

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare i Falu kommun År 2016

Nya Patientlagen avser att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Detta är en klar riktning mot att stärka och hjälpa fram människans egna resurser och som inte begränsas till vad patient och närstående kan förvänta sig i förhållande till vårdgivarens skyldigheter. Nationellt uppmärksammas detta där Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) 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:

2017-02-06

MAR Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Helena Hellberg Sandberg

MAS Medicinskt ansvarig för hälso- och sjukvård

Eva Grönlund

Maud Karlsson

Dietist

Annelie Steinholtz

Innehåll:

1. INLEDNING	3
2. SAMMANFATTNING	4
3. ÖVERGRIPANDE MÅL	5
4. ORGANISATORISKT ANSVAR FÖR PATIENTSÄKERHETSARBETET	5
5. STRUKTUR FÖR UPPFÖLJNING/UTVÄRDERING	5
6. HUR PATIENTSÄKERHETSARBETE HAR BEDRIVITS	6
6.1. Följsamhet till lagar och föreskrifter	6
6.1.1. Egenkontroller har bland annat utförts genom	6
6.1.2. Säker delegering	6
6.1.3. Säker läkemedelshantering	6
6.1.4. Säker hjälpmedelshantering	7
6.1.5. Kompetensutveckling	7
6.2. Undvika fel och brister, skada/lidande och risk för vårdskada	8
6.2.1. Klagomål och synpunkter	8
6.2.1. Interna Avvikelser	8
6.2.2. Externa avvikelser – övergripande analys.....	12
6.2.3. Lex Maria	13
6.2.4. Negativa händelser eller tillbud med medicintekniska produkter	13
6.2.5. Vårdrelaterade infektioner	13
6.2.6. Måluppfyllelse Palliativ vård	15
6.3. Samverkan för säkra och kvalitativa hälso- och sjukvårdsflöden	15
6.3.1. Samverkan med den enskilde och närstående	15
6.3.2. Lokal samverkan	16
6.3.3. Extern samverkan	16
6.4. Hälsöfrämjande samt skade- och riskförebyggande arbetssätt	16
6.4.1. Egenkontroller har utförts i form av	17
6.5.1. Riskbedömningar och kvalitetsregister.....	17
6.5.2. Individuell nutritionsbehandling.....	17
6.5.3. Rehabilitering i hemmet	17
7. RESULTAT DISKUSSION	18
8. ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR ÅR 2017	19
ORD- OCH BEGREPPSDEFINITIONER	20
REFERENSER	20

1. Inledning

Vårdgivaren, Omvårdnadsnämnden och Socialnämnden i Falu Kommun, ansvarar för en god och säker hälso- och sjukvård inom den kommunala vården. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för Rehabilitering (MAR) ska på nämndens uppdrag och i enlighet med gällande befattning tillse en god kvalitet och hög patientsäkerhet.

Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar på primärvårdsnivå när det gäller åtgärder av sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut i hemmet. Landstinget har kvar hälso- och sjukvårdsansvaret på läkarnivå.

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver övergripande mål, strategier och åtgärder som omvårdnadsförvaltningen i Falu kommun vidtagit för att trygga patientsäkerheten.

2. Sammanfattning

Att säkerställa en ändamålsenlig hälso- och sjukvård och rehabilitering är ett ständigt pågående arbete. Delaktiga patienter och närstående är en förutsättning för en god och säker hälso- och sjukvård. Hälsofrämjande och riskförebyggande arbetssätt utgår från medverkan och kommer likväl alltid att vara grunden i en god och säker hälso- och sjukvård.

De viktigaste åtgärderna under året har varit att i intern och extern samverkan förtydliga patientens flöde exempelvis genom; revidering av gemensamma styrdokument mellan huvudmännen, påbörjad förvaltningsgemensam processkartläggning med avsikt att boende i bostäder med särskild service enligt LSS ska uppleva sig få en väl samordnad och säker hälso- och sjukvård. Arbeta för säkra delegationer, säkerhetsgenomgång av hjälpmedel, riskbedömningar och rehabilitering i hemmet. Andra viktiga åtgärder har varit att prioritera teamsamverkan och följa upp närvaro på träffarna. Följsamhet till rutiner för säker dokumentation och informationsöverföring. Hänvisat till individuella riskbedömningar och vårdplaner i det riskförebyggande arbetet. Falu Kommun har ingått i nationellt samarbete utifrån ”markörbaserad journalgranskning”, se bilaga 1.

Egenkontroll har bland annat skett genom mätning av skydd- och begränsningsåtgärder, VRI, riskbedömningar för ohälsa i munnen, undernäring och fall samt trycksår. Internkontroll av följsamhet till krav på grundutbildning i ”hantering av personlyft” visar att endast 43 % av omvårdnadspersonalen har genomgått utbildning de senaste fem åren.

Under året har totalt 5092 avvikelser rapporterats inom omvårdnads- och socialförvaltningen. Registreringsgraden av avvikelser ses som hög och verksamhetssystemet innefattar analys, förslag på åtgärder, bedömning av allvarighetsgrad och uppföljning. Flest avvikelser avser fall och läkemedelshantering. Att minska antalet fall och fallskador är kommunövergripande mål utifrån Folkhälsoprogrammet och Handlingsprogram för kommunerna och Räddningstjänsten Dala Mitt. En utmaning är att återkoppla resultat och göra övergripande analyser för gemensamma åtgärder.

Totalt 169 externa avvikelser har lämnats för gemensam utredning och planerade åtgärder över vårdgivargränserna mellan Falu kommun, och Landstinget Dalarna. Ett gemensamt verksamhetssystem för avvikelser mellan vårdgivarna används från och med sept-2016.

Positivt är att åtgärder i ökad utsträckning utgår från den enskilde. Om vi fortsätter bygga strukturer så att de olika lagrummen får vara en utgångspunkt och därmed ett stöd i verksamheten kan systemen stärkas och underlätta flöden och därmed öka patientsäkerheten.

När ledningssystem underlättar 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 samt rehabilitering med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

Därför behöver mål och strategier inför 2017 än mer utgå från att ledningssystemen stärker den enskildes behov, flöden och samverkan i vårdkedjan.

3. Övergripande mål

SFS 2014:821, SFS 2010:659,3 kap.1§ och SOSFS 2011:9, 3 kap, 4 kap.6§, 7 kap.2§ p3

Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

- Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården
- Patienter och närstående ska eftersträvas vara delaktiga i vården.
- Främja en god och säker hälso- och sjukvården och rehabilitering
- Arbeta hälsofrämjande och riskförebyggande

4. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2014:821, SFS 2010:659, 3kap.9§ och SOSFS 2011:9, 7kap.2§ p1

Vårdgivaren är ansvarig för patientsäkerhetsarbetet och ska fastställa mål och strategier så att det sker systematiskt. Hälso- och sjukvården i kommunen ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god och säker vård. Det 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 ovanstående ska 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 det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerhet
- anmälan sker till ansvarig nämnd om en patient drabbats av eller utsätts för risk att drabbas av allvarlig sjukdom eller vårdskada
- patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet
- journaler förs i den omfattning som förskrivs i patientdatalagen
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
- rutiner för läkemedelshantering är ändamålsenliga och fungerar väl.

5. Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9, 3kap.2§

Omvårdnadsförvaltningens ledningssystem för kvalitet 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 verksamheterna granskar, ger synpunkter på och sprider information om nya rutiner.

