

Handläggare
Monica Brundin /MAS

Datum
2016-05-23

Diarienummer
ALN-2016-0118

Äldrenämnden

Patientsäkerhetsberättelse 2015

Förslag till beslut

Äldrenämnden beslutar

att fastställa patientsäkerhetsberättelsen för 2015, och

att besluta om övergripande mål och strategier för 2016.

Ärendet

Äldrenämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen och att hög patientsäkerhet enligt patientsäkerhetslagen upprätthålls.

Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Mål och strategier för 2016

1. Tydliggöra hälso- och sjukvårdens kvalitetsområden i beställarförvaltningarnas interna processer genom att
 - utveckla de interna samverkansprocesserna mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst
 - upprätta rutiner för implementering av riktlinjer som fastställts i samverkan mellan kommuner och landsting i Uppsala län (TKL).
2. Verka för att jämlik och säker hälso- och sjukvård erbjuds oavsett förvaltningsområde, boendeform eller ålder genom att
 - granska den information som ges till medborgaren
 - utveckla användandet av de statistikrapporter som kvalitetsregistren erbjuder
 - utveckla närvårdsamverkan

Äldreförvaltningen

Gunn-Henny Dahl
Förvaltningsdirektör

Diarienummer: ALN-2016-0118
(OSN-2016-161)



Patientsäkerhetsberättelse

År 2015

Datum och ansvarig för innehållet
2016-04-27
Medicinskt ansvariga sjuksköterskor vid omsorgs- och äldreförvaltningen

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting (reviderad 2013-11-19)

Sammanfattning	3
Mål och strategier för 2016	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Fördelning av olika kategorier	8
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	15
Risicanalys	15
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	15
Hantering av klagomål och synpunkter	16
Sammanställning och analys	16
Samverkan med patienter och närstående	19
Resultat	20
Mål och strategier för 2016	21

Sammanfattning

Under året har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) arbetat med de kvalitetsområden som ingick i målsättningen för 2015. De genomförda förbättringarna har i första hand omfattat utveckling av patientjournalens användarvänlighet och säkerhet samt jämlik utskrivningsprocess från slutenvården oavsett vårdform.

Möjligheten att hantera klagomål och synpunkter avseende hälso- och sjukvård har förbättrats genom samverkan med äldreombudsmannen och patientnämnden. Ett samordnat avvikelshanteringssystem för alla utförare har möjliggjort statistikpresentation utifrån ett övergripande patientsäkerhetsperspektiv samt identifiering och analys av specifika problemområden.

Sådan överblickbarhet ökade möjligheterna att sprida kunskap om identifierade problemområden/patientsäkerhetsrisker till alla utförare för proaktivt arbete och förbättrad samverkan både externt och internt.

Mål och strategier för 2016

1. Tydliggöra hälso- och sjukvårdens kvalitetsområden i beställarförvaltningarnas interna processer genom att
 - utveckla de interna samverkansprocesserna mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst
 - upprätta rutiner för implementering av riktlinjer som fastställts i samverkan mellan kommuner och landsting i Uppsala län (TKL).
2. Verka för att jämlik och säker hälso- och sjukvård erbjuds oavsett förvaltningsområde, boendeform eller ålder genom att
 - granska den information som ges till medborgaren
 - utveckla användandet av de statistikrapporter som kvalitetsregistren erbjuder
 - utveckla närvårdsamverkan

Övergripande mål och strategier

Övergripande mål för 2015 var att:

1. Att patientjournalen får en struktur som är användarvänlig och patientsäker.
2. Utskrivningsprocessen från slutenvården ska vara på samma villkor oavsett om det är från somatisk eller psykiatrisk slutenvård.
3. Genom riktlinjer och arbetssätt säkerställa att patienterna får god vård på lika villkor oavsett verksamhetens inriktning.
4. Tydliggöra skillnader och hemsjukvårdens ansvar avseende allmän och specialiserad vård.
5. Analysera och rapportera statistik samt trender avseende hälso- och sjukvårdsavvikelser till berörda nämnder två gånger per år. Detta sker under tertial tre och i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

Nationella satsningar

Folkhälsomyndighetens mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende för äldre har genomförts av några vårdgivare i Uppsala kommun 2015. Syftet med Svenska HALT är att stödja arbetet med att förebygga infektioner förvärvade på särskilt boende samt optimera antibiotikaanvändningen. Några enheter har även deltagit i punktprevalens mätning (PPM) kring trycksår och fall som utgår från Senior Alert.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Kommunstyrelsen

Ledningen av kommunens hälso- och sjukvård utövas av de nämnder som kommunfullmäktige enligt 2 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453) bestämmer.

Äldrenämnden (ÄLN), Omsorgsnämnden (OSN) och Socialnämnden (SCN)

Nämndorganisationerna i Uppsala kommun omorganiserades från 1 januari 2015 vilket innebar att tre av 14 olika nämnder omfattades av hälso- och sjukvårdsansvar.

Det innebar att alla tre nämnderna skulle ta beslut om de riktlinjer och styrdokument avseende kommunens hälso- och sjukvård som upprättats av MAS/MAR.

Under året genomfördes en utredning på uppdrag av kommunens ledning avseende hälso- och sjukvårdsvårdens organisation och ansvar. Av utredningen framgick att:

- förvaltningens kvalitetsäkringsarbete kring hälso- och sjukvård hade bedrivits i två parallella organisationer utan samverkan

-
- Uppsala kommun behövde granska tolkningen av vårdgivarbegreppet
 - författningsändringar väntades under 2016 som skulle påverka organiseringen
 - det övergripande styrdokumentet för hälso- och sjukvården i Uppsala kommun behövde revideras

Det framtida kvalitetsarbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården i Uppsala föreslogs i utredningen omfatta:

- en starkt decentraliserad kvalitetssäkringsfunktion med en utvecklad egenkontroll hos utförarna (vårdgivarna) samt
- utveckling av stödjande och uppföljande funktioner vid vårdbeställande förvaltning
- att kontrollansvar för den kommunala hälso- och sjukvården integreras med avtals- och uppföljningsprocessen inom förvaltningen

Den nya inriktningen innebar samtidigt att vårdgivarna skulle återfå ansvar för att organisera olika rutiner, bl.a. kring avvikelserapportering. I styrdokumentet skulle det tydliggöras att nämnderna är huvudmän och inte vårdgivare. Med det följde också konsekvensändringar i övriga skrivningar. De skyldigheter som tidigare aviserats för huvudmannen skulle därmed tydliggöras för vårdgivaren i kommunens egna riktlinjer.

