

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare i Falu kommun År 2015

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen i Sverige är till stor del uppbyggd kring vårdgivarens skyldigheter, det framgår indirekt av bl.a. hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen vad patienten kan förvänta sig av vården. Patient och närståendes ställning och resurser lyfts inte fram i någon större omfattning. Nya Patientlagen avser däremot att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främjar patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Detta är en klar riktning mot att stärka och hjälpa fram människans egna resurser och inte begränsas till vad patient och närstående kan förvänta sig i förhållande till vårdgivarens skyldigheter. Nationellt uppmärksammas detta där Sveriges Kommuner och Landsting tydliggör att ett prioriterat område är att brukare och patienter ses som aktiva medskapare och att uppdraget styrning och ledning måste utformas för att nya förhållningssätt och strukturer ska få möjlighet att uppstå. Det är vår övertygelse att en vidgad syn på människan som medskapare i sin egen vård utifrån patientlagen kommer att öka trygghet och kvalitet i patientens flöde och på så sätt även uppfylla en del av den säkerhet som eftersträvas i patientsäkerhetslagen. Genom en väl fungerande samverkan kan vi ge medborgarna en tillgänglig, god och säker hälso- och sjukvård.

Datum och ansvariga för innehållet:

2015-03-09

Helena Hellberg Sandberg

Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Maud Karlsson

Medicinskt ansvarig för hälso- och sjukvård

Annelie Steinholtz

Dietist

Innehåll:

1. INLEDNING	3
2. ÖVERGRIPANDE MÅL	3
2.1. Övergripande Mål	3
3. ORGANISATORISKT ANSVAR FÖR PATIENTSÄKERHETSARBETET.....	3
4. STRUKTUR FÖR UPPFÖLJNING/UTVÄRDERING	3
5. RESULTAT	4
6. HUR PATIENTSÄKERHETSARBETE HAR BEDRIVITS	6
6.1. Följsamhet till lagar och föreskrifter	6
6.1.1. Egenkontroll.....	6
6.1.2. Tillsyn	6
6.1.3. Säker läkemedelshantering	7
6.1.4. Säker och ändamålsenlig hjälpmedelshantering	7
6.1.5. Kompetensutveckling	7
6.2. Klagomål och synpunkter	7
6.3. Undvika fel och brister, skada/lidande och risk för vårdskada	8
6.3.1. Interna Avvikelser	8
6.3.2. Lex Maria	9
6.3.3. Läkemedelsverket	9
6.3.4. Externa avvikelser – övergripande analys.....	9
6.3.5. Vårdrelaterade infektioner	10
6.3.6. Måluppfyllelse Palliativ vård	11
6.4. Samverkan för säkra och kvalitativa hälso- och sjukvårdsflöden	12
6.4.1. Enskilde och närstående	12
6.4.2. Lokal samverkan	12
6.4.3. Extern samverkan	12
6.5. Hälsöfrämjande samt skade- och riskförebyggande arbetsätt	13
6.5.1. Riskbedömningar och kvalitetsregister.....	13
6.5.2. Individuell nutritionsbehandling.....	13
6.5.3. Rehabilitering i hemmet	13
6.6. Samverkan med den enskilde och närstående	14
7. ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR ÅR 2016	14

1. Inledning

Under året har omvårdnadsförvaltningen i Falu kommun arbetat för en patientsäker hälso- och sjukvård utifrån handlingsplan som omfattar olika nivåer och med olika yrkesgrupper. Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar upp till och med sjuksköterskenivå vilket omfattar sjuksköterskeåtgärder samt rehabiliteringsåtgärder av arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast enligt särskild överenskommelse. Landstinget har hälso- och sjukvårdsansvaret på läkarnivå. Inom omvårdnadsförvaltningen i Falu kommun har följande övergripande mål och strategier vidtagits för att säkerställa patientsäkerheten.

2. Övergripande mål

SFS 2010:659, 3 kap.1§ och SOSFS 2011:9, 3 kap, 4 kap.6§, 7 kap.2§ p3

2.1. Övergripande Mål

- Främja en god och säker hälso- och sjukvård och rehabilitering.
- Eftersträva delaktiga patienter och närstående.
- Ett hälsofrämjande arbetssätt

3. 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 i kommunen ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god och säker vård. Detta innebär att den särskilt ska tillgodose patientens behov av trygghet, självbestämmande, oberoende och integritet samt främja tillgänglighet och goda kontakter mellan patient, närstående och hälso- och sjukvårdspersonalen. Verksamhetschefen för hälso- och sjukvård ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att lagar, föreskrifter och allmänna råd uttrycks i direktiv, rutiner och instruktioner. MAS och MAR ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet och att samverka och samordning med resurser inom och utanför den egna verksamheten fungerar på ett tillfredsställande sätt för patienten.

4. Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9, 3kap.2§

Omvårdnadsförvaltningen ledningssystem omfattas av en digital verksamhetshandbok med rutiner och instruktioner som finns tillgängliga för alla medarbetare. Rutiner och instruktioner följs upp och revideras kontinuerligt. Förvaltningens kvalitetsråd med representanter från samtliga verksamheter granskar och ger synpunkter på nya rutiner.

Följsamhet till rutiner och instruktioner i verksamheten genomförs bland annat i samband med tillsyn och utredningar. Strukturerade mätningar genomförs i kvalitetsregister enligt nationella riktlinjer. Kvalitetsenheten genomför årliga verksamhetsuppföljningar utifrån kvalitetskriterier. Allvarliga vårdskador utreds och anmäls som Lex Maria till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). MAS och MAR redovisar kontinuerligt alla Lex Maria ärenden samt IVO's beslut till Omvårdnadsnämnden. En gång per år sammanställs alla interna och externa avvikelser, alla Lex Maria, samt alla negativa händelser och tillbud som skickats till läkemedelsverket och redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.