Att rutiner och instruktioner följs granskas 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 samtliga Lex Maria ärenden samt IVO's beslut till Omvårdnadsnämnden. En gång per år sammanställs och redovisas alla interna och externa avvikelser, alla Lex Maria samt alla negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter som skickats till läkemedelsverket i patientsäkerhetsberättelsen.

6. Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits redogörs utifrån fyra strategier för att nå de övergripande målen:

1. Följsamhet till lagar och föreskrifter
2. Undvika fel och brister, skada/lidande och risk för skada/lidande
3. Intern och extern samverkan för säker vård och resurseffektiva patientflöden
4. Stödja hälsofrämjande och riskförebyggande arbetssätt

6.1. Följsamhet till lagar och föreskrifter

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

6.1.1. Egenkontroller har bland annat utförts genom

- Markörbaserad journalgranskning inom hemsjukvård, se bilaga 1
- Journalgranskning i samband med utredning och analys
- Uppföljning av insatta skyddsåtgärder
- Internkontroll av medarbetare med ”grundutbildning i hantering av personlyft”
- Tillsyn utifrån avvikelser
- Uppföljning av antal användare av Nationell Patient Översikt (NPÖ)

6.1.2. Säker delegering

- Delegeringar har kvalitetssäkrats genom uppföljning av handlingsplan utifrån internkontroll 2015. Delegering har utvecklats i riktning mot ett tydligare områdesansvar för sjuksköterskor inom hemsjukvården vilken förbättrar möjlighet till personlig kännedom om delegaten. Dokumentation och signering/underskrift av delegeringar sker för ökad säkerhet i verksamhetssystemet Treserva.

6.1.3. Säker läkemedelshantering

- Kvalitetsronder tillsammans med farmaceuter/apotekare har genomförts enligt rutin.
- Genomförande av systematiska läkemedelsgenomgångar i samverkan med landstinget har skett enligt avtal.

- Pascal (digitalt system för läkemedel) har utvecklats för att vara mer användarvänligt.
- Egenkontroll för säker läkemedelshantering har skett genom jämförelse mellan rutin läkemedelshantering och arbetssätt i praxis.
- Föreskriften om egenvård har aktivt medvetande gjorts. Egenvårdsbedömningar har efterfrågats och information om att avisera bristande egenvård har ökat.

6.1.4. Säker hjälpmedelshantering

- Säkerhetsgenomgångar av hjälpmedel har utförts inom vård och omsorgsboende. Det finns i snitt 3,6 hjälpmedel förskrivet per boende och åtgärder av legitimerad yrkesutövare utfördes på ca 11 % av de förskrivna hjälpmedlen.
- Antalet förskrivna hyreshjälpmedel i hemsjukvården har minskat med 20 % till 1360 inventarier, inklusive ca 3700 tillbehör. Det är främst ett resultat av uppföljningar efter genomgång av hjälpmedelslistor som medfört återlämning av produkter som inte används. Fler personer skrivs tidigt hem från slutenvården och att förskrivningen inte legat still eller ökat kan vara resultat av aktiv rehabilitering i hemmet.
- Projekt för att säkra kommunens flöden för tillgång till säkra medicintekniska produkter har påbörjats i slutet av året.
- 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 sker i ledningsgrupp Rehab och på fler nivåer i Hjälpmedel Dalarna.
- Besiktning av medicintekniska produkter och kontroll av medicinteknisk utrustning.

6.1.5. Kompetensutveckling

- Nätverk finns för hjälpmedels-, fall-, rygg-, demens-, kost-, riskbedömning- och mobilombud samt ombud för våld i nära relationer. Träffar för ombuden ska ske 2ggr/år och har genomförts under året.
- Verksamhetens grund- och obligatoriska utbildningar finns samlade i en utbildningskatalog för medarbetare.
- Medarbetarintroduktion till alla nya medarbetare i förvaltningen.
- KommunRehab erbjuder medarbetare utbildningsplatser angående hjälpmedel och förflyttningsteknik inklusive utbildning för semestervikarier. Det finns en stor efterfrågan på utbildningsplatser.
- Behov av grundutbildning i hantering av personlyft för omvårdnadspersonal är eftersatt. Endast 43% har genomgått utbildning de senaste fem åren.
- Utbildningar via högskolan Dalarna, Region Dalarna och Landstinget Dalarna samt LD-Hjälpmedel har erbjudits legitimerad personal.
- Strukturerad dokumentation har utvecklats genom fokus på att skriva vårdplaner och ökat användande av NPÖ.
- Säkra omvårdnads- och rehabiliteringsåtgärder genom utveckling av introduktion till nyanställda legitimerade yrkesutövare.

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

6.2.1. Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5kap.3§, 7kap.2§ p6, SOU 2015:4, SOU 2015:102 6 kap

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.

I samverkan mellan hemsjukvården och primärvården har rutiner och arbetssätt reviderats utifrån enskilt klagomål från närstående.

6.2.1. Interna Avvikelser

Under året har totalt 5092 avvikelser rapporterats varav 5026 analyserats inom omvårdnad (OMV)- och socialförvaltning (SOC). De registrerade händelserna har minskat med 4 % jämfört med år 2015. Fördelningen av avvikelser mellan OMV och SOC var 4699 respektive 393. I analysdelen registreras om händelsen avser hälso- och sjukvård eller socialtjänst, 3423 händelser har registrerats som hälso- och sjukvård, varav 3238 inom OMV och 184 inom SOC se diagram 1, 2 och 3.