Författningsändringar hade aviserats att genomföras under 2016 vilka dels skulle förtydliga vårdgivarnas (utförarnas) ansvar för egenkontroll och kvalitetsarbete, dels förväntades den statliga tillsynen och kontrollen över kommunal hälso- och sjukvårdsverksamhet öka.

Socialstyrelsen drog tillbaka den planerade författningsändringen gällande vårdskador och meddelade att de 2015-11-05 tagit beslut om att inte genomföra förändringen. Det innebar att lex Maria föreskriften skulle finnas kvar.

Nämndorganisationerna tog beslut utifrån det underlag som presenterades från utredningen om att omorganiseringen av MAS/MAR i Uppsala kommun skulle ske fr.o.m. årsskiftet 2015/2016. Det innebar att vårdgivarna skulle återfå ansvaret för att tillhandahålla egna MAS och MAR funktioner.

I den nya inriktningen skulle det istället rekryteras en ny form av tjänsteman, Hälso- och sjukvårdssakkunnig (HSS), med placering i äldreförvaltningens stab. I tjänsten skulle ingå att bevaka det särskilda ansvar som följer av Hälso- och sjukvårdslagen (24 §) och Patientsäkerhetsförordningen (7 kap, 3§) samt ansvara för den centrala styrprocessen inom beställarförvaltningens avtals- och uppföljningsprocesser. Ansvarsområdet skulle omfatta både äldre- och omsorgsförvaltningen.

Medicinskt ansvariga har haft en central roll för hälso- och sjukvårdens kvalitet, utveckling och säkerhetsarbete samt ansvarat för att informera ansvariga nämnder vid allvarliga händelser i form av Lex Maria och interna utredningar.

Verksamhetschefen har det samlade, övergripande ansvaret för att verksamhetens hälso- och sjukvård tillgodoser hög patientsäkerhet och att ett aktivt kvalitetsarbete bedrivs. Verksamhetschefen ska samverka med medicinskt ansvariga kring patientsäkerhetsfrågor.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Information och återkoppling av systematiskt kvalitetsarbete från medicinskt ansvariga, har skett via:

- utförmöten
- informationsmöten med verksamhetschefer och legitimerad personal
- nyhetsbrev (9 stycken under 2015)
- träffar med enskilda verksamheter på förekommen anledning samt efter önskemål och behov från verksamheten
- uppföljning av verksamheternas genomförda egenkontroller

Avvikelsehantering

Under 2015 använde samtliga vårdgivare sig av avvikelsehanteringssystemet Flexite enligt avtal med kommunen. Från 2016 får vårdgivarna själva bestämma vilka system de vill använda för att registrera och hantera avvikelser.

Avvikelser är ett tecken på att ett aktivt kvalitets- och förbättringsarbete pågår. I avvikelsehanteringsprocessen bedöms om händelsen inneburit en risk, ett tillbud eller en skada för patienten därefter graderas händelsen utifrån allvarlighetsgrad 1-4 (*se diagram 1 och 2*).

Utbildningskrav har funnits för att få behörighet i Flexite och omfattat legitimerad personal (arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast och sjuksköterska) samt verksamhetschef, som arbetat aktivt i systemet. Från och med 1 april 2015 övergick utbildningen ”Flexite för nya användare” till att bli en webbaserad utbildning. Syftet var att göra utbildningen mer lättillgänglig och att nya användare skulle få behörighet snabbt. Utbildningen har kunnat genomföras på dator, surfplatta och smartphone.

Enligt sammanräkning av kunskapstest har 58 personer utbildats i avvikelsehanteringssystemet Flexite.

MAS/MAR har hanterat de avvikelser som graderats till allvarlighets-

grad *Betydande* (3) och *Katastrofal* (4) genom att dessa adresserats direkt till MAS/MAR i systemet. Övriga avvikelser har hanterats enbart av respektive vårdgivare.

Statistiken som presenteras har hämtats ur Flexite och baseras på 11011 registrerade händelser. Avvikelseerna har totalt genererat nio lex Maria anmälningar.

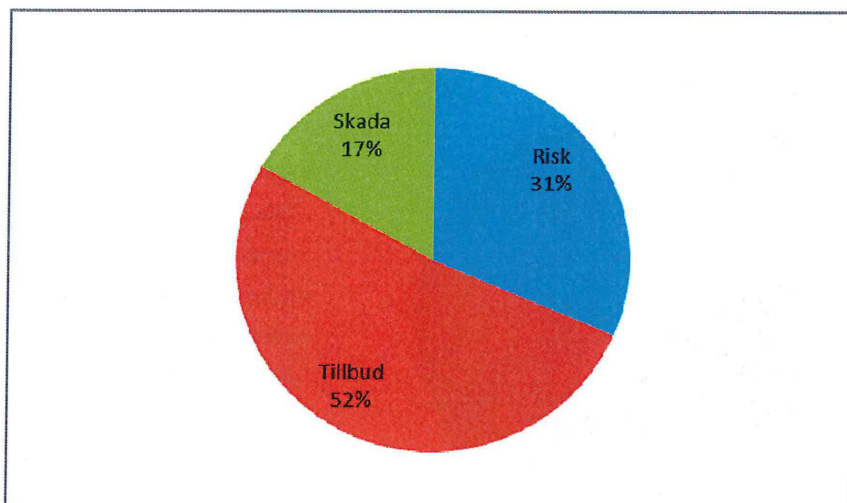


Diagram 1. Kategorisering av avvikelser, 2015

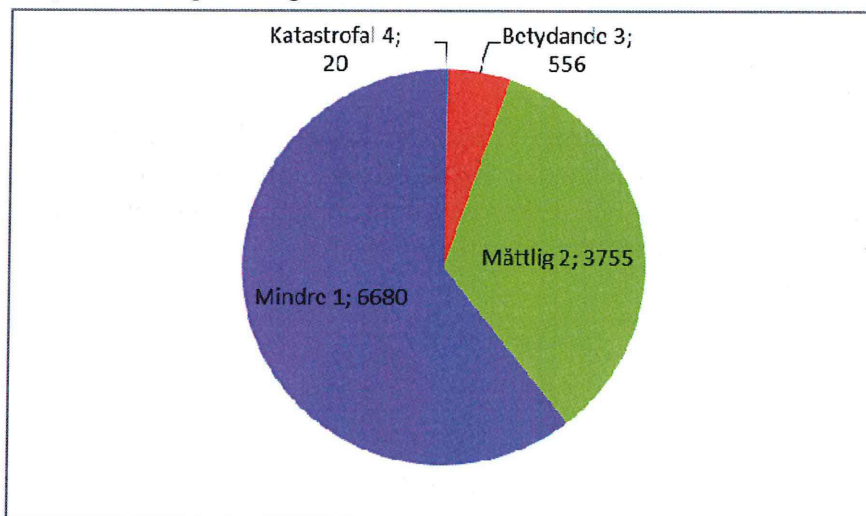


Diagram 2. Fördelning av på totalt 11011 avvikelser, 2015

Mindre (1) Obehag, obetydlig skada eller ingen skada (ex. feldosering i dosett som upptäcks före överlämnandet, fall utan skada)

Måttlig (2) Övergående funktionsnedsättning, tillfälligt högre vård/omsorgsnivå (ex. utebliven dos ingen effekt på patienten). Feldosering. Har inte följt rutin, dock ingen konsekvens patienten. Fallolycka med måttlig skada (ingen fraktur).