5. Resultat

Resultatet följer de övergripande strategierna:

- Följsamhet till lagar och föreskrifter.
- Undvika fel och brister, skada/lidande och risk för skada/lidande.
- Samverkan för säkra och kvalitativa hälso- och sjukvårdsflöden.
- Stödja ett hälsofrämjande arbetssätt.

Följsamhet till lagar och föreskrifter

Patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom egenkontroll, tillsyn, delegering, strukturerad dokumentation, säker läkemedelshantering, tidiga aktivitets- och funktionsbedömningar, säker och ändamålsenlig hjälpmedelshantering och kompetensutveckling.

Delegeringar har kvalitetssäkrats genom egenkontroll av följsamhet till rutin delegation. Förbättringsområden har identifierats och beskrivs i handlingsplan; delegering bör ske i god tid, diskussion med BC om semesterrekrytering, omvärldsbevaka hur andra kommuner arbetar med delegeringar sommartid.

- Delegering har även utvecklats i riktning mot ett tydligare områdesansvar för sjuksköterskor vilken förbättrar möjlighet till personlig kännedom om delegaten.
- Dokumentation och signering/underskrift av delegeringar sker för ökad säkerhet i verksamhetssystemet Treserva.
- Strukturerad dokumentation har utvecklats genom tydliggörande och samsyn av terminologi i patientjournal och arbete mot ökat antal vårdplaner.
- Egenkontroll för säker läkemedelshantering har skett genom jämförelse mellan rutin läkemedelshantering och arbetssätt i praxis.
- Säkrade rehabiliteringsåtgärder i form av följsamhet till prioriteringsordning och rutin för samverkan med omvårdnadspersonal.
- Säker och ändamålsenlig hjälpmedelshantering genom rutin för mottagande av uppföljningsansvar i verksamhetssystem.
- Kompetensutveckling har skett i form av utbildningar där legitimerad personal ansvarar. Under året har 200 utbildningsplatser angående hjälpmedel och förflyttningsteknik inklusive utbildning för semestervikarier erbjudits, platserna fylldes till 72 %.

Undvika fel och brister, skada/lidande och risk för skada/lidande

- Ett nytt digitalsystem för hantering av avvikelser som har sin grund i PGSA hjulet (planera, göra, studera, agera) med fokus på användarvänlighet, teamsamverkan och förenklad statistikhantering har införts.
- Under året har totalt 5273 avvikelser rapporterats, vilket är en ökning med 15 % jämfört med år 2014. Flest avvikelser avser fall och läkemedelshantering och här planeras ytterligare analys och uppföljning.
- Under året har 90 externa avvikelser varit föremål för gemensam utredning och planerade åtgärder över vårdgivargränserna mellan Falu kommun, och Landstinget Dalarna inom slutenvård, primärvård och LD-Hjälpmedel. Avvikelserna har tydligt visat att organisation och arbetssätt försvårats genom att system och verksamhetsstöd inte gynnar patientens flöde. Mycket tid avsätts till att täta dessa läckor vilket ofta faller på mindre enheter och även den enskilde medarbetaren vilket inte leder till förändring på systemnivå. Mot bakgrund av detta bör avvikelser, i synnerhet över vårdgivargränser, analyseras gemensamt i team med utgångspunkt i nivåerna system, verksamhet, organisation och arbetssätt.

Samverkan för säkra och kvalitativa hälso- och sjukvårdsflöden

- Revidering av gemensamma styrdokument mellan huvudmännen.
- Samverkansgrupper har skett genom samverkan med den enskilde och anhörig, genom intern samverkan och genom samverkan mellan huvudmännen för att förebygga vårdskador.

Stödja ett hälsofrämjande arbetssätt

- Har skett bland annat genom riskbedömning och kvalitetsregister, genom individuell nutritionsbehandling, och genom arbetssättet ”rehabilitering i hemmet”.
- Det förebyggande arbetet har fått ett större fokus och mer genomslagskraft i kommunen de senaste åren, bland annat genom riskbedömningar, nationella kvalitetsregister, rutiner för teamsamverkan, tidiga insatser och strukturerad avvikelshantering.
- Betydelsen av måltidssituationen har särskilt uppmärksammats.
- Att erbjuda den enskilde stöd till delaktighet i stället för servicetjänster kommer att främja naturliga tillfällen till fysisk aktivitet, socialt umgänge och medverkan i samhället vilket är ett resurseffektivt sätt att främja och bibehålla hälsa.
- Brand- och fallskydd för äldre i samverkan med Räddningstjänsten Dala Mitt, Brandskyddsföreningen i Dalarna och Kommunala Pensionärsrådet.

Strävan mot de övergripande målen att säkerställa en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård och rehabilitering är ett ständigt pågående arbete. Delaktiga patienter och närstående är en förutsättning för god och säker hälso- och sjukvård. Hälsofrämjande arbetssätt förutsätter delaktighet och kommer likväl alltid att vara grunden i god och säker hälso- och sjukvård.

Resultat i relation till de övergripande målen

- Främja en god och säker hälso- sjukvård och rehabilitering.
- Eftersträva delaktiga patienter och närstående.
- Stödja ett hälsofrämjande arbetssätt.

