falu hemsjukvård och vårdcentralerna i Falun. Syftet med instruktionen ska tydliggöra samverkan mellan Falu hemsjukvård och vårdcentralerna i Falun och säkerställa att informationsöverföring sker på ett säkert sätt och att patienterna får rätt vård, på rätt plats och på rätt tid.
- Samverkansavtal finns mellan Falu kommun och LD-hjälpmedel i Borlänge för tjänster och hjälpmedel. Avtalet omfattar; bastjänster, konsultation, försäljning och uthyrning, teknisk service på hjälpmedel som ägs av LDH, utbildning samt IT-stöd i alla hjälpmedelsfrågor.

7. Riskanalys

(SOSFS 2011:9, 5kap.1§)

Riskanalys används för att identifiera risker i en verksamhet. Till skillnad från händelseanalys som gäller redan inträffade avvikelser används riskanalys proaktivt, det vill säga innan något har inträffat. Att göra en riskanalys stärker medarbetarnas och organisationens riskmedvetande, det vill säga att tänka efter före. En riskanalys behöver inte vara omfattande utan kan göras på mindre arbetsmoment och processer. Det kan vara en fördel att göra flera mindre analyser inom ett område än att göra en stor. Riskanalyser ska göras i en pågående arbetsprocess, exempelvis läkemedelshantering och hjälpmedelsförskrivning.

Riskanalys kan göras inför förändring, exempelvis inför sommarsemestrar eller stora helger.

Inför sommaren och efter sommaren 2014 gjordes riskbedömningar och handlingsplan och resultatbedömning av risker ur patientsäkerhetssynpunkt med sjuksköterskor inom Omvårdnadsförvaltningen. Beskrivning av risker var frånvaro av eller brist på sjuksköterskor, bristande kunskap, erfarenhet, kompetens eller tid, försämrad kontinuitet, informationsbrist och oplanerade inläggningar samt läkarbrist. Prioritering av arbetsuppgifter gjordes för att kunna eliminera riskerna och förstärka patientsäkerheten under semesterperioden.

8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

(SOSFS 2010:659, 3kap.10§ p1-2)

8.1 Avvikelsehantering

Enligt lokal rutin för avvikelsehantering har alla i verksamheten skyldighet att rapportera avvikelser. Så fort omvårdnadspersonal får kännedom om en avvikelse kontaktas sjuksköterska/enhetschef. Sjuksköterskan bedömer vilka åtgärder som måste vidtas omgående och dokumenterar detta i omvårdnadsjournalen (HSL). Sjuksköterskan rapporterar in avvikelsen via verksamhetssystemet som ”avvikelser enligt HSL/SOL/LSS. Avvikelsen går till enhetschef som i samverkan med sjuksköterskan åtgärdar avvikelsen. Även händelse där ingen vårdskada skett men kunde ha skett ska rapporteras och analyseras som risk.

Enhetschefen är ansvarig för att avsluta avvikelse som bedömts vara av mindre risk/ konsekvens. Analyserad avvikelse med vidtagna och planerade åtgärder skickas vidare till MAS x 1 i månaden. MAS och MAR utreder och avslutar avvikelse som har betydande eller katastrofal risk/ konsekvens samt bedömer om avvikelsen ska skickas vidare till myndighet enligt lokal rutin ”anmälan enligt Lex Maria”. Avvikelser som berör andra vårdgivare skickas till MAS/MAR som skickar avvikelserna vidare för återkoppling till berörda vårdenheter.

MAS/MAR sammanställer avvikelserna kvartalsvis och redovisar till ledningen och verksamheten. Enhetschef ansvarar för uppföljning och utvärdering av avvikelserna på arbetsplatsträff. Vid teamträffar ska avvikelser vara en stående punkt på dagordningen.

En årlig sammanställning redovisas till Omvårdnadsnämnden och ledningen senast Mars av MAS/MAR. På ledningsnivå diskuteras och åtgärdas trender och mönster som indikerar brister i kvalitén.

När åtgärder vidtas och rutiner ändras som berör fler än den enhet där avvikelsen inträffat är det viktigt att det kommer hela vård- och omsorgsverksamheten till del.

9. Klagomål och synpunkter

(SOSFS 2011:9, 5kap.3§, 7kap.2§ p6)

Syftet med synpunktshantering är att samla in och ta till vara synpunkter, klagomål och förbättringsförslag på de kommunala tjänsterna för att förbättra och utveckla verksamheten. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag ska hanteras snabbt och bör vara åtgärdat inom 14 dagar.