Antal analyserade avvikelser inom omvårdnad- och socialförvaltning

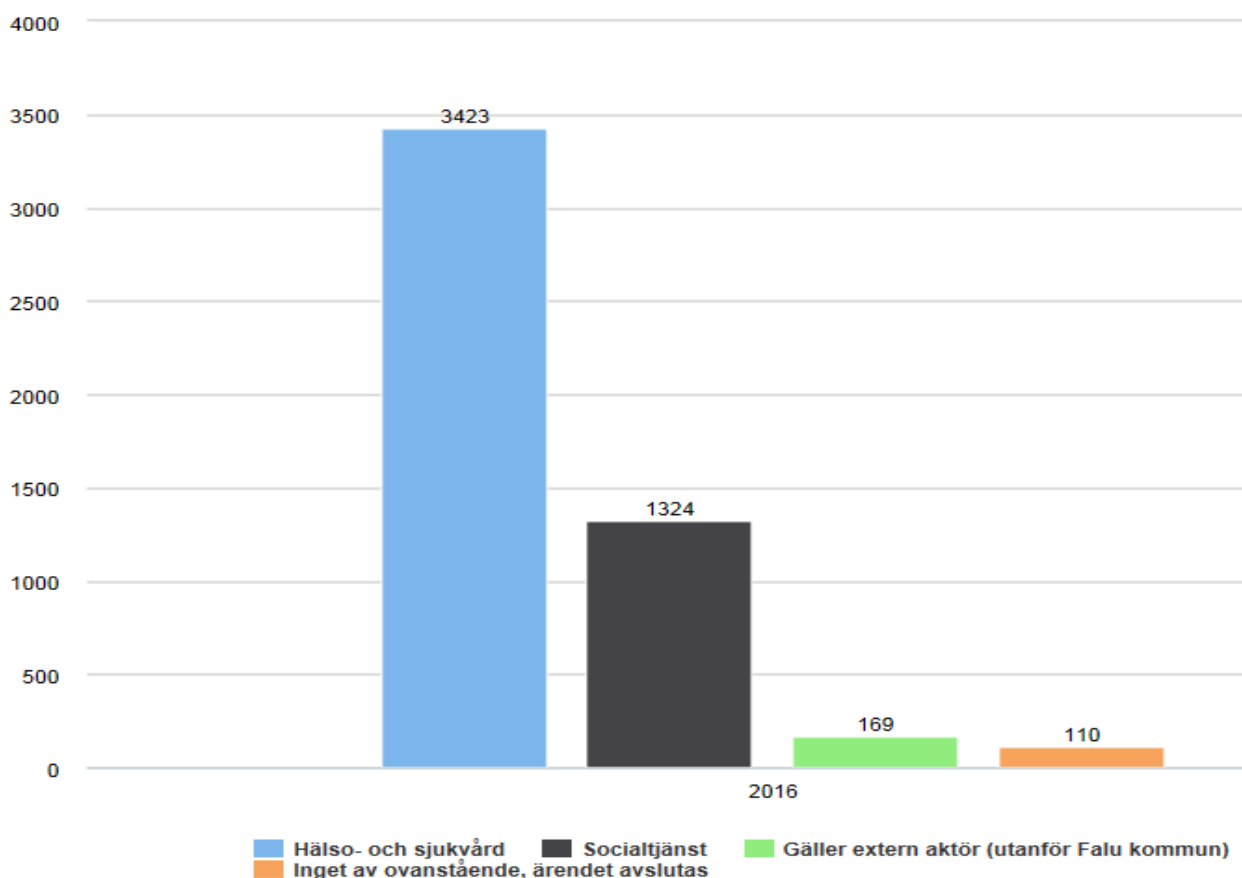


Diagram 1. Av 5092 registrerade avvikelser är 5026 stycken analyserade.

Antal avvikelser som analyserats att avse hälso- och sjukvård inom Socialförvaltningen

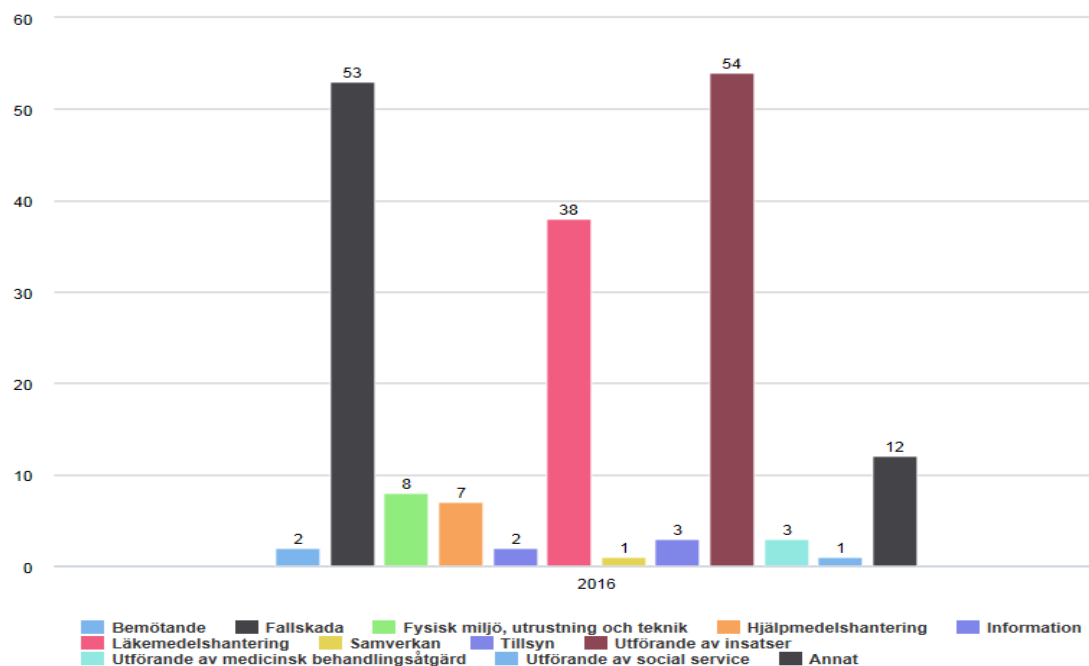


Diagram 2. Totalt 184 analyserade

Antal avvikelser som analyserats att avse hälso- och sjukvård inom Omvårdnadsförvaltningen

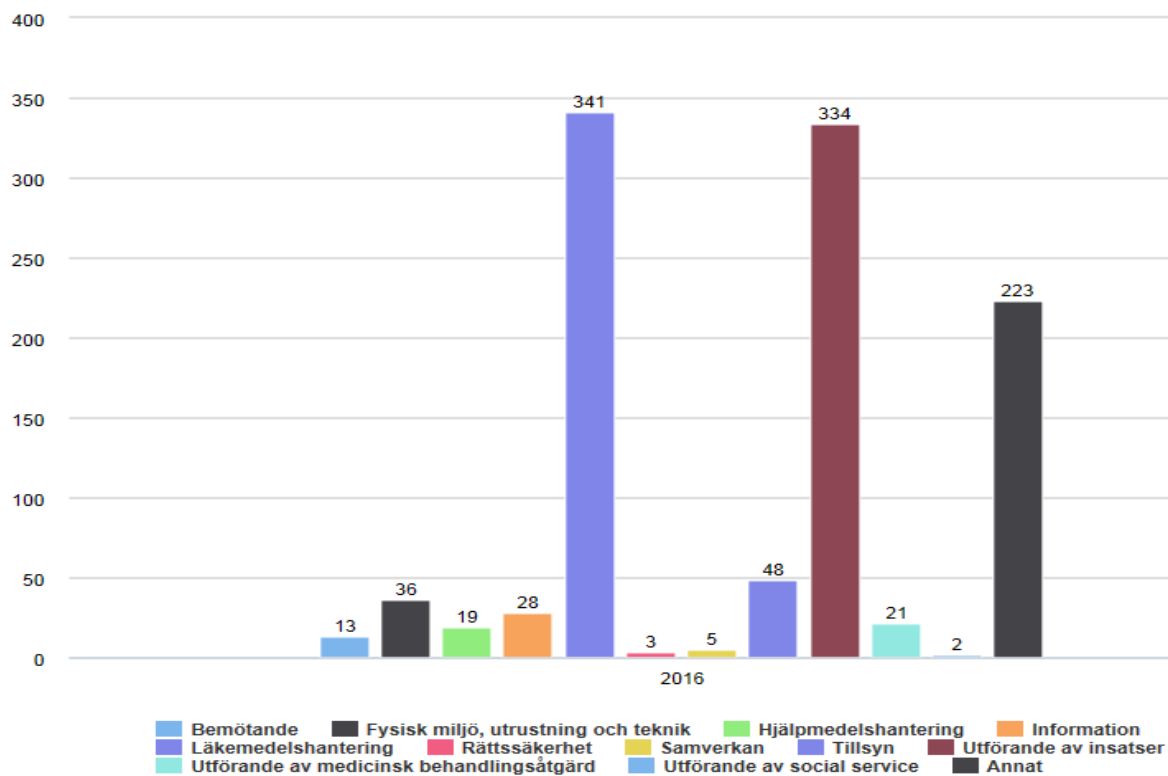


Diagram 3. Totalt 3238 analyserade

I avvikelshanteringssystemet kan alla medarbetare registrera avvikelser. Enhetschefer och legitimerade analyserare, anger orsak utifrån MTO, bedömer allvarlighetsgrad och sannolikhet, anger åtgärder och följer upp avvikelserna. 103 händelser (39 % färre än 2015) som bedömts med hög allvarlighetsgrad har skickats på fördjupad utredning till MAS och MAR. Dessa har åtgärdats genom övergripande diskussioner, åtgärdsplaner och vårdplaneringar. Den som registrerat kan följa avvikelserna i hela processen. Verksamheten eftersträvar att förbättringsarbetet med avvikelser i så stor utsträckning som möjligt sker multiprofessionellt under teamträffar.