Betydande (3) Kvarstående måttligt nedsatt funktionsnedsättning, ki

urgiskt ingrepp krävs, bestående högre vård/omsorgsnivå. (ex. missade läkemedel som insulin, warfarin eller smärtstillande narkotiskt preparat. Förväxling av doser/patienter. Vårdrelaterad infektion, fallolycka med större skada ex fraktur).

Katastrofal (4) Dödsfall eller större kvarstående funktionsnedsättning, självmord, åtgärd/behandling på fel patient (ex slagit i huvudet och avlider senare av frakturen/skadan).

Fördelning av olika kategorier

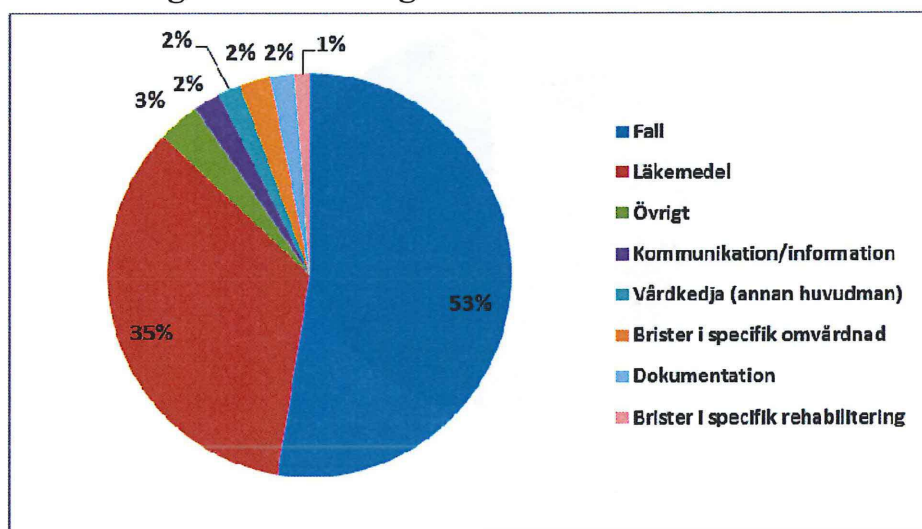


Diagram 3. Fördelning, typ av avvikelser 2015.

Vårdkedjeavvikelser

Kategorin vårdkedja i diagram 3 avser avvikelser mellan huvudmännen (kommun/landsting) och handlar om de brister i informationsöverföring som kan uppstå vid in- och utskrivning från slutenvården samt brister i samverkan mellan hemsjukvård och primärvård.

Övrigt (3%)

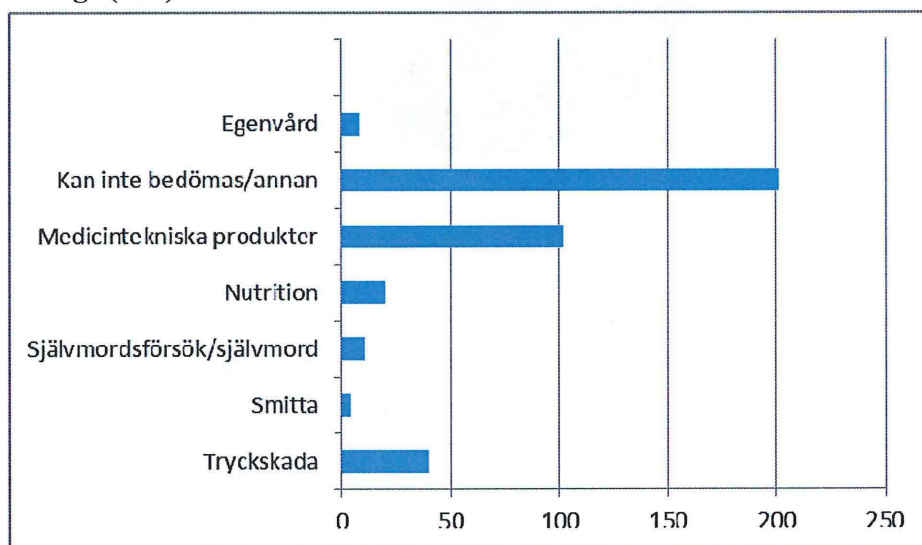


Diagram 4. Fördelning av avvikelser under kategori övrigt, 2015.

Av diagram 4 framgår avvikelser som är mindre vanligt förekommande än de som presenterades i diagram 3. Trendbilden liknar den som presenterades i 2014 års patientsäkerhetsberättelse. Stapeln, *Kan ej bedömas/annan*, står för hälften av de avvikelser som finns under *Övrigt* och handlar vanligtvis om miljö och rutiner som inte kan kategoriseras till övriga typer av avvikelser.

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

Alla verksamheter som på förekommen anledning har önskat stöd eller handledning har erhållit besök. Arbetet har även inneburit möten i samband med kvalitetsuppföljning, tillsynsbesök, händelseanalys och/eller informationsmöten med legitimerad personal och verksamhetschefer.

Rehabilitering och habilitering

MAR har haft löpande kontakter för stöd till verksamhetschefer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter kring hur rehabilitering ska bedrivas för att vara patientsäker samt gett stöd till biståndshandläggare i specifika frågor. Exempel på frågor som varit föremål för dialog och stöd från MAR har varit:

- Hur kommunikation ska anpassas i syfte att skapa patientsäkerhet genom delaktighet
- Hur författningar ska efterföljas
- Journalföring
- Interprofessionell samverkan
- Sakkunnighetsutlåtanden/intygsskrivande
- Etiska dilemman, prioriteringar
- Skyddsåtgärder
- Medicintekniska produkter
- Följsamhet till ordination
- Legitimationens innebörd
- Avgränsning i ansvar och roller mellan kommun, landsting, företagshälsovård, försäkringskassa och arbetsförmedling
- Ansvar för vardagsrehabilitering kontra specifik ordinerad hälso- och sjukvård samt klargöranden kring ordination och rekommendation.