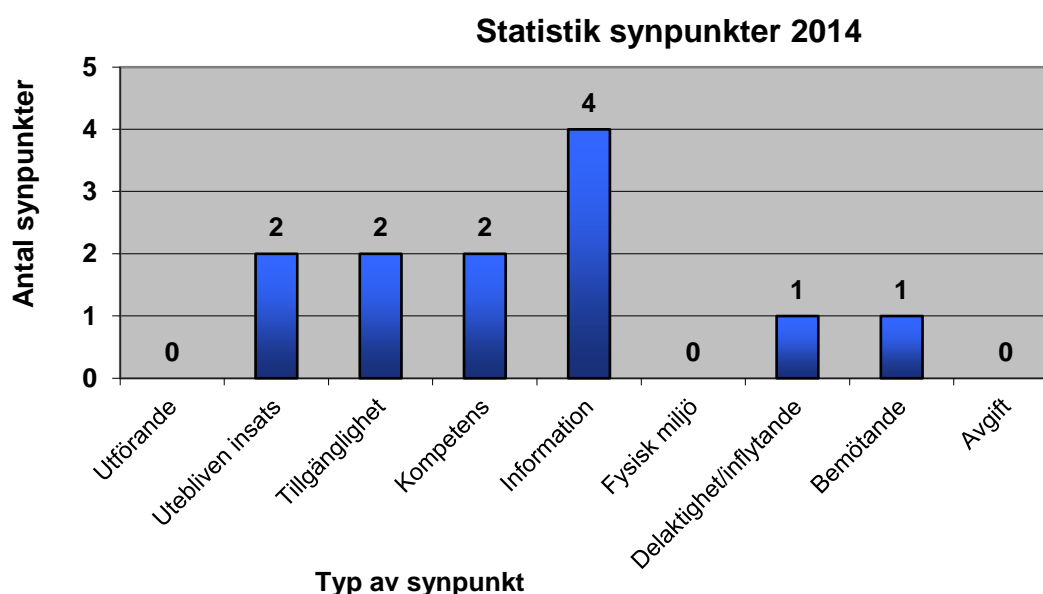
Blanketten ”Säg vad Du tycker” ska finnas lätt tillgänglig för boende och närstående. Varje chef är ansvarig för hantering av synpunkter och klagomål i sin verksamhet. Synpunkter, klagomål och inkomna rapporter diskuteras i enhetens ledningsgrupp. Synpunkter, klagomål och

inkomna rapporter med åtgärder ska behandlas på arbetsplatsträff, sektionsledningsmöte och förvaltningsledningsmöte. Årlig sammanställning ska redovisas för omvårdnadsnämnden en gång per år

10. Sammanställning och analys

(SOSFS 2011:9, 5kap.6§)

Alla skriftliga synpunkter ska registreras i synpunktshanteringen och ska utredas, analyseras och åtgärdas enligt gällande rutin. Åtgärder, kontakter samt övriga handlingar registreras även de i Synpunktshanteringen. Varje synpunkt, klagomål, förbättringsförslag och inkomna rapporter diskuteras av enhetschef/verksamhetsledare, ansvarig sjuksköterska och vårdpersonal i samverkan. Under året har totalt 41 synpunkter inkommit. 13 synpunkter och klagomål har kategoriserats och redovisas nedan. Resterande 28 har inte kategoriserats av ansvarig handläggare och kan därför ej redovisas inom respektive kategori.



11. Samverkan med den enskilde och anhöriga

(SOSFS 2010:659, 3kap.4§)

Arbets sättet ska utgå ifrån den gemensamma värdegrunden med ökat brukarinflytande och anhörigperspektiv.

Generellt gäller för samtliga verksamheter och alla medarbetare att samarbeta med anhöriga genom att stödja:

- i det ordinarie arbetet
- se anhörigvårdare som egna individer med behov av eget stöd
- lyssna på och ta hänsyn till anhöriga som en expertresurs
- vara lyhörd och uppmärksam på anhörigas olika behov som kan ändras över tid
- hålla regelbunden kontakt

- ge tydlig information om vad som finns att tillgå och samverka med övriga verksamheter

Anhöriga ska erbjudas:

- Kunskaper om den sjukdom/funktionsnedsättning som den närstående har
- Tydlig information om stöd, vård och omsorg som finns.
- Inflytande över hur insatserna utformas och information om hur insatserna ges och hur det går
- Känna trygghet med vården och omsorgen för den närstående.
- Bemötande med respekt, vänlighet och intresse överallt där de kommer i kontakt med vård- och omsorgsgivare.

För att anhöriga ska stödjas är det viktigt att tydliggöra vem som ansvarar för vad i verksamheten. Samverkan med anhöriga är en viktig del av patientsäkerhetsarbete.

12. Resultat

(SOSFS 2010:659, 3kap.10§ p3)

12.1 Strukturmått

Den kommunala hälso- och sjukvården har samma krav på sig som övrig hälso- och sjukvård, nämligen att erbjuda en god och säker vård. Orden trygghet, god och säker utgör grunden i den strävan som Omvårdnadsförvaltningen skall ha i sina möten med patienten/brukaren.

Rehabilitering ska ingå som en naturlig del i hälso- och sjukvården. Rehabilitering syftar till upplevd hälsa genom att insatserna ger ökad självständighet, delaktighet och oberoende.

I takt med att allt fler lever längre ökar också kraven på den kommunala hälso- och sjukvården. Kraven på att vi ska klara allt mer krävande vård och omvårdnad ställer också krav på att resurser finns för att klara av de hälso- och sjukvårdsinsatser som måste till för att kunna erbjuda en trygg, god och säker vård. Insatserna kräver många gånger specialistkompetens.

Utifrån verksamhetsåret 2014 har vi genom våra nuvarande kvalitetsinstrument kunnat påvisa att vi bedriver en verksamhet med god kompetens. Målet är dock att vi kan öka tryggheten och säkerheten i omvårdnaden genom att höja kompetensnivån både för hälso- och sjukvårdspersonal samt för omvårdnadspersonal.

För några år sedan påbörjades ett försök med nyckeltal på hur många patienter/boenden en sjuksköterska, som arbetar heltid, kunde vara omvårdnadsansvarig för.

Det pågår en utvärdering av detta försök och det man hittills kan läsa av, är att det i takt med ett ökat hälso- och sjukvårdsbehov behöver göra vissa justeringar i nyckeltalen. Sjuksköterskornas organisation har evaluerats under året och fortsatt utveckling sker för att öka patientsäkerheten.