Antal analyserade avvikelser inom Omvårdnadsförvaltningen, exklusive 2871 stycken fall

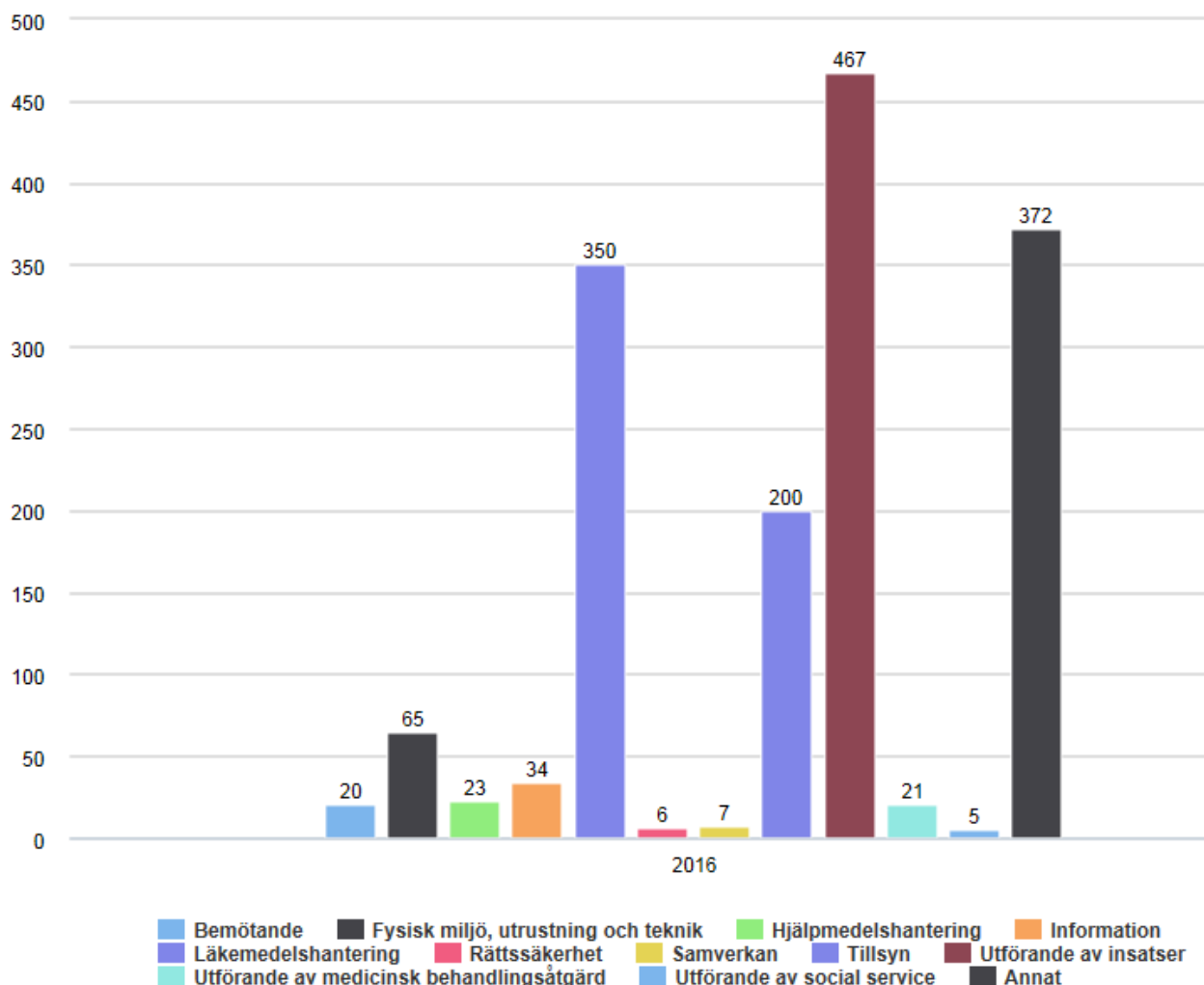


Diagram 4. Totalt 4440

Flest avvikelser avser fallskada, 61 %, där majoriteten uppkommer oövervakat i samband med den enskildes egen förflyttning. Händelsen är komplex och fler åtgärder utförs för att förhindra fall, se riskförebyggande och hälsofrämjande arbetsätt. Fall sker oftast i sovrummet (se diagram 5.) och åtgärder som bör noteras är exempelvis vad som gjorts utifrån miljö, belysning, närhet till lysknappar och telefon. Individuell bedömning av exempelvis den enskildes sömn, yrsel, balans och

behov av toalettbesök och i förhållande till läkemedelsintag är ofta nödvändig men mer sällsynt. En vanlig åtgärd som finns noterad är larm och extra tillsyn vilket också kan behövas men större effekt har läkemedelsgenomgång, balans- och styrketräning samt multifaktoriella åtgärder enligt SBU rapport 2015.

Avvikelse registrerade som fallskada eller risk för fallskada inom omvårdnadsförvaltningen