MAR har samverkat med landstinget och medverkat i arbetet med den länsövergripande riktlinjen för rehabilitering. Lokala riktlinjer för rehabilitering, skyddsåtgärder, intygsskrivande och medicintekniska produkter påbörjades men färdigställdes inte med anledning av MAR-funktionens avveckling.

Sammanhållen journalföring

Under året har det pågått ett projekt för att komma igång med sammanhållen journalföring, både utifrån det lokala perspektivet mellan vårdgivare i Uppsala kommun samt den nationella patientöversikten (NPÖ).

Sammanhållen journalföring innebär att vårdgivare under vissa förutsättningar kan få direktåtkomst till varandras elektroniska journalhandlingar och andra personuppgifter som behandlas för ändamål som rör vårddokumentation. Varje elektronisk journalhandling kommer att vara knuten till en viss vårdgivare som ansvarar för de handlingar som upprättas eller inkommer i sin verksamhet.

Läkemedelshantering

I riktlinjen för läkemedelshantering anges vilka rutiner som behöver vara gemensamma för alla utförare så att hanteringen av signeringslistor, ordinationshandlingar och kvalitetsuppföljning på organisatorisk och individuell nivå sker på liknande sätt. Syftet har varit att öka patientsäkerheten genom systematiskt arbetssätt och standarder oavsett vårdgivare.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen styrs genom avtal om vad som upphandlats av respektive vårdgivare.

Kontrollräkning av narkotika ska utföras regelbundet och svinn ska rapporteras till MAS. Vid kontrollräkning av narkotika har omfattande stölder ur förråd och från enskilda patienter påvisats i olika verksamheter. Till följd av att det råder brist på spårbarhet gällande vem som varit i läkemedelsförrådet har det inte gått att identifiera specifik/a person/er. Det finns ingen misstanke om att enskilda patienter blivit utan läkemedel och stölderna har polisanmälts samt utretts av respektive verksamhet.

En genomgripande analys av det återkommande läkemedelssvinnet har genomförts och en rapport avseende krav på spårbart låssystem, *Utredning - låssystem för spårbarhet till läkemedelsförråd, ALN- 2014-0350*, överlämnades till ledningsgrupperna för beslut. Uppföljning och utfall planerades till början av 2016 men uteblev till följd av organisationsförändringen.

Delegering av medicinska arbetsuppgifter

Delegering av medicinska arbetsuppgifter får inte hanteras slentrianmässigt utan ska baseras på den enskilda legitimerades professionella bedömning av patientsäkerhet som utgör grunden för delegeringsbeslut. Därför har arbetet inriktats på att förstärka rutinerna och stödja legitimerad personal att genomföra riskbedömning inför delegering.

Informationshantering och journalföring

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har genomfört en uppföljning av den åtgärdsplan som togs fram i samband med den lex Mariaanmälan som gjordes 2014. IVO har identifierat att åtgärder vidtagits och avslutat ärendet.

Kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal

Vårdgivarnas rutiner för kontakt med legitimerad personal har följts upp vid bl.a. kvalitetsuppföljning/tillsynsbesök.

Ett resultat av implementeringen av riktlinjen är att flera verksamheter har arbetat med att skapa nya rutiner för kontaktorsak med arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut med anpassad information till patienter i syfte att skapa förutsättningar för delaktighet.

God vårdhygienisk standard

Länets medicinskt ansvariga har haft regelbundna träffar med enheten för vårdhygien två gånger per termin. Syftet var att kvalitetsförbättra den vårdhygieniska standarden inom kommunal hälso- och sjukvård och identifiera behov av hygienåtgärder i verksamheterna.

Under tertiäl tre påbörjades implementeringen av den länsgemensamma infektionsregistreringen. Denna innebär att vårdgivarna kontinuerligt ska rapportera till vårdhygien som sammanställer i en övergripande rapport på länsnivå. Syftet är att få en bättre överblick över antibiotikaförskrivning och – resistens vid särskilda boenden.

Våren 2015 genomfördes en mätning (Svenska HALT) av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende för äldre. I Uppsala kommun deltog 12 särskilda boenden för äldre omfattande 457 personer varav 3,7 % var antibiotikabehandlade vid mättilfället.

Anmälningar enligt Lex Maria

Medicinskt ansvariga har under året gjort nio anmälningar enligt lex Maria till IVO. Utredningarna har föregåtts av inkomna avvikelser från verksamheten eller klagomål/orosanmälan från patient och/eller närstående.

IVO genomförde under 2015 slumpvisa uppföljningar av avslutade lex Mariaanmälningar i region mitt, varav två genomfördes tillsammans med MAS och MAR i Uppsala kommun. Uppföljningarna visade på att planerade förbättringsarbeten hade genomförts.

Kvalitetsregister

De kvalitetsregister som används i Uppsala kommun ger verksamheterna möjlighet till lärande och systematiskt förbättringsarbete samt stöd i

ledning och kunskapsstyrning.

Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som är till för alla som vårdar människor i livets slut. Den sista veckan i livet beskrivs genom att personalen som vårdat en avlidne person besvarar ett trettital frågor. Målet är att få en överblick av vilka kvalitetsområden som behöver förbättras i vården vid livets slut.