När styrningen av verksamheten utgår från den enskilde kan de olika lagrummen vara ett stöd då våra hälso- och sjukvårdsåtgärder bildar en helhet tillsammans med beslutade insatser enligt socialtjänstlagen. När systemen stärker och underlättar säkerhet och flöden så att de administrativa åtgärderna frigör tid för mötet med den enskilde kan vi tillsammans motivera till delaktighet. Först då kan vi säkra en god och säker hälso- och sjukvård och rehabilitering. Därför behöver mål och strategier inför 2016 utgå från den enskildes behov, flöden och samverkan i vårdkedjan.

Strävan mot de övergripande målen att säkerställa kvalitativ hälso- och sjukvård och rehabilitering är ett ständigt pågående arbete. Delaktiga patienter och närstående är en förutsättning till den goda vården. Hälsofrämjande arbetssätt förutsätter delaktighet och är likväl grunden i god och säker vård. Positivt är att styrningen av verksamheten i ökad utsträckning utgår från den enskilde. Om vi fortsätter bygga strukturer så att de olika lagrummen får vara ett stöd i verksamheten kan systemen stärkas och underlätta flöden och därmed öka patientsäkerhet

6. Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits

SOSFS 2010:659, 3kap.10§ p1-2, SOSFS 2011:9, 5kap. 1§, 2§, 7kap.2§ p2,

6.1. Följsamhet till lagar och föreskrifter

6.1.1. Egenkontroll

Följande egenkontroller har skett under året:

- Följsamhet till rutin förskrivning antidecubitusmadrasser inför revidering. Där förskrivansvar och hantering tydliggjorts.
- Kontinuerlig granskning av journaler och annan dokumentation. Journalgranskningar har utförts i samband med kännedom om risk för vårdskada eller vårdskada.
- Struktur och rutin för inkommande ärenden.
- Uppföljning av insatta skyddsåtgärder.
- Uppföljning av samarbete genom teamträffar
- Uppföljning av måltidsordning genom mätning av dygnsfastan
- Hygienronder i samverkan med vårdhygien Landstinget Dalarna
- Kvalitetsgranskningar i samverkan med Landstinget Dalarna

6.1.2. Tillsyn

MAS och MAR har ett övergripande ansvar för kvalitet och säkerhet inom kommunens hälso- och sjukvård. Genom uppföljningar säkerställs att gällande lagar och föreskrifter är väl kända och tillämpas i verksamheten.

6.1.3. Säker läkemedelshantering

Kvalitetsronder tillsammans med farmaceuter/apotekare har genomförts. Genomförande av systematiska läkemedelsgenomgångar i samverkan med landstinget har skett enligt avtalet. Pascal (IT-stöd för läkemedel), har utvecklats för att vara mera användarvänligt.

6.1.4. Säker och ändamålsenlig hjälpmedelshantering

Genomgång av följsamhet till förskrivningsprocess, policy i Dalarna, förskrivningsriktlinjer och rutin kring hantering av hjälpmedel. Rehabiliteringspersonal ingår i länsövergripande sortimentsgrupper, deltar i temadagar och utbildningar för att ha rätt kompetens vid förskrivning av hjälpmedel. Samverkan i intern styrgrupp och under gemensam hjälpmedelsnämnd i Dalarna. Ombudsträff för hjälpmedelsombud. Besiktning av medicintekniska produkter och kontroll av medicintekniska behandlingshjälpmedel.

6.1.5. Kompetensutveckling

Förvaltningsledning har i samråd med kvalitetsrådet beslutat om en ny strategi för ombudsverksamhet som bl.a. innehåller årscykel för ombudens nätverksträffar. Nätverksträff med utbildning för ombud har erbjudits och internutbildningar finns samlade i en utbildningskatalog för medarbetare.

Kommunrehab har erbjudit utbildningsplatser angående hjälpmedel och förflyttningsteknik inklusive utbildning för semestervikarier. Utbildningar via högskolan, Region Dalarna, Landstinget Dalarna och LD-Hjälpmedel har erbjudits legitimerad personal. Ett exempel är ”Måltidsdagen – en temadag om dysfagi” som genomfördes i samarbete med Högskolan Dalarna och Kommunalt kompetenscentrum för hälso- och sjukvård (KKHS).

Delegeringar har kvalitetssäkrats genom egenkontroll av följsamhet till rutin delegation inför revidering där förbättringsområden har identifierats. Delegering har utvecklats i riktning mot ett tydligare områdesansvar för sjuksköterskor vilken förbättrar möjlighet till personlig kännedom om delegaten. Dokumentation och signering/underskrift av delegeringar sker för ökad säkerhet i verksamhetssystemet Treserva.

Strukturerad dokumentation har utvecklats genom tydliggörande och samsyn av terminologi i patientjournal och arbete mot ökat antal vårdplaner.

Egenkontroll för säker läkemedelshantering har skett genom jämförelse mellan rutin läkemedelshantering och arbetssätt i praxis.

Säkra och kvalitativa rehabiliteringsåtgärder genom tydligare ärendegång, följsamhet till prioriteringsordning och rutin för samverkan med omvårdnadspersonal. Säker och ändamålsenlig hjälpmedelshantering genom rutin för mottagande av uppföljningsansvar i verksamhetssystem.

Kompetensutveckling har skett i form av internutbildning. Under året har 200 platser angående hjälpmedel och förflyttningsteknik inklusive utbildning för semestervikarier erbjudits.