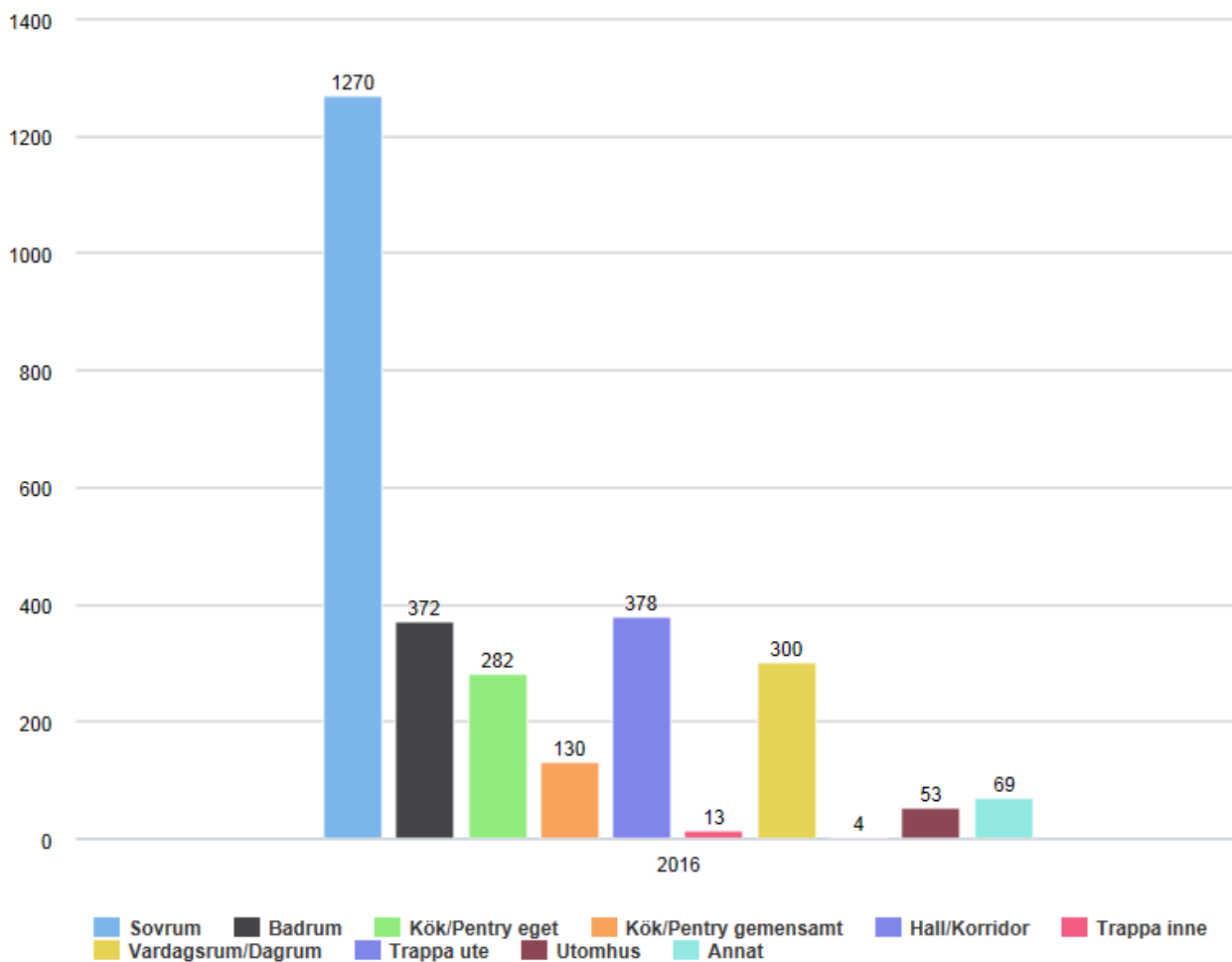


Diagram 5. Total 2871 registrerade fall

Cirka 8,5 %, 387 stycken (439 inklusive socialförvaltningen) avvikelser gäller läkemedelshantering, läkemedelsavvikelser återfinns även under ”utförande av insats” och ”annat” vilket gör att bilden till viss del är missvisande och antalet kan vara det tredubbla. Majoriteten, 82 % är registrerat som händelse vid överlämnande av läkemedel.

I analysdelen anges 89 % av läkemedelsavvikelserna orsakas av människa och av dessa är 42 % av händelserna klassificerade som försumlighet. Av läkemedelsavvikelser som registrerats är 97 % skattade till riskvärde 1, viss risk/ konsekvens. Endast 11 stycken är skattade till riskvärde 2, allvarlig risk och 0 är skattade till 3, mycket allvarlig.

Totalt 63 % avslutades med att redan genomförda åtgärder är tillräckliga och behöver ej följas upp medan 18 % gick vidare till uppföljning i systemet. Resultatet visar att en relativt hög andel läkemedelsavvikelser handlar om att den enskilde inte fått sina läkemedel.

Vid möte med enhetschefer framkommer att en stressig arbetssituation orsakar att det begås rena brister i hanteringen av exempelvis läkemedel. Det finns samtidigt en önskan att fler medarbetare ska kunna överlämna läkemedel genom delegation för att kunna lösa arbetssituationen. Personalbrist får inte vara en orsak till delegation men i verksamheten upplevs det ibland vara svårt att leva upp till.

En halvering av antal avvikelser när det gäller hjälpmedelshantering kan höra ihop med att säkerhetsgenomgångar gett positivt resultat, men är inte givet och behöver följas framöver. Många av fallavvikelseerna visar på att den enskilde ramlat ur sin rullstol eller med sin rollator och kan även vara orsakade av hjälpmedlet. Typ av händelsen ”Utförande av insatser” har ökat avsevärt och där ser vi, som tidigare nämnts, ett antal avvikelser som rör läkemedel. Bristande tillsyn uppgår till 200 avvikelser och har ökat med 45 %.

Om antalet registrerade avvikelser överensstämmer med antal faktiska händelser är svårt att veta. Antalet registreringar visar att fallskador och läkemedelshantering är de områden vi behöver göra förvaltnings- och huvudmansövergripande analyser för att åtgärderna ska leda till bestående förbättringar. För att kunna bedöma vilka specifika åtgärder som är verksamma kan åtgärderna behöva dokumenteras mer ingående. En sådan utveckling av avvikelshanteringssystemet diskuterades i systemets implementeringsprojekt. Att avvikelserna går att avsluta i systemet utan uppföljning är en brist och behöver åtminstone kompletteras med dokumenterad åtgärd utifrån olika områden och nivåer.

6.2.2. Externa avvikelser – övergripande analys

Sammanlagt 169 externa avvikelser har lämnats för gemensam utredning och planerade åtgärder över vårdgivargränserna mellan Falu kommun, och Landstinget Dalarna inom slutenvård, primärvård, apotekstjänst, sjukresa och LD-Hjälpmedel (se diagram 5.). Ett gemensamt verksamhetssystem för avvikelser mellan vårdgivarna används från och med sept-2016.

De externa avvikelser som varit mest förekommande handlar om organisatoriska mellanrum dvs. samverkan i vårdens övergångar beträffande läkemedel, hjälpmedelsförskrivning, kontakt med primärvårdens jourläkare, rutiner, egenvårdsbedömningar, samordnad vårdplanering och vårdbegäran samt brister i omvårdnad.

Slutsats: Avvikelseerna har tydligt visat att organisation och arbetssätt försvårats genom att system och verksamhetsstöd missgynnar 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.