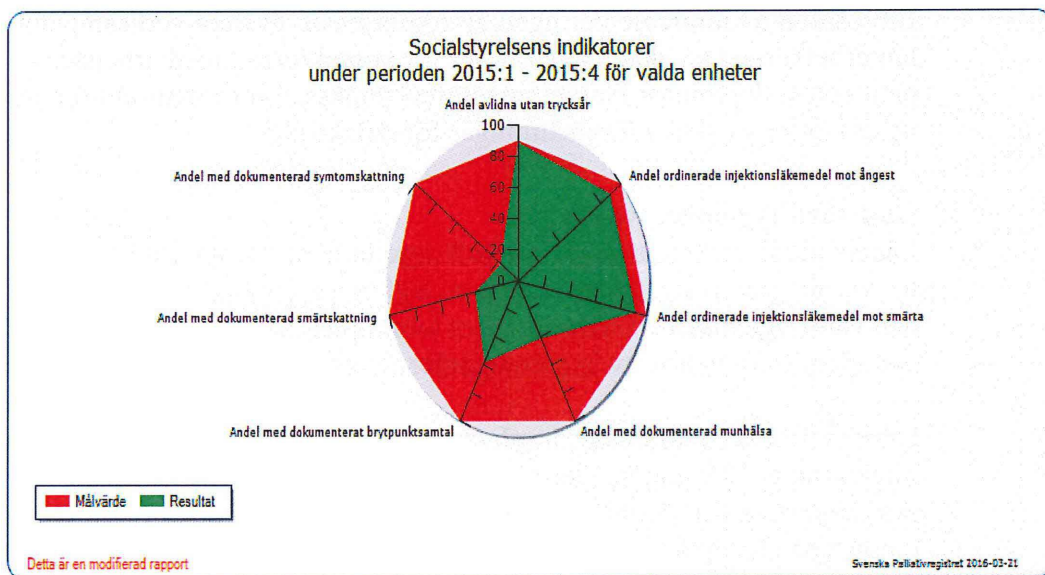


Diagram 6. Socialstyrelsens indikatorer - Uppsala kommun

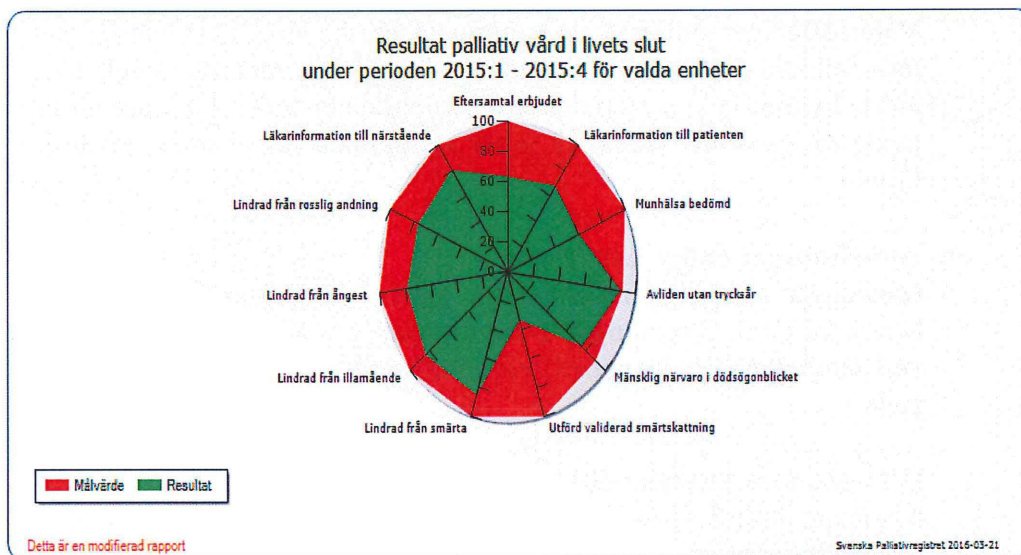


Diagram 7 Genomförda registreringar i svenska palliativregistret – Uppsala kommun.

Totalt har 63 % av väntade dödsfall registrerats. I diagram 6 och 7 visas rött område som målvärde och grönt visar uppnått resultat inom kvalitetsområden i svenska palliativregistret. Det framgår att skattning av symtom och dokumentation av bedömningar är bristfällig.

Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg med syfte att förbättra det förebyggande arbetet, registrera riskbedömningar och åtgärder som vidtas för att därmed förbättra vård och omhändertagandet och öka säkerheten för personer inom hälso- och sjukvård. Det som registreras är risk för fall, trycksår, onormal nedgång i vikt och ohälsa i munnen. Av de genomförda riskbedömningarna 2013-2015 visar ca 90 % på en eller flera risker.

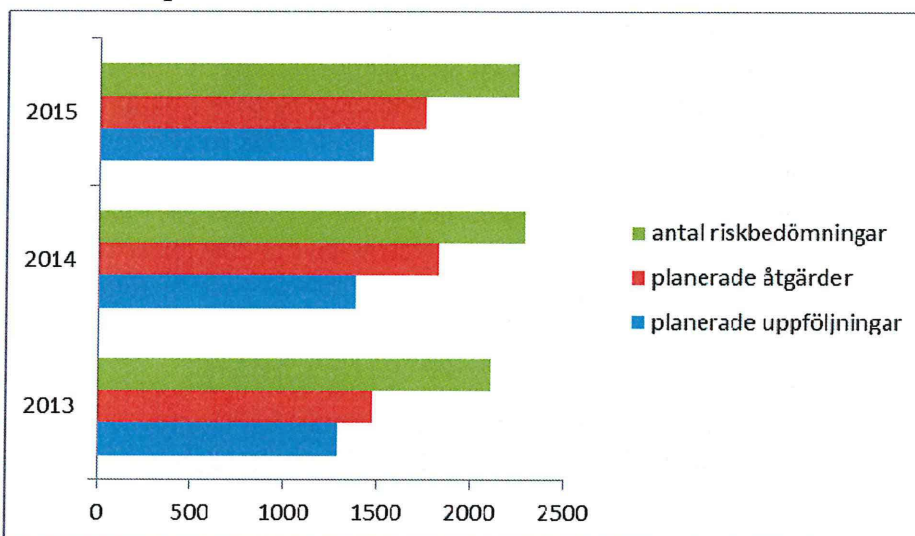


Diagram 8. Totalt antal registreringar i hemvård och särskilda boenden

Diagrammen visar att det finns skillnader mellan antal bedömningar, planerade åtgärder och antal genomförda uppföljningar. Målsättningen torde vara att samtliga riskbedömningar hanteras så att identifierade risker får åtgärdsplanering och att uppföljningar genomförs. Det finns utrymme för förbättringsarbete på området.