Arbets terapeuter och sjukgymnaster/ fysioterapeuter har också nyckeltal för hur många personer de kan ha rehabiliterings- och hjälpmedelsansvar för. Olika verksamheter har olika behov och en utvärdering av nyckeltalen för alla legitimerade grupper behövs.

Vår verksamhet bygger i hög grad på att omvårdnadspersonalen för att kunna utföra sitt arbete får en delegation för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter t.ex. ge insulin, vid behovsläkemedel, överlämna läkemedel mm. Sjuksköterskorna upplever ibland att trycket är hårt på att ge delegering till omvårdnadspersonal de inte riktigt känner för att verksamheten skall fungera dygnet runt.

Delegeringsrutin och delegeringsinstruktioner har reviderats under året 2014. Utbildning har skett enligt ett utbildningsmaterial och kunskapstest som är framtaget av kunskapscentrum för kommunal vårdutveckling. Delegeringsprocessen har varit tidskrävande men viktig för att säkra vården för våra patienter.

Vårdtyngden upplevs ha ökat markant. Sjukhuset skickar patienter, som inte är vårdplanerade och med bristande medicinsk information, till korttidsenheten, hemsjukvården samt korttidsplatserna i vård- och omsorgsboenden. Detta orsakar oro, ökade insatser och ökad arbetsbörda vilket i sin tur påverkar patientsäkerheten negativt.

12.2 Processmått

Samverkan

Samverkansprocess påbörjades med Grycksbo vårdcentral hösten 2014. Anledningen för behovet var flera avvikelser där patienten hade blivit lidande på grund av bristande information mellan vårdcentralen och hemsjukvården/hemtjänsten. Samverkan initierades på teamträffarna. Målet var att alla aktörer runt patienten skulle samverka. Enligt första resultatet har hemsjukvården, hemtjänsten, bistånd, rehabiliteringspersonal och vårdcentral samlats 1 x i månaden för att planera vården tillsammans.

Kartläggning av patientens väg genom vårdkedjan

Uppdraget innebär att identifiera patientens flöde genom vårdkedjan i enlighet med avtal och gällande styrdokument samt att identifiera kvalitetsbrister och därmed förbättringsområden.

Syfte och mål är att patienten kan åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg i enlighet med Överenskommelsen för de mest sjuka äldre och de avtal och styrdokument som upprättats.

Rehabilitering i hemmet

Satsningen på att implementera rehabilitering i hemmet pågår och tre arbetsterapeuter och två sjukgymnaster/ fysioterapeuter har, under 2014, anställts för att arbeta med rehab inom hemsjukvården.

Rehabilitering i hemmet innebär ett strukturerat arbetssätt med tidiga insatser för att möjliggöra mer självständighet och större oberoende för den enskilde. Tidigare projekt har visat att arbetssättet förutom nöjda falubor ger positiva effekter som; minskat antal hemtjänsttimmar, färre korttidsplatser och minskat betalningsansvar till sjukhuset.

För att få till vårdkedjan jobbas hårt med förbättrat internt och externt samarbete för ”Kersti”.

För sjukgymnaster/ fysioterapeuter och arbetsterapeuter har arbetet med strukturerade funktionsbedömningar och rehabiliteringsplaner återupptagits och utbildningsinsats i rehabiliterande förhållningssätt till all hemtjänstpersonal planeras in med enhetscheferna.

Uppföljning måltidsordning

Omvårdnadsförvaltningen mäter årligen nattfastans längd inom vård- och omsorgsboende och korttidsenhet, som ett sätt att följa upp de nationella rekommendationerna för måltidsordning. Mätningen syftar till att säkerställa att enheternas rutiner för erbjudande av mat och dryck möjliggör för varje enskild kund att tillgodose sitt energi- och näringsbehov. 2013 var medelvärdet för nattfastans längd 11,9 timmar (spridning 9,0–13,7 timmar). 521 personer ingick i mätningen.

Riskbedömning av undernäring

Samtliga kunder i vård- och omsorgsboende ska riskbedömas för undernäring minst 2 gånger/år med hjälp av SF-MNA. Kunderna ska även erbjudas registrering i kvalitetsregistret Senior alert.

Viktkontroll

Inom vård- och omsorgsboende och korttidsenhet vägs kunderna var tredje månad eller oftare vid behov. Kontinuerlig övervakning av viktutveckling är en viktig del i att följa den enskilda individens nutritionsstatus. Vid ofrivillig viktförändring kan dietisten konsulteras för nutritionsbedömning och eventuell behandling.

Individuell nutritionsbehandling

Enligt Rutin för dietistkontakt vid individuella patientärenden ska förvaltningens dietist kontaktas för de kunder som kategoriseras som undernärda med instrumentet SF-MNA samt för de kunder som har behov av sjukdomsspecifika kosttillägg. Dietisten kan även konsulteras vid annan nutritionsrelaterad problematik.

12.3 Resultatmätt

Vad det gäller registreringen av avvikelser har vi nått det önskvärda resultatet.

Däremot hanteringen av avvikelser har varit bristfällig och fler insatser för att underlätta användandet krävs. Rapportering har inte skett enligt instruktionen, åtgärdsbeskrivningar saknas eller är bristfälliga, bedömning av svårighetsgrad ser ut att vara svårt. Förhoppningsvis kan det nya avvikelssystemet bli smidigare och åtkomligare för alla användare.