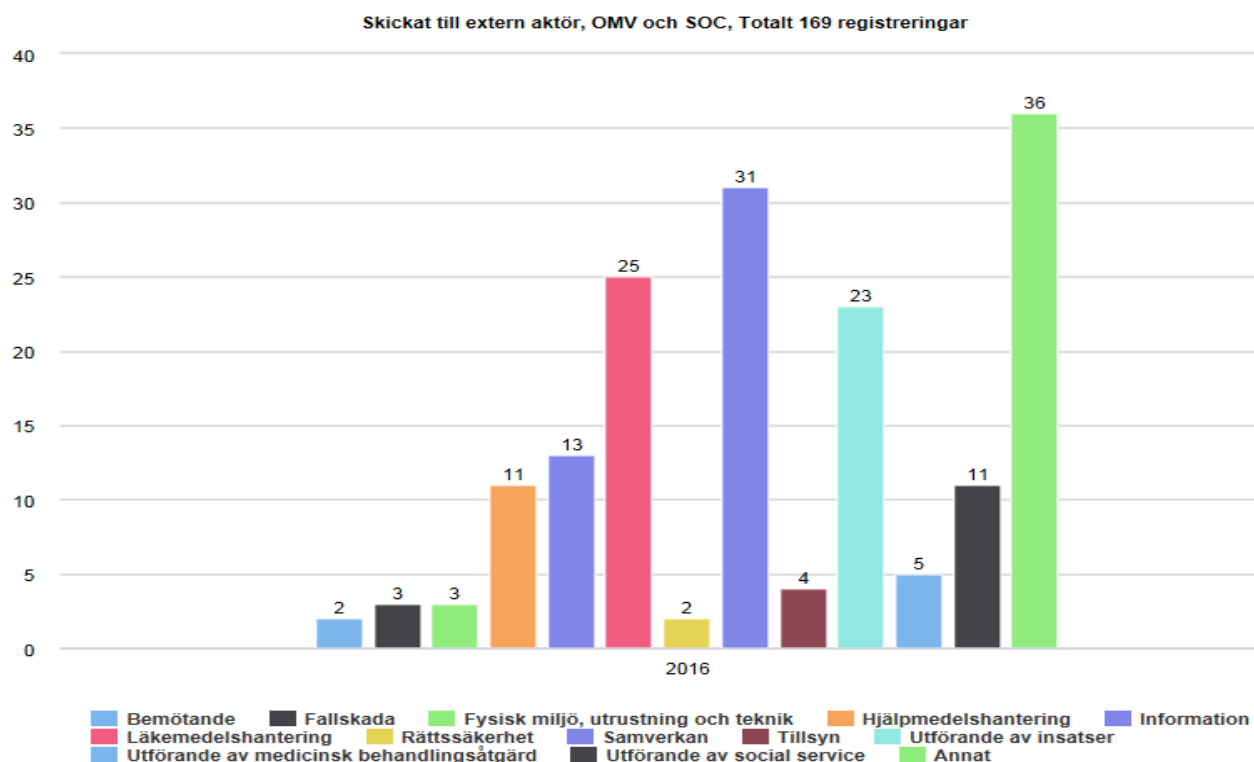


Diagram 5.

6.2.3. Lex Maria

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

- Psykiskt, fysiskt & existentiellt lidande i livets slutskede.
- Risk för vårdskada i samband förflyttning med personlyft i två ärenden.

6.2.4. Negativa händelser eller tillbud med medicintekniska produkter

Till läkemedelsverket och leverantörer av hjälpmedel har 4 stycken anmälningar gjorts i samband med negativ händelse eller tillbud med medicintekniska produkter. Det finns från läkemedelsverket inga beslut om åtgärder utöver det vi redan gjort. LD-Hjälpmedel har anmälningsansvaret när det gäller händelser som inte direkt involverat patient eller brukare.

6.2.5. Vårdrelaterade infektioner

Egenkontroll genom mätning av riskfaktorer för och antalet vårdrelaterade infektioner gjordes i november. Urininkontinens är den vanligaste förekommande riskfaktor för infektioner i vården och därefter kvarliggande urinkateter samt trycksår. Antibiotikabehandling för dessa infektioner är 75 % lägre vid årets mättillfälle. Vi har även ett lågt antal av övriga riskfaktorer registrerade.

Diagram 6 och 7 visar riskfaktorer som registerats i vård- och omsorgsboende och de faktiska infektioner som registrerats vid ett tillfälle under året.

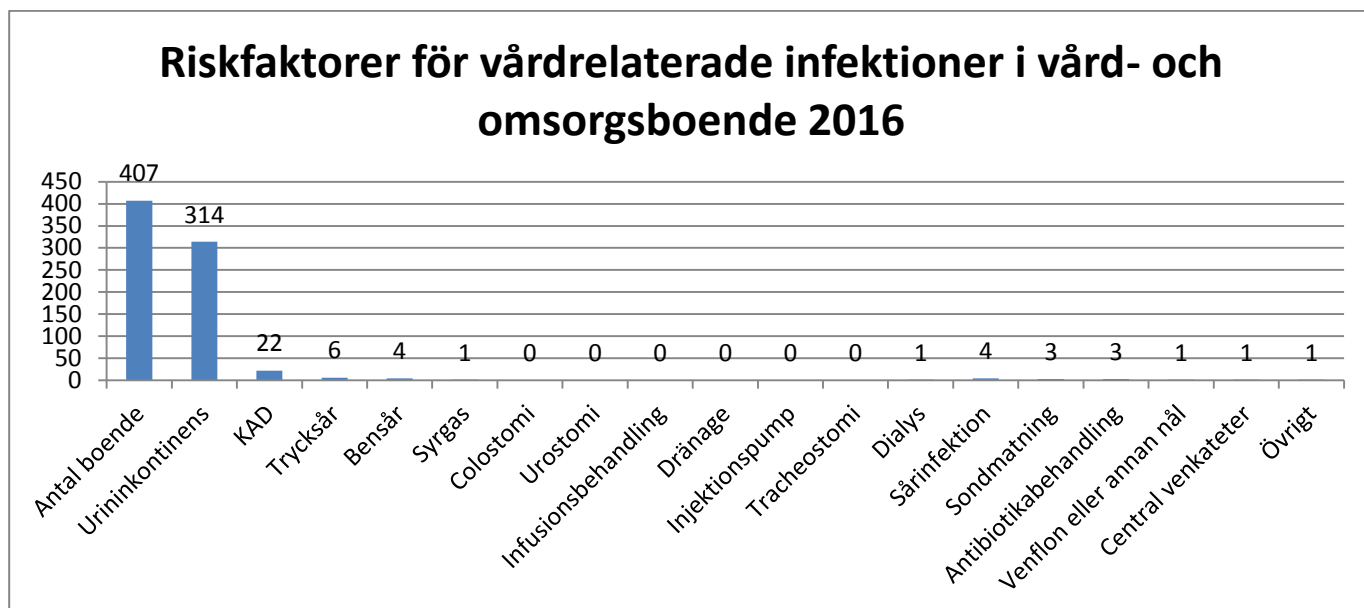


Diagram 6.

Vårdrelaterade infektioner i vård- och omsorgsboende 2016

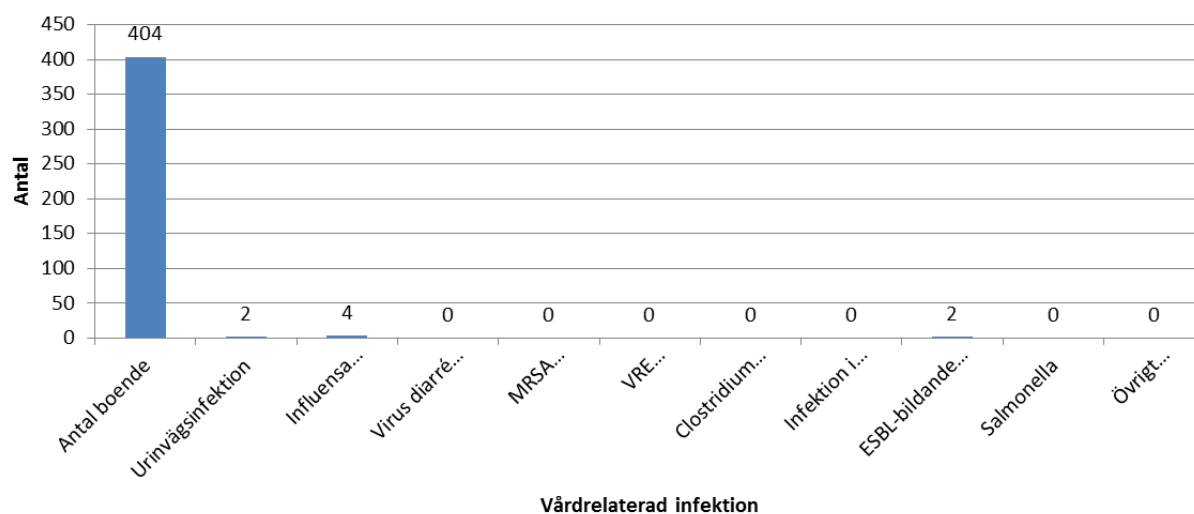


Diagram 7.

Att mätningen utförts i november istället för februari och mars som tidigare år, kan vara en orsak till den kraftigt minskade förekomsten av influensa och förkylning, som i mars 2015 redovisades till 20 stycken jämfört med 4 i år. Ingen ögoninfektion har redovisats jämfört med 3st 2015. I övrigt är resultatet jämförbart med föregående år.