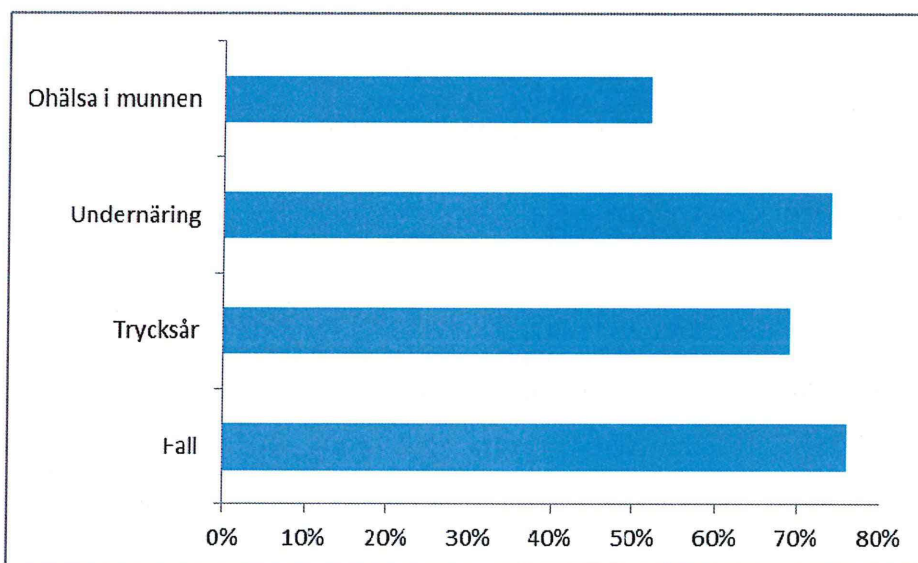
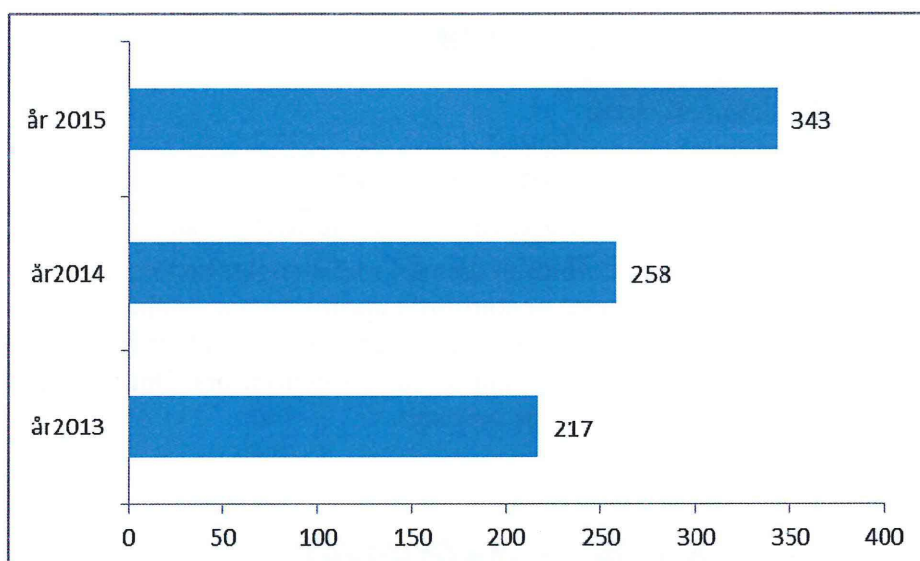


Diagram 9. Andel personer med bedömd risk, n=2051. Diagrammet visar andel personer av dessa som har en åtgärdsplan för ovanstående områden.

BPSD- registret

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD, drabbar ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal.

För BPSD finns ingen generell behandlingsmetod utan symptomen måste identifieras, tolkas och ses i sitt sammanhang innan olika åtgärder sätts in. Att använda registret är ett stöd då behandlingen i första hand ska inriktas på bemötande och omvårdnads strategier och i undantagsfall läkemedel. Utifrån resultatet i diagrammet så finns en stor utvecklingspotential. I Uppsala kommun finns för närvarande ingen certifierad utbildare för BPSD-registret vilket medför att utvecklingen riskerar att stanna av. Risken finns att kvaliteten i vård och omsorg för de demenssjuka försämras och inte grundar sig på evidensbaserade metoder.



Figur 12. Antal genomförda skattningar i BPSD-registret.

Munhälsa

Personer med varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser har rätt till subventionerad tandvård från landstinget. Landstinget har enligt tandvårdslag (1985:125) och tandvårdsförordning (1998:1338) ansvar för tandvårdsstödet uppsökande verksamhet som innebär munhälsobedömning av berättigade och munvårdsutbildning till vård- och omsorgspersonal.

Kommunen ansvarar för att berörd vård- och omsorgspersonal ges möjlighet att delta i munvårdsutbildning samt beställa munvårdsutbildningen. Inga utbildningstillfällen gavs till personal inom ordinärt boende 2014 vilket innebär att årets statistik ser bättre ut och omfattar totalt 609 personal.

		2014	2015
Grundläggande	Ordinärt boende	0	72
	Särskilt boende	369	334
Fortsättning	Ordinärt boende	0	35
	Särskilt boende	193	168

Figur 13. Fördelning av utbildningstillfällen avseende landstingets tandvårdsstöd samt antal deltagare

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan med landstinget och regionförbundet har skett i en rad olika forum. Medicinskt ansvariga har varit delaktiga i länsövergripande kvalitetsarbeten så som utarbetanden av riktlinjer/vårdprogram. Medicinskt ansvariga har även uppdrag i processgruppen för in- och utskrivning, läkemedelskommittén, styrgruppen för smittskydd respektive strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (STRAMA), vårdhygien samt i programråden för särskilda näringsändamål (Sär-När), diabetes och astma/KOL.

MAR har utifrån sitt sakkunnighetsområde varit stöd i arbetsgrupperna och fokus har varit att belysa interprofessionell samverkan och icke farmakologisk behandling, samt tydliggöra roller och ansvar i kommunal hemsjukvård specifikt avseende rehabilitering.

Samverkan sker bland annat i patientsäkerhetsgruppen som består av länets medicinskt ansvariga och landstingets anmälningsansvariga chefsläkare samt patientnämnden. Information och återkoppling inom patientsäkerhetsområdet sker genom bl.a. risk- och händelseanalyser vid avvikelser samt granskning av de kvalitetsområden som huvudmännen gemensamt kommit överens om.

MAR har deltagit i ett länsövergripande projekt med åtgärder för att optimera rehabiliteringsprocessen som startade under året. Projektet drivs av landstinget och länets kommuner deltar.

Riskanalys

Medicinskt ansvariga har fortsatt att arbeta med att implementera riskanalyser som arbetssätt i samband med komplex vård och behandling.

Riskanalys ska göras inför förändringar inom en verksamhet och även på befintliga processer i en organisation som bedöms innehålla många risker. Exempel på tillfällen då riskanalys ska genomföras är; komplex vård och behandling, inför förskrivning/användande av skyddsåtgärder, organisationsförändringar, då patient/verksamhet byter utförare och vid upplevelser av att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

För att främja personalens rapporteringsskyldighet har det webbaserade systemet för avvikelshantering (Flexite) använts av alla utförare.

En rad förbättringar har i samverkan med KLK-IT¹ vidtagits utifrån identifierade problemområden för att underlätta användandet av avvikelshanteringssystemet. Ett samordnat avvikelshanteringssystem för alla utförare har möjliggjort statistikpresentation utifrån ett övergripande patientsäkerhetsperspektiv samt möjliggjort identifiering av specifika problemområden. Sådan överblickbarhet har ökat möjligheterna för att rapportera identifierade problemområden till alla utförare för proaktivt arbete i samverkan både externt och internt.