6.2. Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5kap.3§, 7kap.2§ p6

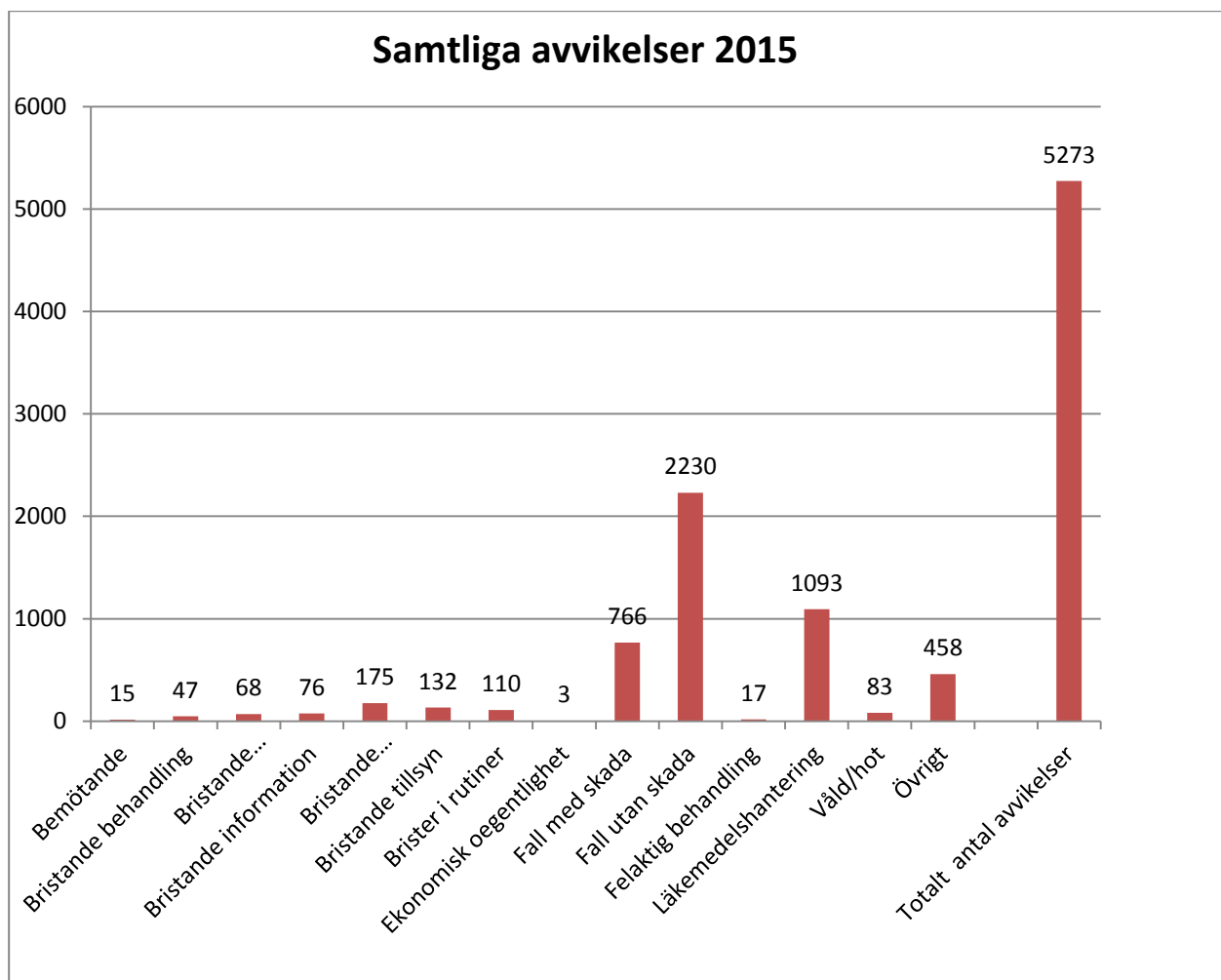
Blanketten ”Säg vad Du tycker” finns lätt tillgänglig för boende och närstående. Varje chef är ansvarig för hantering av synpunkter och klagomål i sin verksamhet. Synpunkter, klagomål och

inkomna rapporter diskuteras i enhetens ledningsgrupp och ska behandlas på arbetsplatsträff, sektionsledningsmöte och förvaltningsledningsmöte. Sammanställning redovisas för omvårdnadsnämnden en gång per år. Inkomna ärenden från patientnämnden och IVO utreds och redovisas till omvårdnadsnämnden.

6.3. Undvika fel och brister, skada/lidande och risk för vårdskada

6.3.1. Interna Avvikelser

Ett nytt digitalsystem för hantering av avvikelser som har sin grund i PGSA hjulet (planera, göra, studera, agera) med fokus på användarvänlighet, teamsamverkan och förenklad statistikhantering har införts. I det nya systemet kan alla medarbetare registrera avvikelser. Enhetschefer och legitimerade får kännedom om, ska analysera, ange allvarlighetsgrad och sannolikhet, ange åtgärder och följa upp avvikelserna. Avvikelser med hög allvarlighetsgrad går till MAS och MAR för kännedom och eventuell utredning. Den som registrerar kan följa avvikelserna i hela processen. Verksamheten eftersträvar att förbättringsarbetet med avvikelser sker i multiprofessionella team.