De kvalitetsrevisioner som fortsättningsvis skall ske på alla enheter kommer att vara ett mycket bra instrument för att påvisa hur och om det är en trygg, säker och god hälso- och sjukvård på vård- och omsorgsboende.

Under år 2014 mättes andelen skyddsåtgärder på Kårebacken, ett nytt boende, som öppnades mars 2014. Insatta skyddsåtgärder var ett brickbord, 5 rörelselarm, 18 kroppsburna larm, 32 hotellås till boendes lägenhet. Enstaka rörelselarm har satts in i ordinärt boende samt ett annat boende.

Läkemedelshanteringen på vård- och omsorgsboende har fungerat bra. Enligt kvalitetsgranskning av narkotikahandling, har dokumentationen, användning och förvaring fungerat utan anmärkning under året 2014. Hemsjukvården ska organisera läkemedelshandling inklusive narkotikahandling samt fokusera på dokumentationen och registrering av beställda och brukat narkotika. Några avvikelser har skickats till Apotekstjänst AB för uteblivna eller fel i dosdispensering. Läkemedelsavvikelser har minskat från 40 % till 20 %. Strukturen för dosdispensering har generellt fungerat bra under året 2014.

Under året 2014 anmäldes 1 Lex Maria av MAR och 1 fortsatt utredning av Lex Maria av MAS. och 9 anmälningar till patientnämnden varav MAS utredde 4 av dessa ärenden. Två anmälningar har skickats till IVO från anhöriga. Anmälningar gällde vård i livets slut/LCP.

Andra utredda ärenden gällde organisation och tillgänglighet, administrativa rutiner, hjälpmedel, läkemedel och personlig omvårdnad enligt patientnämndens klassificering av ärenden.

Punktprevalensmätning gjordes i september 2014 för att mäta trycksår och fall. Tabell 1.

Punktprevalensmätningens främsta syfte är att ligga till grund för förbättringsarbete på varje vård- och omsorgsboende för att förebygga och minska förekomsten av trycksår och fall. Sammanfattningsvis kan nämnas att 53 personer bedömdes och 19 trycksår (hos 11 personer) samt 5 fall (hos 4 personer) registrerades. Ett av fallen ledde till skada. Av trycksåren kategoriserades 58 % som grad 1 medan resterande 42 % kategoriseras som grad 2. Det vill säga att inga grad 3 eller 4 fanns, vilket naturligtvis är glädjande. De flesta trycksåren förekommer i ryggslut/sacrum (5) respektive sittbensknölar (6). Resultatet är intressant inte minst eftersom vi gjorde ett slumpmässigt urval av ca 10 % av patienterna på Vård- och omsorgsboende samt Korttidsenheterna. Om urvalet är representativt skulle det motsvara ca 190 (!) trycksår i våra verksamheter - visserligen i huvudsak grad 1 och 2.

Om man tittar på vilka förebyggande åtgärder som planerats för de som hade risk för trycksår är en tydlig skillnad att åtgärderna "Regelbundna lägesändringar" och "Bruk av tryckutjämnande underlag" planerats betydligt mer sällan för de som sedan faktiskt fick trycksår jämfört med de som inte fick det.

För de som hade risk för fall och som dessutom föll under mätperioden är åtgärderna "Hjälpmedelsförskrivning" och "Larm/extra tillsyn" de vanligast förekommande. För de som hade risk men inte föll är "Assistans vid förflyttning" respektive "Assistans vid personlig vård" de vanligaste. Ingen av de som faktiskt föll hade åtgärden "Läkemedelsgenomgång" planerad, inte heller "Assistans vid förflyttning" eller någon form av träning. Första mätningen är en bra grund för att kunna göra fortsatta jämförelser.

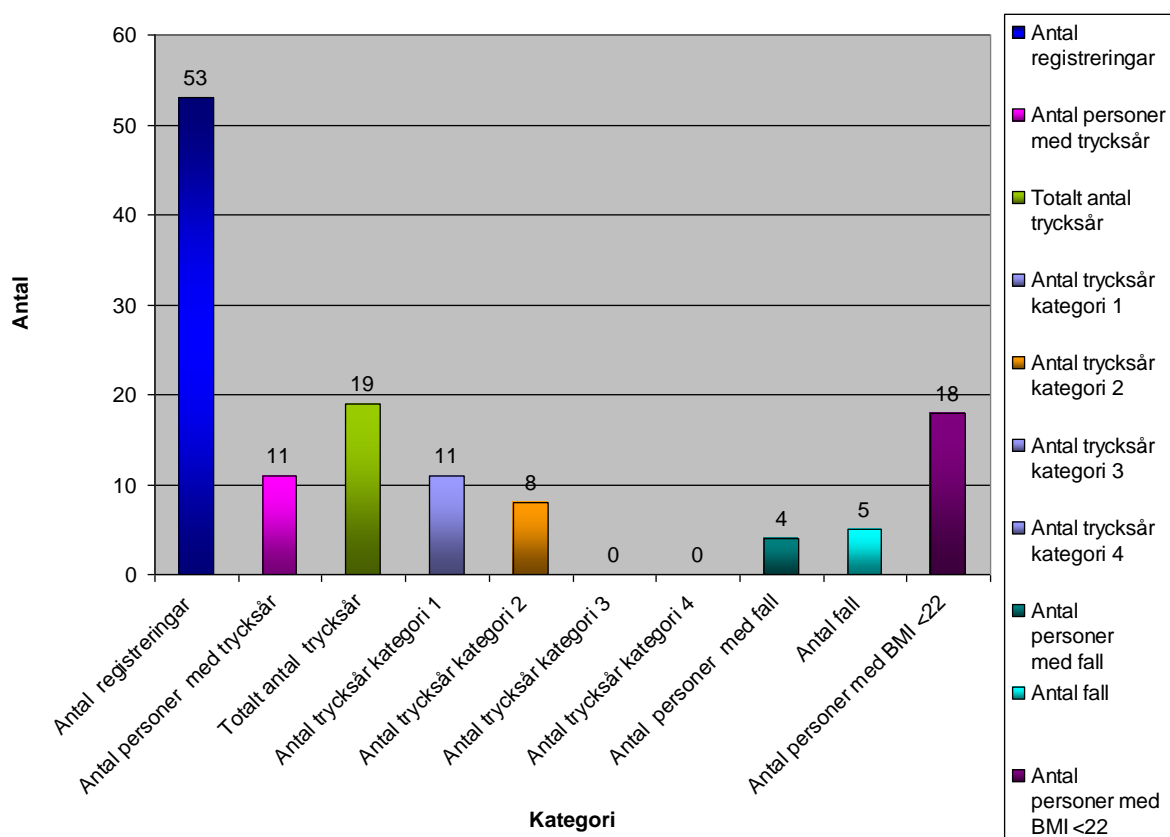
Antalet katetrar har ökat markant från 2012 till 2014. Enligt studier är kateter en stor riskfaktor för vårdrelaterade infektioner. Tabell 2