Under sista kvartalet 2015 möjliggjorde den annonserade omorganisationen av medicinskt ansvar att utförarna får välja vilket system de vill använda för avvikelshantering. Det innebär att statistiken framgent enbart kan inhämtas från vårdgivarna på begäran.

Hantering av klagomål och synpunkter

Information om hur medborgare, patienter och närstående kan klaga på vården har funnits publicerat på Uppsala kommuns hemsida i enlighet med Socialstyrelsens anvisning. Äldreombudsmannen har varit ett stöd för patienter och närstående avseende de klagomål och synpunkter som berört hälso- och sjukvårdens område så att de kommit medicinskt ansvariga till kännedom och möjliggjort utredning i förekommande fall. Medicinskt ansvariga har även haft samarbete med patientnämnden då de medverkat i den länsövergripande patientsäkerhetsgruppen.

Sammanställning och analys

Fragmenterad hälso- och sjukvård och dess konsekvenser

För att uppnå en jämlik och patientsäker hälso- och sjukvård måste kravställandet på utförarna överensstämja i avtalen. Medicinskt ansvariga har identifierat att det fortfarande föreligger skillnader mellan utförare avseende i vilken omfattning legitimerad personal anställts och därmed tillgången. I vissa fall har legitimerad personal varit i tjänst men befunnit sig på annan ort. Att legitimerad personal ses som konsulter i verksamheten innebär betydande risker för patientsäkerheten vilket också framgått av avvikelser som inkommit. Förskjutning av ansvar skiljer sig åt avseende hur bemanningen är dimensionerad och hur samverkan sker mellan chefer, legitimerad personal och omsorgspersonal.

Det föreligger skillnader avseende hur sjuksköterska jourtid organiserats. I de fall utföraren anställer en underleverantör som jour har verksamhetschef fortfarande ansvaret för hur hälso- och sjukvården utförs. Medicinskt ansvariga har vid avvikelser identifierat att underleverantörer inte haft kunskap om styrande dokument och vilket regelverk som styr hälso- och sjukvården vilket utgör en patientsäkerhetsrisk.

¹ Kommun Lednings Kontorets IT förvaltning

En förutsättning för undvikbar slutenvård, det vill säga att personer inte ska hänvisas till akutmottagningen för tillstånd som kan behandlas i hemmet, är att det finns legitimerad personal i tillräcklig omfattning så att klinisk bedömning kan genomföras.

Orsaker som identifierats kunna bidra till ojämlik vård är att

- personer med psykisk och fysisk ohälsa behandlas olika
- förutsättningarna för att bedriva en god och säker hälso- och sjukvård är olika till följd av bristande bemanning av legitimerad personal
- synen på vilka som kan erhålla hemsjukvård och hjälpmedel skiljer sig åt inom både beställar- och utförarorganisationer
- implementering och kännedom om landstingets och kommunernas gemensamma samverkansdokument har varit olika
- kunskapsnivån hos legitimerad personal skiljer sig åt
- olika ersättningsmodeller för samma ansvar
- olika organisatoriska förutsättningar trots samma ansvar
- Nationellt fackspråk och Socialstyrelsens standardiserade termer och begrepp används inte i tillräcklig omfattning vilket leder till missförstånd om vad som avses vid kommunikation både internt och externt

En särskild orosanmälan avseende riskerna med den fragmentiserade hemsjukvården har av MAS delgetts Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som därefter gjorde en tillsyn under kvartal fyra. Resultatet av tillsynen har ännu inte delgetts Uppsala kommun.

Kvalitetsområden

MAS/MAR har vidareutvecklat en mall för uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitetsområden avseende egenkontroller och följsamhet till riktlinjer. Mallen har använts som ett stöd tillsammans med verksamheterna för att uppmärksamma förbättringsområden på ett strukturerat sätt. Förbättringsområden har identifierats och arbete har genomförts inom en rad kvalitetsområden:

Hälso- och sjukvårdens processer

Hälso- och sjukvårdsprocesserna är otydliga till följd av att det inte finns något ledningssystem för ändamålet. Då hälso- och sjukvården är fragmentiserad så är det ytterst viktigt att det framgår vilka som har ansvar för de olika delprocesserna och att jämlik vård beaktas i varje delprocess. Bristerna i samverkan mellan socialtjänstens ansvarsområden och hemsjukvården förhindrar jämlik och effektiv vård vilket riskerar att drabba den enskilde. Ett identifierat problemområde är att det i en rad styrdokument inte används ett nationellt fackspråk vilket innebär att kommunikation mellan politik, medborgare, tjänstemän och utförare

riskerar att försvåra samsyn och helhetstänkande.

Att integrera hälso- och sjukvårdens processer i ett sammanhållet ledningssystem förbättrar kommunikation och samsyn vilket sannolikt bidrar till ökad effektivitet och patientsäkerhet.

Patientjournal

Förbättringsarbete avseende patientsäkerheten påbörjades i projektform hösten 2014 och omsatts i en rad förbättringar och utbildningsinsatser under 2015. Det återstår dock fler områden att åtgärda utifrån den handlingsplan som togs fram 2014-2015.

Icke farmakologisk behandling

Icke farmakologisk behandling är en behandlingsform som inte innehåller farmakologiska substanser och behandling av detta slag kan användas i kompletterande syfte alternativt som enda behandling. Det finns en rad områden där metoden bättre gagnar den enskilde och minskar riskerna för läkemedelsbiverkningar, som exempelvis vid orostillstånd, smärta, sömnproblem och förebyggande av förstoppning.

Kompetensutveckling behövs så att behandlingsmetoden kan användas i större omfattning och bidra till ökad hälsa.

Kliniskt arbete

Eftersom det är olika nivåer på vilken erfarenhet och utbildning legitimerad personal har behövs en standard för vad arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster och sjuksköterskor ska kunna utföra inom hemsjukvård i särskilt och ordinärt boende. Vid anställning av legitimerad personal behöver det finnas en beskrivning av vad kommunal hälso- och sjukvård innebär och vilka krav som ställs för patientsäkerheten. Till följd av tilltagande svårigheter att rekrytera erfaren legitimerad personal så anställs nyutexaminerade i allt större omfattning. Detta ställer större krav på handledning, kompetensutveckling och former av trainee-möjligheter vid den anställande verksamheten då den reella kompetensen saknas hos nyutexaminerade.