Under året har en ökning av rapporterade avvikelser enligt HSL och SOL skett i förhållande till år 2014. Registrerade avvikelser under året är 5273, dvs. en ökning med ca.15 % från föregående år. Flest avvikelser avser fall utan skada, 42 %, där majoriteten uppkommer oövervakat i samband med den enskildes egen förflyttning, där 15 % av avvikelserna avser fall med skada och rapporteringen av uppkommen skada är bristfällig. Flera åtgärder utförs för att förhindra fall se riskförebyggande och hälsofrämjande arbetssätt. Fall sker i huvudsak i sovrummet och ett ökat fokus på säkerhet, basala behov, miljö och rutiner i samband med vistelse i sovrummet kan vara ett sätt att minska fall. Cirka 21 %, 1093 stycken avvikelser gäller läkemedelshantering. Majoriteten är registrerade som brister vid överlämnade, ordination och i ordningsställande av läkemedel. Överlag har vi en jämförelsevis hög registreringsgrad vilket är bra. Om det överensstämmer med antal faktiska händelser är ändå osäkert. Brister finns kring dokumentation av analys och åtgärder, merparten av avvikelserna är ej avslutade. Det blir intressant att följa om analyser, åtgärder och uppföljningar kommer att öka i det nya systemet samt om övergripande analyser utgående från detta underlag kommer att leda till färre händelser och en säkrare vård på sikt.

6.3.2. Lex Maria

Nedanstående ärenden är utredda och anmälda enligt Lex Maria, åtgärder är vidtagna.

- Förekomst av Legionella på Vård- och omsorgsboende. Vårdgivaren har vidtagit åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen.
- Bristande uppföljning av enskildes omvårdnad/nutrition på vård- och omsorgsboende
- Bristande dokumentation mellan primärvården – kommunal hälso- och sjukvård.
- Otydlighet avseende överenskommelse av hälso-och sjukvårdstjänster inom LSS mellan socialförvaltningen och omvårdnadsförvaltningen.
- Otydlig samverkan egenvård/ delegation, där många aktörer varit inblandade.

6.3.3. Läkemedelsverket

Två anmälningar till läkemedelsverket om fel och brister med medicintekniska produkter. Inga beslut om åtgärder utöver det vi redan gjort.

6.3.4. Externa avvikelser – övergripande analys

Reflektion över externa avvikelser har skett i relation till de nivåer som nämns i 'Diskussions-PM från utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården' (S 2013:14): Styrsystem, Verksamhetsstöd, Organisation och arbetssätt som stödjer patientens väg genom vården. Övervägande handlar dessa avvikelser om läkemedelsövergångar, bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga, hjälpmedelsförskrivning, överrapportering, dokumentation, vårdplanering och vårdbegäran. Vid övergångar slutenvård – kommunal vård handlar avvikelserna om läkemedelsövergångar, bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga, hjälpmedelsförskrivning, överrapportering, dokumentation och vårdplanering. Vid övergångar primärvård – kommunal vård framkommer en något annorlunda bild där vårdplanering, vårdbegäran och provtagning är de mest förekommande avvikelserna. Hjälpmedelsavvikelser gäller främst leveranser, trasiga och felaktiga hjälpmedel.

Slutsats: På såväl nationell nivå som regional nivå existerar styrsystem som inte gynnar patientsäkerheten när det gäller läkemedelsövergångar, hjälpmedelsförskrivning, överrapportering, dokumentation, vårdplanering och vårdbegäran. Avvikelserna har tydligt visat att organisation och arbetssätt försvårats genom att system och verksamhetsstöd inte gynnar patientens flöde. När

system, verksamhetsstöd, organisation & arbetssätt inte bildar en ordnad helhet leder detta till bristande kontinuitet och sammanhållen vård dvs. en hälso- och sjukvård som inte är patientsäker. Mycket tid avsätts till att täta dessa läckor vilket ofta faller på mindre enheter och även den enskilde medarbetaren vilket inte leder till förändring på systemnivå.

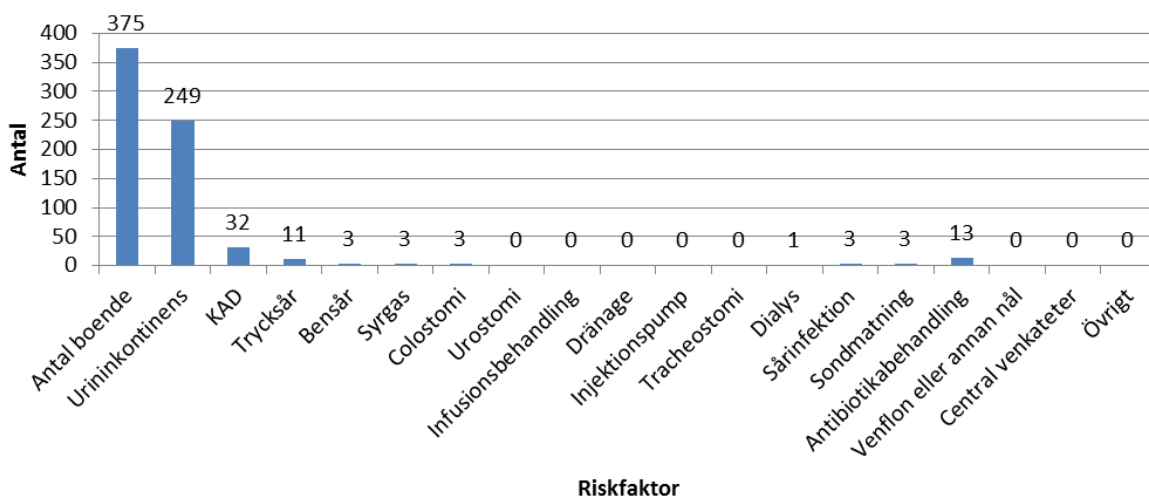
Ett exempel är vårdens övergångar, där det existerar flera olika dokumentationssystem, där patienten har flera olika journaler och olika system beträffande läkemedel. I ett flertal avvikelser framkommer denna problematik tydligt då läkemedelslistor saknas och ofta är ofullständiga. Ett annat exempel är brister och/eller avsaknad av vårdplanering och vårdbegäran vilket försvårar personalens möjlighet att säkerställa en god informativ dokumentation över gränserna. Slutsatsen är att för patienten avgörande frågor som kontinuitet, sammanhållen vård, samverkan och helhetssyn inte främjas genom nuvarande sätt att ”styra” vården.