För övrigt har mätning av andelen riskfaktorer bland annat, bensår, inkontinens, urinvägsinfektioner samt sårinfektioner gett ett ganska måttlig resultat. Trots att det förekommer trycksår har inte några avvikelser skrivits på detta.

Vårdrelaterade infektioner eller spridning av influensa och vinterkräksjuka har heller inte varit särskilt utbredd i verksamheten 2014 Tabell 3

Tabell 1

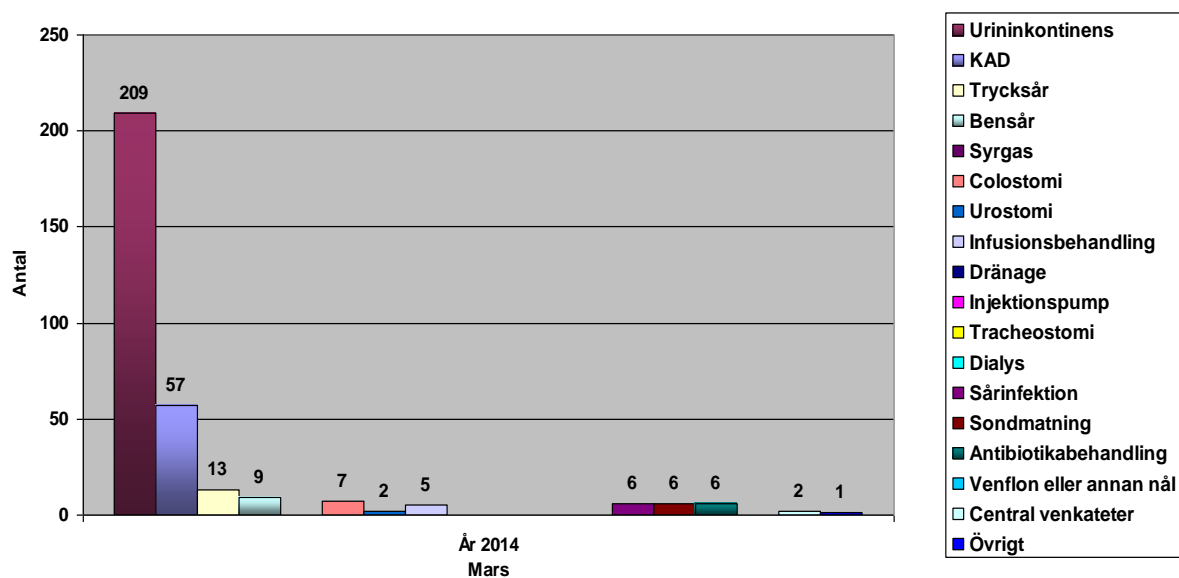
PPM Trycksår och fall 2014



Punktprevalensmätning v 37 2014

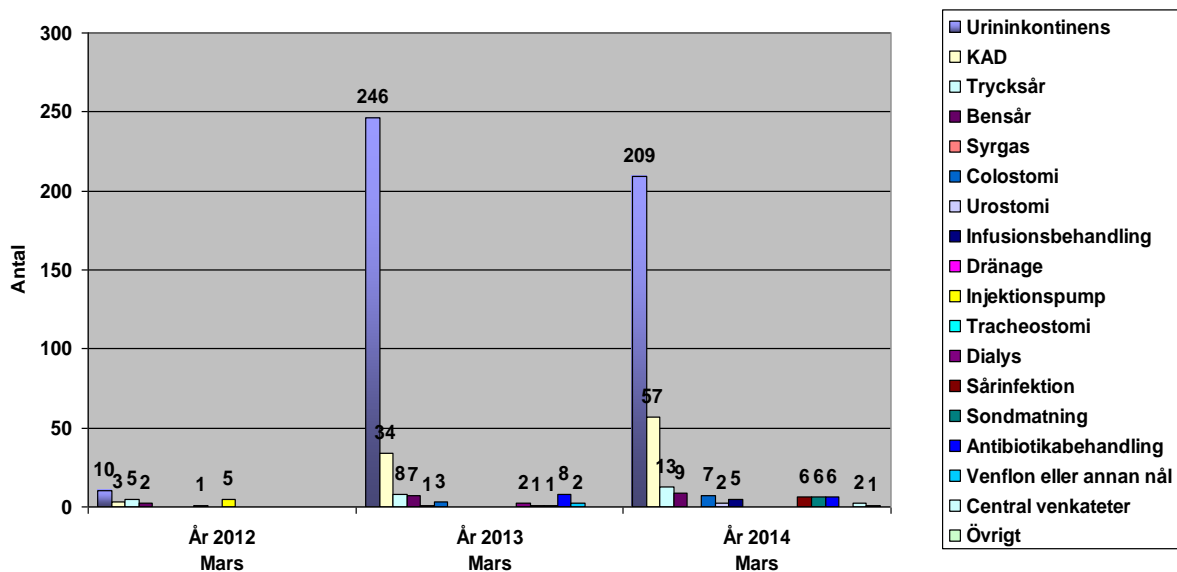
Tabell 2

Riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner i vård- och omsorgsboende 2014

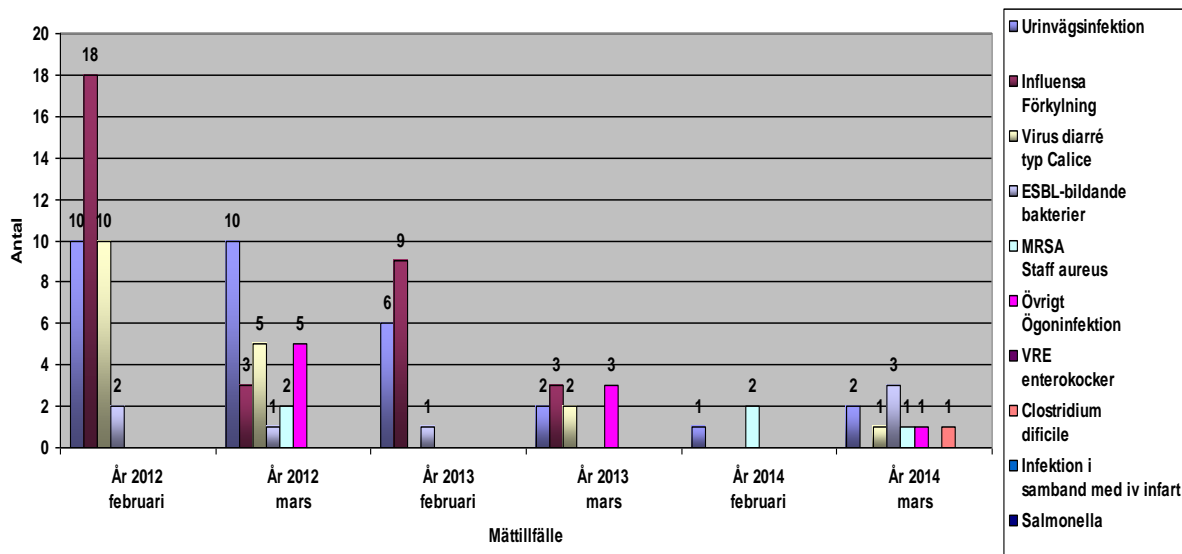


Tabell 3

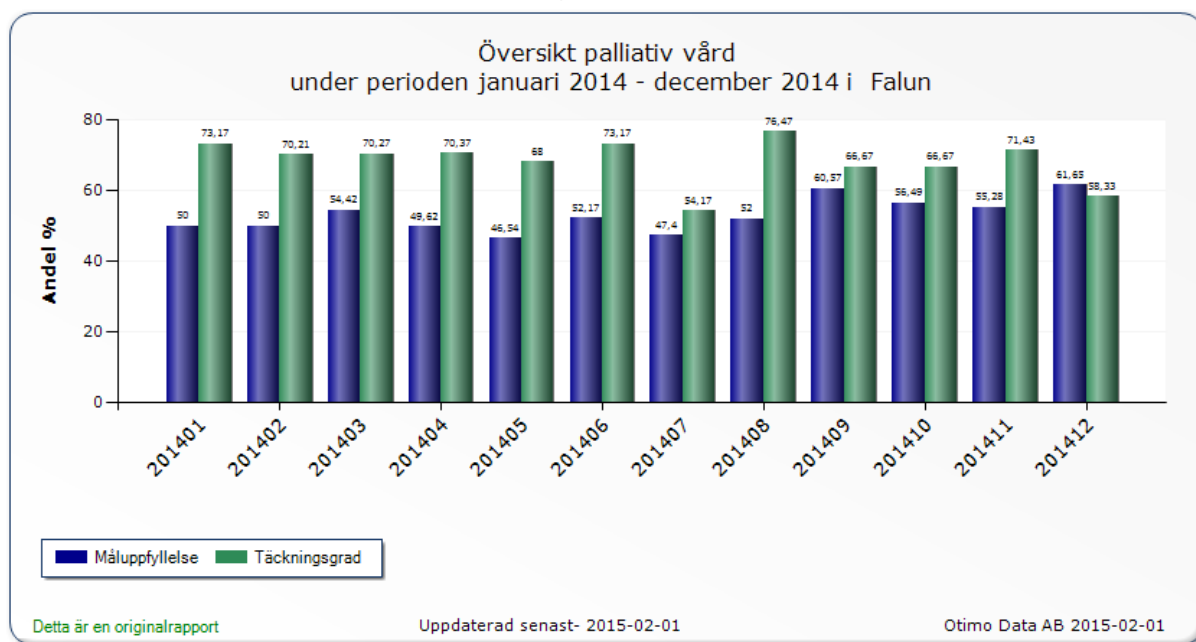
Risikfaktorer för vårdrelaterade infektioner i vård- och omsorgsboende 2012-2014