6.2.6. Måluppfyllelse Palliativ vård

God palliativ vård innebär att den enskilde ska få avsluta livet värdigt utifrån människovärdesprincipens betydelse.

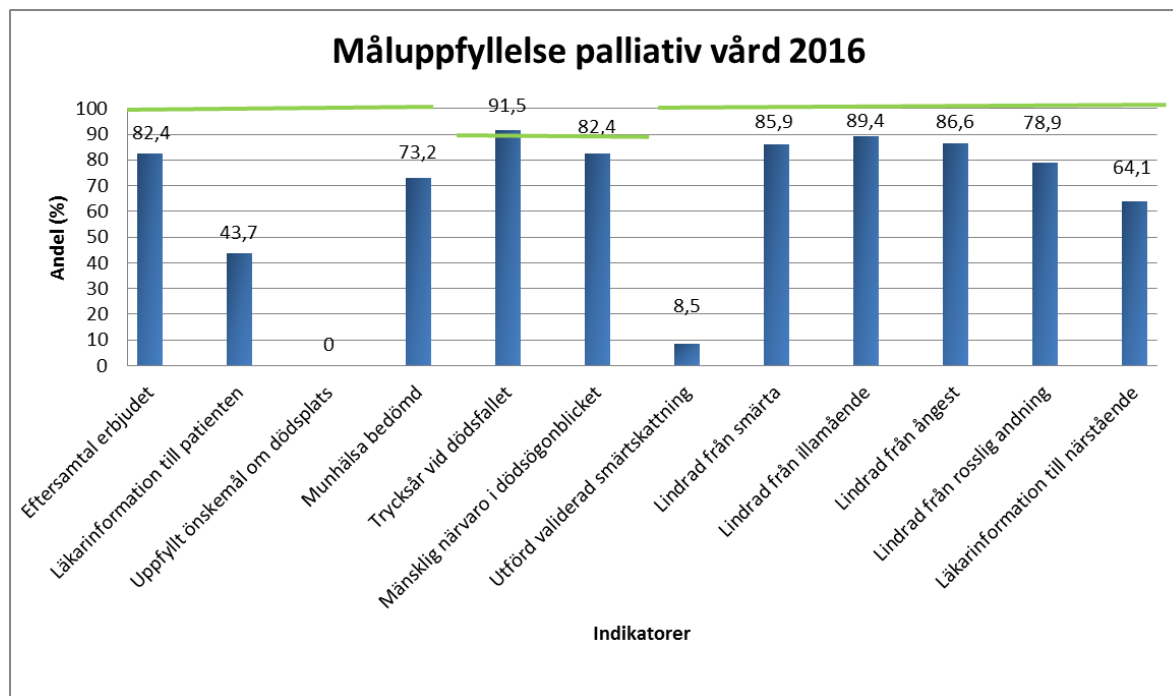


Diagram 8

Diagram 8 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, det vill säga vår måluppfyllelse i relation till de nationella målen. Det redovisade resultatet visar förbättring på de flesta indikatorerna. Utförd validerad smärtskattning har dock minskat och ligger mycket lågt. Uppfyllt önskemål om dödsplats ser ut som att det inte registrerats alls då resultatet är 0.

6.3. Samverkan för säkra och kvalitativa hälso- och sjukvårdsflöden

6.3.1. Samverkan med den enskilde och närstående

SFS 2014:821, 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 ett arbetssätt som främjar samverkan och på så sätt säkerställa kvalitet och säkerhet. Några exempel är; patientnärmre vård, arbetssättet rehabilitering i hemmet, vårdplanering, teamträffar, temaåret kontaktmannaskap och värdighetsgarantier samt ha en referensgrupp för anhörigstöd.

6.3.2. Lokal samverkan

- Omvårdnadsförvaltningen har genom egenkontroll följt upp närvaron på teamträffar. Närvaro saknas av sjuksköterskor i hemsjukvård.
- Samverkansmöten sker mellan socialförvaltningens socialpsykiatri och omvårdnadsförvaltningens hälso- och sjukvårdsenhet.
- Samverkan har skett mellan omvårdnadsförvaltning och socialförvaltning om köp av hälso-sjukvårdtjänster.
- Samverkan med socialförvaltningens omsorgsverksamheter utifrån IVO´s granskning och uppföljning utifrån tidigare åtgärdsplan.
- Regelbundna samverkansmöten har startats upp mellan KommunRehabs och Biståndsenhetens medarbetare.
- MAS, MAR och SAS samverkar genom veckomöten och upplever att det ger effektivare och säkrare flöden för den enskilde.

6.3.3. Extern samverkan

- Kommunen har deltagit på landstinget Dalarnas bakjournsmöten och har planerat och gjort gemensamma riskanalyser inför sommar- och julleddighet samt vid ökad belastning i verksamheterna.
- SAM-gruppen har haft möte var 6:e vecka, där har handlingsplan från tidigare driftsgruppsmöten och samverkansfrågor hanterats.
- Instruktion 'Gemensamma ärenden' har reviderats.
- Egenvårdsrutinen har lyfts utifrån otydlighet för den enskild. Blankett "avvisering om bristande egenvård" har används i större utstäckning och egenvårdsbedömningarna ökar.
- 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".
- Fortsatt arbete i den gemensamma hjälpmedelsnämnden, Hjälpmedel Dalarna, bestående av Landstinget och Dalarnas kommuner. Avtal finns och har utökats för; bastjänster, konsultation, försäljning, uthyrning och teknisk service på hjälpmedel som ägs av LD-Hjälpmedel samt utbildning och IT-stöd i hjälpmedelsfrågor.
- Uppdatering och ny implementering av överenskommelsen om rehabilitering och hjälpmedel i Dalarna utifrån kommunalisering av hemsjukvården.
- Några arbetsterapeuter och fysioterapeuter har auskultera över vårdgivargränser.
- Samverkan över vårdgivargränser vid händelseanalys och SIP med patentens flöde i fokus.
- Information och diskussion kring delegering, egenvård och SIP i många olika samverkansforum till exempel med arbetsgivare för personlig assistans

6.4. Hälsofrämjande samt skade- och riskförebyggande arbetssätt

Detta sker bland annat genom riskbedömningar, nationella kvalitetsregister, egenkontroll av skydd- och begränsningsåtgärder, rutiner för teamsamverkan, tidiga insatser, strukturerad

avvikelsehantering och genom individuell nutritionsbehandling samt genom arbetssättet ”rehabilitering i hemmet”.

6.4.1. Egenkontroller har utförts i form av

- Uppföljning av måltidsordning genom mätning av dygnsfastan
- I samverkan med Räddningstjänsten Dala Mitt, Brandskyddsföreningen i Dalarna och Kommunala Pensionärsrådet har en gemensam checklista lämnats till äldre medborgare i kommunen. Syfte är att öka säkerhet i hemmiljö genom tips och råd utifrån fall- och brandskydd. I oktober hade 4500 checklistor lämnats ut och svar på frågorna hade inkommit från 33 %.
- Skydd- och begränsningsåtgärder har rapporterats från alla vård- och omsorgsboenden, korttidsenheten och en hemtjänstgrupp inom OMV. Den vanligaste insatta åtgärden utgjorde rörelselarm (mer än 50 %) och sedan kodade lås till enheten eller avdelning/plan följt av larm på boendens egen dörr.
- Inom socialförvaltningen har 9 enheter rapporterat 27 skydd- och begränsningsåtgärder, larm på boendens egen dörr är vanligast följt av bälte i stol/ rullstol eller kroppsbyret larm.