Mot bakgrund av ovanstående är det ett faktum att verksamhetsstödet till hälso- och sjukvården är otillräckligt, dvs. det existerar flera parallella system som inte gynnar patientens flöde vilket resulterar i en sämre kvalitet till en högre kostnad beträffande läkemedelsövergångar, överrapportering, dokumentation, vårdplanering och vårdbegäran. Det framgår tydligt i analysen att detaljerad verksamhetsstyrning tagit sig uttryck i bristande kontinuitet och avsaknad av helhetssyn ur patientens perspektiv.

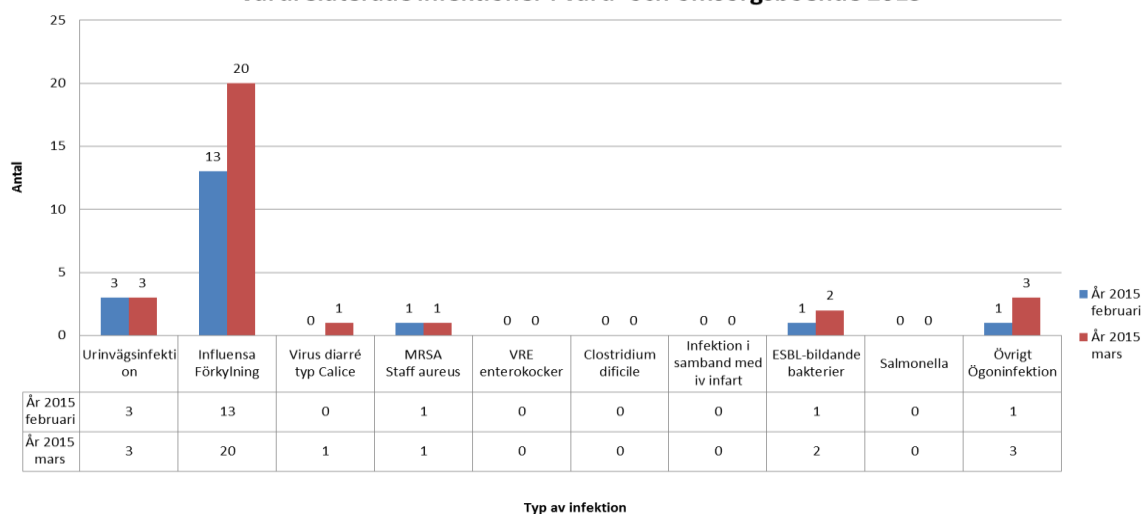
6.3.5. Vårdrelaterade infektioner

Rådgivande hygienronder har genomförts tillsammans med smittskyddssektionen, Landstinget Dalarna. Mätning av riskfaktorer och vårdrelaterade infektioner har skett i vård- och omsorgsboende. Urininkontinens är den vanligaste riskfaktorn för infektioner och därefter ineliggande kateter, antibiotikabehandling och trycksår. Vi har ett lågt antal av övriga riskfaktorer registrerade. Diagrammen nedan visar riskfaktorer som registrerats i vård- och omsorgsboende och de faktiska infektioner som registrerats vid två olika tillfällen under året.

Riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner i vård- och omsorgsboende 2015



Vårdrelaterade infektioner i vård- och omsorgsboende 2015

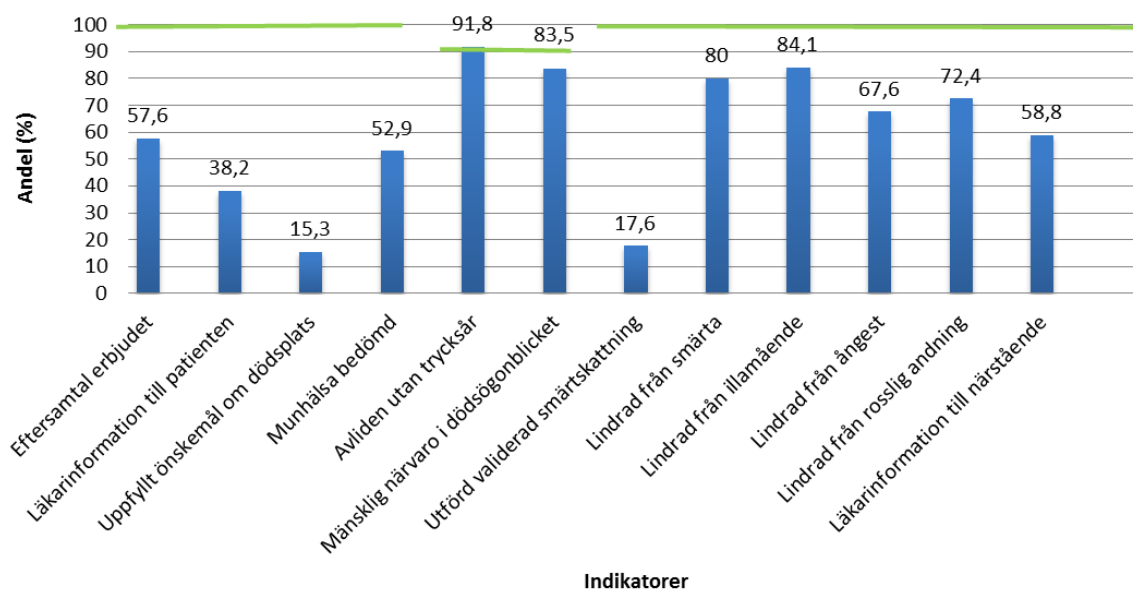


Den mest förekommande registrerade orsaken till infektion är inte oväntat influensa och förkylning samt några få urinvägs- och ögoninfektioner. En liten förekomst av resistenta och allvarliga bakterieinfektioner har redovisats, där det kan finnas ett mörkertal utifrån faktiskt förekomst.