Vårdrelaterade infektioner i vård- och omsorgsboende 2012-2014

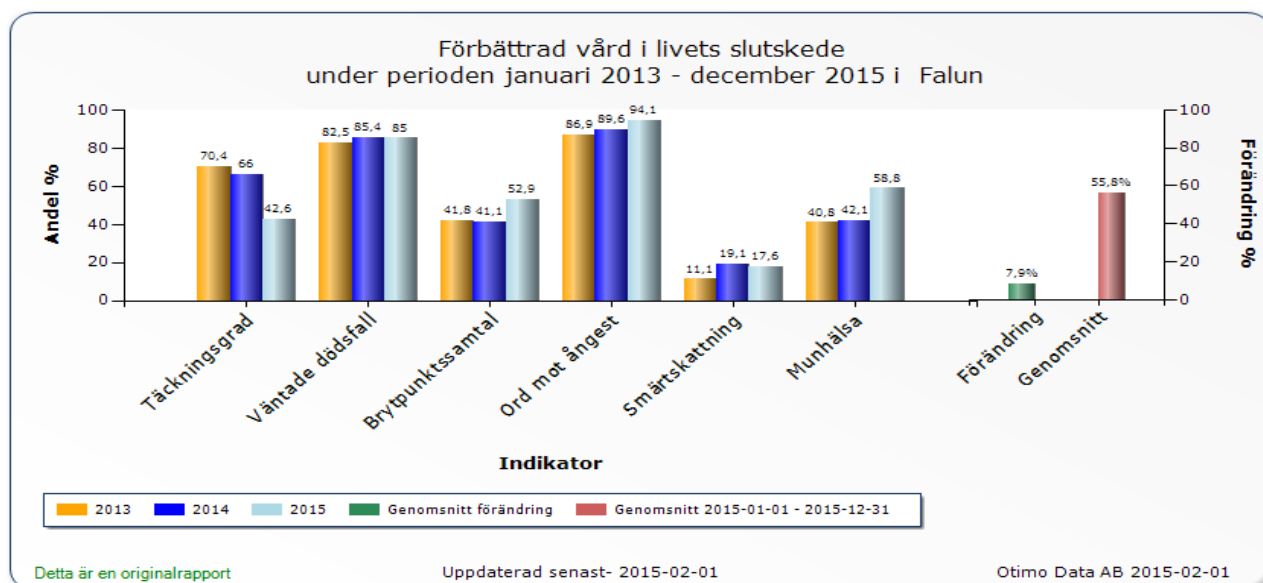


Statistik från Kvalitets- och palliativa registeret



Palliativa registret - god vård i livets slutskede

Av de nationellt uppsatta målen under 2013/2014



- 1) Täckningsgrad, Falun har inte nått uppsatt mål på 70 %.
- 2) Brytpunktssamtal på ungefär samma nivå som tidigare.
- 3) Ordination mot ångest, mycket bra resultat som beror på följsamhet till LCP.
- 4) Smärtskattning, har inte uppnått önskvärt resultat.
- 5) Munhälsa, bra resultat jämfört med hela Sverige.

BPSD-registret - god vård vid demenssjukdom/Falu kommun. Ny arbetsgrupp är grundad för att nå resultat.

Senior Alert

Resultaten beror på hur aktivt man registrerar och hur motiverad är man att registrera. Om man granskar hälso-och sjukvårdsjournaler kan man konstatera att omvårdnadsåtgärderna dokumenteras kvalitativt och vårdplaner finns till exempel för trycksår. Majoriteten av trycksår anses kunna förebyggas genom preventiva åtgärder. Genom att satsa mer på att förebygga uppkomst istället för att behandla då trycksåret väl har uppstått kan man i slutändan spara både lidande för enskilde patienten så väl som sjukvårdsresurser. Förebyggandet av trycksår är viktigt för patienten och kostnadseffektivt för vårdgivaren. Ett ekonomiskt och etiskt sätt att minska lidandet.