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 med validerade instrument två gånger årligen för att upptäcka risk för ohälsa i munnen, undernäring, fall samt trycksår. Den enskilde erbjuds även registrering i kvalitetsregistret Senior alert.

Under 2016 registrerades 405 riskbedömningar, 322 planerade åtgärder samt 327 uppföljningar i kvalitetsregistret Senior alert i Falu kommuns vård- och omsorgsboenden samt korttidsenheter

6.5.2. Individuell nutritionsbehandling

Enligt rutin ska förvaltningens dietist kontaktas för de individer som kategoriseras som undernärda med instrumentet SF-MNA (Short Form Mini Nutritional Assessment), som ingår i Senior alert, samt för de som har behov av sjukdomsspecifika kosttillägg.

Dietisten kan även konsulteras vid annan nutritionsrelaterad problematik, t.ex. enteral nutritionsbehandling, dysfagi eller vid behov av allergi- eller specialkost. Under 2016 konsulterades förvaltningens dietist i 63 individuella patientärenden, vilket är en minskning jämfört med 2014 och 2015.

6.5.3. Rehabilitering i hemmet

Samtliga hemtjänstgrupper har erbjudits utbildning i arbetssättet ”Rehabilitering i hemmet”. Utbildning för nyanställda är planerad och kommer erbjudas fortlöpande. Uppföljning kommer genomföras för alla utifrån upprättad rutin och broschyr ”information till medarbetare ” i arbetssättet planeras för 2017. Informationsbroschyr till kommuninvånare kommer under 2017.

Att erbjuda den enskilde stöd till delaktighet i stället för servicetjänster är ett sätt att främja naturliga tillfällen till fysisk aktivitet, socialt umgänge och medverkan i samhället, vilket är ett resurseffektivt sätt att främja hälsa.

7. Resultat diskussion

Många åtgärder för att förbättra vården pågår och genomgående har fokus under året legat på att samverka över vårdgivargränserna och för att minska interna ”organisatoriska mellanrum”

Avvikelseerna har tydligt visat på ytterligare behov av samverkan mot bakgrund av effekten av befintliga styrsystem, vilket också betyder att ökade resurser inte alltid gynnar patientens flöden. Inför år 2016 var målsättningen att övergripande mål och strategier beträffade hälso- och sjukvård och rehabilitering bör inriktas på resurseffektivitet och därmed ha en mera direkt och synlig koppling till en ordnad helhet för patienten.

Klagomålsutredningens slutbetänkande visar att patientens, ofta svaga, ställning inte bara beror på ansvars- och resursfördelning, utan i hög grad på kultur och värderingar. Mot bakgrund av detta kunde hantering och utredning av avvikelser, händelser, klagomål och synpunkter i ökad omfattning utgå från patientens perspektiv. Upplevelsen och resultatet för patienten behöver få större betydelse. Vårdgivaren får inte nöja sig med att förklara att ett agerande varit medicinskt försvarbart om patienten trots detta upplevt händelsen som starkt negativ. Det innebär bland annat att vårdgivaren måste ha fokus på att patienten förstår en förklaring av ett händelseförlopp. Detsamma gäller om vårdgivarens insatser inte hängde ihop med insatser från andra vårdgivare eller stödfunktioner. Slutbetänkandet stärker patientens ställning vilket gynnas av arbetssättet där patient och närstående kommer till tals. I delbetänkandet till klagomålsutredningen nämns även att patienten bör själv ges möjlighet att komma med förslag på synpunkter gällande exempelvis avvikelser.

Mot bakgrund av detta har samverkan ytterligare intensifierats i form av tidigare nämnda åtgärder som befintlig samverkansgrupp där primärvården och kommun tydligare har fokuserat på samverkan med patientens flöde i fokus. Detta har gett resultat i form av tydliggörande i avtal beträffande läkarmedverkan inom LSS och Socialpsykiatri, extern samverkan i form av rutin som beskriver arbetssätt vid gemensamma ärenden mellan primärvården och hemsjukvården, samverkansmöten med primärvården och hemsjukvården, samverkan gällande befintliga avtal och ansvarsfrågor, gemensamma analyser av händelser, samverkan med teamträffars betydelse i fokus, reviderad överenskommelse om rehabilitering, habilitering och hjälpmedel som utgår från patienten/brukarens behov i olika skeden i vårdkedjan.

Övertygelser att den enskilde och anhöriga kan och ska medverka i sin egen vård måste genomsyra verksamheten än mer.

8. Övergripande mål och strategier för år 2017

Inför år 2017 ska övergripande mål och strategier beträffande hälso- och sjukvård och rehabilitering fortsätta att inriktas på effektiva flöden och därmed ha en mera direkt och synlig koppling till en ordnad helhet där delarna utgörs av nivåerna; styrsystem, verksamhetsstöd, organisation och arbetssätt (S 2013:14). Planeringen av vården ska ske med utgångspunkt i den enskildes behov och inte med utgångspunkt i vilka behov som existerar enligt vårdgivarens gränsdragning och struktur.

- Temaår för 2017 och 2018 är rehabiliterande förhållningssätt. Temaåret syftar till att fokusera på ett område i taget för att utveckla vården och omsorgen. Förvaltningen kommer väva ihop Rehabilitering i hemmet, personcentrerad vård, IBIC och värdegrunden som metoder för att nå ett rehabiliterande förhållningssätt och bidra till oberoende och delaktighet för den enskilde. Det ger en möjlighet att på ett naturligt sätt fortsätta arbeta med pågående arbetssätt men även implementera de redan beslutade nya arbetssätt som är på gång.
- Implementering av nationell vårdplan i palliativvård (NVP). Arbetsgrupp finns och utbildning är planerat för året.
- Säkerställa följsamhet till hygienriktlinjer genom utbildning till hela teamet.
- Brister på vårdplaner har uppmärksammats i samband med journalgranskning och kommer att ingå i internkontroll för 2017
- Utveckla interna processer för säkrare övergångar och flöde för den enskilde, gällande exempelvis vårdplaneringar, trygghemgång, vårdplaner och teamträffar.

- Förbereda för att följa nya Person Uppgifts Lagen (PUL)
- Förbereda införandet av ny utskrivningslag
- Upprätta en förvaltningsövergripande instruktion för att förhindra fall och fallskador utifrån den enskilde.
- Förebygga skada och lidande genom att införa arbetssätt med systematiska riskbedömningar i hemsjukvården

Genom en organisation och arbetssätt som utgår från den enskildes behov samt genom att motivera den enskilde till aktivitet och delaktighet i stället för att erbjuda servicetjänster kan vi bidra till att främja naturliga tillfällen för socialt umgänge, fysisk aktivitet och medverkan i samhället vilket är ett resurseffektivt sätt att främja och bevara hälsa.

Ord- och begreppsdefinitioner

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.

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.

Patientsäkerhet: Skydd mot vårdskada.

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.

Referenser

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

Sedd, hörd och respekterad, ett ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården SOU 2015:4

Effektiv vård SOU 2016:2

Fråga patienten Nya perspektiv i klagomål och tillsyn SOU 2015:102

Hälso- och sjukvårdslagen SFS 1982:763

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

Patientlag SFS 2014:821.

Patientsäkerhetslag SFS 2010:659

PDSA Nolan & Demings