6.3.6. Måluppfyllelse Palliativ vård

God palliativ vård innebär att den enskilde ska få avsluta livet värdigt med tanke på människovärdesprincipens betydelse.

Måluppfyllelse palliativ vård 2015



Diagrammet visar indikatorer för de nationella målen vid vård i livets slutskede vilket är markerat med en grön linje. De blå staplarna är vårt eget resultat, dvs. vår måluppfyllelse i relation till de nationella målen. Dokumenterad utförd validerad smärtskattning, mänsklig närvaro i dödsögonblicket och avliden utan trycksår har förbättrats sedan föregående år. Övriga resultat har försämrats, lägst resultat ses på dokumenterad utförd validerad smärtskattning trots en förbättring.

6.4. Samverkan för säkra och kvalitativa hälso- och sjukvårdsflöden

6.4.1. Enskilde och närstående

- Årets fokus för legitimerade inom korttidsenheten har handlat om personcentrerad vård
- Rutin för kontaktmannaskap och kontaktmannens uppdrag är uppdaterad i syfte att säkra den enskilde och anhöriga/närståendes rätt till delaktighet, inflytande och information.

6.4.2. Lokal samverkan

- Uppföljning av rutinen för teamträffar pågår där medarbetare ska prioritera att medverka på dessa för ökad samverkan kring patienten/kunden.
- Samverkansmöten sker där rutin för samarbete och informationsöverföring mellan socialförvaltningens socialpsykiatri och omvårdnadsförvaltningens hälso- och sjukvårdsenhet revideras.
- Samverkan kring överenskommelse mellan omvårdnadsförvaltning och socialförvaltning om köp av hälso- sjukvårdtjänster.
- Samverkan med socialförvaltningens omsorgsverksamheter utifrån IVO's granskning och kritik.

6.4.3. Extern samverkan

- Kommunen har deltagit på landstinget Dalarnas bakjournsmöten för att göra gemensamma riskanalyser inför sommar- och juledighet samt vid ökad belastning i verksamheterna.
- SAM-gruppen har haft möte var 6:e vecka, där har handlingsplan från tidigare driftsgruppsmöten och samverkansfrågor hanterats.
- Samverkan mellan hemsjukvården och primärvården där rutiner och arbetssätt har reviderats gemensamt.
- Revidering pågår av rutin för egenvård och gemensam utbildning har erbjudits till personal i kommuner och landstinget.
- MAS-/MAR nätverket i Dalarna är styrgrupp för arbetet i Kommunalt kunskapscenter (KKHS) för nära samverkan med Högskolan och Region Dalarna. Forskning utgör en del i utveckling av evidensbaserad vård.
- MAS-nätverket har i samverkan med Läkemedelskommittén i Dalarna reviderat "Anvisningar för läkemedelshantering i Dalarna".
- Samverkan och samverkansdokument finns med Landstinget Dalarna avseende läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.
- Avtal finns med Medicinteknik på Falu lasarett för inköp och kontroll av medicinska behandlingshjälpmedel som finns ute i verksamheterna.

- En gemensam hjälpmedelsnämnd ”Hjälpmedel Dalarna” bestående av Landstinget och Dalarnas kommuner är upprättad. Avtal finns och omfattar; bastjänster, konsultation, försäljning, uthyrning och teknisk service på hjälpmedel som ägs av LD-Hjälpmedel samt utbildning och IT-stöd i hjälpmedelsfrågor.
- Samverkansgrupp för att tydliggöra överenskommelsen om rehabilitering och hjälpmedel i Dalarna utifrån kommunalisering av hemsjukvården.
- Samverkan för samordningssjuksköterskor och biståndshandläggare har utökats med fler professioner som bland annat lett till utvecklat användandet av utskrivningssystemet SVPL och fler professioner som medverkar vid vårdplaneringar.

6.5. Hälsofrämjande samt skade- och riskförebyggande arbetssätt

6.5.1. Riskbedömningar och kvalitetsregister

Riskbedömningar är en del av ett förebyggande arbetssätt som bygger på att tidigt erbjuda riktade preventiva insatser för att förhindra onödiga vårdskador. Inom vård- och omsorgsboende samt korttidsenhet genomförs riskbedömningar två gånger årligen för att upptäcka risk för ohälsa i munnen, undernäring, fall samt trycksår. Inom vård- och omsorgsboende samt korttidsenheter registrerades 514 riskbedömningar, 925 planerade åtgärder samt 395 uppföljningar i kvalitetsregistret Senior alert. Försök att starta riskbedömningar enligt Senior Alert för hemsjukvårdspatienter avbröts på grund av personalbrist.

Implementering av ROAG (Revised Oral Assessment Guide) munbedömningsinstrument i kombination med Senior Alert i verksamheten har pågått. Målet har varit att öka antalet registreringar och att arbeta fram ett strukturerat arbetssätt.