13. Övergripande mål och strategier för 2015 och för kommande år

- Säker informationsöverföring mellan olika vårdgivare. Förbättra patientsäkerheten genom användning av NPÖ. Loggningskontroller påbörjas enligt patientdatalagen.
- Systematisk öka kunskapen om vikten av patientsäkerhet, risker och tillbud för vårdskador och att avvikelserutiner är kvalitetsförbättring.
- Arbete med ständig förbättring. Införa ett nytt och användarvänligt IT-stöd för den befintliga systematiska hanteringen av avvikelser enligt HSL, SOL och LSS
- Förbättringsarbete för vård i livets slut, påbörjas våren 2015
- Fördjupa kunskapen om Nationell eHälsa
- Strukturerad journalgranskning gällande anamnes, aktuell status och vårdplaner.
- Mätning av riskfaktorer och vårdrelaterade infektioner. Minska vårdrelaterade infektioner.
- Punktprevalensmätning av trycksår och fall årligen, i september.
- Rehabilitering i hemmet med strukturerade funktionsbedömningar, fallriskbedömning och rehabiliteringsplan för den enskilde.
- Lyfta kontaktmannaskapet och övriga ombudsroller genom nätverksträffar.
- Alla hjälpmedelsförskrivare har genomgått den webbaserade utbildningen i förskrivningsprocessen.
- Mätning av användandet av skyddsåtgärder.
- Öka kunskapen om basala hygienrutiner genom e-utbildning till all personal. Kontinuerliga hygienronder.
- Patientnärmare städning, som minskar infektionsrisker i vård- och omsorgsboenden
- Revidering av ”gamla” rutiner och instruktioner i samarbete med kvalitetsrådet. Ny rutin för omhändertagande av växelvårdspatienter
- Följa utvecklingen av tjänsten Pascal (IT-stöd för läkemedel).
- Utbildning av verksamhetssystem fortsätter

- Öka kunskapen av ICF (International Klassifikation OF Funktionen, Disablot and Health) som är en metod att föra hälso- och sjukvårdsdokumentation utifrån funktionstillstånd och hälsa.
- Öka medvetenhet om kärnkompetenser. De 6 kärnkompetensområden är patient närmarevård, samverkan i team med andra yrkesgrupper, arbeta evidensbaserat, förbättringsarbete och kvalitetsutveckling, patientsäkerhetsarbete och informationsanvändning
- Trygg hemgång– att förebygga återinläggningar till sjukhuset.
- Utarbeta kvalitetsindikatorer och nyckeltal inom omvårdnaden i Falu kommun

Ord- och begreppsdefinitioner

Allvarlig vårdskada: Vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit

Avvikelse: samlingsterm för negativ händelse och tillbud

Avvikelsehantering; rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna

Händelseanalys: Systematisk identifiering av orsaker till negativa händelser och tillbud

Patientsäkerhet: Skydd mot vårdskada

MRSA: Multiresistent stafylokocks aureus, multiresistenta bakterier

Nationell eHälsa: Nationell eHälsa handlar om hur framtidens vård och omsorg som helhet ska fungera och förbättras med hjälp av e-tjänster

Patientsäkerhet: Skydd mot vårdskada

Palliativa register: Syftar att steg för steg förbättra vården i livets slutskede

Punktprevalensmätning: Under en vecka bedöms förekomsten av antal trycksår och antal fall i äldreomsorgen. PPM består av hudobservation som sker under pågående vecka, registrering av fall (två veckor tillbaka i tiden), riskbedömning (aktuell 6 månader tillbaka i tiden) och pågående åtgärder. Resultatet förs in på individnivå i Senior alert.

ROAG: Revised Oral Assessment Guide, munbedömningsinstrument i kombination med Senior Alert

Senior Alert: kvalitetsregister som synliggör viktiga fokusområden. Målet är att utveckla förebyggande arbetssätt.

Synergi: Avvikelse rapportering i Landstinget

Svenska Palliativregister: Syftar att steg för steg förbättra vården i livets slutskede

Verksamhetssystem: Patientjournalssystem

Vårdskada: 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

Litteraturreferenser

Att styra och leda för ökad patientsäkerhet; vägledning för vårdgivare enligt kraven i patientsäkerhetslagen; Sveriges kommuner och landsting, 2011

Bättre liv för sjuka äldre; resultat rapport 2013; Sveriges kommuner och landsting

Hälso- och sjukvårdslagen(HSL) (1982):763)

Karläggnig av patientens väg genom vårdkedjan i den specialiserade vården, primärvården och hemsjukvården i Falun(2014)

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade(LSS) (1993:387)

Socialtjänstlagen(SOL).(2001:453)

SOSFS 2010:659

SOSFS 2011:9

Socialstyrelsens et al. Att mäta patientsäkerhetskulturen - handbok i patientsäkerhetsarbete, Stockholm 2009

Strategi för att utveckla vården, Svensk sjuksköterskeförening, 2011

Säkrare vård och omsorg; handbok i grundläggande patientsäkerhetsarbete, Sveriges kommuner och landsting

Länkar till kunskapssammanställningar, riktlinjer och vårdprogram

www.socialstyrelsen.se Nationella riktlinjer för vård och behandling

www.vardverket.se/vis Databas över vårdprogram utgivna vid olika sjukhus och landsting, inklusive Socialstyrelsens riktlinjer

www.joannabriggs.edu.au (institut för Evidensbaserad omvårdnad i Australien och ger sammanställningar av Best Practice)

www.sbu.se med SBUs olika rapporter samt SBU-Alert

Sveriges kommuner och landsting, SKL

www.swenurse.se

www.omvardnadsmagasinet.se

Tidningen Vetenskap och Praxis (SBU)

www.lakemedelsverket.se

www.lakemedelsverket.se/malgrupp/foretag/Medicinteknik

[kommunal kunskapscentrum](#)

Databaser som ger vetenskapliga kunskapsunderlag

Cochrane Library som är gratis för alla via SBU, www.sbu.se

Medline som är gratis via **Pubmed**

CINAL omvårdnad, sjukgymnastik, arbetsterapi med mera

ERIC pedagogik

Psychinfo psykologi, psykiatri

Pedro databas för sjukgymnastik

Vårdappar, som är CE märkta och gratis

Diabetes Tools

Medihand

Evidos

Medicinapp för parkinsonsjuka

Tappapp