Palliativ vård

Till följd av att ansvar för allmän respektive specialiserad palliativ vård klargjorts under året har en rad utbildningar genomförts riktade till personal vid tre boenden med korttidspaltser. Till följd av den omorganisering av MAS/MAR som påbörjades under senare delen av 2015 ställdes den planerade implementeringen av de nationella och länsövergripande riktlinjerna gällande palliativ vård i livets slutskede in.

Kvalitetsregister

Systematiken i arbetet med kvalitetsregister behöver förbättras och identifierade riskområden, behov av/vidtagna åtgärder samt resultat ska framgå av patientjournalen. Kvalitetsregister skall användas som

underlag för förbättringsarbete och bör presenteras kontinuerligt för att ge en bild av kvaliteten och vilka förbättringar som behöver vidtas.

Egenvård

Egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad yrkesutövare inom sitt ansvarsområde bedömt att en person själv kan utföra eller utför med hjälp/stöd av någon annan och som inte kräver medicinskt utbildad personal. Bedömd egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt författningen.

Följsamhet till författning avseende begreppet egenvård ställer fortfarande till problem då det inte finns kompetens och samsyn om vad det innebär i praktiken. Kunskapsbristerna riskerar att drabba den enskilde genom minskad möjlighet till självständighet och ökad kostnad för kommunen då det bedöms som hälso- och sjukvårdsåtgärd i stället för egenvård.

Samordnad individuell plan (SIP)

Det är svårt att följa statistik avseende i vilken omfattning SIP används då begreppet förväxlas med andra former av vårdplaneringar där samordning mellan huvudmännen sker. De länsgemensamma riktlinjerna ska revideras 2016 för att underlätta användandet i alla verksamheter.

Läkemedelshantering

Den gemensamma avvikelshanteringen (Flexite) har synliggjort riskområden inom området läkemedelshantering så som förväxling och utebliven dos. Vid granskning av avvikelser framgår att risken för förväxling av läkemedel ökar då förvaring inte sker i den enskildes bostad utan i exempelvis läkemedelsvagn. Vid förvaring vid den enskildes bostad är risken istället större att dosering uteblir. Förväxling av individers läkemedel utgör dock en större risk för allvarliga konsekvenser.

Rehabilitering

Resultatet från 2014 års arbete med att bygga gemensam grundsyn inom rehabiliteringsområdet tillsammans med verksamhetschefer och legitimerad personal har under 2015 fortsatt i löpande kontakter och ständig dialog. I syfte att uppnå systematisk kvalitetsutveckling påbörjades en grund för att använda mätbara mål och egenkontroll inom arbetsterapi och fysioterapi.

Samverkan med patienter och närstående

Patient och närstående erbjuds att vara delaktiga i samband med utredningar och återkopplingar görs löpande under pågående process. Under året har frekvensen av kontakter från patienter och närstående ökat vilket kan tyda på förbättrat informationsflöde.

Resultat

Patientjournal och sammanhållen journalföring

Förbättringar som vidtagits i patientjournal i samverkan med KLK-IT har bestått av:

- Uppmärksamhetssignaler som varning, smitta och observera har synliggjorts
- Vårdplaner för specifika ändamål har integrerats i patientjournalen
- Utbildning för expertanvändare
- Projekt för förbättrat sökordsträd har startat
- Att formerna för sammanhållen journalföring mellan vårdgivare i Uppsala kommun har fastställts

Utbildningar har genomförts av KLK-IT för totalt 425 personal och fördelar sig enligt följande:

- Grundutbildning för expertanvändare har genomförts vid 11 tillfällen á 4 timmar för totalt 83 deltagare.
- Lärarled undervisning i datasal avseende förändring av journalens struktur för vårdplaner och uppmärksamhetssignaler har genomförts vid 12 tillfällen á 2 timmar för totalt 74 deltagare.
- Storsalsvisning avseende förändring av journalens struktur för vårdplaner och uppmärksamhetssignaler har genomförts vid 7 tillfällen á 2,5 timmar för totalt 268 deltagare

Projektarbetet med sammanhållen journalföring mellan vårdgivare i Uppsala kommun samt NPÖ har genomförts och systemen beräknas vara i drift under första delen av 2016.

Utskrivningsprocess för jämlik vård

För att undvika ojämlig vård vid utskrivningsprocessen från slutenvården har Uppsala kommun i samverkan med landstinget under året förbättrat sina rutiner för utskrivningsplanering från psykiatrin. Sjuksköterskan i vårdplaneringsteamet har fått ansvar för kvittering av kallelsen och deltar vid planeringarna. Förändringen innebär i korthet att kvittensansvaret för meddelanden som skickats från psykiatrisk slutenvårdsavdelning har flyttats från biståndshandläggare till sjuksköterska vilket har stärkt patientsäkerheten. Idag deltar kommunal hälso- och sjukvårdspersonal vid samtliga utskrivningsplaneringar vid psykiatrisk slutenvårdsavdelning. Det finns i pratorsystemet en kommunal mottagare av hälso- och sjukvårdsinformation i vårdplanerna för aktuell patientgrupp. Biståndshandläggare och legitimerad personal vid vårdplaneringsteamet har utarbetat interna rutiner och kontaktvägar för kommunikation kring ärendena. Uppsala kommun följer sitt ansvar enligt den länsövergripande samverkansrutinen och garanterar att samtliga patienter som vårdplaneras på Akademiska sjukhuset får en likvärdig bedömning av

sina behov efter utskrivning, oavsett vilken slutenvårdsavdelning patienten vårdats på.

Information

MAS/MAR har verkat för att använda nationellt fackspråk och Socialstyrelsens begrepp och termer, som rekommenderas inom fackområdet vård och omsorg. Nämnderna har informerats på ett enhetligt sätt genom ledningsgrupperna vid upprättandet av riktlinjer och halvårsrapport.

Implementeringen av de gemensamma samverkansdokumenten i VIS har pågått kontinuerligt och presenterats i nyhetsbrev då de reviderats eller nya tillkommit.

Mål och strategier för 2016

1. Tydliggöra hälso- och sjukvårdens kvalitetsområden i beställarförvaltningarnas interna processer genom att
 - utveckla de interna samverkansprocesserna mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst
 - upprätta rutiner för implementering av riktlinjer som fastställts i samverkan mellan kommuner och landsting i Uppsala län (TKL).
2. Verka för att jämlik och säker hälso- och sjukvård erbjuds oavsett förvaltningsområde, boendeform eller ålder genom att
 - granska den information som ges till medborgaren
 - utveckla användandet av de statistikrapporter som kvalitetsregistren erbjuder
 - utveckla närvårdsamverkan