6.5.2. Individuell nutritionsbehandling

Dietist ska enligt rutin kontaktas för de kunder som har behov av sjukdomsspecifika kosttillskott samt vid annan nutritionsrelaterad problematik. Under 2015 konsulterades förvaltningens dietist i 86 individuella patientärenden, varav 20 i hemsjukvården. Det är jämförbart med 2014, då dietisten konsulterades i 87 ärenden, varav 21 st. i hemsjukvården.

6.5.3. Rehabilitering i hemmet

Införande av arbetssättet ”Rehabilitering i hemmet” har fortsatt i multiprofessionell arbetsgrupp med fokus att genomföra; utbildning till hemtjänstpersonal i bland annat fallförebyggande- och rehabiliterande förhållningssätt, rutin för genomförande, informationsmaterial för medarbetare och planering av fortsatta utbildningar.

Det förebyggande arbetet har fått ett större fokus och mer de senaste åren, bland annat genom riskbedömningar, nationella kvalitetsregister, rutiner för teamsamverkan, tidiga insatser och strukturerad avvikelshantering. Betydelsen av måltidssituationen har särskilt uppmärksammats. Att erbjuda den enskilde stöd till delaktighet i stället för servicetjänster kommer att främja naturliga tillfällen till fysisk aktivitet, socialt umgänge och medverkan i samhället, vilket är ett resurseffektivt sätt att främja hälsa.

6.6. Samverkan med den enskilde och närstående

SOSFS 2010:659, 3kap.4§

Myndigheten Vårdanalys (2014) visar i en rapport resultat beträffande en studie där patienter i 11 länder har intervjuats om sina erfarenheter av kontakter med vården. Rapporten visar att svenska patienter i lägre utsträckning får den information de behöver för att fatta välgrundade beslut om sin egen vård. Svensk hälso- och sjukvård har enligt utredningen inte lyckats skapa möjligheter för patienten att ta en aktiv roll i vårdmötet mot bakgrund av att fokus är riktat mot uppföljning av verksamhetsplaner som begränsats till strategiska mål, avgörande indikatorer, mått och resultatnivå. Mot bakgrund av detta har fokus under året varit att skapa arbetssätt som främjar samverkan och på så sätt säkerställa kvalitet och säkerhet. Några exempel är personcentrerad vård, arbetssättet rehabilitering i hemmet, vårdplanering, teamträffar, värdighetsgarantier och referensgrupp för anhörigstöd.

7. Övergripande mål och strategier för år 2016

Inför år 2016 är tanken att övergripande mål och strategier beträffande hälso- och sjukvård och rehabilitering ska inriktas på resurseffektivitet och därmed ha en mera direkt och synlig koppling till en ordnad helhet där delarna utgörs av nivåerna; styrsystem, verksamhetsstöd, organisation & arbetssätt (S 2013:14). Att resurseffektivitet anses vara liktydigt med flödeseffektivitet är en riktning mot hälso- och sjukvård med betoning på patientens väg genom vården där planeringen av vården bör sker med utgångspunkt i patientens behov och inte med utgångspunkt i vilka behov som existerar enligt vårdgivarens gränsdragning och struktur. Dessa kan sedan organiseras i en handlingsplan för hälso- och sjukvården som är kraftfull och leder till verkliga förändringar som främjar patientens flöde och helhet.

En betydelsefull, ibland dold del i patientsäkerheten är de organisatoriska ”mellanrummen” där människans resurser hamnar i fokus. Mellanrummen kan med fördel upptäckas och synliggöras av människor som befinner sig i nära anslutning till eller i dessa mellanrum. Frågan är om människan i mellanrummen eller i mellanrummens närhet idag ser eller tillåts att se dessa risker och därmed den uppenbara förbättringspotential som finns där. Patient och närstående befinner sig ofta i dessa mellanrum och kan därmed berätta vad som finns eller inte finns där. Fokus i god och säker hälso- och sjukvård bör mot bakgrund av detta övergå från ’öar av säkra hälso- och sjukvårdshandlingar’ till ’säkrare mellanrum’ med patientens flöde som utgångspunkt. I utredningen SOU 2016:2 framkommer att vårdens effektivitet avgörs i mötet vilket leder till slutsatsen att en förutsättning för hög effektivitet är att patient och närstående involveras och görs delaktig i flödet kring den egna hälso- och sjukvården i högre utsträckning än idag. Mot bakgrund av detta bör styrsystem utformas i riktning mot att stödja patient och närståendes eget beslutsfattande och inte i motsatt riktning att människan ska anpassa sig till systemet.

När människan ska anpassa sig till styrsystem beaktas inte patienten och/eller närståendes vetande och resurser i de organisatoriska mellanrummen. Systemet kunde understödja detta genom att vara den ordnade helhet den bör vara. En del i detta som redan nu planerats är att synliggöra såväl våra externa processer i samverkan med omgivningen som våra interna processer och om dessa är flödeseffektiva dvs. leder till god och säker hälso- och sjukvård med befintliga resurser.

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.

Punktprevalensmätning: Under en vecka bedöms förekomsten av antal trycksår och antal fall i äldreomsorgen.

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

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

Svenska Palliativregistret: ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården.

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.

Referenser

Diskussions-PM från utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14)

Effektiv SOU 2016:2

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

Karlsson, M. Patientsäkerhet Teori & Praktik. 'Människan som resurs'. KTH, 2015.

Patientlag SFS 2014:821.

Patientsäkerhetslag SFS 2010:659

PDSA Nolan & Demings

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